

62
63

SISO • SAÚDE

Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental

INVERNO
2018



• EDITORIAL • LA OTRA PSIQUIATRÍA • ORIGINALES Y REVISIONES • A PROPÓSITO DE...
III XORNADA DE PSICOPATOLOXÍA E CULTURA • OS EVENTOS... • LIBROS • NORMAS DE
PUBLICACIÓN



A.G.&C

SISO SAÚDE

Nº 62-63 · Inverno 2018

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.
Talaia Salut. BCN

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

IRIA PRIETO
Psiquiatra
Equipo Aserivo 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
Luís Rodríguez Carmona
María José Ramil Fraga

COMITÉ DE PUBLICACIÓNS:

DIRECTORA: Chus Gómez Rodríguez

VOGAIS:

Santiago Lamas Crego
Ramón Area Carracedo
Alcira Cibeira Vázquez
David Simón Lorda
Rubén Touriño Cantón

COMISIÓN DE CONTROL E GARANTÍAS:

Tiburcio Angosto Saura
Fernando Márquez Gallego

RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN:

Raimundo Mateos Álvarez

IMAXE DE PORTADA:

Porto maio 2018 - Rua Miguel Bombarda
Autoría: Chus Gómez

PRODUCCIÓN EDITORIAL:

Edicións Positivas

Dep. legal: V.G. 109/84

ISSN: 1130-1538

SUMARIO

EDITORIAL

- 11 *Editorial*
Ramón Area Carracedo

LA OTRA PSIQUIATRÍA

- 15 *El retorno a la clínica*
XV Jornadas de la Otra psiquiatría, Valladolid
José María Álvarez
- 19 *Lo fundamental y lo accesorio en la clínica*
Antonio Ceverino
- 31 *¿Qué es lo accesorio y lo fundamental en la clínica? Respuestas*
Antonio Ceverino
- 39 *El retorno del amor*
Adolfo Santamarina
- 43 *Retorno al manicomio. Los centros de larga estancia*
M^a del Carmen Reguilón Domínguez
- 49 *Clínica en vena... clínica del enredo*
Chus Gómez
- 59 *La duda en la clínica*
Irene Muñoz León
- 65 *Como palos de ciego. La otra 2017*
Chus Gómez
- 71 *Lo fundamental y lo accesorio en el retorno a la clínica*
Los retornos A, DE, EN la clínica
Segundo Manchado Romero

81	<i>De la racionalidad de los discursos: el retorno a la clínica</i> Pedro Brun Murillo Sara García Fernández
87	<i>El Seminario Art & Psi: una experiencia curiosa</i> Julio Estella y la fundación de CreaturaS Sagrario García
101	<i>Construcción de un síntoma analítico</i> Teresa Cobos Alonso

ORIGINALES Y REVISIONES

107	<i>Evolución del programa de continuidad de cuidados de Santiago: la formación de un equipo de tratamiento asertivo comunitario</i> Ramón Ramos Ríos Susana García-Luengo Álvarez M ^a Esperanza Sánchez Vázquez Patricia López Landeiro Manuela Currás Castiñeira Manuela Pérez Ferreiro Silvia Piñeiro Otero Sara Liñares Sixto M ^a Luisa Ortega García
133	<i>El odio ciego de la ciencia</i> Jesús Rodríguez de Tembleque Olalla
155	<i>Proyecto socio-sanitario de externalización hospitalaria e inclusión social para pacientes con trastorno mental severo</i> Luís Rodríguez Carmona

- 169 *La visita domiciliaria en la formación especializada de salud mental: actitudes y práctica*
Ramón Ramos Ríos
Marta Gómez Ramiro
- 183 *Lo residencial en las psicosis*
Ramón Area Carracedo
Carmen Armas Barbazán
M. Pais
- 201 *La planificación anticipada de decisiones en salud mental: una alternativa eficaz a la coerción en Psiquiatría*
Elena Gato Gómez
- 229 *La reemergencia de la psiquiatría “psicodélica”?
(Un viaje desde el uso de la mescalina en los años 30 al uso de la psicocibina y lsd en la medicina y la psiquiatría actual)*
Cristina Carcavilla Puey
David Simón Lorda
Jessica Otilia Pérez Triveño
Rosana Ortiz Soriano
Elisabeth Balseiro Mazaira
Xaqueline Estévez Gil
- 257 *Propuesta de programa asistencial trastorno mental grave en unidades de salud mental comunitaria*
Carmen Armas Barbazán
- 265 *Un modelo de apoyo a personas en el espectro del autismo y sus familias en entornos naturales: la Unidad de Apoyo Ambulatorio de la Asociación BATA.*
Laura Armas Barbazán
Marlene Horna Castiñeiras
Carmen Márquez López
Adriana Pomares Aragunde
Mónica Rey Couto
Kathy Sánchez Navia
Cristina Serantes Chedas

A PROPÓSITO DE...

- 273 *El apoyo como punto de partida*
Daniel Varela Nóvoa
- 275 *Manifiesto GAM*
Daniel Varela Nóvoa
- 277 *La protección inquisitorial*
Javier Peteiro Cartelle
- 289 *Los juegos del ansiolítico*
Fernando Martín Adúriz
- 295 *Reflexiones en torno a la práctica clínica*
Federico Menéndez Osorio
Carmen Armas Barbazán

IV XORNADAS DE PSICOPATOLOXÍA E CULTURA. LUGO

- 307 *De Lobos e Humanos*
Diego González Peña
- 321 *Una crianza entre lobos: “Los niños selváticos”*
Sonia Guerra Álvarez
- 333 *A civilización do lobo amor: vermella con lobo*
Carmen Blanco

IV XORNADAS AGSM-AEN. FERROL

- 341 *Bioética y duelo*
Jesús Alberdi-Sudupe
Íñigo Alberdi-Páramo
Eva Fontela-Vivanco
Sonia M^a Gómez-Pardiñas
- 353 *El T.D.A.H. y el enfoque analítico*
M^a Antonia de Miguel García
- 365 *Mindfulness: moda, fe e ideoloxía en psicoterapia*
Jesús García González

EVENTOS

- 377 *IV Xornadas AGSM-AEN. Contrastes. Ferrol*
Carmen Álvarez Fernanz
Belén Zapata Quintela
- 391 *Presentación del libro*
Freud, un nuevo despertar de la humanidad,
de Vilma Coccoz (Editorial Gredos- Colección ELP)
Javier Peteiro Cartelle

LIBROS

- 397 *Cosas que tu psiquiatra nunca te dijo*
Javier Carreño / Kepa Matilla. Xeroi Edicións
Carlos Rey
- 405 *Do Quiqui bar... a Castromil*
Francisco Macías. Edicións Positivas. 2017
Rubén Touriño
- 409 *El Caso Anne*
Gustavo Dessal; Interzona editora; Buenos Aires, 2018
Xaque Estévez
- 413 *Hablemos de la locura*
José María Álvarez. Xeroi Edicións
Carlos Rey
- 419 *A SHORT HISTORY OF DRUNKENNESS:
How, Why, Where and When the Humankind
Has Gotten Merry from the Stone Age to the Present.*
Mark Forsyth. Penguin Random House. 2017.
S.L.C.
- 431 *THE CODDLING OF THE AMERICAN MIND:
How good intentions and bad ideas are setting
up a generation for failure.*
Greg Lukianoff and Jonathan Haidt. Penguin Press. 2018

- DEMENCIA DIGITAL: *El peligro de las nuevas tecnologías.*
 Manfred Spitzer. BSA. 2013
- EN DEFENSA DE LA CONVERSACIÓN.
El poder de la conversación en la era digital.
 Sherry Turkle. Ático de los libros. 2017
- I GEN: *why today super-connected kids are growing
 up less rebellious, more tolerant, less happy and
 completely unprepared for adulthood.*
 Atria Books. 2017
 S.L.C.
- 445 THE ANATOMY OF VIOLENCE. *The biological roots of crime.*
 Adrian Raine. Penguin Books. 2015
 S.L.C.
- 457 ASPERGER'S CHILDREN:
The origins of autism in nazi Vienna.
 Edith Seffer. Center Point. 2018
- IN A DIFFERENT KEY
 John Donovan and Caren Zucker. Penguin Books. 2017
- NEUROTribES. *The legacy of autism and the future
 of neurodiversity.*
 Avery. 2015
 S.L.C.
- 471 O corpo de Cristo
 Bea Lema. Deputación da Coruña. 2018
 Ramón Ramos Ríos
- 475 AVALIACIÓN ESTIMATIVA DO PLAN ESTRATÉXICO
 DE SAÚDE MENTAL 2006-2011
 Asociación Galega de Saúde Mental AGSM-AEN

DENTRO E FÓRA

UN/

Nas últimas xornadas celebradas en Ferrol (parabéns ás organizadoras), a Asociación Galega de Saúde Mental elixiu unha nova xunta directiva para os vindeiros tres anos. A candidatura que se presentou estaba formada maioritariamente por persoas que participaran na directiva anterior, e recibiu o apoio unánime dos socios presentes na asemblea extraordinaria.

Agradecemos a confianza depositada, exactamente na mesma medida que entendemos calquera posible descontento. Así son as cousas da vida, no eido dos valores e das ideas: é imposible que todo estea dentro sen esluírse ata o baleiro ou acatar o pensamento único.

Coido que as vindeiras xornadas da AEN que organizaremos en Compostela durante o mes de xuño reflecten a nosa aposta polos contidos e a multiplicidade de miradas. O programa será moi interesante (o título escollido é *Fronteiras*) pero, sobre todo, permitíranos escoitar a persoas con moito que contar e das que temos moito que aprender.

DOUS/

O momento do país é malo. A sanidade, un dos piares do estado tal e como o coñecíamos, entrou a cuestionarse e, na saúde mental, volvemos escoitar discursos que críamos xa superados. Talvez, no social, este debiera ser o verdadeiro terreo da (pre)ocupación.

A ameaza de destrución dos servizos públicos e o discurso da belixerancia entre o *nós* e o *eles*, son as dúas características do chamado populismo, que non é outra cousa que un xeito tóxico de situarse no mundo e enfastiarlle a vida ao próximo. Decía Mujica que o poder non transforma a quen o

ocupa senón que, en realidade, só demostra quen é. Semella que o noso presente está a proporcionar probas de abondo (a babor e a estribor) do relevante da relación dos suxeitos co poder. Xa non se trata dun malestar da cultura senón de facer da cultura un malestar prescindíbel.

A teima de Trump por erguer un muro é unha imaxe que ignora mil palabras fermosas. Pero, dende logo, impón á mantenta unha normalidade restrinxida que deixa moitas persoas non soamente no terreo do diferente senón tamén na condición do anormal.

E sobre iso, a saúde mental ten a obriga de saber e o deber de dicir.

Acerca dos Bolsonaro, os Salvini e esoutros que xa están aquí cun discurso lamentable sobre a muller, a sexualidade ou a patria.

TRES/

En ocasións pasan por diante dos nosos ollos circunstancias que esixen un regreso da historia. Quero dicir, eventos onde se intúe a necesidade de algo máis que a imaxe e o afecto. Gustaríame mencionar dous asuntos que coido merecen unha reflexión das que non fiquen no aparente, sexa desidia ou indignación.

Durante anos, a administración sanitaria nada fixo por poñer un marcha un plan de saúde mental. Hai uns meses comezaron uns grupos de traballo (nos que a asociación participou) e, aínda que o documento está en fase de elaboración, semella que vai ter os habituais problemas de financiación.

Ao tempo, quedou sen avaliar o grao de cumprimento do anterior plan estratéxico: tal ausencia ule a repetición.

Dicía Kirkegaard que repetición é aquilo do que xamais chegas a sentir fastío. Talvez co propósito de saírmos dese aspecto de novidade que sempre ten a pura repetición, (véxase, por exemplo, Deleuze) a AGSM procedeu a estimar (e publicar) o que se puxo en marcha e, pola contra, o que quedou novamente no tinteiro (ou no caixón onde se gardan todos os proxectos para a saúde mental que xamais se levaron a cabo).

Aconsello que se lea con detemento o traballo que realizamos. Despois, podemos falar sen esquecer as sabias palabras de Saraceno: é imprescindible unha fin do entretemento.

CATRO/

O segundo evento é a posta en circulación dun significante por parte do goberno central, a *pseudoterapia*, e que se empregou xa nalgunha comunidade para denegar unha actividade formativa organizada pola Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Falar de pseudoterapias é tamén falar dende un pseudodiscurso porque nos sitúa diante dunha dobrez. Dun lado, preséntase como a preocupación da autoridade sanitaria diante da estafa e o dano aos enfermos, o cal xustifica a creación dunha lei (protectora), unha listaxe (negra e por facer) e unhas medidas (como excluír da docencia pública e regulada contidos relacionados coas presuntas pseudoterapias). Pero ao tempo, falar de pseudoterapias implica non soamente unha cuestión de estafa e dano senón tamén unha lexitimación do saber que se sitúa á beira dunha determinada visión da ciencia.

Con todo, hai algunhas cuestións que están fóra de toda dúbida: o saber non é unicamente o método científico e a ciencia presenta problemas (como todo o humano) en relación á honestidade.

Acoutar o debate a través dun significante (pseudoterapias) convértese entón nunha estratexia.

A estafa e o dano quizabes deixan algo fóra na súa pretensión de establecer un límite claro e nítido do que está dentro. Porque esa dobrez da que falo eríxese nunha autoridade que procede non só da verdade (por certo, algo tan difícil de dilucidar que o propio método científico se erixiu sabéndose precario) senón tamén dende o beneficio económico. Así, a maledicencia ou a beneficencia inclúen non unicamente o estado de saúde senón o rendemento. Confórmase un nó entre capitalismo, ciencia e industria que, polo menos, debера terse en conta.

A farmacoloxía é, á espera doutra maneira de introducir o beneficio económico na atención á enfermidade, a única disciplina de saber que permite unha plusvalía. Hai patentes, prezos, produtos, vendas e novidade infinita. Adáptase ao capitalismo especulativo como se entendía co capitalismo industrial. Xunto coa tecnoloxía (aplicacións para a saúde) poden venderse, comprarse, aumentar o prezo ou ser subsidiarios de entrar na dinámica da novidade (cada vez máis e mellor) que garanten a existencia dun negocio (ademais dun efecto na saúde).

O capital humano soamente é unha expresión que, hoxe en día, perdeu toda a vixencia que puido ter. Un enfermeiro á beira dunha cama, coidando a unha anciá, sempre será un enfermeiro á beira dunha cama, non hai posibilidade de mellora (agás que haxa dous). Ademais, coa súa contratación só gañan o enfermeiro e a anciá, ninguén máis. Quizais antes, si. Digo, cando as contratacións públicas podían efectuarse coa falla de pudor que caracterizaba o caciquil: eu contrátache e ti tes unha débeda. Talvez no futuro, tamén: cando os contratos sexan pura especulación, e un día os empregados públicos se convertan en traballadores dunha empresa que, ao día seguinte, vende o seu nicho de mercado (persoas incluídas) a outra empresa. É dicir, cando sexamos de verdade (e por desgraza) capital humano. Pero hoxe en día non, ou polo menos, non claramente.

A atención á saúde que descansa nos vínculos ten unha lóxica en relación á economía, mentres que a atención á saúde que repousa nos fármacos e na tecnoloxía posúe outra ben diferente.

Falar de pseudoterapias é falar disto. Como o é falar da teleasistencia ou das aplicacións dos smartphone que monitorizan a saúde até un novo parnóptico, non da institución, senón da completa individualidade capitalista mirándose a si mesma mentres, por certo, paga por iso.

Hai toda unha argumentación que xira ao redor da evidencia.

Desgraciadamente tamén hai cuestións que pertencen ao elemental, querido Watson.

Seguimos velando pola súa seguridade (mentres miramos como encher os petos e esmagar as persoas sen que se note demasiado).

XV JORNADAS DE
LA OTRA PSIQUIATRÍA



RETORNO A
LA CLÍNICA

II Y 12 DE MAYO DE 2018

HOSPITAL UNIVERSITARIO
RÍO HORTIGA DE VALLADOLID

XIV Jornadas – La Otra psiquiatría – 11 y 12 de mayo de 2018

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

PROGRAMA

Viernes 11

16:00 h. Bienvenida y presentación de los organizadores

Cristina Catalina, Beatriz Carrasco, Kepa Matilla y José María Álvarez

16:15 h. Mesa de los residentes

Presenta: Roberto Martínez de Benito

Intervienen: Jessica Velardo y Teresa Cobos, Pedro Brun y Sara García,

Adrià Casanovas e Irene Muñoz

17:30 h. Mesa: La ciencia y/o la clínica

Presenta: Juan de la Peña

Intervienen: Kepa Matilla, Javier Carreño, Ana Castaño y Gerardo Gutiérrez

19:00 h. Descanso

19:15 h Conferencia de Françoise Gorog

Presenta: Isabel Reyes

Sábado 12

9:45 h. Mesa: Sobre lo fundamental y lo accesorio en la clínica

Presenta: María Oblanca

Intervienen: Segundo Manchado, Antonio Ceverino, Adolfo Santamaría
y Maricarmen Reguilón

12:00 h. Mesa: Retorno a la clínica

Presenta: Elisa Lucas

Intervienen: José María Álvarez, Chus Gómez, Pepe Eiras y Fernando Colina

13:45 h . Clausura: La clínica de otro mundo

Presenta: Álvaro Valle

Gabriela Parano

El retorno a la clínica *XV Jornadas de la Otra psiquiatría* *(Valladolid, 11-12 de Mayo de 2018)*

José María Álvarez.

Correspondencia: alienistas@mc.com

El tema de estas *XV Jornadas* es apenas un recordatorio de que nuestra tierra natal es la clínica y que a ella debemos regresar, como Ulises después de sortear mil peligros y sucumbir a incontables hechizos. Sentados frente al paciente o a su lado, a pie de cama o detrás de un diván, nuestro que-hacer consiste en atenderlo y aportarle un alivio a su exceso de malestar, sobre todo mediante la palabra, la presencia y el saber hacer.

Se ha dicho de muchas maneras, entre otros por Foucault, que el psicoanálisis es el heredero legítimo de la clínica clásica. Quiere esto decir que el psicoanálisis entronca con esa clínica y le aporta, además, la explicación coherente de la que carecía. Y la verdad es que la clínica clásica y el psicoanálisis forman una buena pareja. Una proporciona el firme suelo descriptivo, en el que se recogen ordenados y categorizados los grandes y los pequeños fenómenos, y la otra los traduce a experiencias subjetivas y les da una explicación, cuya agudeza rehace y actualiza ese suelo descriptivo primigenio.

Esa clínica clásica, si se quiere reducir a su quintaesencia, se organiza a partir de las preguntas más sencillas y evidentes: *qué, cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué*. Con estos interrogantes en la cabeza, desplegamos las pesquisas que conviene seguir: de *qué* sufre/ goza (síntoma); *cómo y dónde* se manifestó (coyuntura, contexto y trama); *por qué* sufre/ goza de eso y

no de otra cosa (elección del síntoma conforme a la historia subjetiva), *para qué* le sirve ese síntoma del que se queja y goza (función). Estas preguntas orientan con precisión acerca de la historia de la enfermedad (*pathos*) del sujeto, a partir de la cual nos hacemos una idea del diagnóstico general (estructural) y nos facilita la indagación del otro diagnóstico, el singular, el que sólo vale para ese sujeto.

Las preguntas fundamentales son las referidas a los aspectos genuinos de lo que se nos presenta en primer plano en nuestro quehacer diario, las más obvias y menos enrevesadas. Estas cuestiones, como es de suponer, tienen un orden que va de lo simple a lo complejo. Cuando Freud se inició en la psicología patológica, uno de los primeros interrogantes a despejar consistió en la diferenciación entre las parálisis motrices orgánicas y las histéricas. A partir de ahí pudo proponer algunas interpretaciones relacionadas con el papel que desempeña el lenguaje en los síntomas histéricos, pero no antes de realizar el estudio comparativo entre unas y otras.

Aunque hoy día sabemos muchas cosas acerca de la condición humana y su *pathos*, en lo tocante a las preguntas clínicas fundamentales conviene mantenerse a ras de suelo, junto a la cama del doliente, y lastrar la querencia a elevarse hacia el mundo de las ideas y las abstracciones. Distinto del de Freud, el mundo en que vivimos nos interpela con otras problemáticas, en fondo tan humanas como las de otros tiempos. Cuando una mujer consulta por la expectación ansiosa que le supone no quedarse embarazada y ver cómo se acerca el día fatídico de la menopausia, uno, si gusta de la especulación, puede hacer mil cábalas, o, si se limita a dar pase torero a lo que ni entiende ni le interesa, le bastará con comprobar si la paciente entra en los protocolos de derivación a determinado tipo de ayudas reproductivas. El caso es que la pregunta más simple invita a averiguar si esa mujer hace lo propio para quedarse embarazada, es decir, si tiene relaciones sexuales, y, de tenerlas, si esas relaciones favorecen o impiden el embarazo. Por lo general, la ganancia de conocimiento se da cuando hay un orden y un método. Mal van las cosas cuando la carreta precede a los bueyes.

De conformidad con lo apuntado, nuestro quehacer clínico recomienda permanecer junto al doliente y echar mano de las preguntas más sencillas y profundas. De ellas derivan las interpretaciones, explicaciones y teorías.

Como pareja de baile que son, la clínica y la teoría deben moverse acompañadas, sin alejarse demasiado ni perder la referencia. No hay una sin la otra. No hay teoría sin clínica ni clínica sin teoría.

Sin embargo, los problemas que sobrevienen en este complicado acompañamiento son muchos y frecuentes. Suele suceder que la evolución de las teorías adquiere vida y se anima por una lógica propia, la cual a veces se emancipa de la clínica y deja de coincidir con la realidad de las cosas. Por lo general, las teorías suelen mirar primero al suelo y después al cielo. Y suelen debatir inicialmente a partir de los interrogantes que suscita la clínica. A medida que se desarrollan, no obstante, tienden a dialogar entre sí y a buscar, a veces, la cuadratura del círculo. También ocurre que cuanto más pequeño es el ámbito de circulación de las teorías, más potentes son los ecos que desarrollan, es decir, mayor es la confusión entre la teoría como cuerpo en desarrollo y las cosas que tratan de reflejar. Si se llega al extremo de que las teorías se adornan en exceso y pierden el referente principal, en este caso el malestar del sujeto, conviene volver a las preguntas fundamentales, poner pie a tierra y retornar a la patria común: la clínica.

La Otra psiquiatría no es muy dada a la especulación ni ama lo enrevesado, seguramente porque la clínica institucional se presta poco a los alardes y porque la formación de residentes obliga a una enseñanza clara y precisa. Pero un mal aire le puede dar a cualquiera y conviene estar prevenidos.

Lo fundamental y lo accesorio en la clínica

Antonio Ceverino

Psiquiatra. Psicoanalista. Centro de Salud Mental.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Correspondencia: aceverino@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Bueno, lo primero expresar mi agradecimiento a La Otra por la invitación a participar en estas jornadas, en esta ocasión alrededor de un tema muy oportuno: “El retorno a la clínica.” Un título así (que evoca la operación de retorno a Freud que realizó Lacan en los años 50) suscita una primera pregunta: Como no es posible retornar a un lugar del que no nos fuimos, ¿dónde hemos estado entonces todo este tiempo?

A veces, en estos últimos años, se ha opuesto al clásico modelo de la clínica, que se pensaba superado, el muy novedoso modelo de la recuperación.

Del modelo de la recuperación se dice que pone su mirada en la parte sana del paciente, se inscribe en una clínica continuista que descrea en la diferencia entre neurosis y psicosis, entre normalidad y locura, más que de diagnósticos prefiere hablar de funcionamientos, de momentos de crisis, y apuesta por la esperanza, por la creatividad de la locura, por devolver la voz y la palabra a los locos diagnosticados y los anima a empoderarse... Pero en esa apuesta, a veces poco realista, se encuentra de bruces con la descompensación del paciente...

Y frente a él, en una pretendida oposición, como si entremedio no hubiera ninguna alternativa, se sitúa a veces

el modelo de la clínica clásica, del cual se afirma que sí cree en la diferencia entre locos y cuerdos, entre psicosis y neurosis, se inscribe en una clínica

discontinuista que desconfía de la locura razonante, de las locuras parciales, del suicidio lúcido, las decisiones deben tomarla los responsables terapéuticos, cree en el déficit de la locura, lo importante es evitar las descompensaciones, que está muy advertida del realismo de las estructuras y de los riesgos. Pero, en esa apuesta, a veces demasiado pesimista y desesperanzada, se encuentra de bruces con la cronicidad...

En realidad, como podemos ver, ninguno de los dos es nuevo, son los dos viejos paradigmas entre los cuales oscila, como un péndulo, toda la historia de nuestra profesión, y que están ahora, una vez más, en pleno debate... y por eso me parece muy pertinente el tema elegido para las jornadas.

También me parece muy oportuno, por otro motivo, que tiene que ver con una observación personal que he hecho en los últimos años: Escuchar a colegas (de mi generación, más o menos) que se confiesan ya “quemados” de la clínica, y me dicen que les gustaría cambiar a un trabajo donde no tengan que ver pacientes. Estoy hablando de personas que se formaron conmigo, que (apenas quince años después) ya no soportan escuchar más pacientes.

Hasta el punto que pensé incluso titular mi intervención así: “Para no quemarse en la consulta: consejos de un lector de Freud a un seguidor de Kraepelin”... parafraseando la novela a cuatro manos que escribieron Bolaño y Porta¹.

¿Qué hay en la clínica que quema? Se me ocurrieron tres posibles motivos:

–La clínica que no merece ese nombre: la clínica chata del DSM, de clasificar, etiquetar, la clínica que no permite escuchar, la que podría hacer un programa, la que desubjetiva no solo al paciente sino también al clínico. Esa clínica quema, claro.

–La clínica sin una orientación teórica, sin una teoría sobre el sujeto que la sostenga es un tormento. Y hoy se promueve una visión ateórica de la locura. Si, de acuerdo a esa visión, el síntoma, el delirio, es el enemigo a destruir (en lugar de un aliado, de una invención del sujeto, de un intento de autocuración)... entonces el fracaso está servido: porque el síntoma siempre insiste. Sin teoría estamos como sentados en una silla que termina

¹ *Consejos de un discípulo de Morrison a un fanático de Joyce*. A. G. PORTA Y ROBERTO BOLAÑO. Madrid. Acantilado, 2006.

por hacernos daño en la espalda. No entendemos nada, y terminamos pensando que los pacientes nos mienten, o no mejoran porque no quieren, o por fastidiarnos, y nos enfadamos, nos frustramos;

—Los clínicos de hoy no son los de antes. Los clínicos de antes eran personas que se habían acercado a la psiquiatría o a la psicología porque estaban interesados en la filosofía, el pensamiento, la poesía, el arte, la literatura... El sistema MIR ha hecho desaparecer esa particularidad, y los nuevos profesionales hoy son médicos o psicólogos que no han sentido mucho interés por todas esas disciplinas que Freud recomendaba a los practicantes del psicoanálisis porque enriquecían su visión de la locura. Y la visión médica de la locura es tan insulsa que termina por aburrir y quemar.

LA ENCUESTA

Pero bueno, el interrogante concreto que se nos dirige en esta mesa redonda es: ¿Qué es lo fundamental y lo accesorio en la clínica?... Y esta es una pregunta que, aunque parece de gran importancia, sorprendentemente, no viene en los libros, nos pone en un aprieto, no se puede responder fácilmente recurriendo al saber muerto de las bibliotecas.

De modo que, después de mucho pensar, se me ocurrió hacer una encuesta entre practicantes, colegas de la AEN o de la Escuela, de la Biblioteca o de las instituciones, muchos de ellos amigos y amigas de La Otra, y pasó una cosa divertida, y es que se suscitó un debate muy vivo, y algunas sorpresas.

No tengo tiempo para resumirlas todas, tengo más de 30 respuestas (si alguien tiene curiosidad se las puedo mandar), pero lo sorprendente es que, aunque había un alto nivel de acuerdo con respecto a algunos requisitos fundamentales para la clínica (por ejemplo, la escucha del sufrimiento, la transferencia, la posición del clínico, la alianza, la pregunta por la causa y la función del síntoma, la presencia, la disponibilidad), también había un alto grado de dispersión (o de desacuerdo) en otros requisitos (por ejemplo, con respecto al diagnóstico, al encuadre)... y una gran dificultad para situar lo accesorio. Y en general todos mis colegas en general se mostraron sorprendidos por la pregunta, incluso embarazados: ¿Cómo puede ser que no nos lo hubiéramos preguntado antes?

Todo esto me hizo cuestionar si se puede hablar en general sobre lo fundamental y lo accesorio, lo prescindible y lo imprescindible en la clínica, o si por el contrario:

–Depende de cada clínico, y del punto concreto de su trayectoria en que se encuentre ese clínico: quiero decir, cuando era más joven y estaba más asustado por mi inexperiencia, necesitaba de los diagnósticos como una muleta, estaba muy pendiente de las listas de síntomas, me fijaba más en lo que tenía el paciente que en lo que le pasaba... y ahora menos, ahora aunque me siga preguntando por el diagnóstico, luego puedo olvidarme de él;

–O quizás lo fundamental y lo accesorio dependen del caso concreto. Por ejemplo, hay casos que se escuchan mejor desde una clínica continuista y otros que se entienden más desde una clínica categorial... O, mejor, digamos que hay aspectos de la historia que se iluminan mejor desde una perspectiva dimensional (y se oscurecen otras), y otros aspectos que adquieren mayor brillo y relevancia cuando se miran con otras gafas;

–O quizás lo fundamental y lo accesorio también dependen del contexto familiar, social y cultural en que dicho caso se inscribe. Por ejemplo, cuando estuve en Perú, o en Nicaragua, o en los campamentos saharauis en Argelia, escuchaba a los pacientes con la mayor atención... y no entendía nada. Otro ejemplo, más cercano y desgraciadamente actual: un juez ha escuchado el testimonio de una chica violada, y no lo ha entendido nada bien.

Entonces, para empezar:

Para mí, en este momento de mi trayecto como clínico, ante este caso concreto, y en este contexto, me resulta imprescindible para poder trabajar, los siguientes requisitos para prestar una atención clínica que merezca ese nombre... se me han ocurrido diez que voy a pasar a enumerar (no en orden de mayor a menor importancia, e, insisto, sin intención alguna de dar lecciones ni de convencer a nadie de que esto sea lo más importante para todos, nada de *paratodear*):

Tiempo, conversación, una teoría, una teoría de la que te puedas distanciar, la formación/supervisión/presentaciones clínicas, estar al tanto de nuestra parte oscura, creer en el cambio (o tener una visión política), respeto, humildad y, por último, ir al cine de vez en cuando.

Estas son las diez condiciones que yo necesito ahora para *clínica*.

Voy a decir unas breves palabras de cada una.

1. *Tiempo*

Las psiquiatras y psicólogas nos quejamos mucho de esto: ¡No hay tiempo!

Nosotras –argumentamos– no usamos grandes ni costosas tecnologías... Solo necesitamos tiempo. Y si hay que atender casos cada 15 minutos, efectivamente, no hay espacio para la clínica. Aunque esto es relativo, claro. Porque a veces, hay intervenciones que son microscópicas, fulgurantes, que se reducen a una palabra, a un silencio... Pero, también es verdad, es como el chiste del cerrajero, hace falta mucho tiempo, conocer mucho el caso, haber establecido una relación terapéutica estable y fiable, para poder decir la palabra adecuada, y que esta surta efecto. Por ejemplo, cuando yo superviso, me preguntan: ¿Qué has pensado sobre este caso? Con mucha frecuencia me respondo internamente: Pues nada... porque a veces funcionamos como pollos sin cabeza.

Esto del tiempo es complicado entonces, porque en realidad estamos hablando de dos tiempos, el tiempo del acto (primero), y después el tiempo de la elaboración.

2. *Conversación*

(O “trato” con el paciente, como le gustaba decir a nuestro añorado Enrique Rivas, en lugar de “tratamiento”²). De hecho las anteriores Jornadas de La Otra versaban sobre esto: “¿Qué y cómo hablamos con los locos? A tontas y a locas”.

Con frecuencia los residentes nos dicen: “Pero habláis con los pacientes de cualquier cosa”. Es verdad. Nuestra profesión es muy rara, nos pasamos la vida sentados, escuchando las historias que nos cuentan: Es como un observatorio del mundo. A veces somos como el sujeto escondido en el fondo de

² *Pensar la psicosis: el trato con la disidencia psicótica o el diálogo con el psicótico disidente*. ENRIQUE RIVAS PADILLA. Málaga. Miguel Gómez Ediciones, 2005.

la caverna de Platón, que sabía del mundo por las sombras que se proyectaban dentro. Nosotros sabemos del mundo por lo que nos cuentan nuestros pacientes. Una vez una residente de familia le dijo a una compañera mía, como desacreditando su práctica: "Pero, entonces lo que hacéis con los pacientes es como una charla, ¿no?". Pues no, no es una charla de café. Es una escucha atenta al detalle, que recorta el detalle, porque en el detalle está el demonio ("amad los detalles", decía Nabokov). En el pequeño detalle, en el fenómeno elemental que se pasa por alto, que no es recogido por los protocolos, está contenido, como un gnomon, toda la locura del sujeto, su desencadenamiento y sus posibles soluciones. No hay clínica sin recorte.

Quizás por eso precisamente tenemos tanta dificultad para encontrar lo que es accesorio en la clínica... porque nada es accesorio, precisamente trabajamos en la escucha de los desechos, con los restos, con los pequeños detalles del decir.

3. Una teoría

Está claro que hacer clínica no es simplemente ver pacientes, como frecuentemente se dice. Si así fuera, el simple contacto con el paciente ya proporcionaría un saber clínico articulado. La clínica no se confunde con la experiencia del encuentro con un caso, la clínica no es cuestión de olfato. En todo caso, cuando contingentemente tiene lugar, consiste en la conceptualización y la formalización de dicha experiencia. Es un agregado a dicha experiencia, y que tiene lugar en un segundo momento.³

Freud decía en "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico": "No especular ni cavilar mientras analiza y someter el material adquirido al trabajo sintético del pensar solo después de concluido el análisis".

Es decir, (volvemos a los dos tiempos) en un primer momento "no pensar": hay una destitución subjetiva del analista en este primer tiempo que le permite venir al lugar de agente en el acto analítico (como sabemos, el acto y el pensamiento están las antípodas). Pero, este lugar de agente, desubjetivado, es una posición muy mortificante para el clínico, está identificado al objeto. Por

³ *Psicopatología: clínica y ética. De la psiquiatría al psicoanálisis.* FABIÁN SCHARJTMAN (y VV.AA.) Buenos Aires. Grama, 2013.

eso, es en un segundo momento, cuando puede pensar para conceptualizar el acto y sus efectos, al dar razones, cuando el clínico recobra su posición como sujeto.

Lacan dijo en el seminario 22: “Es indispensable que el analista sea al menos dos”, y en un texto de 1977, “Apertura de la sección clínica.”: “Hay que desdoblar al analista. Está el analista para producir efectos, y el analista que esos efectos los teoriza.”

4. Una teoría de la que te puedas distanciar

Porque a veces también puede ser un corsé, una tiranía... Pero para desaprender algo, antes hay que haberlo aprendido. En esto nos pasa como a Picasso, que alcanzó el éxito con el cubismo y la técnica abstracta... pero porque antes fue un gran pintor figurativo. En este sentido, también Freud es una gran enseñanza, por su humildad, porque no tenía reparos en cambiar su opinión, en desechar una teoría y construir una nueva.

5. La formación, la supervisión, las presentaciones clínicas...

Es fundamental la formación. No solo formarnos, sino formar. Y también son fundamentales las presentaciones clínicas. Y la supervisión, el control, supervisarnos y supervisar.

Estas cosas son importantes para mí no solo porque “aprendo más teoría”, sino porque también, como practicante, me permiten recuperar mi posición como sujeto. Lacan decía que un psicoanalista cuando enseña no lo hace a título de analista, sino desde la posición de sujeto... El psicoanalista vuelve a la posición analizante al enseñar, pasa de causar el trabajo del analizante (ubicado como objeto en el lugar del agente del discurso analítico) a trabajar ahora como sujeto él mismo por la causa del psicoanálisis, enseñándolo. De ahí la angustia del enseñante.

Y con respecto a las presentaciones clínicas, Lacan decía que en ellas ocurre lo mismo: que es el entrevistador el que se ubica en la posición misma del analizante. Es decir, el clínico en primer lugar durante la entrevista es el entrevistado mismo, ¡el clínico es el paciente y no el entrevistador! En otro mo-

mento afirmó: “La clínica está ligada a la cama... Clinicar comienza por acostarse”. De esa raíz griega, lecho, cama, triclinio, proviene precisamente el término clínica. Es decir, el que clínica, el clínico está acostado. Antes que el psicoanalista, el clínico es el analizante.

En la encuesta de la que os hablaba antes, Carmen Gallano me escribió: Son los pacientes los que nos dicen “su clínica”. Son los pacientes los que definen su clínica, de qué “síntomas” sufren. Y el diagnóstico en psicoanálisis es un “autodiagnóstico”.

6. Estar al tanto de nuestra parte oscura

En relación con lo anterior, para mí es importante que el clínico haya podido conocer o resolver sus conflictos interiores (o sus problemas personales) más acuciantes, a fin de poder escuchar mejor. Llamadlo haberse analizado, o llamadlo haberse reconciliado con la propia historia, haber aprendido a perdonar o perdonarse un poco la vida, o no tener cuentas pendientes, tener una cierta relación con el propio abismo, haberse distanciado un poco de los ideales (no en el buen sentido, sino en el sentido del mandato que nos sentíamos obligados a cumplir: triunfar, curar a toda costa, etc.)

No digo ser feliz, porque a veces, por el contrario, consiste en haberse podido distanciar algo de este ideal tiránico de la felicidad. Y no digamos estar curados, porque la división del sujeto es incurable. Pero tampoco digo haberse resignado, eso menos aún.

Este es el dilema, entre maximalistas y minimalistas, que está en el corazón de la tensión entre el modelo de la recuperación y el modelo de la clínica, que a veces se presentan como enfrentados, en una oposición que responde a la lógica binaria del significante de la que no es posible salir... como el propio título de esta mesa redonda, por cierto: lo fundamental versus lo accesorio.

7. Creer en el cambio

Como a veces les digo a mis pacientes: “Si yo no creyera que el cambio es posible no podría dedicarme a esto.”

Creer en el cambio es no renunciar a la esperanza, y también –insisto para mí– conlleva una visión política, transformadora, que combata la explotación y la desigualdad. Esto naturalmente no significa que haya que adscribirse a un partido político u a otro, y por supuesto está en las antípodas del adoctrinamiento de los pacientes. En esto probablemente estarán en desacuerdo muchos y muchas colegas, pero a mí me gusta recordar que uno de los momentos fundamentales en el surgimiento de nuestra profesión fue el gesto inaugural de Pinel, liberando a los locos de sus cadenas. Eso es un acto político.

El otro día, escuchando la experiencia de cooperación que Manantial ha desarrollado en Perú escuché la siguiente frase: “No hay que olvidar que no solo existen personas vulnerables, sino también y sobre todo comunidades vulnerables”. Luego, leyendo a Judith Butler, me encontré que decía que como “todos hemos nacido en una condición de dependencia radical, eso nos hace a todos iguales”⁴. Es verdad, todos al nacimiento necesitamos igualmente aire, alimentos, refugio... pero sin embargo, existen desigualdades profundas en la forma en que esos recursos se distribuyen. Luego el problema no es solo la vulnerabilidad, sino la desigualdad.

A veces actuamos como si hubiera que aliviar a las personas o a los colectivos de su vulnerabilidad, cuando lo que hay que hacer es también aliviarlos de su segregación. Porque no podemos dejar de ser vulnerables sin dejar de ser humanos. No podemos eliminar nuestra vulnerabilidad con el fin de protegernos.

Y en relación con lo anterior, con creer en el cambio, en mi práctica es fundamental tener una perspectiva de género.

8. Respeto

Respeto a la persona, claro, a sus derechos, pero también respeto al síntoma como lo mejor que este sujeto concreto ha encontrado para vivir. El síntoma que inventó le otorga un lugar en el mundo, a veces un lugar entre los otros, el único que pudo tener. Es verdad que hay síntomas terribles, pero, ¿por qué va a cambiarlos?, ¿porque se lo pidamos sin más? Tiene que tener para eso una gran confianza en nosotros. Cuando le aseguramos que no necesita esa

⁴ *La filosofía comienza con la desorientación.* JUDITH BUTLER. Revista de letras. Revistadeletras.net.

muleta para caminar tiene que saber que vamos a estar disponibles para sostenerlo en los momentos de vacilación. Por eso respetar el síntoma es tener paciencia, otra palabra que me encanta: paciencia viene del latín *pati*, que significa sufrir, de hecho su participio se introdujo al castellano como *paciente* (en los hospitales), que significa “el que sufre”.

Y respeto también en otro sentido... no querer comprender al paciente, renunciar a la comprensión, no cosificarle, no reducir su sufrimiento a un diagnóstico apresurado que es una caricatura que solo contribuye a la segregación y al estigma. Cuando en plena crisis recibíamos en consulta oleadas de parados derivados desde Atención Primaria con un diagnóstico de depresión, a mí me parecía que decir de un padre de familia desempleado y al borde del desahucio que lo que tiene es una depresión es una increíble falta de respeto. Efectivamente a veces el diagnóstico es una falta de respeto, a veces la interpretación, interpretar a alguien su comportamiento, también es una forma de violencia, es una falta de respeto. El diagnóstico, la interpretación son operaciones que además de poner en juego la experiencia y el saber psicopatológico del prácticamente conllevan un compromiso ético. Ética sería otra palabra que podría haber utilizado en lugar de respeto.

9. *Humildad.*

Es decir, no querer saber todo del paciente porque ni sabemos quiénes somos nosotros mismos. Al final de “Ironía” (lo cita Santiago Castellanos en un libro que vamos a presentar en unos días en la BOLM⁵) Miller afirma: “Ante el loco, ante el delirante, no olvides que eres, o que fuiste, analizante, y que tú también hablabas de lo que no existe”.

Humildad también significa para mí no erigirse en modelo para el paciente, no juzgar, no alienarse a los discursos del Otro sobre el loco (eso precisamente son los prejuicios) pero tampoco a los significantes Amos de la institución (ya sean estos el bienestar psicosocial, la normalización, o la reinserción). Humildad es convivir con la impotencia (sin caer en el nihilismo), distanciarnos del *furor sanandi*, no querer curar a toda costa, no hacernos cargo del bien del paciente...

5 *Locura y soluciones singulares*. SANTIAGO CASTELLANOS. Madrid. Grama, 2018.

Naturalmente, este planteamiento de la humildad está en las antípodas del clínico como ostentador de un saber y un poder (posición que puede ser fatal ante la psicosis)... aunque claro, eso tampoco significa que estemos en la misma situación, lejos de la idealización de la locura de los años 60, porque eso a veces es un insulto para los pacientes... Un buen ejemplo es la próxima celebración, el 20 de junio, del Día del Orgullo Loco que organizan algunas asociaciones de personas diagnosticadas en Madrid. Algunos pacientes de mi centro se han sentido insultados por esa palabra (loco), les parece denigrante, no consienten con ese intento de resignificarla (lo que te insulta puede ser tu fuerza). Y cuando decimos: “Todos estamos locos” (porque todos somos hablados por el Otro), dicen: “Ya ya, pero a ti ni te atan cuando ingresas, ni te obligan a tomar medicación.”

10. *Ir al cine, leer novelas, leer filosofía, leer a los clásicos, leer (y escribir si se puede) poesía*

Esto me sirve a mí, y siempre me acuerdo del consejo de Lacan en el seminario 24: “Estar eventualmente inspirado por algo del orden de la poesía para intervenir en tanto que psicoanalista”.

CONCLUSIÓN

Para concluir, siempre me llamó la atención que Lacan, para hacer avanzar el psicoanálisis (igual que este hospital para hacer avanzar la clínica), confiara más en el analista novato, incluso aquel que a veces se puede angustiar en la práctica clínica, que el analista consagrado inmune ya a toda sorpresa.

Otro de sus aforismos precisamente dice: “La clínica es lo real en cuanto imposible de soportar”.

¿Y cuál es el signo de lo real? La angustia.

Por eso aventuro: Clínico es el que se angustia.

Bueno, me encanta que me hayáis invitado a unas jornadas así en las que puedo decir palabras como humildad, paciencia, respeto, esperanza, conversación, cambio...

Son palabras muy pobres, no venimos a revelar en estas jornadas grandes descubrimientos.

Pero para mí, además de un ideal al que aspiro como clínico, son también palabras muy importantes.

Muchas gracias.

¿Qué es lo accesorio y lo fundamental en la clínica?

Respuestas

Antonio Ceverino

Psiquiatra. Psicoanalista. Centro de Salud Mental.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Correspondencia: aceverino@hotmail.com

Interesante y difícil pregunta, creo que lo fundamental sería la posición del analista, en cuanto a la escucha, la actitud de dejarse sorprender por lo que el paciente trae y orientarse desde esa escucha, esta es la guía principal, captar la singularidad del paciente, concebirlo sujeto –con todas las particularidades y dificultades que esto atañe...

Disculpa la tardanza en responder. Llevo muy poco tiempo en la clínica y me ha costado mucho pensar en tu pregunta.

Para mí lo fundamental son muchas cosas, la palabra, la alianza terapéutica, saber con qué estructura estoy tratando, los detalles del encuadre, y cada elemento que voy revisando se me revela importante en la medida en que me aporta cosas para tratar de tratar a quien tengo enfrente.

Coincido en ese punto con Andrés. Y me resulta muy difícil pensar en lo accesorio.

MIRIAM YAGÜE

Pues a ver... es difícil la clasificación entre lo accesorio y lo fundamental. Considero que quizá, para cada profesional será diferente, me parece que la experiencia de cada uno, los años de trabajo, y también el grado de implicación y vocación marcan la diferencia entre lo accesorio y lo fundamental. Por ejemplo, para mí, lo fundamental en la clínica es: la escucha, la observación, aprender a tolerar la incertidumbre, aprender de los silencios, enfrentarse a los casos desde la curiosidad y no desde la certeza. Estos aspectos

quizá están más relacionados con el repertorio de habilidades del terapeuta. El concepto de complejidad humana de Edgar Morin, me parece fundamental. Esto formaría parte del modelo, aunque creo que es universal para todos los paradigmas. Ver al otro como una persona, como un ser que intenta sobrevivir en la amalgama de la vida, y no como un párrafo de un manual.

Y en cuanto a lo accesorio, aquí me cuesta más, se me ocurren cosas que creo que son obvias y absurdas, pero que para muchos es fundamental y giran entorno a ello las intervenciones, ttos etc.

Esto tendría que pensarlo más...

Y bueno, también es fundamental la humildad, y dominar las palabras.

Aunque, fíjate bien, quizá me parece más importante sintonizar con el estado mental del otro, que tener las palabras más adecuadas del mundo. De hecho lo considero accesorio.

Me gustan las ideas que se comparten y a mí me venía la siguiente: podemos pensar la verdad como el fundamento y a todo lo que nos conduce a ella como accesorio. Pero entonces también sería fundamental. Así, la diferenciación entre fundamental y accesorio caería. Sólo cabría lo que atañe a lo fundamental y lo que es impertinente.

Pero no puedo dejar de aportar la transferencia como algo fundamental, que está antes de comenzar el trabajo analítico y la supervisión.

Hola, buen debate, ya lo creo! el que propones Antonio. He intentado no leer las anteriores opiniones, pero sucumbí a la tentación....Muy interesante todo y da para mucho.

A mí se me ocurría, sobre todo en el tratamiento de la psicosis, que tanto nos enseña en la clínica, lo importante de no tener prejuicios de cara a las invenciones que puede hacer un paciente psicótico, que no siempre es una hermosa escritura o pintura, si no que pueden ser un poquito “extravagantes” pero que enmarquen algo para el sujeto. Sobre todo lo pensaba en relación al amor, tema del curso de este año en el Colegio. Y me venía a la cabeza por un caso que leí donde una mujer para sostener algo del goce sexual con su marido, hace algunas cosas de este orden, extravagantes, pero que le funcionan.

Por tanto es fundamental no caer en prejuicios, que no sería algo accesorio, si no a eliminar. Leyéndolo de otro lado, podemos decir que no hay que intentar normalizar nada en las psicosis. Y en ningún caso. Esa posición de objeto de la que habla Lacan, que puede decirse como la posición del muerto en el bridge (aunque esto no significa serlo y no decir nada...) es la que posibilita que aparezcan otras cosas y hacer la apertura al deseo.

Interesante el tema y las respuestas que dais.

Para mí lo accesorio es lo primero que aparece, es decir ; cómo, desde cuándo, aparece el síntoma, y si éste guarda un deseo hacia el otro o un vacío (neurosis o psicosis), luego a lo largo de las sesiones, descubrir qué hace el paciente con su síntoma (vamos pasando a lo fundamental) y luego intentar historizar para ver qué se está repitiendo en el síntoma (aquí yo suelo hacer un genograma desde los abuelos y ver dónde se pone el deseo del paciente y de los componentes familiares... y descubrir algún evento, historia personal o familiar que pueda marcar o influir) y por tanto subjetivar a través de su historia (lo fundamental). Para llegar a lo fundamental, por tanto, hay que pasar por lo accesorio... yo creo que es importante hacer un juicio diagnóstico para luego ir olvidándose de él...

Vaya preguntita Antonio, ¿de qué clínica estamos hablando? Si se trata del dispositivo analítico yo diría que lo fundamental es lo que parece accesorio que es donde realmente se juega la transferencia, en el saludo, la despedida, el pago, etc. lo accesorio para mi es lo fundamental, “lo profundo”, ese guión que trae el sujeto cargado de falsas verdades y que debe dar paso a lo más superficial.

Por si te sirve, algún matiz más.

Lo fundamental: después de escuchar la queja propia del sujeto, saber convertirla en enigma, dándole así la oportunidad de querer saber más allá. También saber ocupar ese lugar de SSS desde una posición de objeto para que el paciente pueda desplegarse. Y añadiría la flexibilidad.

Lo accesorio: creer que tenemos ese saber y que podemos ayudar como sujetos.

Que buena idea, Antonio, empezar por abrir los enigmas de la clínica a las respuestas entre colegas.

Para mí, en este contexto, lo fundamental es abrir el discurso del sufrimiento, sintomático y de las quejas, también de los profesionales, que tantas excusas y tan tentadoras encuentran, a poder hacer que no recaiga en lo dicho, una virtud excepcional. Si el decir del profesional, recae en alentar que reaparezca la marca que aporta una privilegiada pertenencia, al buen juicio, fijado a una descomunal comunidad virtual, el paciente volverá a sentirse infantilizado y gustando de reanudar su queja .

Lo accesorio, el saber que reconforta y cierra el cuestionamiento, que cada caso deja abierto para pensar las limitaciones y los descubrimientos que en la clínica, traen algo de lo que nos hiere, ambos partenaires y, que al caer nos seduce, con su orgulloso reto.

Gracias, Antonio, por compartirlo. Es un aprieto divertido.

He visto que han respondido Eva y Carmen, pero no las he leído aún. Así se conserva la espontaneidad de la encuesta.

Es difícil decirlo en pocas palabras porque esas pocas suscitan a decir muchas otras. Pero ahí va.

Yo diría que lo fundamental es que el analizante continúe hablando; incluso, el analista está ahí para, llegado el caso, remover los obstáculos a ese curso, sean éstos los obstáculos del saber o del amor o... En todo caso, el fluir del discurso será lo que permita leer algo.

Lo accesorio es el encuadre. Entendiendo que el encuadre es un accesorio muy importante, el primero después de lo fundamental. Importancia no implica rigidez, al contrario, está al servicio de lo fundamental y se adecua a cada situación concreta donde se produzca la transferencia.

Espero que te sirva.

Te agradezco la pregunta, de alguna manera me hiciste pensar, me quedé agarrada a ella y tal vez por eso me decido a ofrecerte, humildemente, una respuesta, algo que a mí me cuesta mucho. Desde luego no me parece fácil

Creo que hay cosas que todos podríamos decir sobre lo fundamental en la clínica... la escucha, poder llegar a esclarecer la estructura de nuestro paciente, nuestro propio análisis... pero más allá de esto, para mí, lo fundamental en la clínica es tener en claro que hay tantas clínicas como pacientes; tal vez diría que para mí, lo fundamental, lo que pienso que me ayuda a trabajar es localizar la lógica de su ética, más allá de su estructura, que desde luego plantea las coordenadas del trabajo, saber qué mueve a este paciente, cual es su brújula en la vida.

Y la cuestión de lo accesorio, me aparece aún más compleja, yo no sé si hay algo accesorio. En mi recorrido clínico, uno de mis aprendizajes, inconcluso aún, ha sido y es, ver cómo lo que pensaba accesorio no lo es en absoluto...

Bueno, espero que de algún modo te sirva, y si te apetece compartir tu ponencia con nosotros, a mí desde luego me encantaría leerla.

Para mí lo fundamental en la clínica es escuchar al paciente y no introducir nada de lo imaginario a lo que estamos habituados en nuestro lenguaje de la calle, a mí me resulta difícil. Incluso los pacientes a veces te conducen a ello, por ejemplo: “Bueno, ya sabe las madres estamos siempre preocupadas”, para mí lo importante sería no deslizarse ahí desde el principio. Bueno “usted está preocupada, me dice”. Para mí se trata de pasar a lo que es único de cada paciente al Otro de cada paciente, no a lo universal, ni a lo particular.

Quizás es muy básico pero es algo para mí esencial desde el principio y me conduce a muchas cosas.

–lo fundamental es que el paciente se sienta acompañado en su sufrimiento y se formule una pregunta que le permita dialectizarlo, por sí misma esa dialectización puede ser terapéutica.

–lo accesorio: un diagnóstico precipitado y estandarizado que no ayude sino que incluso cierre la pregunta por la causa, el diagnóstico es necesario para orientar la cura pero puede irse decantando a la vez que se despliega el trabajo subjetivo.

No me olvido por cómo me resonó siempre, lo que dice Lacan: “la clínica es lo real en cuanto imposible de soportar”.

Añadiría que para un sujeto en particular; son los pacientes los que nos dicen “su clínica”. Ese decir, claro, va variando, si acierta el decir del analista...

No hablo de sujetos ya en transferencia sino de los que nos llegan con su queja y la de su entorno. Los mismos que atendéis en los CSM. Recuerdo que lo que más efecto tuvo de asombro, e interés enigmático –al inicio se escandalizaban– en los alumnos del master de PGS de la Europea fue decirles que son los pacientes los que definen su clínica, de qué “síntomas” sufren y que el diagnóstico en psicoanálisis es un “autodiagnóstico”.

No tan accesorio: escuchar al entorno, y que mensaje recibe de ese Otro el paciente.

Accesorio: cualquier discurso del Otro sobre el paciente, al que el paciente no se adhiera....de la madre, del padre, del médico, de los psy...

Un tema muy interesante y complejo.

Doy por hecho que se trata de la clínica psicoanalítica.

Considero fundamental la transferencia. Es la única manera de orientarse éticamente tanto en el diagnóstico como en las intervenciones. La mayor parte de mi atención clínica está puesta allí.

Y considero accesorio el diván, como lo demuestra el trabajo que tantos analistas hacemos en instituciones.

En base a mi experiencia la transferencia es fundamental así como una concepción continuista y el corte de sesión. Lo accesorio me cuesta más trabajo de discernir, quizás detalles biográficos del paciente que más bien ayuden a completar su historia sin suponer hitos cruciales en la misma.

Gracias por compartir. Siempre se agradece que te invoquen a la reflexión.

Querido Antonio: Cuando haces la pregunta: ¿Qué es lo fundamental en la clínica?, lo primero que se me viene a la cabeza es que la misma nos dé las coordenadas suficientes como para orientar la cura del paciente. Desde el lugar que se quiera ver la Estructuralista o la continuista, el shitome o el goce, la clínica es algo vivo, que nos permite colocarnos y recolocarlos en relación analítica.

Buena cuestión la de tu ponencia. Lo fundamental en la clínica me parece que será un sujeto que exprese una queja, un sufrimiento que pueda transformarse en una pregunta acerca de lo que le pasa, o de lo que le ha pasado... y que se encuentre con alguien (con suficiente disponibilidad psíquica por su análisis) que él supone que puede escucharle, acompañarle y que pueda prestarse a ocupar los lugares vacíos por los que necesite transitar. Todo ello en el ámbito de la palabra. Escucha y palabra.

Lo demás... accesorio.

Mola la encuesta!!!

Propongo que sea una tormenta de ideas para que todos aprendamos.

LO FUNDAMENTAL en mi opinión es saber qué tipo de práctica pretende uno hacer. No es lo mismo Psicoterapia, que Psicoanálisis que acompañamiento, etc. Una vez sabido esto, tomarse en serio las coordenadas que lo hacen posible. Por ejemplo, no se puede pretender hacer Psicoanálisis en una intervención a pie de calle, por muy orientado por el psicoanálisis que uno esté con su GPS de marca Jacques L.

También me parece fundamental saber lo que uno ignora y trabajar en ello. Satisfacerse en la comprensión y confinarse en ella solo engendra figuras de poder molestas. Es una forma de cuidar la ignorancia, no docta sino adoptada.

Una vez que se está bien anclado en el discurso psicoanalítico. Prácticamente todo lo demás me parece ACCESORIO, relativo, adaptable, inventable, etc.

Mi espontánea aportación.

El retorno del amor

Adolfo Santamaría

Psiquiatra. Psicoanalista ELP. Comunidad Valenciana

Correspondencia: santa@comv.es

Eso es, lo *fundamental es la clínica*, la clínica psicoanalítica, la de Freud a la que accedimos por un retorno primero, el retorno a Freud realizado por Lacan a lo largo de toda su enseñanza y del cual nos hemos nutrido a lo largo de nuestra formación.

Lacan desde el inicio de su enseñanza construyó una diferencia fundamental respecto del saber que va a servirnos de brújula para este viaje hacia la Itaca Psicoanalítica: me refiero a la diferencia entre *saber referencial* y *saber textual*.

En este último año hemos asistido en la ELP a una proliferación de testimonios de fin de análisis que nos recuerdan en acto que el saber obtenido al final de un análisis es un saber inédito, esto es, *textual*, de aquel que lo construye para luego, si es así su deseo, transmitirlo.

Desde ahí podemos inferir que lo *fundamental* en la clínica es esa construcción particular, inédita y agalmática de un saber sobre el modo de goce de cada sujeto, sobre el modo en cómo cada ser hablante negocia con el ser sexuado que es, con la inexistencia de la relación (proporción) sexual y de cómo cada cual articula, en definitiva, su posición en el lazo social.

Quizás dividir las aguas entre lo fundamental y lo accesorio nos conduzca una especie de propedéutica clínica que nos prepara el campo de operaciones en el que ubicar nuestra clínica.

Sin embargo, la *regla fundamental*, aquella por la que nos comprometemos con la palabra como puerta de acceso a la cura, “*diga todo lo que se le ocurra...*”

sin omitir, prejuizar, etcétera” hace de lo vano y fútil **lo fundamental** de la práctica analítica para atrapar ese *saber no sabido*, que sujeto a la construcción por venir, llamamos *inconsciente*.

La clínica analítica es una *clínica de la sorpresa*, como no puede ser de otra forma, si de lo que se trata es de construir lo particular, que hace a aquel que habla.

Entonces, tenemos como **fundamental**, la clínica misma, la regla que la inspira y el acceso a ese saber inconsciente al que nos acercamos a través de las cinco vías clásicas: los sueños, los olvidos, los lapsus, el chiste y el síntoma.

Los decires y dichos, la palabra llena y la vacía, aunque sea pura tésera, el discurso –si es que el que habla se aloja en él– y el lenguaje son el material (*moterial*) al que aplicaremos nuestro método, el de la **regla fundamental**, para que de esta manera el fruto de la **asociación libre** se convierta en la expresión del sujeto, claro, sujeto del inconsciente.

Sin embargo, no es menos fundamental la observación de las condiciones de posibilidad que pone nuestra clínica en funcionamiento.

Contemplamos como condiciones imprescindibles de la clínica la triada: **demanda (inconsciente), transferencia e interpretación**.

Esta triada asume, en parte, lo que se ha connotado con la expresión **presencia del analista** que “puntuá los decires del analizante y le permite componer el *tejido* de su inconsciente”.

Desde la **demanda** de quien nos habla dirigida a un Otro, que se hace presencia para acoger la misma, hasta su retorno en forma invertida, que vuelve a quien la enuncia, la **transferencia** como sujeto supuesto saber se hace incontestable en nuestra práctica, al menos por el momento.

La **interpretación** deviene entonces como fundamental, no solo la realizada por el analista, sino la propia “tejida” por el mismo analizante, con la diferencia de que el primero, hizo la experiencia analítica y el analizante está en ello.

Quiero concluir esta breve introducción con otro aspecto **fundamental** de la clínica que aquí nos convoca y recoger lo que para nosotros ha sido, es y será cardinal de nuestro quehacer. Me refiero a la **formación del analista**, tema complejo tanto en su concepción como en su realización efectiva

pero que consideramos esencial para la pervivencia del discurso analítico.

La formación del psicoanalista es, podemos decir, una formación continuada que debe de librarse como respuesta a lo que se ha denominado, creemos que acertadamente, *las pasiones del ser: el amor, el odio y la ignorancia*.

Es fundamental, pues, no solo transitar por nuestra *formación académica*, por la *experiencia clínica*, sino también por la *experiencia radicalmente singular de una cura* como condición de posibilidad de la presencia del analista.

No quisiera terminar, esta primera parte de mi exposición, sin hacer una justa referencia a la última reflexión de E. Laurent en el XI Congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP) el pasado mes de abril en Barcelona.

La intervención inaugural de E. Laurent, el 2 de abril de 2018, que a buen seguro muchos de vosotros conoceréis –*Disrupción del goce en las locuras bajo transferencia*– recoge una mas que interesante reflexión acerca de la transferencia; toma en consideración una cuestión que ya Lacan dejó sobre la mesa y que al hilo de los tiempos que corren no podemos eludir.

¿Cuál es el destino de la transferencia en el tiempo donde el fracaso del NP es indiscutible, donde la ausencia de garantía es la norma; donde la inconsistencia del Otro pasa una inexistencia que nos remite bajo la forma del mensaje invertido a una solución sinthomática, que jamás olvidará la soledad del ser hablante?.

Es una conferencia a estudiar en profundidad, donde se evoca el tránsito del SsS a un concepto de *auto-elaboración (cito)*: “*el analizante sabe y es suficiente que se dirija al Otro que no existe para que se produzca un efecto de retorno*”.

Creo que se hace necesario transitar por esos puntos de interrogación al hilo de la nueva clínica, que se hace manifiesta en los nuevos modos de goce que escuchamos de forma destacada en los jóvenes, en los hombres a los que el ideal y la duda les resultan insuficientes, en las mujeres que pugnan por otro goce, en las locuras ordinarias y en las extraordinarias.

Una nueva clínica que nos tiene que seguir permitiendo anudar la pulsión a la vida y donde el *retorno del amor pueda hacer condescender el goce al deseo*.

A continuación voy a situarme “a pie de obra” y quiero poner en acto, a

través, de una viñeta clínica algunos aspectos a los que me he referido hace un momento.

El “retorno a la clínica”, “lo fundamental y lo accesorio”, no serían tal sin un recorte clínico que nos permita conversar.

Gracias.

Valladolid, 12 de Mayo 2018

Retorno al manicomio. Los centros de larga estancia

M^a del Carmen Reguilón Domínguez

Psicóloga clínica. Centro de Menores Zambrana. Valladolid

Correspondencia: maryrdzam@gmail.com

DESPERTAR

Abro los ojos sobresaltado, el grito de una voz femenina interrumpe mi sueño. Miro el reloj, son las 8 de la mañana. Siempre son las 8 de la mañana desde hace 13 años. Su voz me resulta familiar, es Sara, la auxiliar del turno de mañana despertándonos como siempre a la misma hora de lunes a domingo. Dicen que padezco de dysania, que es el tecnicismo para decir que me cuesta levantarme de la cama, aunque hoy especialmente, pues aún perdura el efecto del hipnótico que me dieron a las 4 de la madrugada.

Debería de darme prisa, levantarme sin vacilación, pues Sara volverá en un rato y entrará en mi habitación para comprobar que sé hacer la cama y constatar que me he duchado. Por suerte he logrado tener fama de higiénico, esto me permite salvaguardar mi intimidad y asearme tranquilo. Sin embargo, no todos corren la misma suerte que yo, generar la duda sobre tu higiene supone el control matinal de unos ojos que vigilan como te frotas tus partes íntimas.

DESAYUNO

El desayuno se sirve a las 9:00. A esa hora todos tenemos que estar sentados en el comedor, cada uno en la silla asignada. Llegar tarde supone la retirada del pase de salida. En efecto, en una ocasión llegué 5 minutos tarde a desayunar porque me entretuve en el baño haciendo mis necesidades. Pero da igual lo que me ocurriera, no importan mis motivos, las reglas son las reglas y aquí no hay tiempo para escucharlos. La ausencia del tiempo se justifica por la falta de personal, la auxiliar manifiesta claros signos de angustia, está agobiada porque tiene que servir y preparar la medicación a 30 personas,

te mira y dice: “en la tabla de consecuencias llegar tarde al comedor supone la retirada del pase”. En efecto, las reglas son las reglas, no obstante, soy yo quien no puede salir porque me entraron ganas de cagar.

Para desayunar solemos tomar leche con café aguado y unas galletas o un trozo de pan, acompañado de la medicación pautada. No es que quiera echar leña al fuego, pero el viernes pasado junto a mi tratamiento habitual había una P.N.I, esto es, una pastilla no identificada. Me la tomé sin rechistar porque pensé que tal vez el psiquiatra me había cambiado la medicación sin informarme, al igual que en otras ocasiones. Al final, la P.N.I resultó ser una P.O.P; Pastilla de Otro Paciente. Asumo con resignación la idea de tener que tomar medicación, pero puesto que debo hacerlo me gustaría que al menos fuese la mía. Os parecerá desconcertante, pero ante estas injusticias no puedo defenderme ni mostrar enfado, pues cuando me enfado hablo mal y la tabla dice: “entre 1 y 15 días sin pase de salida por hablar mal al personal”. Parece de locos, pero aunque estemos locos, muchas veces tenemos la razón.

ASIGNACIÓN Y CIGARRO

Una vez terminado el desayuno salimos con premura del comedor hacia la puerta del botiquín donde esperamos impacientes la recepción de nuestros bienes más preciados: el dinero y el tabaco. Estos dos, son el garante de una mejor vida en el centro. Por cierto, la tabla dice que llegar tarde a la cola del botiquín supone la siguiente consecuencia: *lo que corresponda en su momento*.

Son las 09:45, Sara acaba de entregarme mi escasa asignación de 2 euros diarios y 10 cigarros. Con este dinero, tu placer queda limitado a dos Coca-Colas y un café en la máquina de la Cafetería. Afortunadamente, puedo prescindir de algunos de mis cigarros y gracias a la economía sumergida por la venta de tabaco incremento mis ganancias. Actualmente, estoy esperando la concesión de un aumento de asignación de 3 euros que solicité a Paula, mi trabajadora social. Puesto que estoy incapacitado, no puedo manejar ni disponer de mi propio dinero, cualquier deseo que suponga un gasto económico (comprar un pantalón, ir a la peluquería o comprar un revista) ha de pasar por la aceptación, primero de mi trabajadora social, y después por la autorización de mi tutor.

ASIGNACIÓN

Son las 09:50 de la mañana, como hasta las 10:00 no comienzan las actividades voy a salir fuera y aprovecho para fumar el primer cigarro del día. Fumar en el centro o la sospecha de que has fumado por estar en el sitio equivocado en el momento equivocado significa la retirada del pase. Después de recibir el tabaco por la mañana la gente empieza a ponerse nerviosa, las puertas de la Unidad están cerradas, nadie puede salir hasta que la auxiliar no las abra. Puedes pasarte 10 minutos esperando con el mono de fumar y el tabaco entre tus manos. Los más desesperados recurren al único sitio que pueden entrar sin que se les vea: el baño común. No se les ve, pero se les oye, y sobretodo se les huele, es inevitable no darse cuenta del submarino de olor de un grupo de locos fumando a pesar de ser los fumadores más rápidos del mundo. Cuando ocurre esto, es mejor no pasar por ahí, pues la sospecha también es condenada.

Las actividades comienzan a las 10:00 y terminan a las 12:45. Estas actividades que dicen ser terapéuticas e individualizadas son en realidad obligatorias y generalizadas. Se dividen en terapias de psicología, de terapia ocupacional y de ocio y tiempo libre. Es obligatoria la asistencia durante toda la mañana a estas actividades no elegidas. La falta a cualquiera de ellas inclusive la actividad donde juegas al Parchís y a la Oca supone la retirada del pase o de la asignación económica de un día. Si decides no ir tienes dos opciones; o esperar a la cola para hablar con la trabajadora social o ir a la cafetería. Antes se podía estar en el salón descansando en el sillón o viendo la tele, pero desde hace 4 días hay una norma más: bajo el supuesto de que todos los pacientes estamos obligados a estar en terapias, es innecesario que las puertas de tu Unidad esten abiertas hasta la finalización de las mismas. La norma tiene la forma de medida en pro del paciente, pero en realidad a quien favorece es al personal, ya que desde su implantación parece estar más contento. Prueba de ello es lo que escuché el otro día cuando una enfermera felicitando al gerente le decía: “que buena idea has tenido, ahora sí se puede trabajar, los pacientes no te molestan”.

COMIDA

Por fin son las 12.45. Tengo 15 minutos para echar un cigarro y subir a la Unidad. La comida que se sirve a la 13:00 funciona como el desayuno, no

puedes llegar tarde, has de sentarte en tu sitio, comer y en media hora ya estas fuera del comedor. Faltan 30 minutos hasta las 14:00, asique iré al salón, me sentaré y miraré la tele.

Son las 14:00. A esta hora puedes disfrutar de una siesta de 45 min en tu habitación ya que no volverás a poder entrar en ella hasta la hora de acostarse. Aunque hay alguna excepción la norma es que las habitaciones solo están abiertas para dormir. No puedes hacer un uso particular de ellas. La segunda posibilidad es que en el caso de tener pase completo puedes disfrutar de la primera franja en la que puedes salir del centro desde las 14:00 hasta las 15:00.

SIESTA O SALIDA

Tener pase completo conlleva el disfrute de salir solo a la calle de 14:00 a 15:00 y de 17:00 a 19:00. Lamentablemente yo no podré hacerlo. Hoy es el cuarto día que llevo castigado sin poder salir. El delito de la pena: tener un paquete de galletas en mi mesilla. El asunto fue de tal magnitud que supuso un motivo de valoración en la reunión del equipo de profesionales. La resolución condenatoria: 7 días sin pase de salida por introducir alimentos en la habitación. Veredicto: culpable. Lo reconozco, soy el monstruo de las galletas.

A LA CAMA

Las 21:00 marca el final del día. Es la hora de acostarse obligatoriamente. Siquiera de permanecer en la habitación hasta las 8 de la mañana. Llamadas de auxilio por insomnio de inicio y ansiedad empiezan a resonar. La ayuda es rápida y eficaz gracias al despliegue de la brigada de salvamento, las llamadas pastillas de rescate.

Antes de que finalice este día y muera de sueño por el efecto del neuroléptico me gustaría presentarme. Me llamo Juan, tengo 48 años. Soy natural de Madrid. Me gusta la informática y la literatura. Estudié hasta el bachillerato y nunca he trabajado. Me hubiera gustado ser informático, pero a los 18 años se rompió mi vida. Esquizofrenia paranoide es mi diagnóstico como el de la mayoría de los más de 200 que estamos aquí. A partir de aquel año se inició mi andadura de ingresos por múltiples hospitales y diferentes recursos públicos en salud mental. Durante este proceso me incapacitan; legalmente, eso sí y me asignan un tutor: Fundación Manantial. Paradójicamente, y a pesar de mi presunta incapacidad creen en mi capacidad para la rehabilitación.

Pero tras continuos fracasos, el último, por mala convivencia en un piso tutelado me derivan a un último lugar, el centro de salud mental de larga estancia donde resido. Entré con la promesa de que estaría solo por un tiempo; llevo ya 13 años a la espera.

Por fin cierro los ojos.

LA EXPERIENCIA PARATÓPICA DE INTERNAMIENTO

La historia que acabo de leer narra en primera persona lo que podría ser un día cualquiera en la vida de un paciente internado en un centro de salud mental de larga estancia. El relato está basado en vivencias reales con el objetivo de transmitir la experiencia de internamiento y los principios que rigen el funcionamiento de un centro de este tipo.

El funcionamiento del centro se conduce bajo la idea obsoleta de la locura como una desviación de la norma. Esto se observa en la lógica de la asistencia del personal militante, esto es, trabajadores que llevan allí toda su vida. Esta lógica conlleva la idea de la reeducación del paciente, es decir de la normalización de sus conductas.

Esta fe en la norma tiene sus implicaciones y es el soporte que rige el modo de hacer. Levanta una barrera que estigmatiza y diferencia a dos tipos de personas. De un lado de la barrera: nosotros, los normales, los trabajadores; y del otro lado: ellos, los enfermos, anormales.

En cuanto a la vivencia del internamiento de estos pacientes, el denominador común se resume en la falta de libertad por un régimen que califican de disciplinario. Horarios, castigos, permisos, normas, la experiencia de incertidumbre y de estar a la espera es el pan de cada día.

Rafael Huertas califica esta experiencia de paratópica. En su artículo, "Paratópías. El manicomio como un no lugar y la experiencia de internamiento", haciendo referencia a la experiencia de internamiento de los manicomios afirma que la espera que puede prolongarse durante años de aislamiento supuestamente terapéutico en un espacio de exclusión supone una suerte de paratopía, esto es, una ubicación paradójica, un lugar que no le es propio, al que no les vincula ningún sentimiento de pertenencia, un lugar "imposible" en el que no deben ni tienen porqué estar.

Frases como "Este no es mi sitio", "no quiero morir aquí", "cuando me dais el alta", "Yo no tendría que estar aquí", es habitual escucharlos en los

centros de salud mental de larga estancia y reflejan esta impresión paratópica. Un paciente al preguntarle por su experiencia de internamiento en un centro me dijo lo siguiente: “Aquí se viven las mismas experiencias que en la cárcel. Todos son inocentes. Le preguntas a cualquiera por qué está aquí y nadie sabe por qué, nadie está enfermo. La culpa de su internamiento siempre es del Otro: de su familia, del psiquiatra o del juez. La diferencia con la cárcel es que aquí cuando entras no sabes cuándo saldrás. Se es culpable sin saber por qué.”

REFORMA PSIQUIÁTRICA. LOS NUEVOS MANICOMIOS.

Han pasado 32 años ya desde que se iniciara en España la reforma psiquiátrica para la desaparición de los manicomios. Esta reforma prometía el cierre de los hospitales psiquiátricos consecuente a un cambio en el modelo de atención a la salud mental, una asistencia pública bajo un modelo comunitario. La ley general de sanidad de 1986 dictaba que la atención a los problemas de salud mental de la población se realizaría en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y domiciliario. Esto suponía el cierre de los hospitales psiquiátricos, lo que conllevaba que las personas internas en estos centros pasarían a ser atendidas en su entorno comunitario, en centros ambulatorios de carácter abierto. Sin embargo, a día de hoy, a pesar de que se perdió la hegemonía de los hospitales psiquiátricos, existen aún hoy disfrazados bajo nuevos significantes. Desapareció el término psiquiátrico para dar lugar a uno más humano, el de salud mental. Este es el caso de muchos centros de salud mental de larga estancia gobernados por la gestión privada, que en sus inicios fueron hospitales psiquiátricos bajo una orden religiosa. A pesar de los avances logrados, como son la mejora en los tratamientos y a pesar de los cambios estéticos que se han producido aún persiste un tufo manicomial.

MARGINACIÓN

Estos lugares siguen siendo centros de marginación. Los primeros manicomios apartaban a los locos de la comunidad y los encerraban bajo criterios sociales no médicos, ahora se recluye a los locos en centros residenciales privados. Locos calificados como incurables pero reclusos paradójicamente bajo el supuesto de la rehabilitación y el fracaso en otros recursos públicos. Es decir se margina a los locos bajo criterios económicos en favor de una sanidad pública maquillada eficiente que ahorra, y una sanidad privada que se lucra.

Clínica en vena... clínica del enredo

Chus Gómez

Psiquiatra. Psicoanalista ELP. Vigo. Hospital de Piñor

Correspondencia: chusagomez2009@gmail.com

El ejemplo más extremo, entre las obras dramáticas de Samuel Beckett es la obra Breath (Aliento, 1969) que dura 35 segundos y carece de personajes: se oye sólo una inspiración y expiración profundas, acompañadas de un cambio de luminosidad escénica.

Me planteo dilemas ante el título “el retorno de la clínica”, que me imponen elucubrar preguntas porque me descuadra lo que parece sencillo.

Me recuerda a otra pregunta nuclear planteada el año pasado: “A tontas y a locas. ¿Qué y cómo hablamos con los locos?”

Hecha la pregunta, la cosa aparentemente obvia, se torna enigmática: pasa la mano por el lomo de las cosas y casi nada es lo que parece... a mí finalmente lo de cómo era aquello de hablar con los locos me pareció más bien “cosa de poesía”, si entendía la locura, en algún momento, como la razón rodeada de una atmósfera de misterio.

Eran cosas de la sutileza, de orientarse un poco a ciegas... lo que a veces hacíamos maniobrando con la locura.

La convocatoria de este año gravita también sobre clínica, pero incluye el signifiante retorno... que abre todo un campo semántico, que implica un pie en lo clásico y otro en el psicoanálisis.

En el libro “Sutilezas analíticas” Miller deduce las consecuencias de la última enseñanza de Lacan.

Dice Miller: Sutileza designa el modo de aprehender lo singular, de modo que la tríada: “sutileza-saber hacer-singularidad” es el eje de ese curso sobre el que pivota el aserto de que el goce no es lo real y que lo sin-

gular se sitúa en el sinthome. Para Lacan lo real miente mientras que el goce no lo hace. Esto implica toda una reorganización de entender clínica y terapéutica.

¿Qué hago? ¿Qué estuve y qué estoy haciendo?

Eso que hago y que repito a propósito de tantas cosas cada día ¿es clínica?

Me aclaran: Antonio Ceverino en la web de la Otra de un plumazo, en pocas líneas... y también JM, con su introducción. Como siempre viene a poner luz en donde me amenaza el caos.

Me valen de brújula para orientarme, siempre estamos en riesgo de desorientarnos... yo al menos. Pero a mí lo aparentemente claro me sigue interrogando, me confronta con lo propio.

Dice Ceverino:

Está claro que hacer clínica no es simplemente ver pacientes, como frecuentemente se dice. Si así fuera, tan solo la observación del paciente, por algún misterioso procedimiento osmótico, ya proporcionaría un saber clínico articulado. Esta es posiblemente la posición de cierta semiología psiquiátrica: cree que la mirada tiene acceso a la verdad de las cosas, que el lenguaje es un todo que permite una correlación perfecta entre lo visible y lo enunciable, y por eso considera innecesaria toda teorización.

Para nosotros, la clínica no se confunde con la experiencia del encuentro con un caso, no es cuestión de olfato. En todo caso, cuando acontece, es un agregado a dicha experiencia, y tiene lugar en un segundo momento. Consiste en la conceptualización y la formalización de dicha experiencia, aun sabiendo que dicha operación siempre es no-toda, porque "lo real no puede inscribirse sino con un impasse en la formalización".

José María nos recuerda que el psicoanálisis es el heredero legítimo de la clínica clásica tal y como Foucault entre otros dijo, y explica el por qué: el psicoanálisis entronca con esa clínica y le aporta a la descripción minuciosa clásica derivada de una atenta mirada, la coherencia de la que carecía, al introducir al sujeto, inaugurando la clínica de la escucha. JM añade que la clínica bien fundamentada se ordena en base a preguntas básicas, sencillas y cruciales: qué, cómo, dónde, cuando, por qué y para qué y con ellas en la cabeza hemos de orientarnos. El resultado es la trenza que enlaza y articula eso que damos en llamar clínica: síntoma, goce, trama subjetiva y

función sintomática, de modo que despejamos a la vez el diagnóstico general o de estructura y el singular que nombra a ese sujeto. De las respuestas obtenidas derivan las diferentes interpretaciones, explicaciones, teorías y terapéuticas. Si bien cae de cajón que no hay clínica sin teoría, ni teoría sin clínica, el día a día habitual tiene como corpus teórico un refrito, ni hecho ni acabado, estilo “un poco de todo”, sostenido en un “yo soy ecléctico”, hoy creo desaparecido... y que ha retornado en lo “bioneuromédico-comercial” que quiere domesticar al goze en el lecho de Procusto tecnológico aderezado con las consabidas pautas... para llegar al estado de máxima felicidad sin ni siquiera ni una pizquita de sufrimiento... y si aparece que dure lo mínimo... un instante tiempo en el que cambio de pantalla en el Iphone...

Esto que JM dice de manera tan sencilla y tan clara sin embargo es hoy casi una excepción en la clínica rasa y desvinculada que se hace en los espacios dedicados a la SM. Hay que ser alumnos de la clínica más que maestros. Por clínica en mi caso entiendo el trabajo con los sujetos psicóticos en la institución, lugar privilegiado para aprender de la locura, ofrece tantos escenarios posibles como posibilidades de encuentro uno quiera asumir, situación impensable en el resto de los escenarios psy de la circuitería en red de la consabida Salud Mental.

Me planteo dos títulos posibles:

“Clínica en vena” y “clínica del enredo”, dos escenarios, dos posibilidades, dos maneras de hacer, las dos opciones presentes en la institución.

He de elegir. Decido clínica del enredo porque me resulta tan omnipresente que no puedo desentenderme de ella.

La institución ofrece múltiples posibilidades por ejemplo la posibilidad de ser un chute en vena de clínica... o un lugar en el que se puede estar sin hacer nada de nada, enredando, pareciendo que se hace sin hacer, salvo mover papeles, cosas y personas de un lado a otro... a veces sin orden ni concierto. Así se puede pasar la vida mientras se hacen planes, y más planes de salud mental, y propios, y ajenos, y no pasa nada... aunque esto suene mal... o poco correcto.

Pero hay también otro “no hacer nada” en lo clínico, sin ninguna relación con la papelería que circula... muy diferente y que no es en absoluto un elogio a la holgazanería...

Me refiero a ese “no hacer nada, que no empeore las cosas o que deje tiempo y espacio al otro que maniobra con sus tiempos y posibilidades para que puedan surgir”. Digo esto porque esta aparente bobada de no dar ni tiempo es norma... como dice un amigo mío muy querido: de batalla en batalla hasta el desastre final... para referirse a un estilo de hacer... Pues bien ya que al manicomio lo han rebautizado como hospital de RHB, eufemismo de crónico y de defecto para una determinada concepción de la locura... usémoslo en nuestro beneficio... cambiando crónico por clásico y escuchemos esa melodía sin prisa estilo tocata que no fuga de Bach.

Hoy en el día a día en urgencias, en los CSM, en hospitalización impera una prisa para no sabe donde ni para qué lugar que me remite a las escenas del coyote y el correcaminos...

porque no hacer nada es imposible... se trata mas bien de parecer que no se hace aún haciendo también... Es un no hacer nada, sin aturullar a la gente con actividades, imperativos y cosas y más cosas.

Dejemos o demos tiempo al otro para que se instaure un tiempo subjetivo preciso para poder elaborar algo de lo que le sucede, tiempo clínicamente imprescindible fuera del tiempo del calendario que imponen los consabidos objetivos del servicio...

Dejar tiempo tiene algo de oficio... aunque a veces sea difícil conseguirlo...

Si el enredo es lo que en mi opinión ilustra a la perfección el goce del hacer en una institución también lo es en el resto de dispositivos de SM. Intentemos cernir qué es el enredo y qué hacer con él.

ENREDO es un sustantivo que hace referencia a:

1. Comedia de enredo.
2. Nudo o maraña en un conjunto de cosas, como hilos, cabellos, cuerdas, etc..
3. Situación o asunto que crean confusión.
4. Situación o asunto que no es del todo claro o lícito, en especial el que se maneja de manera clandestina.
5. Cosa inútil o molesta.
6. Relación amorosa o sexual que no implica compromiso.

Bien. Alguien dijo: “Nos bastaría con ser inmortales para desentrañar realmente algo de lo que ocurre entre dos que conversen”.

Eso podría denominarse clínica de modo vulgar. Es más creo que ocupa gran parte del tiempo en la mayoría de los lugares. Es una modalidad henchida de sentido interpretativo, del nuestro, que le insuflamos al otro... a modo de globo a riesgo de estallar. Es una clínica fundada en lo imaginario pleno. Es una posibilidad muy presente en la modalidad “psicoterapia”, en donde el otro se ofrece como ideal... como amo que sabe que hacer...y al que el otro le ruega pautas, que como píldoras, permitan lograr un imposible: estar en paz y armonía con su goce, que ha venido para quedarse y repetirse hasta la saciedad y lo ha desbaratado todo. Se ofrece un manual lleno de saber hacer y de “trucos” o “juegos” para coagular al sujeto dividido que somos y restaurar como en un reseteado del PC, un yo ideal, que una vez suturado y armado de nuevo como un lego, circule consistente por cuantas redes y planetas existan... acorde con la medida patrón de lo “de-seable y correcto”, según el discurso que dicta la norma social del momento.

Es como la pasarela de la moda Cibeles, remite a lo que se lleva...es “tendencia”: hoy *milffudnes*, mañana lo narrativo... pasado la estimulación transcraneal... indolora, incolora e insípida... Es la moda de lo psy que como en *Merlin y familia* Cunqueiro nos cuenta que el Mago es poseedor de un camino de quita y pon... que había traído de la Bretaña en un canuto de hierro... pero sin la magia y la brillantez de Cunqueiro, que escribía textos en el aire que exhalaban las palabras... Aquí de la magia de la palabra poco o nada queda... nada de lo oracular... todo al desnudo y expuesto en un “usted tiene que hacer así”... aquí tiene la receta casi cocinada, después usted la ensaya y aprende: estamos en *Master chef* y *Operación Triunfo*...

Todos No siempre hacemos clínica... seamos del palo o de la capilla que seamos.

Aún no contando con la parte que parece imprescindible en la cuestión de desentrañar algo de lo que ocurre cuando dos hablan: ser inmortales, sin embargo hacemos esfuerzos para intentar conceptualizar algo de lo que ocurre, y eso se hace siempre a posteriori, es un saber, una elaboración *après-coup*, que precisa un trabajo subjetivo, dado que siempre estamos inmersos en el caso, formando parte de él. Eso en el caso de que armemos un caso y no un lío o un enredo... cosa no infrecuente, ya nunca falta un roto para un descosido.

El sol sale y se pone cada día; también para la clínica y para el enredo.

En la pequeña aldea de la Gallaecia, en la que vivo y trabajo, ocurre lo que en el resto del mundo habitado: por un lado está lo global de un discurso, pero además, e inscrito en ello, está lo glocal. Glocal podría ser el modo de denominar ese goce que define la institución particular, ya que “a cada una su goce”, en la nuestra es el enredo, la marca, que como goce que es, trabaja para lo inútil, y que sólo sirve para poner palos en las ruedas, enredándolo todo, dificultando trabajar para desenredar a sujetos muy enmarañados a veces en su vida. Y este enredo sucede con gran frecuencia en lo banal pero con muchas consecuencias...

Hay que bregar, con ese goce, para poder hacer clínica y no consentir en ser aquello en lo que el discurso del amo te quiere colocar: en un depósito, estilo estación final, en un mero muelle de embarque de desarraigados de distinto pelaje y condición, desde el que se distribuyen ciudadanos: bien a casa, bien a residencias... bien a otros dispositivos de la red de SM...o bien a la calle... No sé si esto está en relación con algo del aburrimiento que percibo impera en el hacer diario, una vez que la psiquiatría ha sido prácticamente fagocitada por la industria, cuando comento con colegas en la banal pregunta cuando viene a hacer guardias “¿qué tal? cómo va la cosa?”

El aburrimiento y el cansancio que genera la repetición del síntoma si con ello poco sabemos hacer si estamos ubicados clínicamente según el modelo biomedicocomercial, ha llegado al máximo de evitación posible con el sumun de la reducción posible de consultas: un NL depot de 6 meses de duración... Por fin alguien ha salido a nuestro encuentro y ha sido como no farma-industria siempre pensando en el bienestar del clínico y del paciente... Ante el “colapso de las listas de espera”, ante el creciente malestar de atendidos y atendedores en un enredo sin fin... Al fin la salvación... alivio por ambas partes...

Eso para las USM, en hospitalización la repetición es: los pacientes salen por la puerta y entran por la ventana, porque hay que mantener ratios y objetivos, los mantenemos pero nos quemamos en conseguirlos... la queja inunda los cafés y los corrillos... esto no hay quien lo aguante... es imposible... y aquí en este imposible hay mucho de verdad... En casi todos los dispositivos les une ese efecto de la prisa sin fin... a ambos a cada malestar su tiempo de curación excluida la subjetividad... pero como siempre hay

lugar para la excepción y el No-a-todos-les-pasa... y su más que posible quemadura la produce otro fuego...

Opongamos: Clínica-no clínica como par. La relación podría dialectizarse del mismo modo que se contrapone el par: lenguaje y la lalengua.

Hay estructuras o sistemas que sirven de molde al saber psicopatológico y las diferentes teorías que construyen y definen el objeto de su estudio: sujeto, cerebro, comportamientos... síntomas, enfermedades... etc, de modo que se establecen saberes por oposición binaria... Esta manera de intentar explicarlo me lleva a compararlo con la diferencia entre lenguaje y la lalengua.

Si parto del aserto de que el lenguaje siempre es hipotético respecto a lo que lo sostiene, a saber la lalengua, una vez que la lalengua surge detrás del lenguaje, éste es rebajado a una elucubración de saber sobre la lalengua.

Podría llegar así a hipotetizar, haciendo un ejercicio de extrapolación de andar por casa, que las diferentes maneras de entender que es clínica sería algo así como lo que puede ser definido como lenguaje desde el punto de vista lacaniano: lenguaje es el sistema gramatical o lingüístico que inventamos a partir de la lalengua, siendo la lalengua: la clínica y el lenguaje el armazón explicativo del modelo teórico que sea.

La clínica tiene también que ver con dos cosas con el dialogar y el acordar, y en esto hay que evitar los esfuerzos inútiles.

Hago un paréntesis.

ELMUSEO DE LOS ESFUERZOS INÚTILES. Cristina Peri Rossi

Todas las tardes voy al *Museo de los Esfuerzos Inútiles*. Pido el catálogo y me siento frente a la gran mesa de madera. Las páginas del libro están un poco borrosas, pero me gusta recorrerlas lentamente, como si pasara las hojas del tiempo. Nunca encuentro a nadie leyendo; será por eso que la empleada me presta tanta atención. Como soy uno de los pocos visitantes, me mima. Seguramente tiene miedo de perder el empleo por falta de público. Antes de entrar miro bien el cartel que cuelga de la puerta de vidrio, escrito con letras de imprenta. Dice: «Horario: Mañanas, de 9 a 14 horas. Tardes, de 17 a 20. Lunes, cerrado». *Aunque casi siempre sé qué Esfuerzo Inútil me interesa consultar, igual pido el catálogo para que la muchacha tenga algo que hacer.*

—¿Qué año quiere? —me pregunta muy atentamente. —El catálogo de mil novecientos veintidós —le contesto, por ejemplo.

Al rato ella aparece con un grueso libro forrado en piel color morado y lo deposita sobre la mesa, frente a mi silla. Es muy amable, y si le parece que la luz que entra por la ventana es escasa, ella misma enciende la lámpara de bronce con tulipán verde y la acomoda de modo que la claridad se dirija sobre las páginas del libro.

A veces, al devolver el catálogo, le hago algún comentario breve. Le digo, por ejemplo:

—El año mil novecientos veintidós fue un año muy intenso. Mucha gente estaba empeñada en esfuerzos inútiles. ¿Cuántos tomos hay?

—Catorce —me contesta ella muy profesionalmente.

Y yo observo alguno de los esfuerzos inútiles de ese año.

Nunca acabaremos de clasificarlos a todos. Y los periódicos también. Están llenos de Esfuerzos Inútiles.

Todos tenemos nuestro propio catálogo de esfuerzos inútiles en la práctica clínica y en la vida de los que nos avergonzamos y de los que intentamos borrar las huellas...

¿De qué modo con la palabra producimos efecto en lo real y en el goce? ¿No es eso para nosotros la clínica? Un análisis se ocupa de eso... no es un esfuerzo inútil... distingue su clínica del resto... es su especificidad.

Aspiramos a rebajar el goce a bordear lo real, dado que como decía Beckett: "lo que somos es de una monótona centralidad" con los mismos movimientos, con los mismos dichos... y es que como decía Lacan "no deja de ser un misterio que el cuerpo hable" y ahí añadiría yo es cuando se lía... Siendo el hablar y el callar imprescindible para la labor del clínico.

Pero volvamos a la clínica, es decir, vuelta al enredo.

La teoría podrá manejar paradojas, articulaciones por fuera del sentido común, etc, pero finalmente acaba reducida a una escritura.

La referencia última de la clínica es ese lugar donde no hay escritura para la relación sexual o donde ésta es posible como en la psicosis al no inscribirse el nombre del padre. Ahí pivota y se sostiene la posición de cada sujeto en relación a las marcas que lo imposible en la vida dejó en él.

De esa inscripción derivan y se sostienen todos los enredos en los que cada sujeto puede estar envuelto, y todos los enredos que puede llegar a construir con otros con mayor o menor satisfacción.

Para finalizar una referencia a las resonancias que para mí tiene enredar en donde tiene una patita en donde está articulada que no es más que en la lengua.

Enredar en gallego es un verbo y una expresión que, además de muy utilizada en el día a día, tiene multitud de resonancias y está muy incrustada en el goce gallego... podría delirar diciendo que no sería tan descabellado decir que nuestros archiconocidos pleitos y nuestro gusto por esa indefinición de relatividad einsteniana... tenga una patita aquí... pero eso lo dejamos para otro día.

Enredar está emparentada con argallar, fedellar... implica que a la vez que lías algo también buscas solución, inventas, tramas algo... tramas o inventas mentiras, enredos, líos para confundir o engañar a alguien, ejemplo clásico: *Argallou unha historia para librar da mili*. Pero también *argallar* es organizar o improvisar... incluso con lo poco que hay: *Con unha pouca carne argallou unha comida para todos nós*. A veces se utiliza como sinónimo de *tramar*, en el sentido de concebir un proyecto con una finalidad práctica: *Argallou o asunto de tal xeito que nada lle podía saír mal*.

Por último, *argallar* significa “realizar trabajos que requieren cierta habilidad”: *Argallando coas cunchas fixo un bonito colar*.

Fedellar: cotidianamente es enredar, manejar cosas por simple distracción *¡Deixa de fedellar co mando da tele!* Este verbo tiene una segunda acepción: Manipular algún aparato o mecanismo sin conocer su funcionamiento, revolver o desordenar: *Anda fedellando no coche e non o dá reparado*.

Alguien que está dando vueltas alrededor de su chalana, en el muelle, un domingo antes de comer, está enredando en vez de ir al bar. Da vueltas, valora como está la pintura... corrige la posición del ancla... la cubre con algo porque ya hace mucho sol... Está enredando. Lo que hace no es del orden de lo necesario. Es un cuidado lleno de delicadeza de algo a quién le habla, le dice que espera de ella que la próxima vez que salgan al mar todo vaya bien.

Hay un oficio en Galicia que consiste en arreglar redes. Es un oficio de mujeres. Se llaman “redeiras”. Los hombres pescan, las mujeres arreglan las redes. Reconstruyen las redes desgarradas creando mallas por medio de nudos. Mientras tanto, hablan de amores, de niños fruto del deseo de un día y de la muerte... Hablan de la vida...

Ocasionalmente se escucha una maldición porque un nudo no salía como se esperaba o varias redes aparecían enredadas, enmarañadas... Esto es clínica...

Finalmente, todos sabemos que las lanchas, los nudos y el enredo entre redes, no responden a las palabras cariñosas, a las historias contadas a su alrededor, a las maldiciones. El real implicado en este campo, como el real en el campo de la ciencia, no responde a la palabra.

El real implicado en la clínica, en la clínica del enredo o en los enredos clínicos suponemos que responde a la palabra y en ese lío estamos enredados. Siempre se puede argallar algo que no la líe o que la líe menos...

Chús Gómez. Praza Maior... con Zoe... un bonito día... por fin primavera... ¡Mil primaveiras mais para meu querido Antón Casais! que me inspirou coa súa “Carnota e o mar” este enredo delirante común a propósito deste oficio...

Antón dende agora chámame redeira...

4 maio de 2018

La duda en la clínica

Irene Muñoz León.

Psiquiatra. Hospital Río Hortega. Valladolid

Adrià Casanovas Fernández

PIR. Hospital Río Hortega. Valladolid

Correspondencia: casanovasadria@gmail.com

Z. es un hombre de 44 años. Se presenta en consulta con la cabeza rapada, vestido de chándal y zapatillas deportivas, expresándose con un acento un tanto peculiar. Inicia un seguimiento en el CSM después de haber sido derivado desde urgencias, donde acudió por “ansiedad y nerviosismo con escalofríos y temblor en las extremidades”. Inicialmente refiere asimismo falta de apetito asociada a ingestas compulsivas, insomnio, hipervigilancia, rumiación excesiva, rituales de comprobación, tristeza y necesidad de desahogarse llorando o gritando.

Decidió consultar con un especialista porque su mujer le amenazó con la separación si no buscaba ayuda. En el trabajo estaba siendo muy presionado para que aumentara el rendimiento y ella veía peligrar su puesto de trabajo si él no atajaba de alguna forma el problema.

HISTORIA

Z. es hijo de padres emigrantes que se desplazaron desde un pueblo castellano hasta Suiza en busca de trabajo. Primero nació él y 6 años después un segundo hijo. La mezcla de idiomas con la que convivió durante su infancia y adolescencia justifican, probablemente, la marca de su acento. Debido a que los padres trabajaban, Z. estuvo hasta los 16 años a cargo de unas monjas en un internado. Refiere que a su hermano siempre le han valorado más que a él, que se siente “la oveja negra” de la familia, hasta el punto de llegarse a plantear que quizá fue “un niño adoptado”. Al padre, por ejemplo, nunca le han gustado los trabajos que él ha encontrado, y los ha menospreciado

comparándolos con los del hermano. Cuenta que de pequeño tuvo dos sueños premonitorios, uno en el que le tocaba una bicicleta en un concurso y otro en el que morían dos chicos del pueblo en un accidente.

Z. recuerda que su madre era alcohólica y se pegaba con el padre, a quien él tuvo que parar los pies en alguna ocasión. A los 18 años vino a España para hacer el servicio militar y sus padres volvieron con él, instalándose aquí definitivamente. A los 20 falleció su abuelo paterno. Relata que en el lecho de muerte, estando hemipléjico, levantó el brazo paralizado para hacerle una señal que sólo vio él, ya que los demás estaban en otra habitación, aunque nunca supo que le había querido decir. Después de su muerte sus padres le llevaron a dormir a casa de la abuela para hacerle compañía. Sin embargo, ahí sólo aguantó 4 días, ya que empezó a experimentar vivencias extrañas que le generaron un pánico terrible, como soplos en la oreja que pensó que podrían estar siendo producidos por el espíritu del abuelo recién fallecido.

Sus padres, al llegar a España, abrieron un negocio donde él estuvo ayudando durante un tiempo. Se queja de que le pagaban un sueldo ridículo. A los 21 años conoció a su actual mujer y al mes se fugó con ella de casa.

Tras unos 2 años con trabajos ocasionales, se quedó en paro y ella le echó de casa, por lo que tuvo que regresar una temporada con los padres hasta que volvió con ella.

A los 24 años un ladrón intentó robar en casa de sus padres. En ese momento dio la casualidad de que él entró por la puerta y el ladrón se escapó por el balcón. A raíz de ese episodio comenzó a realizar rituales de comprobación en su casa, asegurándose repetidamente de que las puertas y el agua estuvieran cerradas o la luz apagada.

Hace unos 10 años su madre fue intervenida “a vida o muerte” en una operación en la que le quitaron “medio estómago”. A pesar de que fue su mujer quien se encargó de atenderla en aquél momento se queja de que su familia nunca la ha aceptado, por lo que la relación actual con ellos es prácticamente inexistente.

DESENCADENANTE ACTUAL

Z. vive con su mujer, que trabaja cuidando ancianos, y con sus dos hijos. No tiene estudios superiores. Trabaja desde hace 7 años en una empresa

familiar de su entorno, su trabajo lo realiza principalmente en el laboratorio con un químico. Z viaja a las ferias y exposiciones. Se queja de las condiciones laborales, de que su jefe “ya no lo trata como a un amigo, le presiona mucho para aumentar la producción y abusa de él realizando el trabajo de 3 personas y pagándole poco”, igual que hacían sus padres con él en el negocio familiar.

En el trabajo le tratan, además, también como “la oveja negra” que asegura ser para su familia. Dice que le roban ideas que ha tenido él o que le han llegado a acusar de haber robado en el negocio sin pruebas.

En una ocasión en la que varios miembros del negocio estaban reunidos en una sala afirma haber escuchado que hablaban mal de él, acusándole de varias cosas.

En una ocasión en un viaje de trabajo empezó a encontrarse mal, con dolor en un brazo. Lo vincula al hecho de haber tenido que levantar mercancía muy pesada, que además desprendía un fuerte olor a moho. Hizo el viaje de vuelta con un intenso malestar, y a continuación pasó varios días con descomposición en los que perdió varios kilos. Aun así todavía estuvo unos 15 días trabajando, y el dolor de un brazo se fue extendiendo a los dos, que le dolían cada vez más (refiere escalofríos, ardor, entumecimiento de manos...) hasta que acudió al hospital, donde le diagnosticaron parálisis bilateral del nervio braquial. En ese momento solicita baja laboral, y recuerda cómo su jefe le recriminó que no siguiera trabajando “por un puto brazo”.

Todavía no se ha recuperado de este malestar, que le ha estado impidiendo cargar peso por falta de fuerzas.

Consulta con un abogado y denuncia a la empresa por impagos desde la baja laboral.

Al juicio los jefes no se presentaron y sigue sin cobrar lo que le adeudan. Tiene claro que no quiere regresar, pero todavía no ha podido negociar el despido.

Su mayor preocupación en este tiempo es perder a su mujer e hijos. Atrapado en el dilema de la amenaza de su mujer de “dejarle si perdía el trabajo” y siendo incapaz de responder a las demandas del jefe.

En casa trata de colaborar en las tareas pero se muestra incapaz por “la debilidad de los brazos”. “No puede cargar peso y se le caen las cosas”.

Se lamenta de su falta de autoridad como padre; sus hijos no le hacen caso y en alguna ocasión en la que les ha dado un cachete su mujer le ha amenazado con denunciarle si les volvía a poner “la mano encima”. Su hijo de 9 años ha estado animándole a él al verle tan decaído...

Estando todavía en activo empezó a escuchar lo que él llama un “zumbillo” que se intensifica por la noche y cada vez oye con más intensidad. Piensa que pudieron haberlo causado las máquinas del laboratorio.

Además de este ruido, comenzó al escuchar al irse a dormir la voz de su jefe obligándole a volver al trabajo, y la de su mujer diciéndole que no podía perderlo, aparte de otra que le animaba, dándole esperanzas de que todo saldría bien.

Simultáneamente iba por la calle en un estado de alerta permanente, le parecía ver el coche de su jefe y de otros compañeros siguiéndole; su mujer le decía que eran imaginaciones suyas y parece que eso le hacía dudar de su experiencia.

Relataba además muchas pesadillas en las que recibía palizas por parte de las personas que él considera culpables de su estado (el jefe y otros miembros de la empresa) y temía que se cumplieran, ya que de pequeño, según su relato, algunos de sus sueños terminaron ocurriendo. Contaba también otros sueños en los que salía volando, que desaparecieron tras una interpretación en la que el terapeuta le señaló que reflejaban la solución que él solía escoger ante los grandes conflictos de su vida: escapar de ellos.

Su cuñado estuvo durante un tiempo viviendo con ellos en casa, y llegó a sospechar que su mujer le engañaba con su propio hermano; se justificó alegando que ocurrió algo similar entre familiares de su madre que, según dice, son “muy raros”.

Se queja, además, de que en ocasiones en las que discute con su mujer ella le llama “cornudo” para fastidiarlo.

Con el paso del tiempo y viendo que la situación no se soluciona, además del temor ante la posibilidad de que le obliguen a reincorporarse a su puesto de trabajo, el estado de miedo y angustia de Z. ha ido acrecentándose. Actualmente oye ruidos en la casa, como si hubiera entrado alguien, escucha el cuchicheo de dos voces hablando de él, que no logra identificar y le generan pavor, aunque poco a poco tiene la sensación de comprenderlas más. Ve sombras por la casa y en ocasiones “grita a los fantasmas que

le dejen en paz”, ya que le soplan detrás de la oreja y no le dejan tranquilo.

Las ideas de persecución se han ido densificando, llegando a la certeza de que le siguen continuamente. El “zumbillo” es cada vez más intenso y ocupa cada vez más su atención.

Desde el inicio del tratamiento fantasea con la idea de tirarse por la ventana y así acabar con el sufrimiento, hace caminatas agotadoras en las que grita en medio del campo para aflojar la impotencia, o se encierra en el trastero llorando.

TRANSFERENCIA Y DIRECCIÓN DE LA CURA

Desde un inicio la transferencia con el terapeuta ha sido muy intensa, otorgando un gran valor a las palabras por él enunciadas y sintiéndose escuchado y cuidado casi como un niño que busca el amparo de una figura firme a la que amarrarse. El papel del terapeuta ha sido inicialmente el de prestarse a adoptar esa posición, para mantener la transferencia y ofrecerle a Z. un punto de partida sobre el que empezar a buscar una salida a su sufrimiento. Posteriormente, sin dejar de mostrarle su apoyo, ha tratado de confrontarle con esa forma un tanto infantil de escapar de los conflictos vitales y animarle a encarnar una figura paterna con más autoridad. Este último paso está siendo el más difícil, puesto que él muestra dificultad para sostener esta posición y su mujer no le ayuda en sus intentos.

DISCUSIÓN

Como se aprecia en el caso los síntomas que Z. ha ido elaborando ante su conflicto presentan, por un lado, un carácter principalmente obsesivo y compulsivo, y por otro psicótico. La clínica obsesiva expresa la dificultad para responder a la demanda insaciable del Otro, en este caso encarnado por la figura del jefe y de la mujer.

Su posición de “oveja negra” y las quejas sobre el menosprecio por parte del jefe y la mujer fijan el lugar simbólico que él siempre ha ocupado dentro de la familia.

La clínica paranoide (vigilado y perseguido por el jefe o alguien contratado por él...) y los diálogos internos, inicialmente endofásicos, viran a la xenopatía: espíritus o fantasmas que conversan sobre él mediante murmu-

llos incomprensibles, o que le hacen perrerías.

Con estos datos, el debate diagnóstico puede permanecer abierto. Se puede proceder, como hemos hecho nosotros, ubicándolo como una neurosis obsesiva sin descuidar la evolución de esos fenómenos psicopatológicos descritos.

Otra posibilidad sería pensarlo desde la psicosis, entendiendo los rituales obsesivos como un intento de estabilización que fracasa en los momentos en los que la angustia es mayor.

En todo caso, lo que queremos remarcar es que la incertidumbre diagnóstica no puede llevar en ningún caso a la pasividad clínica, y más si entendemos que las categorías establecidas por nosotros no son estructuras reales que debamos encontrar al final de la búsqueda, sino meramente orientaciones teóricas que nos permiten a los terapeutas actuar en una dirección determinada.

La Dra. Gorog, invitada hoy a estas jornadas, suele emplear una fórmula que ilustra esta idea: *“Il faut être dans l’action”*, “hay que estar en la acción”. Al paciente hay que sacarle adelante pese a que no seamos capaces de encajarlo dentro de nuestro sistema diagnóstico y esto implique acciones poco o nada ortodoxas en la terapéutica.

Mejor esto que quedarse quieto. Así, con la meta última de ayudar al paciente, la duda diagnóstica puede permanecer en el aire si nos ayuda a seguir formulándonos preguntas sobre el caso y a no encorsetarlo bajo los prejuicios de nuestra propia escuela.

Como palos de ciego. La Otra 2017

A tontas y a locas ¿qué y cómo hablamos con los locos?

Chus Gómez

Psiquiatra. Psicoanalista ELP.
Hospital de Piñor.

Correspondencia: chusagomez2009@gmail.com

“Canjeamos el silencio/por el murmullo de los pasos”.
Apariencia de los signos. Juan Seoane

Las palabras mayores
Se adueñaron de todo:
Los libros, las plazas, los hombres.
Por eso en este reino
Van vacíos los libros,
Solitarias las plazas,
Pequeñitos los hombres.
Lucha de clases.

Milena Rodríguez Gutiérrez. *El otro lado*

LOS BINOMIOS: A TONTAS Y A LOCAS. CÓMO Y DE QUÉ.

Es la primera vez que la Otra tiene de título una pregunta y no es una pregunta cualquiera, es la madre del cordero de este imposible, pero apasionante oficio... son palabras mayores como dice el poema de Milena Rodríguez.

Es la interrogación que abre en canal a cada un@ confrontad@ ante el otro... sólo.

Es un ponerse en acto.

Otro con el que hará un viaje, un recorrido... sin certidumbres, con pocos auxilios y mapas. Quizás lo máximo a lo que podremos aspirar será a inventarnos algunas islas ubicadas en nuestros mapas, como hacían los cartógrafos antiguos, como gestos de amor hacia sus amantes, para enloquecimiento de marinos rigurosos, y ver si con ellas podemos arribar a buen puerto... siempre y cuando aún creamos en un mundo en donde quepa la invención con generosidad y sin alevosía.

Puedo saber de qué hablo con ellos y ellas, más o menos, pero quizás el cómo lo hago sea una cuestión de la que otros mejor que yo, puedan dar cuenta, pues estoy afectada indefectiblemente por mis puntos ciegos.

En la conversación no habrá instrucciones como las que nos da Cortázar, que nos valen tanto para un roto como para un descosido: para subir una escalera, para llorar, o para matar hormigas en Roma... Aquí interrogados y apremiados por esa pregunta se nos han caído los palos del sombrero, y estamos literalmente con el culo al aire... sin los parapetos del saber del Otro del ideal que valga, y en el que poder ampararse; no vale la cita, el dicho más o menos rimbombante de tal o cuál autor... ni otras referencias posibles al uso, aquí cada uno está sólo con su acto. Es negro sobre blanco. Aquí estamos ante la pregunta descarnada: es la hora de la verdad de cada uno.

Si me arriesgo a definir la locura como: “la razón rodeada de misterio”, como dijo algún poeta, quizás podría decir que los locos son seres metafísicos buscando un hueco, y si sigo, y me dejen elegir que ser en la otra vida, elegiría como no, ser un cronopio cortaziano, del género de los mamíferos extintos, que en palabras de su inventor es “un dibujo fuera del margen, un poema sin rimas”, pero ya se sabe que es loco quién puede y no quién quiere, y que si bien mi ideal está del lado de esas criaturas ingenuas, idealistas desordenadas, sensibles y poco convencionales... me toca más bien el diagnóstico de los famas: rígidos, organizados y sentenciosos, o de los esperanzas: simples, indolentes, ignorantes y aburridos...

Lo que me queda ya de poder elegir, visto lo visto, es ser un fama feliz ante la alegría de los cronopios, de cuya compañía disfruto.

BINOMIO DOS: LOS DEL LADO DE ACÁ Y LOS DEL LADO DE ALLÁ.

Así, como reza el slogan: “a tontas y a locas”, es como hablo muchas veces con los locos... con algunos; con otros, con cariño, con guiños, con com-

plicidades delirantes y a carcajadas o silenciosa, seria y expectante otras, en las que el otro se descuadra después de haberme descuadrado a mí... En definitiva con cada un@ de diferente modo, en el que intento amoldar algo de su estilo y el mío, sin que como en las parejas y en las sombras, el ajuste sea perfecto, pero conseguimos que a veces algo fragüe...

A veces por tanto tengo cierta idea de cómo hablo con ellos, pero en la mayoría eso no ocurre, no tengo ni idea, eso es algo que no se premedita, surge, aparece, irrumpe... pero no sin un cierto saber... mezcla de teoría y de experiencia clínica o años de oficio... Como dice Cortazar: "lo importante es no profesionalizarse, en el mal sentido de la palabra".

Cuando se trabaja en una institución donde la convivencia es muy estrecha durante mucho tiempo entre los que por allí circulamos, las conversaciones no son sólo en las consultas..., es más, posiblemente la más importantes y definitivas ocurren de otro modo, como por casualidad, en los pasillos, en la cafetería o fumando un cigarro en la calle, o paseando a los perros... otras veces hay que propiciar un encuentro que reste peso y densidad al formalismo del despacho, al lugar subjetivo y objetivo del encuentro, que permita aflojarnos los tornillos.

Sabemos que en la institución el tiempo fluye de otra manera, y los espacios son muchos y diversos... es decir, está presente constantemente lo único y lo múltiple, a veces solapado y otras veces perfectamente delimitado, en esas circunstancias el cálculo es poco probable, y también casi nunca deseable.

Lo ceremonioso y serio en extremo, vestimenta de la pretensión de "experta", jamás aparece... pues eso lo dejo para los juegos de seducción de la vida, para los encuentros con los cuerdos, o mejor dicho, sobre todo para los recuerdos.

Al fin y al cabo con los locos y locas con los que trato, comparto: rutina, cafés, espacios y vida... ¿Ha de ser la conversación con ell@s diferente con el resto de los mortales? Pues si y no... al mismo tiempo... Se interesan tanto en mí como yo en ellos, con todas las gradaciones posibles que el interés pueda revestir. Me pregunto ¿es que yo estoy autorizada a preguntar y ell@s obligados a responder?... pues no... hasta donde entiendo, y dependiendo de cómo nos malentendamos la cosa irá de un palo o de otro como en el flamenco...

Y si de palos y de flamenco va la cosa, será porque aprendí a caminar en Extremadura, a nadar en Sevilla, guiada por un seductor manco que hacía de socorrista en aquella piscina con un calor sofocante, y porque mi cuerpo se fue tatuando de cicatrices que no son sino recuerdos y paisajes con los que se fue fraguando un estilo... y de estilo también trata la pregunta.

Con ese estilo mío converso y me las ingenio. Con aciertos, silencios, perplejidades, descuadres y fracasos... sin ningún guión fijo... porque nunca ninguna conversación será nunca lo que fue, porque suele ocurrir algo parecido a cuando se hace una maleta, y es que lo primero que se saca fue lo último que se metió... y en esas andamos siempre, tanto en éste, como en otros menesteres.

Un 6 de enero de los 70 recibí posiblemente el mejor regalo de mi vida: mi bicicleta. Ese día por fin llegó, y no me apeé hasta que me rindió el agotamiento. No tuve que desembalarla... ya estaba así: desnuda, roja y azul... cambié la silla del desayuno por el sillín rojo de plástico duro... pero daba igual lo incómodo que era... sus manguitos, también rojos... sus ruedines, prótesis a eliminar cuál muletas en un lisiado... y por supuesto sin frenos... sin cables... sin nada... Desayuné más feliz que nunca, mientras leía mi libro de historietas apoyado sobre el bote familiar de ColaCao.

Tengo la sensación que el resto de mi vida he estado frente al mundo sin más apetrechos que estos momentos y estos juguetes... y pese a arrancar con este aparataje escaso no me ha ido tan rematadamente mal en la vida... ni conmigo, ni con los otros.

Desmonté y destripé muchos juguetes, sobre todo relojes... quería verles las tripas para descubrir ¿cómo funciona la magia? ¿dónde está el truco? Una descubre que hay que desandar el camino y devolver todos los cachivaches al lugar de dónde han salido, que no es otro lugar que la caja de tesoros y cachivaches de un niño. Necesitamos una ingeniería mínima, una caja de herramientas, porque por mucha magia que encierre algo, desde la nada no se puede crear... después en los encuentros abriremos la caja que está en el trastero y comenzaremos a jugar...

Contar lo que hacemos es apenas una manera de rellenar los huecos inevitables: lecciones escondidas en frases delicadas, que entre el ruido y la vida, nos golpean el pecho, el alma o las palabras... a veces despeinadas por la lluvia, acartonadas, huecas o vacías...

Como en un bombo de la lotería las comas, los suspiros, los interrogantes, los puntos y aparte y los adverbios pretenden alojarse en la conciencia, de modo sistemático, incesante, caótico y desordenado. Los que conversan modifican el rumbo a cada paso, y dan paso a elefantes, brujas y canallas, ladrones de voz, vendedores de lamentos, susurros y metáforas... perros, familia, amigos, muertos, noches de timba, borracheras, naipes, sueños, fiebres, roturas, meriendas, trabajo, chocolate, tabaco, sirenas, camas y otras rabias, lágrimas, risas y carcajadas... o medias tintas.

Ninguna exigencia de credibilidad, atisbo de cordura chata, rutinas de todos, leyes naturales y demás milongas varias... puede mezclarse todo y nada a la vez, e ir resolviendo mientras y sobre la marcha.

Cuando la vida no es sino una escombrera de desastres inconexos, y nos toca travesía en el desierto, será mejor alimentarse de pequeñas raciones de campaña que tiren poco del agua... porque es un bien escaso a conservar...

No he encontrado un símil más perfecto que la poesía para definir el hablar, entre cuerdos supuestos y locos señalados, sin por otra parte, saber definir que es un poema.

Como dice Ángel Cerviño refiriéndose a los versos de Juan Seoane: “la Poesía es un género transfronterizo, equidistante de la escritura sagrada y la profana, ante ella el comentarista se debate entre el pasmo y la cosecha; merodea por el bosque de signos y recolecta su propio desaliento en las resbaladizas laderas del texto, mientras: –encima del naranjo/ los pájaros tragan saliva– Sus torpes movimientos polinizan las líneas del verso, la escritura lo tizna de lejanía y finitud”.

BINOMIO TRES: CÓMO LEER UN POEMA

Estamos por tanto como en *Rayuela*, los del lado de acá y los del lado de allá, y como en cualquier historia hay “capítulos prescindibles” y otros de la repetición. Podemos leer la historia que el otro nos cuenta linealmente, es decir como si fuésemos unos famas, con un orden: por ejemplo del capítulo 1 al 56, pensando que de eso se trata, o no tener ni idea de qué hacer con semejante relato... si es que lo hay y si no lo hay habrá que inventarse como intentar ayudar a construir uno.

Nuestro cronopio a menudo nos da una historia sin guión fijo, a medio hacer, hecho a pedazos, o cristalizado, coagulado e inamovible, y en otras

ocasiones sin amasar, crudo, pero con levadura... con él tendremos que hacerlo... después dependiendo de nuestro estilo el final será uno u otro. Siempre resulta sorprendente la variedad de sonidos en función de quién interprete una pieza aunque el piano que se use sea siempre de 88 teclas.

Afirma Haruki Murakami que hay un proverbio japonés que dice: “la madera se hunde y la piedra flota”... para referirse a que a veces ocurren cosas que en condiciones normales parecen imposible y esto los clínicos no deberíamos de olvidarlo nunca.

Rayuela es abierta, fragmentada, inquietante a veces, pero siempre participativa... nos presenta el caos de la realidad, sin pretender ni ordenarlo ni explicarlo; en ese sentido no se si la realidad del psiquiátrico imita a Rayuela, o si la vida misma es cortaziana. Puedo hacer elucubraciones sobre mi estilo de conversación pero será en vano, pues aunque quisiera decir un decir verdadero sobre lo que hago es tarea imposible, pues es en definitiva: semblante. Lo que si puedo decir, es que no puede establecerse ninguna teoría, ni ningún tratado de antemano, ninguna norma ni para explicar cómo uno y otro hablan, y menos aún, pretender decirle a otro como tiene que hacerlo... Hay cosas, señales... enganches y mínimas recomendaciones... En su defecto podemos hacer testimonios de los casos, de lo que pasó o dejó de pasar, de los impasses, de los errores y de los aciertos o de las sorpresas, pero poco mas... porque son maneras de hacer cada uno con lo suyo y con su estilo, del mismo modo que podríamos plantearnos ¿sabe el poeta cómo surgió el poema? ¿qué cantidad es una pizca de sal? y ¿un ratito? medidas habituales que te dice tu madre cuando te cuenta cómo hace un plato... no hay mucha diferencia entre esto y la pregunta planteada aunque de entrada lo parezca...

RESUMEN:

Dice Ángel Valente que “el poeta actúa por tanteo sobre un material oscuro y el único instrumento que posee para sondear ese material informe es el lenguaje, una palabra, una frase, quizás un verso entero; ese es el precario comienzo de un conocimiento que es siempre un conocimiento haciéndose”... parece que es algo parecido a la cosa de este oficio...

Gracias.

Chus Gómez, Piñor 25 maio 2017.

Choveu e amainou a calor... xa compría... onte 37,5 °...

Lo fundamental y lo accesorio en el retorno a la clínica. Los retornos a, de, en la clínica

Segundo Manchado Romero

Psiquiatra. Psicoanalista. Las Palmas de Gran Canaria.

Correspondencia: smanrom@gobiernodecanarias.org

Todo resumen es una exageración.

Aforismos. Andrés Neuman

Quiero agradecer a los organizadores de estas Jornadas de La Otra su invitación a estar aquí hoy. Estoy encantando de estar entre ustedes. Gracias a todos.

Empiezo con un aforismo premonitorio. Mi punto de vista es francamente naíf. Intentaré dar una vuelta por ideas a través de algunos *principios activos* de La Otra.

¿Qué es la clínica? En pocas palabras, es un espacio lógico con tres lugares : sufrimiento, saber, praxis. Para nosotros aparecen conectados entre sí con una temporalidad que recuerda al aserto de la certidumbre anticipada (Lacan): instante de la mirada, tiempo de comprender y momento de concluir. Desde el principio deberíamos entenderla como una praxis ligada a la ética y también a la propedéutica. Y puesto que nos prestamos con nuestra presencia, también estará la transferencia.

Hay dos Retornos: nuestro retorno *a* la clínica y lo que retorna *en* ella. A veces hay otro retorno añadido, el retorno *de* la clínica, cuando ésta no logra resolver nuestra inquietud. Aquí hay que incluir el malestar de los diagnósticos, de las clasificaciones, de las concepciones-tipo continuo/discontinuo, total/parcial, endógeno/exógeno, proceso/desarrollo, etcétera.

En un primer momento, siempre se afronta la experiencia subjetiva del sufrimiento y se atiende a los signos que se nos presentan como dichos (“no hay hecho sin dicho”, Lacan).

En esa *subintrancia* que caracteriza a estos lugares de sufrimiento, de saber y de praxis, en el segundo momento contamos con el “histórico” tesoro semiológico, las tipologías clínicas (“categorías”) y las clasificaciones. Para iniciar nuestra reflexión clínica, habremos de considerar la concurrencia y la jerarquía de los signos y, sobre todo, el uso particular que hace el *pathiente* de ellos. Hace años, C. Soler dio un pequeño modelo heurístico que tiene, para la psicosis, una eficacia iniciática. En la clínica debemos discernir entre los *efectos de* y las *respuestas a* [la causa]. En este modelo, los efectos serían los FEEE, “índices de la forclusión del Nombre del Padre” (F. Sauvagnat); y las respuestas a: las estabilizaciones, la defensa o protección frente al estropicio de la “locura enloquecida” (J. M. Álvarez, en adelante JMA), las suplenias o los *sinthomas*.

El clasicismo clínico del siglo XIX, se ha enriquecido a partir del punto de inflexión que supuso el psicoanálisis, particularmente Freud y Lacan. El psicoanálisis como heredero de la tradición clásica.

Hemos de ser conocedores de la *psicología patológica*, siguiendo la expresión de JMA. Sobre todo no confundirla con la patología de lo psíquico actual, interesada sólo en indexar los signos con la idea de fundamentar:

–diagnósticos para todo uso.

–un supuesto biologicismo.

–su tratamiento: que básicamente consiste en un lote bien surtido de varios principios activos (neurolépticos, antidepresivos, ansiolíticos, “estabilizadores del ánimo”, hipnóticos... en diferentes alianzas); técnicas para enseñar a pensar; y reeducación de conductas. Hoy es irrefutable el trasfondo intencional que hay en las farmacéuticas: con su gramática parda, procede como “el monje medieval que bautizaba al capón como carpa para comérselo el viernes santo”. (No sé si es un dicho de origen gallego).

En el ámbito clínico se ha de ser estricto y delicado, porque supone un ejercicio de rigurosa finura. En él no caben pesas ni medidas, ni la sumatoria culinaria de síntomas, ni estadísticas, ni protocolos que indiquen el modo

y la secuencia de nuestra intervención, ni tampoco bioquímicas e imágenes espectrales.

La clínica no está reducida a una recolección de los signos de la patología de lo psíquico. Tampoco termina con el diagnóstico porque, en cualquier caso, el trabajo clínico empieza con él. “El trato” consiste en el trabajo singular que se realiza con cada paciente. La clínica tiene como presupuesto *sine qua non* el respeto a la dignidad, a la humanidad de la locura. Tampoco se debe olvidar nunca que de ella, de la clínica del uno por uno aprendemos a ser clínicos. Los que sufren saben más que nosotros de ello, así que no debemos arrogarnos ningún saber, ya que no estamos allí como Amos.

¿Qué legado entonces de los clásicos en el terreno de la locura?: un corpus semiológico intacto y unas categorías o tipos clínicos sólidos: paranoia, manía-excitación, esquizofrenia y melancolía. Ni Freud ni Lacan los rechazaron.

Al hilo de lo dicho ¿qué es entonces la clínica? Es el lugar de encuentro con lo imposible de soportar, pero también con lo imposible de pesar y medir de la locura. En ese encuentro con los dos tipos de **retorno a la clínica y en la clínica**, es cuando debemos plantearnos lo fundamental y lo accesorio de ese sujeto único que está ante nosotros. Notaremos que lo fundamental y lo accesorio cambian de lugar según los momentos. Primordial siempre lo será el paciente en nuestro proceder. Y secundarios pasan a ser los diagnósticos basados en el qué le sucede a alguien, tras su efímera utilidad. Una vez comience la clínica, debemos respondernos a nosotros mismos las preguntas de Ségla (Levi-Valensi: qué, quién, cómo, cuándo, por qué y para qué); hacernos una idea del equilibrio conseguido o no por el sujeto y por qué vías lo ha intentado; y al mismo tiempo mantener una atención especial ante todo lo “nuevo” que pueda surgir.

¿RETORNA ALGO NUEVO EN LA CLÍNICA?

Freud, en su conferencia XVII (Lecciones introductorias al PA), sobre el sentido de los síntomas en la neurosis, habla de la presencia de síntomas típicos, comunes al tipo clínico y, además, de la presencia de síntomas atípicos, singulares, que no son comunes al resto del grupo.

Desde Lacan, vemos cómo pueden cambiar su presentación clínica (aun-

que no su mecanismo) incluso los síntomas que remiten a una estructura, bajo la influencia del *Zeitgeist* (o espíritu de la época). Es el caso de la histeria por su relación con el Amo. Por ello, Lacan inventa “un neologismo calculado”: los síntomas son *Hystóricos* (en español ¿histoéricos?), palabra en la que confluyen histeria e historia. Donde aparece la histeria, como tipo clínico y también como discurso, con una relación con el saber del Otro. Se trata de saber qué deuda tiene el síntoma con la época.

...EL SILENCIO DE LAS PSICOSIS

En su texto sobre Schreber, Freud nos dice que el trabajo de la psicosis se hace en silencio y sólo la conocemos cuando estalla el periodo florido, considerando como enfermedad a su defensa, a su trabajo de restitución, a su respuesta a los efectos de la psicosis, a la “autocuración”.

Casi al mismo tiempo, Bleuler nos sorprende al decir que el enigma de las psicosis no está en las formas clínicas floridas, sino en las formas simples y en las latentes de las esquizofrenias, mucho más *frecuentes* y más difíciles de conocer. Aquellas esquizofrenias que apenas muestran signos.

Las psicosis típicas se nominaban atendiendo precisamente a los síntomas accesorios o secundarios, que no estaban siempre presentes, y que para Freud eran los síntomas que venían a subsanar los estragos del periodo silente de la psicosis.

Desde luego, Bleuler no es el único en nombrar ese núcleo silencioso de la psicosis que denominaba la “*Spaltung*”. Otros hablaban de: “ataxia intrapsíquica” (Stransky); “sejunción” (Wernicke); “pérdida de la unidad interior” (Kraepelin); “proceso psíquico” (Jaspers); “pérdida del contacto vital” (Minkowski); “alteración molecular del pensamiento elemental” (Clérambault para su SAM); “pérdida de la evidencia natural” (Blackenburg); o el “desorden provocado en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto” (Lacan)...

Así pues, al principio era el silencio. ¿Qué quiere decir esto? Que hay algo que no puede ser dicho, que no hay palabras para nombrarlo o sólo hay palabras enigmáticas, condensadas, encapsuladas, que parecen decir todo, a veces impuestas e imposibles de explicar. Esa “experiencia inefable” sorprende y genera perplejidad y extrañeza a cada sujeto que lo sufre. Esto es

algo que no parece haber cambiado. Sin embargo ¿hay nuevas formas de presentación de la locura? Hoy, como también se había hecho desde el nacimiento del alienismo, nos preguntamos por las formas de presentación donde no hay síntomas floridos, razón por lo que pasan desapercibidas o por formas de coexistencia de razón y locura al mismo tiempo. (Manía sin delirio, locura moral, locura lúcida, manía o locura razonante,...). Últimamente hay nuevos nombres sobre la mesa: el síndrome del riesgo de psicosis (barajado por el DSM-5), la psicosis paucisintomáticas de Blackenburg. *Grosso modo* y en otro orden de cosas, en la perspectiva psicoanalítica, las psicosis ordinarias de Miller, y las propuestas clínicas, cercanas entre sí, de Maleval y de JMA, éste último con las *locuras normalizadas* donde describe su *psicología patológica*: lo fundamental es la presencia de los signos discretos, *mitis*, que también encontraríamos de forma más patente en las locuras enloquecidas.

No sin cierta sorpresa, asistimos a la difuminación de las fronteras y de los límites entre neurosis y psicosis e incluso en el seno mismo de estas mismas “clases”. Se habla de psicosis ordinarias o normalizadas (Miller y otros) y de neurosis ordinarias (J. Carreño). Esto pone de manifiesto el actual cambio en la presentación clínica de las categorías y los tipos ya conocidos. Tal vez sirva como introducción a esta nueva realidad clínica repensar el binomio de conceptos de estirpe freudiana ampliamente difundido, aunque no se reconozca de manera explícita: la división del campo de la locura entre neurosis y psicosis, asimilando la neurosis a la normalidad y como único pathos de la normalidad. Tal vez sea esta herencia la que deba ser revisada: en tanto que existan “locuras normales”, la normalidad no es ya la patria exclusiva de la neurosis.

¿CAMBIO? ¿QUÉ CAMBIO?

La cuestión no es baladí. ¿Hay o no algo nuevo que, además está por doquier? Se trata de saber si asistimos, más allá del *Zeitgeist*, a la aparición de un nuevo tipo clínico o a la desaparición de todos. Aunque también cabe una tercera opción: vuelve a pasar otra vez lo de siempre: de una manera casi cíclica (¿eterno retorno?) las fronteras entre lo normal y lo patológico se encogen o se estiran. O dicho de otra forma y casi como una cuarta opción, depende de cómo se mire.

Hay quien habla de un cambio de subjetividad, tal como la entienden JMA y F. Colina refiriéndose al origen histórico de la esquizofrenia (véase su obra *Las voces de la locura*). Es posible que esto esté ocurriendo otra vez, pero lo es también lo contrario. Según estos autores, la última la podemos datar en el siglo XIX, con *la muerte de dios*. Ahora bien, con esto no hay que euforizarse de tal modo que veamos cambios de la subjetividad prácticamente en cada generación. La gente tiene la tendencia a creer que las cosas cambian mucho en muy poco tiempo. Eso es así, pero no hay que confundirse metiendo todos los cambios en el mismo *cajón desastre*. No parece ser así. Las subjetividades históricas, (que por cierto, no hay muchas) no cambian como las modas y, ahora por ejemplo, se sugieren cambios profundos inducidos por las nuevas tecnologías de la comunicación —cuando lo que hacen es apretar el acelerador de la galaxia Gutenberg a lo bestia—, o lo que es tal vez más conjeturable, los efectos inducidos por el discurso capitalista en la economía del goce y del deseo.

Analizar y discutir esto reclamaría otro escenario. Para ir al grano clínico, una cosa es un cambio de época (que afecta a los semblantes y no tanto a la estructura) y otra un cambio de subjetividad. Sin embargo, haya habido o no un cambio de subjetividad, habría que ir con mucho tiento y respeto, porque hay gente que piensa que sí, que hay algo nuevo que, además, trastoca nuestro modo hasta ahora habitual de pensar la locura.

LO CONTINUO Y LO DISCONTINUO

En nuestros días, es un lugar común hablar de dos modelos: el continuista y el discontinuista. Si hay ruptura (desencadenamiento) o no (continuidad). Es un tema controvertido y polémico. Lo que se plantea es que o bien son *nuevas formas mitigadas* de lo mismo o bien nos encontramos ante una novedad que nos hace cuestionar el antiguo paradigma del pensamiento clínico y nos empuja a uno nuevo. Eso se dice. Lo que sí parece es que lo más afectado es la frontera entre psicosis y neurosis, como ya se apuntaba antes. Ahí surge hoy una *dificultad mayor*, sobre todo, por la extensión desaforada de la psicosis, con lo cual corremos el peligro de no distinguir el bosque del árbol. Sabemos que las fronteras son móviles. JMA sostiene que esa imprecisión se debe al modelo binario que utilizamos. De tal manera que, lo que no

entra en ella insiste y retorna, trastocando el orden y modificando el límite más acá (casi en la neurosis) o más allá (casi en la psicosis). El peligro está en el *totum revolutum*. Pienso lo mismo. Creo que los humanos estamos limitados por el lenguaje. Como dicen los lingüistas, “en la lengua sólo hay diferencias”, es decir, pensamos como hablamos. Para decirlo de manera resumida y exagerada: pensamos haciendo diferencias y estableciendo después similitudes... y viceversa.

Teóricamente, incluso se habla con entusiasmo de una nueva “nosografía” que, según se dice, puede cambiarlo todo. Especialmente la noción de psicosis. Se habla incluso de *postpsicopatología* y de *postclínica*. En otro ámbito, también se habla de *postpsiquiatría* —a este paso, me pregunto con Ray Davies “¿Hay (tanta) vida después del desayuno?”.

Se habla de una clínica de los arreglos y no tanto de una clínica de los conflictos. Son sin duda palabras con mucho peso. Máxime cuando sobre la mesa hay otras opiniones, p.e., la propuesta de los que pensamos que los signos discretos de los que hablan en la psicosis ordinaria, son básicamente del mismo tipo que los que aparecen en las locuras enloquecidas, pero *mitigados* (desarreglos imaginarios y simbólicos al no lograr limitar las irrupciones reales). Maleval y JMA, los hacen derivar como efectos de la misma causalidad: no extracción del objeto *a*, desfallecimientos discretos del capitonado, recurso a las identificaciones imaginarias (Maleval); o los signos que remiten a: la discordancia, la mimesis, el psitacismo y la desvitalización (JMA). Hay coincidencia en su consideración de la presencia de fenómenos clínicos mitigados, discretos. Son nuevas formas de presentación de la psicosis. En esto hay que tomar decisiones que sean cabales y sencillas, es decir, aquellas que nos ayudan a explicar las cosas mejor en un momento dado. Y para todo lo demás, seguir atentos a la clínica y a la espera. De lo nuevo también.

A pesar de todo, es cierto que cada psicótico siempre ha logrado soluciones, equilibrios, que le permiten establecer distintos modos de lazo social, de sostenerse a veces con su clínica semiflorida a cuestas. Tal vez sea este el origen de esos nombres de límites, fronterizos, inclasificables, locos parciales, lúcidos o que no lo parecen, como etiquetas que describen lo que aún no se conoce su qué ni su por qué. Ahora tenemos la posibilidad de pensar esas soluciones o invenciones propias.

Volviendo al inicio de este apartado, ¿y si continuo y discontinuo fueran dos caras de lo mismo? Resumiría la cuestión diciendo: allí donde nos tropecemos con lo continuo, por qué no pensar que, al mismo tiempo, también allí está su contrario, y *mutatis mutandi* que tras la ruptura comienza una nueva continuidad... y retorno. De lo contrario, es fácil sucumbir a la desgana producida por la impotencia.

La perspectiva naíf de la que les hablaba al principio, tiene aquí su aplicación: La importancia que tiene en este asunto de lo continuo y lo discontinuo la inversión perceptiva conocida como el tipo *¿Joven o vieja?* Que hace del tema un verdadero trampantojo. Estás viendo claramente una de ellas, la joven, y zas, de pronto aparece la vieja. La dificultad estriba en que cuando ves una, no puedes ver la otra. Todo depende de la referencia (cuestión de perspectiva), p.e. la barbilla forma parte de la estructura facial de la vieja y sin embargo es vista como gargantilla, mero adorno circunstancial, en la joven.

Se pueden tener dos percepciones diferentes de una misma figura y no anularse ninguna. Depende de la perspectiva que adoptemos. Según se dice, pasa una cosa parecida con las teorías corpuscular y ondulatoria de la luz; o con la electricidad y el magnetismo. En ambos casos se considera que son dos caras del mismo fenómeno. En nuestro caso, tal vez tengan razón por igual las dos perspectivas. Tal vez.

Me gustaría terminar con reflexiones ligeras, sin apenas pesadez, atrapadas en pleno vuelo mientras leía, ideas previas que puedan ayudar a pensar esta cuestión. Dos formas o ideas filosóficas:

La primera es doble: de un lado tenemos la teoría del *Acontecimiento* (acto de Lacan, acontecimiento de Deleuze, Badiou, Žižek): no se puede prever y cuando ocurre, sólo *après-coup*, se crean y se determinan sus circunstancias, su causa y sus razones. Esto sería el discontinuismo. Del otro lado estaría, p.e., la teoría de las *Transformaciones Silenciosas* (François Jullien): el envejecimiento paulatino, o la apoptosis o muerte celular programada, donde coinciden los procesos de la muerte y la vida al mismo tiempo. Esto corresponde al continuismo. No obstante, si vamos a lo más ínfimo, a la física de las partículas, encontramos maelstrom liliputienses; y si vamos a lo macro: todo está en calma. Como cuando escuchamos el *Requiem* de Li-getti ¿Estamos en la coexistencia de los contrarios?

Por último, la segunda sugerencia, también doble porque son dos las frases de Claude Lévi-Strauss:

“Las estructuras son discontinuas... porque tienen su propia lógica de transformación” y “Hay que buscar los invariantes... pero también lo singular en lo invariable.”

“En ocasiones, las cosas son más claras que su explicación” (Es una frase que tiene que ver con Kafka.)

Muchas gracias por su atención.

De la racionalidad de los discursos: el retorno a la clínica

Pedro Brun Murillo PIR

Sara García Fernández MIR Psiquiatría
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Correspondencia: saragarcia14@gmail.com

Esta conferencia, es fruto del trabajo de dos compañeros y amigos y es por ello que la perspectiva de ambos ha logrado enriquecer la idea que queríamos transmitir, aunque no ha sido fácil, especialmente por lo que el título evoca “retorno a la clínica”. Esto nos generaba un bombardeo enorme de ideas, de nuestras experiencias como psicólogo y como psiquiatra, no sólo en este hospital, sino en otros centros tanto en España como fuera del país a lo largo de nuestra residencia. Sin embargo, gracias a todo lo vivido y después de todas las dificultades y experiencias diversas, nosotros como nuestros maestros, no dejamos de hacernos preguntas y de volver una y otra vez a la clínica.

Para preparar esta conferencia hemos tenido que sumergirnos en la historia de la psiquiatría, desde la clínica clásica, pasando por el psicoanálisis hasta llegar a la idea de mercantilización del sufrimiento y la *folie* de diagnosticar signos discretos sin cesar en un intento de reafirmar nuestra condición de sujetos indispensables en la sociedad, fraccionando el alma y olvidando al sujeto, objeto en su conjunto de nuestra ayuda si así lo desea.

Por ello, a lo largo de este artículo, vamos a intentar someter a falsación poco a poco, todos estos constructos discursivos que se han ido estableciendo a lo largo de las últimas décadas para esclarecer si alguno de ellos nos puede conducir a la realidad objetiva.

LOS AGUJEROS DEL SABER

Se podría decir que un discurso es un conjunto de palabras que, entrelazadas de una manera determinada como si de una malla se tratara, intentan dar cuenta de la totalidad de la realidad¹. Bajo esta premisa, podríamos decir que la clínica clásica se apoya en las cuestiones más descriptivas y de clasificación, es decir, iría de lo general a lo particular, mientras que el psicoanálisis se encargaría de la clínica del detalle y da cuenta de la experiencia de cada sujeto, es decir, va de lo particular a lo general. Pero, ¿puede realmente el uno sin el otro explicar la totalidad de la realidad? Es decir, los discursos, en tanto palabras o símbolos ¿corresponden al 100% con los fenómenos de la naturaleza?

Platón en su obra *El sofista*² establece la teoría del *symploké*, palabra griega que quiere decir entretejimiento, red o malla y trata de explicar a través de este término cómo las palabras se entrelazan entre sí como si de una malla se tratara para formar un discurso. Sin embargo, lo que a Platón le interesa de forma más específica es conocer cuáles serían las condiciones de nexo entre esas palabras para establecer un discurso racional y plantea tres alternativas o supuestos.

PRIMER SUPUESTO: “NADA SE RELACIONA CON NADA”

Es decir, la pluralidad de los términos está desconectada, existe un caos de términos que no quieren decir nada salvo conexiones empíricas o apariencias.

Si profundizamos en la historia de la medicina, comprobaremos que en sus inicios los médicos trataban a sus pacientes como un todo, resultado de la combinación de cuerpo y alma, y formando parte de un sistema: familia y sociedad. Sin embargo, el modelo de atención al paciente actual se asemeja más al taller de un mecánico que a un consultorio médico, especialmente en los casos más complejos en los que un mismo paciente puede ser llevado al mismo tiempo por varios especialistas: el nefrólogo, el neumólogo, el cardiólogo, y donde a veces es difícil dar con un síndrome en conjunto y parece que nada tiene que ver con nada.

Pues bien, tomando este modelo, los psiquiatras hemos pasado de ser los médicos del alma, a ser los médicos del órgano, añadiendo el prefijo “neuro”, neuropsiquiatras, ensalzando así la materia tangible del cuerpo, y olvidando las esencias, esas partes de la realidad que no siempre es posible clasificar,

comprender y analizar mediante el puro conocimiento de las formas o de los estrechos límites de la percepción de nuestra mente humana.

No obstante, los psiquiatras y los psicólogos hemos querido participar también del modelo mecanicista, un poco a nuestra manera, e inventamos el modelo del ordenador, donde también habría que reparar piezas de una máquina, el cerebro, y donde nuestra labor sería la de proceder como cirujanos del síntoma. De esta forma, tenemos diversas subespecialidades: depresión, suicidio, trastornos de la alimentación, adicciones, tóxicos, etc. Así, un sujeto puede ser diagnosticado de varios trastornos mentales, que nada tienen que ver los unos con los otros, y mucho menos con la subjetividad y la biografía del propio sujeto, promoviendo lo que podríamos llamar la “compartimentalización del alma”.

Véase por ejemplo el caso de un joven de unos 19 años cuyo padre había fallecido recientemente. Poco tiempo después, comienza a jugar a las máquinas en los bares, aumenta su consumo de alcohol de forma exponencial y se encuentra sin saber por qué robando cosas de escasa utilidad en unos supermercados. Previamente a esto, el futuro del chico parecía prometedor, pero el caos y la desorganización en la que se había convertido su vida le llevan en un momento dado a intentar quitarse la vida. Su caso fue atendido por un suicidólogo, un especialista en alcohol, otro en ludopatía y otro en cleptomanía. Una vez más, volvemos al supuesto de que nada tiene que ver con nada. Tiempo más tarde, escuchando al sujeto, se logra finalmente dilucidar que la primera máquina en la que jugó se encontraba al lado del trabajo de su progenitor y que los almacenes en los que robaba llevaban el nombre de su padre.

Pues bien, esto es lo que Platón plantea como la primera alternativa donde hablaríamos de enlaces efímeros, en los que la depresión no tendría nada que ver con el duelo, o con el sufrimiento por un suceso traumático y donde hablaríamos de “entes” o apariencias las cuales no tendrían nada que ver las unas con las otras. Platón, dice entonces, que éste es un discurso no válido. No habría *symploké*, no habría conexión entre los términos.

SEGUNDO SUPUESTO: “TODO SE RELACIONA CON TODO”

Si seguimos con esta lógica aplastante podemos ver también cómo aparte de dividir el alma hacemos una serie de asociaciones falsas y efímeras, para

justificar el uso de nuevos diagnósticos y psicofármacos. Es decir, donde tenemos que hacer asociaciones no las hacemos, y donde no existen las creamos de manera artificial para nuestro propio interés.

Estaríamos ante el segundo supuesto, que corresponde con los que suponen que esta pluralidad con la que el discurso se mueve, representa una realidad donde todo está relacionado con todo y donde nuestra misión consiste en conocer todas estas conexiones internas aunque no existan en la realidad. Es decir, en este caso, la sabiduría consistiría en captar las conexiones que no están a la vista, pero que resultan sorprendentes y nuevas.

Veamos otro ejemplo. Se trata de un profesional que realiza un estudio que titula así “diagnóstico de los trastornos de la alimentación por el tono de voz”. Cuenta el protagonista de esta historia que lo que le motivó a iniciar este estudio fue la vivencia subjetiva que tuvo en una unidad de ingreso en la cual le resultó curioso el tono de voz de las pacientes con trastornos de la alimentación. Pensó entonces que si él era capaz de establecer esa relación ahí, entonces podría trasladarse al universal de los casos. Es decir, a través de un estudio, intenta confirmar que su vivencia es lícita y pone a su disposición todos los medios que tiene a su alcance para probar dicha hipótesis, establecida *a priori* bajo los supuestos de su subjetividad.

Estaríamos ante el discurso de las voces, pero no de las voces de la locura, las que clásicamente conocemos, sino las voces de la *folie* de la ciencia, esas voces que establecen conexiones allá donde no las hay, en el nombre de un fabricante que llamamos ciencia, y con una máquina que llamamos estadística. ¿O acaso no nos recuerdan estos resultados unidos por conexiones aparentes y efímeras aquello de lo que Platón nos hablaba en el mito de la caverna? ¿Estamos haciendo ciencia por hacer? Incluso suponiendo que los resultados fueran tan ciertos como las matemáticas, ¿en qué nos ayudaría para comprender el sufrimiento del sujeto y en qué lo atañe personalmente?

Este supuesto también se da en la hermética ortodoxia del psicoanálisis donde cualquier material es susceptible de ser interpretado o en el que cualquier signo discreto es motivo de diagnosticar una psicosis normalizada. Olvidándonos en muchas ocasiones del contexto sociocultural, la historia del sujeto, su relación con el goce y con el deseo, la evolución... una serie de datos que en su conjunto nos permitirían aproximarnos más

a la realidad de lo que le pasa al sujeto.

Nos referimos a esa delgada línea donde las teorías se vuelven extremistas y donde podemos correr el riesgo de que los detalles prevalezcan por encima del conjunto, y donde todo es susceptible de interpretarse.

Platón dice “si todo se relaciona con todo no podríamos conocer nada”. Si eso fuera así no existiría causalidad, no existiría un punto de corte, sino que habría una relación infinita, con tendencia al sinsentido, y que no llevaría a ninguna parte. Algo que Freud confirma cuando le dice a uno de sus colegas “Amigo mío, hay veces que un puro sólo es un puro”. No todo es, digamos, interpretación de sentido.

TERCER SUPUESTO: “NI TODO SE RELACIONA CON TODO, NI NADA SE RELACIONA CON NADA, SINO QUE DETERMINADAS ESENCIAS SE RELACIONAN CON DETERMINADAS OTRAS”

Es decir, no podemos olvidarnos de la ciencia cuando tenemos que diferenciar una encefalopatía orgánica de un síndrome psiquiátrico, no podemos olvidarnos de la clínica descriptiva cuando un sujeto nos cuenta que oye voces, y por último no podemos olvidarnos de la subjetividad cuando el paciente habla y nos habla de su propia historia.

Esto es precisamente, el retorno a la clínica, cómo hacer encaje de bolillos. El cómo tomarnos un tiempo para observar y describir los fenómenos, un tiempo para comprender qué esencias se relacionan con las otras atendiendo a la estructura general del sujeto y al mismo tiempo a su propia estructura particular, y un tiempo para ayudar al paciente a que entreteja su propia historia y que avance hacia el camino de su propio deseo.

Y es que, aunque no debemos de dejar de mirar al mundo de las ideas, siempre debemos de tener los pies en la tierra. Eso es, precisamente el retorno a la clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 BUENO G., HIDALGO A., IGLESIAS C. (1991), *Symploké*, Júcar, Gijón.
- 2 PLATÓN (1988), *Sofista*, en *Diálogos V*, Gredos, Madrid.
- 3 PLATÓN (1992), *República*, Libro VII, Gredos, Madrid.

El Seminario Art & Psi: una experiencia curiosa.

Sagrario García Marroquín

Psiquiatra. Psicoanalista ELP. País Vasco

Correspondencia: sagrario@u-52.org

JULIO ESTELLA Y LA FUNDACIÓN CREATURAS

Julio Estella fue un paciente al que asistí durante unos años. A pesar del desarraigo social en el que vivía llamó a mi puerta atraído por la placa que en la calle junto a mi nombre propio ponía “psiquiatra y psicoanalista”. Desprovisto de medios económicos me pagaba con libros de la biblioteca de su padre, ya muerto, y me hizo depositaria de parte de su obra artística, dibujos, relatos y fundamentalmente cómics. Redacté un informe para el juez para limitar la incapacidad civil que en un momento pidieron sus vecinos. En otra ocasión un nuevo informe para evitar su traslado de un psiquiátrico de agudos a otro de crónicos. Supe de su muerte en este hospital de crónicos poco tiempo después de este ingreso, informada por un primo que había encontrado mis informes entre sus papeles. Este primo, profesor en Bellas Artes, me ayudó después a recoger la obra dispersa que pudimos recuperar.

Esta muerte que calificué en sesión como “asesinato” por parte de las Instituciones cuidadoras me conmovió especialmente y la fundación de *Creaturas* fue una forma de hacer el duelo.

Escribi este texto en su memoria para presentar su obra en la I Exposición de *Creaturas*

“Me encontré con Julio Estella durante los últimos cuatro años de su vida.

Magnífico dibujante, gran lector y un poco escritor encontró en un estilo cómic el modo en que mejor expresaba una feroz ironía con la que descompletaba al Otro

que siempre resultó aplastante para su infinita ansia de libertad.

De las múltiples identidades que usaba ninguna logró dar nombre a su ser, no lo suficiente para mantenerle en una vida vivible, agotaba, consumía cosas y personas sin llegar a calmar su sed.

No se dio el tiempo y no encontró el lugar para proseguir su trabajo hoy disperso o desaparecido.

En su memoria y esperamos que no a destiempo para otros hemos fundado este lugar llamado CreaturaS.”

En junio de 2007, hace ahora diez años, cristalizó en mí a modo de ocurrencia un deseo de raíces infantiles. El deseo de encontrar alojamiento para el desamparo radical que supone reconocerse separado y distinto de cualquier cosa conocida y un deseo de vida que empuja a dar valor de agalma al enigma que supone lo raro, lo Otro. Estos deseos habían determinado ya antes mi vocación de psiquiatra y psicoanalista dedicada muy especialmente a las psicosis. El encuentro temprano con la locura de la que hice una interpretación enigmática, para mí los locos escondían tesoros de saber y de goce de los que yo quería participar. Está también el hecho de que en la consulta me haya encontrado con personas que tenían producción artística, además de enseñarme, me ha hecho tener mucho interés en saber qué función cumple para cada uno de ellos este trabajo que hacen.

Reuní a un grupo de personas alrededor del proyecto de dotar de una “casita” de arte bruto, outsider a la producción plástica, a mis queridos, decididos y trabajadores psicóticos. Con un cierto entusiasmo heroico y apoyada en la última enseñanza de Lacan, en aquel momento los califique de este modo: “para aquellos que se dan nombre sin el auxilio de padre, para aquellos que domesticar el goce sin el apoyo de un cuerpo ordenado por el Otro”.

Ya conformada la Asociación al inscribirla como Asociación sin ánimo de lucro los fines que inscribimos en sus estatutos eran:

“Devolver al psicótico y al que rechaza la alienación con el Otro su posición de sujeto de pleno derecho.

Descubrir, acoger, potenciar, animar la solución creativa que inventan algunos.

Proponerla como vía posible a todos aquellos que se han situado o encontrado fuera del discurso común.

Dar valor a la obra artística conocida como arte bruto, velar por su reconocimiento y ocuparse de su guarda y conservación.”

Y en la presentación que de ella hicimos al público nos expresábamos así:

“Nos apoyamos en una ética que se nutre de dos fuentes: el reconocimiento del síntoma como la creación más valiosa de la singularidad con la que un sujeto enfrenta lo innombrable de lo real y la convicción de que es preciso, cuando este síntoma consiste en una creación artística, dar valor discursivo y social a esa obra siempre que ello no implique borrar esa singularidad.

CreaturaS se propone como un lugar lo suficientemente vacío para poder acoger: un taller, una Galería y un Centro de Documentación.

CreaturaS se propone también como un significante lo suficientemente vivo para impulsar: una exposición anual que muestre y dé a conocer una obra cuyo paso de lo privado a lo público es siempre complicado, un coloquio anual y una publicación anual”.

Este programa tan ambicioso se realizó en parte, hoy su actividad está reducida al mínimo pero esa historia queda para otro momento.

UNICA ZÜRICH Y EL SEMINARIO ART&PSI

Tuvo lugar durante los cursos 2008-2009 y 2009-2010 y fue la condensación y la consecuencia de dos actividades anteriores.

a- En mi lugar de trabajo llevábamos varios años realizando un Seminario que titulamos “Clínica lacaniana de la psicosis”, impactadas como estábamos por la revolución que supuso para nosotras el concepto de “psicosis ordinaria” y la enseñanza de Miller sobre el ultimísimo Lacan. Durante el curso 2007-2008 llevamos adelante el siguiente proyecto de trabajo:

Desde que en 1998 se publicara el volumen “Los inclasificables de la clínica psicoanalítica” nuestra clásica concepción de la psicosis como un fallo estructural del aparato simbólico, concepción que nos conducía a entender la psicosis, por más que nos esforzáramos en sentido contrario, en términos de déficit ha sufrido un cambio radical.

El déficit ha pasado ahora a ser universal, para cualquier sujeto lo simbólico no alcanza a cubrir lo real y tenemos solo distintas modalidades de arreglarse con ello.

La neurosis ha dejado de ser el modelo a partir del cual abordar el psiquismo humano, al revés, es más bien a partir del modelo psicótico que podemos obtener ciertas luces para entender la neurosis.

El “todo el mundo delira” de J A Miller acerca la neurosis y la psicosis, realidad y delirio pertenecen a la misma categoría de semblante frente a lo real, el discurso, el vínculo con el Otro son compartidos por neurosis y psicosis.

Las clasificaciones estructurales que nos eran tan queridas no alcanzan ya, el campo de la psicosis a su vez deja de ser un campo unitario separado de la neurosis, nuevas agrupaciones se establecen desde las psicosis normales a la esquizofrenia.

En consecuencia hemos de despegarnos de muchos de nuestros paradigmas y la concepción misma de cómo orientar las curas cambia con ello.

En este seminario trataremos, a partir de casos publicados en la literatura psicoanalítica, de elucidar esta nueva clínica y de poner a prueba el nuevo paradigma teórico de las distintas modalidades de anudamiento de lo simbólico, lo imaginario y lo real, así como de las consecuencias que dichos anudamientos producen en la vida de sujetos particulares.

Entre los casos que elegimos de la literatura psicoanalítica para estudiar estaba el caso escrito por Monique Amiraud bajo el título: “Gaston Chaisac, un chapuzas de lo real”. Este caso nos sirvió de guía para nuestra propuesta de trabajo para el curso siguiente.

b) Por otro lado, también en 2007, iniciamos una colaboración, que continuó al año siguiente, con la Facultad de Bellas Artes de Vigo con una conferencia y un seminario sobre Arte y psicoanálisis dirigido a los alumnos de doctorado. Fue la ocasión de estudiar a Hans Bellmer y Unica Zürn y de encontrar en su obra gráfica y escrita un libro abierto para ser leído con las nuevas herramientas en las que nos iniciábamos en el estudio de las psicosis.

Nuestro entusiasmo con el sinthome, creciente según íbamos estudiando, nos llevó a proponer un seminario abierto a los amigos de CreaturaS. Lo titulamos Seminario Art&Psi para que este Psi tuviera la lectura más amplia: psicoanálisis, psicosis, psiquiatría, psicología. Y efectivamente interesó a una psiquiatra, tres psicólogos no clínicos, dos psicoterapeutas de arte

cuatro psicoanalistas y cuatro psicosis, tres de ellas artistas. Durante tres años convivimos una vez al mes durante tres horas alrededor de los textos de Unica Zürn, David Nebreda y Agustín Menard un grupo de unas quince personas dando lugar a lo que llamo “una experiencia curiosa”.

Unica Zürn, de la que solo están publicadas en castellano “Primavera sombría” y “El hombre jazmín” pero de la que un gozoso trabajo de traducción nos permitió estudiar a fondo nos resultó especialmente rica en enseñanzas, al punto que nos parece que su obra debiera formar parte de los planes de estudio de los MIR y PIR de psiquiatría.

Para invitaros a su lectura incluyo el comentario que hice por entonces:

Unica Zürn: entre el surrealismo y el arte bruto.

El primer trimestre del año pasado tuvo lugar en el Halle Saint Pierre en París una gran exposición dedicada a la obra gráfica de Unica Zürn.

El Halle Saint Pierre es un antiguo museo de arte naif y de arte primitivo situado al pie del Sacré Coeur en el edificio de un mercado y hoy convertido en Museo de arte singular. Posee la mejor librería que conozco dedicada al arte bruto y realiza exposiciones en las tres salas que posee de creadores marginales, creadores al margen de los circuitos normales del arte.

Laurent Danchin ha sido su comisario de exposiciones durante unos años y ha conseguido que este museo, un tanto abandonado, pasara a formar parte del circuito cultural europeo. Gran conocedor del pintor Dubuffet, sobre el que ha publicado dos libros, es ahora director para Francia de la revista Raw Vision, la Revista Internacional de arte outsider premiada por la UNESCO como la mejor revista de arte del mundo. Ha publicado también un pequeño libro recomendable para todo aquél que quiera conocer qué es el arte bruto, y que nosotros tenemos como nuestro catecismo en este tema. El libro se titula: *Arte bruto: el instinto creador*.

El Halle Saint Pierre con motivo de la exposición de Unica, editó un hermoso catálogo del que proceden las imágenes que les voy a mostrar. Contiene cinco textos sobre la obra de Unica y recoge los datos biográficos más relevantes de la artista.

Tres de estos cinco textos me parecen excepcionales y los veremos mañana en detalle en el Seminario.

El primero de ellos *Propósitos tan densos* [dessein/ dessin] es de Roger Cardinal, inventor del término arte outsider, que ha llegado a sustituir el término arte bruto –que fue inventado por Dubuffet en el año 1945–. Nos provee del vocabulario gráfico que emplea Unica en sus dibujos permitiéndonos leer cada uno de ellos como un poema.

El segundo texto *Dirás tu secreto* es de Victoria Appelbe y hace un análisis de los poemas anagramáticos de Unica. Unica aprendió de su compañero Hans Bellmer la técnica de construcción de los anagramas, poco después de su encuentro en Berlín en el año 1953; pero hace un uso de ellos totalmente diferente. Mientras Hans Bellmer hace una aplicación de cirujano al trasponer esta técnica desde el cuerpo del lenguaje a la imagen del cuerpo (recuerden su máxima que vimos el año pasado, en la que basa su *Breve anatomía de la imagen*, cito de memoria: “El cuerpo es como una frase que sólo pide ser desarticulada...” y que le lleva a aplicar a la imagen del cuerpo en sus dibujos las reglas de la metáfora y la metonimia. Unica hace con el mismo cuerpo de la lengua otra cosa muy distinta. No corta y divide para sustituir o hacer cadenas con los trozos sino que desmenuza hasta lo molecular de la letra, incluso hasta lo molecular del sonido, para alcanzar, por un lado, el máximo de sin-sentido y por otro, el máximo de goce extraído de la sonoridad.

Unica hizo de la escritura de los anagramas su pasión. Entre 1953 y 1964 llegó a escribir 180 anagramas. Si hemos de creerla, dejó de escribir anagramas por prescripción facultativa. En 1964 el Dr. Ferdière fue su psiquiatra, y Unica en una carta hace mención a ello. El recopilador de la correspondencia entre ambos, en una nota a pie de página, muestra su extrañeza ¿cómo un médico que tanto admiraba y animaba la vertiente creativa de sus pacientes pudo haber prohibido la escritura de anagramas? En cualquier caso, en varias ocasiones la misma Unica atribuye la causa de su enfermedad a esta pasión que le producía tanto gozo, que le apartaba de la realidad de la vida días enteros, entregada a la deconstrucción de una frase o de una orden.

Este es un punto que me interesa mucho como psicoanalista. En la “muy última enseñanza” de Lacan, el sujeto del inconsciente ha pasado a ser el “parlêtre” (condensación de los términos hablante y ser y que homófonamente puede escucharse “por la letra”). Esta “muy última enseñanza” ha llevado a modificar la técnica de la interpretación en las curas psicoanalí-

ticas que ha dejado de apuntar a buscar significaciones ocultas para pasar a ser interpretaciones poéticas con las que se buscan resonancias fonéticas que rompan el sentido dado. También en esta “muy última enseñanza” el Edipo ha dejado de tener vigencia para todos, para pasar a ser un mito que construyen algunos. El modo que tiene Unica de tomar a la letra los dichos que se imponen es muy rico en enseñanzas para nosotros.

Conocemos la biografía de Unica y su historial psiquiátrico pero sobre todo tenemos el testimonio autobiográfico de sus “crisis”, tal como ella llamaba a sus fases de locura, que le condujeron a ingresos repetidos y muy largos desde el año 60 hasta el otoño del año 70 en que murió al precipitarse por una ventana.

No puedo dejar de preguntarme si los duros tratamientos con neurolépticos que empobrecen la capacidad de respuesta de un parlêtre frente a la invasión de goce que sufre, frente al daño que le causa la existencia de la lengua (para todos el encuentro con la lengua es traumático), sumado a la interrupción del método que Unica había creado para tratar ese traumatismo mediante la escritura-dibujo de sus poemas anagramáticos, hayan cooperado en su trágico fin.

Lacan nos ha mostrado un ejemplo exitoso de tratar este traumatismo que causa el encuentro con la lengua, de tratar este traumatismo sin el auxilio del padre, operando directamente con el sin-sentido de “lalangue” en la persona y en la obra de Joyce. Joyce pudo inventar de cabo a rabo un método de escritura sin volverse loco.

Si no me atrevo a confirmarlo del todo, a confirmar que los largos ingresos, los penosos tratamientos y la prohibición de continuar con la escritura de los anagramas constituyeron equivocados modos de tratamiento, es porque Unica sí había enloquecido antes de que éstos tuvieran lugar. En un momento de su vida en el año 60, lo que hasta entonces había servido para llevar una vida compatible con la normalidad y la realidad, dejó de ser suficiente. Ella describe en *El hombre-jazmín* (lectura ineludible para cualquiera que quiera comprender algo de la vivencia subjetiva del enloquecer) su primera “crisis” que acabó con un ingreso en el hospital psiquiátrico de Waldau al que llegó conducida por la policía.

Tengo una hipótesis medio construida acerca de la coyuntura de este primer

enloquecimiento, lo que nosotros lacanianos llamamos “desencadenamiento” de la psicosis y que entendemos como que en un momento dado los tres registros que conforman la estructura de un ser humano dejan de estar anudados dejando con ello de tener un funcionamiento coordinado, y pasan a funcionar autónomamente dando lugar a una serie de fenómenos peculiares que llamamos efectos del desanudamiento, en lo imaginario, en lo simbólico y en lo real.

Unica había encontrado en su infancia en forma alucinatoria a “El Hombre” en la visión de un hombre blanco, paralítico, quedó seducida por él (cuenta este encuentro ocurrido a los seis años en su novela *Primavera sombría*) quedó también comprometida en lo que ella llama “sus bodas de infancia”. En 1957 vuelve a encontrarse con él, esta vez en la persona del poeta y pintor Henri Michaux. Los efectos de este encuentro nos los describe en tres escritos de los años 1957, 1958 y 1959. es una conmoción, un terremoto íntimo.

A través de la lectura reconocemos que el anudamiento de los real con lo imaginario se tambalea, pero sobre todo es su cuerpo el que entonces sufre, la realidad se mantiene.

Escribiendo *La casa de las enfermedades*, texto acompañado de dibujos, consigue recuperarse de este terremoto. Ya en el mismo año 1957 había regulado esta relación con el Hombre-jazmín a través de unas reglas de juego, reglas que conllevaban una regulación muy estricta del goce; goce que había sido provocado por este encuentro y que relata en el escrito de 1957 *Juegos para dos*.

La contingencia del encuentro con Henri Michaux fue algo necesario pero no suficiente para el desencadenamiento franco de la locura. Pudo ser reparado. Pero cuando en Diciembre de 1959 muere la madre de Bellmer, la pareja viaja a Berlín para el entierro y Bellmer se hunde en la depresión y el alcohol. Cuando la presencia de su compañero cae, Unica no resiste, dos meses después es ingresada en Waldau.

Todo esto es una hipótesis que debería ser seguida en una investigación más detallada. Si me interesa comunicárselo es porque considero muy saludable borrar los límites clásicos entre normalidad y locura del mismo modo, que el arte bruto borra los límites clásicos entre lo que es arte y lo que no es arte. Ciertamente, estos últimos límites ya los borra el arte con-

temporáneo, de ahí que toda una corriente actual se dedique a poner a dialogar al arte bruto con el arte contemporáneo para extraer algún saber sobre lo que es normal y lo que no.

Concretando: el trabajo de Victoria Appelbe me interesa porque describe muy bien el método que aplica Unica Zürn para que el traumatismo de la lengua que se le impone, no le dañe si no que le permita pasar de la posición de objeto “ser hablada por la lengua” a la posición de sujeto, “hacer que la lengua no diga nada, que diga sin-sentidos”, y gozar con ello.

Para terminar un comentario muy breve del último texto que me interesó de los del catalogo de la exposición en Saint Pierre. Se titula *El mágico encuentro entre la escritura y la imagen*. Lo ha escrito Barbara Safarova. Según esta mujer al conocer la obra de Unica se le impuso como lo más singular del hacer de Unica la originalidad de la relación que el texto mantiene con la imagen. Sofía encuentra que el modo en que Unica relaciona texto e imagen consigue perturbar tanto las normas de la lectura como las normas de la mirada. Sofía define cuatro modos distintos de relación entre texto e imagen en la obra de Unica, los mas interesantes me parecen los tres primeros.

Los dibujos anagramáticos, en los que un poema está inscrito en una figura, la escritura en la pintura, en la que las figuras se transforman en signos de una escritura inventada y los textos en prosa acompañados de imágenes, el más característico sería *La casa de las enfermedades* en la que el cuerpo femenino es representado como el plano de una casa-hospital.

LA MUJER VERSÁTIL: UNA ENTRAÑABLE EXTRAÑA

Se trata de una mujer artista alumna de este seminario durante estos dos cursos, formaba parte también de los artistas cuya obra promocionaba CreaturaS. Tiempo después de concluir este seminario me pidió análisis e hicimos un tramo de sesiones durante un año.

Dado que Adolfo Santamaría me pidió y me especificó que su interés era que en esta mesa se diera cuenta de los efectos de la presencia del analista fuera de los parámetros de una cura he elegido a esta mujer, esquizofrénica tal como se presentó ella misma el primer día de seminario, artista, alumna muy activa en preguntas y comentarios y posteriormente analizante.

A tiene alrededor de 50 años, es una artista preferentemente dibujante, de enormes e inquietantes ojos claros, durante el tiempo en que *CreaturaS* estuvo activo ha realizado una enorme producción, ha expuesto y vendido su obra con asiduidad. Asistió a nuestro Seminario Art&Psi durante los dos años en que éste tuvo lugar. Posteriormente abrió su propio taller en el mismo barrio de Bilbao en el que vivía sola en la que había sido la casa paterna.

Sus padres habían regentado una tienda de muebles objetos antiguos y pinturas. El padre al morir le dejó una cierta cantidad de dinero que es administrada por sus tutores legales a los que tiene que dar cuenta regularmente hecho que le fuerza a seguir un tratamiento psiquiátrico y farmacológico con el que no está de acuerdo y que de vez en cuando abandona precisando de ingresos psiquiátricos de duración breve algunos y otros más larga. Ha aprendido a modular su discurso en función del interlocutor lo que le permite integrarse en las actividades sociales más diversas.

Estudió filosofía teniendo el primer brote recién comenzada la universidad, de este brote quedó como cicatriz una aversión por el pensamiento que siempre contrapone al arte y a la vida. Posteriormente estudió Bellas Artes y administrativo contable de lo que llegó a trabajar durante algún tiempo.

Combate el goce del Otro, persecutorio en ocasiones, erotómano en otras con multitud de creencias, desde la reencarnación, llevando el peso de muchas vidas anteriores, al catolicismo, feminista, ecologista y vegana, en lucha constante contra el discurso del amo al que opone un saber textual, regala libros tanto a su psiquiatra como a mí, cuando más adelante me pidió ser su psicoanalista, para ampliar nuestra formación y dejar claro que el saber psiquiátrico es solo una gota en el mar de otros saberes sobre la locura.

También hay otro rasgo que la caracteriza en la relación transferencial, rasgo que me encuentro por segunda vez en la clínica, que consiste en el regalo regular de alimentos ecológicos, y que me entrega tanto a mí como a la secretaria del centro donde trabajo y que pienso cumple la función de contrarestar la toma obligatoria de una medicación que no acepta sino para evitar daños mayores vividos como punitivos.

De su paso como alumna del Seminario quisiera destacar la “normalidad” con la que nos hace partícipes de su experiencia psicótica. Desde el primer día nos dice “Tengo esquizofrenia y soy pintora” contraponiendo su ex-

presión gráfica que la mantiene a salvo de la mala interpretación del Otro y su expresión verbal que siempre es mal interpretada y tiene como consecuencia que el Otro la quiera encerrar. O cuando nos precisa que la experiencia delirante puede, en el momento de la eclosión, acompañarse de un sentimiento de lucidez, de salir del aturdimiento y empezar a encontrar cosas, ser un descubrimiento para volverse angustiada cuando toma un cariz persecutorio. O cuando con cierto humor, nos comenta su dificultad para sobrellevar lo alucinatorio cuando estando en grupo, su útero comienza a hablar y ella teme que sea escuchado por todos. También nos da su opinión sobre los psicofármacos que acallan y apagan su subjetividad dejándola inerte frente al Otro.

Puedo decirles que recoger estas intervenciones fuera de una situación de consulta o de cura no es tarea fácil pero que supimos hacerlo dado que en su mayoría se resolvían en amables risas grupales.

Más difícil resultó responder a lo que calificó como falta de respeto, goce de la mirada en el Otro tras la presentación de un caso del taller de pintura de CreaturaS, transcribo el diálogo que surgió en el grupo ante su denuncia:

A: A mí me da un pudor horroroso, todo esto que ha pasado en esta mesa durante estas dos últimas horas, yo estaba como una muerta aterrorizada. Fatal, fatal, me ha parecido una falta de respeto y me ha parecido un destripar a nivel psicológico y a nivel espiritual, algo que el buen hombre ni se lo plantea porque dibuja así pinpan, lo que le sale de dentro.

M: ¿Te ha parecido una falta de respeto? ¿Sí?

A: No quiero ser tampoco aquí, tirar la piedra.

M: No, pero es muy importante.

A: Me parece que vuestra manera psicológica de tratar una pintura es algo que yo me planteo una y dos veces: ¿seré yo? ¿Me apuntaría yo a un taller y luego con qué ánimo dejaría que todos...? Me resulta muy difícil explicaros hasta qué punto me produce pudor, hasta qué punto me produce mal rollo. Sí, sí, sí, mucho mal rollo que una persona dibuje muchas caras o dibuje muchos cuerpos o que tenga el trazo muy suelto y que de ahí se trate de desentrañar alguna relación psicológica.

M: ¿Cómo relación psicológica?

A: He escuchado cosas así aquí. Quizá vaya un poco con lo que decías de arqueo-

logía. Pues cómo se tiene que sentir la de Pompeya cuando la sacan y la ponen ahí delante de todo el mundo (risas) Y es una señora que se ha muerto abrasada y de repente ha aparecido en mitad del museo y todo el mundo fijándose en cómo es la señora (risas)

M: detengámonos porque es importante. La conversación que sigue a la película cuando acudes a un cine fórum ¿también te parecería obscena?

A: Buena pregunta. Es que me parece, en concreto es mi sensibilidad ¿eh?, que tratar algo plástico desde el punto de vista psicológico, no sé si se está desvirtuando, si se está destripando, o si se está haciendo una inferencia directa en la intimidad de una persona.

M: ¿Es porque este hombre no sabe que están aquí sus obras? ¿Es esto lo que te parece mal?

A: No. Lo que me ha dado mucho pudor es la sensación de ir analizando, destripando, desentrañando, escudriñando toda la posible carga psicológica que hay detrás de unos cuantos trazos. ¿Se trata la obra con los ojos de un artista o de un pornógrafo? Un artista ve un cuerpo desnudo y se fija en el eje y en el ritmo de tal modo que no se da cuenta de que se trata de un cuerpo desnudo en cambio al pornógrafo se le está cayendo la babilla...

M: A mí me sorprende esto que dices, entiendo que lo planteas como algo obsceno, algo íntimo que se desvela, sin embargo yo no me siento escudriñando nada, mi mirada no va escudriñando nada sino tratando de entender y me hace preguntarme ¿qué función le damos al taller de pintura?

M: Si en lugar de un vocabulario psicológico se tratara de un crítico de arte comentando una obra se trataría de una lecura diferente?

A: El escalpelo sería diferente, abrirías en seco con un bisturí... Mi pregunta es ¿hasta que punto existe el respeto? y más específicamente se trata de la delicadeza con que se mira la obra ¿hay necesidad de escudriñar?

M: ¿Es la conjunción del Art y del Psi lo que te parece una obscenidad, hemos hablado de Unica y no te ha producido ese efecto ¿es por la presencia del objeto-obra? Si Helena nos habla del funcionamiento del taller sin traer los objetos-dibujos te hubieras sentido también molesta?

A: Creo que el problema principal está con la cercanía, la cercanía con un autor que no sé hasta que punto se siente seguro de sí mismo. Que no sé hasta qué punto

impalpablemente está sintiendo todo lo que se está hablando de él. Lo digo como pintora, cuando expongo sé a lo que me expongo, me expongo a exponer y es jodidísimo exponer. La última vez que expuse decidí no volver a pintar en mi vida, estuve mucho tiempo sin pintar.

M: De acuerdo en este punto, no sabemos hasta qué punto la gente que acude al taller, que es un lugar íntimo, puede querer pasar esa obra al público y exponerse a que sea comentada.

A: Cuando se muera todo el mundo mirará y hablarán de su obra y será un trago grandísimo estar en espíritu observando que todo el mundo hable de su obra. Cuando hablan de ti ¿dónde acaba el cotilleo y dónde empieza la información? ¿dónde acaba el querer ayudar y empieza el querer escudriñar?

M: Nos dejas muy clara cual es tu inquietud y tu preocupación.

A: Tendréis que pensároslo muy bien las tres psiquiatras.

La mirada como portadora del goce del Otro tan presente en este fragmento va a encontrar una continuidad y una resolución mucho más vivible.

A proyectó un tiempo después abrir su propio taller con la intención de invitar a participar en él a personas distintas, todas ellas con un acusado rasgo outsider fuesen artistas o no, ofreciendo en mezcla extraña actividades artísticas plásticas, corporales y algo esotéricas. Encontró una lonja próxima a su casa con una gran cristalera-escaparate a la calle en un primer y pequeño espacio y otro espacio amplio, interior sin ventanas al fondo del anterior. Totalmente preservado de las miradas. CreaturaS colaboró en que sus tutores le permitieran hacerlo, en su adecentamiento y habilitación con el acuerdo de habilitar el primer espacio que daba a la calle como sala de exposiciones de la obra que tenía en depósito.

Durante un tiempo la lonja cumplió esa doble función, pero el taller resultó pronto una tarea poco manejable por A y Creaturas tuvo que retirar su colaboración por causas diversas. A encontró el modo de proseguir. Pasó a pintar y dibujar en la parte delantera de la lonja mostrándose a los habitantes del barrio en su actividad de artista y consiguió crear un lazo social incorporándose a la vida del barrio. Desde llevar un programa de radio junto a tres mujeres feministas a realizar performance en bares de la zona o en su propio taller. En youtube hay al menos una de estas performance.

El chismorreó calló y la mirada destripadora perdió su filo.

El año de análisis que posteriormente realizó conmigo y en el que no dejó de sorprenderme queda para ser relatado en otra ocasión.

Tras escribir este relato tengo que concluir que más que de los efectos de la presencia del analista en los sujetos psicóticos fuera de los cauces de la consulta que es lo que pretendía transmitir este escrito trata de los efectos de los sujetos psicóticos en un analista, aunque dejo esa evaluación para el comentador de la mesa Adolfo Santamaría y a esta sala.

Bilbao 14 de mayo 2017

Construcción de un síntoma analítico

Teresa Cobos Alonso

Psicóloga clínica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Correspondencia: techicobosa@yahoo.es

“Ella no es como las demás mujeres, ella no vale”

El siguiente texto ha sido elaborado conjuntamente entre Jessica Velardo residente de primer año de psicología clínica de este hospital y yo misma, antigua residente y a día de hoy adjunta de la misma especialidad. Hemos querido hacer un texto breve y sencillo, con un ejemplo clínico, y para ello nos hemos centrado en uno de los conceptos fundamentales de la clínica psicoanalítica.

Es cierto que los síntomas varían con la época que nos toca vivir, que la histeria siempre fue una experta camaleónica en desafiar el saber médico y en ser el adalid de los enigmáticos nuevos síntomas... que desde hace tiempo asistimos a una decadencia de la función paterna y de su ley; a un modo de vivir que en nada se parece a los tiempos del fundador del psicoanálisis, que el mundo se abre a posibilidades y a modos diferentes de estar, donde la rapidez y la inmediatez cobran cotas inimaginables, que el deseo neurótico de ser feliz se ha acabado por convertir en un derecho fundamental de los sujetos al que apelan desde múltiples registros, que la soledad se ha convertido en la era de la comunicación, paradójicamente, en una realidad observable donde los sujetos parecen más interesados en hablar por las redes virtuales que en estar en compañía de otros o que están con los otros sin estar con ellos, porque están conectados en otro lugar. No es una crítica a los nuevos tiempos, sino son tan solo la constatación de algunos hechos.

La época de la globalización nos confunde y nos hace creer que todos somos iguales, el psicoanálisis siempre subversivo, siempre antiglobalización, intenta extraer del sujeto que nos consulta lo más particular, lo que le hace singularmente diferente al resto de sus congéneres.

Muchos de los sujetos que nos visitan parecen desnortados, sujetos desubicados que quieren sacarse de encima sus síntomas sin una implicación subjetiva que los convoque y que sin saberlo nombran en su decir propio y en su modo de decirlo, aquello que un día los afligió.

Posiblemente el imperante discurso de la ciencia con sus certezas y sus equívocos, con sus avances y retrocesos, no solo despoja al hombre de la idea de Dios sino que lo despoja de su esencia misma como ser humano al ofrecerle respuestas a su padecimiento psíquico muy alejadas de su subjetividad, respuestas intangibles biológicas, químicas... que le sitúan como un ser ajeno a cuanto le ocurre y le roban la posibilidad de hacerse responsable de aquello de lo que se queja, de sus síntomas, obturando la pregunta sobre su existencia y su vida, que queda definida en entramados neuronales y circuitos bioquímicos.

El psicoanálisis se sitúa en las antípodas del discurso de la ciencia

De todos los conceptos que maneja el psicoanálisis en la clínica hemos elegido uno de todos ellos, aquel que no ha cambiado con los tiempos, ni con los nuevos síntomas, ni con los nuevos sujetos, aquel que posibilita que alguien que nos consulta se pregunte por qué le pasa lo que le pasa y le haga buscar un sentido propio y particular a su malestar y le inicie en la búsqueda de un saber que desconoce.

La transferencia es para el psicoanálisis el obstáculo y el motor de la cura. Definida a través de los textos freudianos y lacanianos es el pivote fundamental sobre el que bascula la clínica. La transferencia no fue un concepto nuevo que introdujo el psicoanálisis, transferencia hay en el mundo, en las relaciones con los amigos, los superiores o en las consultas de los médicos... lo nuevo que introduce el psicoanálisis es situarla en el centro de su quehacer y a través de ella iniciar el camino de una cura... la dio un estatuto central e hizo de su manejo la esencia propia de su saber.

El término transferencia tiene la función de designar la relación particular entre el paciente y el analista, en su vertiente imaginaria y simbólica, donde

el analista mismo funciona como “cuenta bancada” a la que le son transferidas cargas libidinales; que pueden ser deseos de lo mejor o de lo peor, pensamientos amorosos, sexuales, hostiles que pasan a jugarse en el analista. Y en su vertiente simbólica instauran al Sujeto Supuesto Saber, operación que permite al sujeto desplegar los significantes que han conformado el entramado de su subjetividad.

A modo de ejemplo y de conclusión de este texto, una viñeta clínica:

Z es una mujer de 40 años que acude derivada desde psiquiatría en 2013 tras más de 10 años de tratamiento y varios ingresos.

Refiere que “necesita seguridad”. Cuando me entrevisto con ella por primera vez, la actitud es bastante negativa y desafiante, quiere que le ayude pero no quiere contarme nada. Me reprocha que no me haya leído su historial clínico. A mis preguntas no habla espontáneamente. El discurso es monosilábico y nada participativo. Sitúa el saber de mi lado.

Refiere que se casó en el año 2001 –a los 28 años de edad– con un hombre que conocía desde los 17, pero que al matrimonio cambió drásticamente, maltratándola psicológicamente. Recuerda la fecha de su matrimonio por referencia a otro dato significativo “el atentado de las torres gemelas”. Durante el matrimonio “Ingresos repetidos y medicinas”: Un intento de suicidio con pastillas y un episodio de autorreferencia de cierta gravedad que requieren de internamientos y de medicación neuroléptica, antidepresiva y tranquilizantes.

No desea explicarme esta relación, de la que dice que a partir de ahí, su vida cambió, que antes ella era “normal y feliz”. Se separa por decisión propia en el año 2005. “Esta relación me ha machacado”. “Tengo rabia interna”. “Llevo 12 años siendo infeliz”. No obstante, desde la ruptura se encuentra peor y parece atrapada en ese tiempo del que no ha logrado hablar nunca con nadie, pero que posiblemente por la misma razón tampoco olvida.

Dada la dificultad para hablar de aquello que la trae a mi consulta, le abro la posibilidad de que hable de otras cosas... pero se enfada. La explico el trabajo que podemos hacer en la consulta si ella quiere y que para ayudarla necesito saber algo de ella. Se queja de que siempre está enfadada, cuestión que puedo constatar en su relación conmigo.

Sus padres viven, con ellos se “lleva fenomenal” y la han ayudado mucho durante todos estos años de tanto sufrimiento.

Capto que se encuentra francamente mal, con irritación y hostilidad. Apenas sale y tiene dificultades para realizar cualquier actividad. Está deprimida.

Al finalizar la primera entrevista, la propongo un acuerdo que creo puede ayudarla; yo me comprometo a leer todo su historial clínico y ella vendrá en unos días. Acepta. Al salir de la consulta me pide disculpas.

Está incapacitada laboralmente de modo absoluto por “su historial”.

En la segunda sesión le hago saber que no he podido leer su historia clínica porque está escrita a mano y no entiendo la letra del psiquiatra. Tan solo he podido leer los informes de sus ingresos y la medicación que toma. La pido disculpas por mi imposibilidad.

En verdad si puedo leer su historia clínica, está escrita a máquina, pero sé que eximirlo de que ponga en palabras lo que recuerda, no va a ayudarla. Además lo que a ella la pasa no está escrito en ese historial.

Lo hago conscientemente, en el intento de que sea ella quien me cuente lo que la pasa y de que me hable, cuando pueda, de su malestar y de sí misma.

La transferencia negativa instaurada en la primera sesión, no se hace esperar, critica mi labor cómo psicóloga, y dice que soy distinta a todos los muchos con los que se ha encontrado: Cuestiona mi saber y mi capacidad para resolverla sus síntomas. “Vaya psicóloga que me ha tocado”. “Tú eres psicóloga y eres la que sabes”.

Me muestro en falta.

Tras varias maniobras y algunas explicaciones... logramos hablar de eso que ha “destrozado su vida”, al menos, de lo que ocurrió inmediatamente después de su separación y de las coyunturas biográficas por las que finalmente la incapacitaron laboralmente. Da mucha importancia a ese hecho, que define algo de su posición subjetiva, y que a larga sabrá, que está relacionado con otras cuestiones.

La segunda sesión concluye del siguiente modo: “Al principio estaba mejor sino no me acordaba de nada, pero creo que luego me ha acabado por perjudicar”. Corte de sesión. Ha enganchado.

A partir de aquí puede comenzar a historizar. La transferencia se torna positiva y amable y ella adopta una actitud colaboradora. Relatará lo sucedido en esa relación, cuya importancia radica, en esencia, en que ella “no vale”... ella “no es como las demás mujeres”.

Los acontecimientos sucedidos en la infancia adquieren su relevancia y su sentido, cuando en un momento dado de la vida, un acontecimiento particular y actual los resignifica retroactivamente.

Z es la mayor de 3 hermanas, cuando nacieron “las gemelas”, ella tendría un año. El estado tan delicado de sus hermanas por su nacimiento prematuro y la preocupación de su madre, hizo que la separaran de la casa familiar y la llevaran a vivir con sus abuelos maternos. Esta situación duró unos años. Cuando regresó a la casa, sus hermanas formaban una unidad y ella quedaba por fuera, no la reconocían como formando parte de la familia. “ella no es como las demás mujeres, ella no vale”.

ORIGINALES Y REVISIONES

Evolución del programa de continuidad de cuidados de Santiago: la formación de un equipo de tratamiento asertivo comunitario

Ramón Ramos Ríos

Susana García-Luengo Álvarez

M^a Esperanza Sánchez Vázquez

Patricia López Landeiro

Manuela Currás Castiñeira

Manuela Pérez Ferreiro

Silvia Piñeiro Otero

Sara Liñares Sixto

M^a Luisa Ortega García

Correspondencia: ramon.amos.rios@sergas.es

RESUMEN

El tratamiento asertivo comunitario (TAC) ha demostrado ser la modalidad de seguimiento comunitario para personas con trastorno mental grave (TMG) más efectiva. En las últimas décadas se ha extendido por Europa, España y Galicia. El Equipo de Continuidad de Cuidados (ECC) de Santiago comenzó su actividad en 2004. En octubre de 2012 se reforzó con la dotación de más personal de enfermería y mayor dedicación de un psiquiatra, pudiendo desarrollar con mayor fidelidad las principales características del tratamiento asertivo comunitario (TAC).

En los últimos años han aumentado las actuaciones del equipo en los domicilios y la comunidad y las intervenciones dirigidas a atender todas las necesidades de las personas con TMG. Los recursos y la organización

del trabajo se han acercado a los estándares de los equipos de TAC que funcionan en el resto de España.

Los ECC han demostrado su efectividad para reducir la necesidad de ingreso de pacientes con TMG en unidades de hospitalización de agudos y de ingresos prolongados.

La elevada edad y larga evolución de los pacientes derivados y la dispersión de la población en el área plantean la necesidad de nuevos equipos domiciliarios para intervención precoz y de equipos TAC funcionando en lugares más distantes del área.

PALABRAS CLAVE: Tratamiento Asertivo Comunitario, Continuidad de cuidados, Trastorno mental grave.

ABSTRACT

Assertive community treatment (ACT) has proven to be the most effective form of community care for people with severe mental disorder (SMD). In last decades it spread throughout Europe, Spain and Galicia. The Continuity of Care Team of Santiago de Compostela began its activity in 2004. In October of 2012, it was strengthened with other two members (a specialized nurse and a psychiatric aid). In addition, the psychiatrist could allocate more time to the program with the objective of develop Assertive Outreach.

In recent years, domiciliary and community care and interventions for all the needs of people with SMD have increased. The resources and the organization have approached the standards of the ACT teams that work in the rest of Spain.

The Continuity of Care Teams had demonstrated their effectiveness, reducing the need of admission of people with severe mental illness in acute wards, also reducing the need of prolonged admissions.

Old age and long evolution of the patients derived and the dispersion of the population in the area raise the need for new mobile teams for early intervention and for ACT teams operating in more distant places.

KEYWORDS: Assertive Community Treatment, Continuity of care, Severe mental disorder.

EL TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO

Uno de los pioneros de la visita domiciliaria en salud mental, Arie Querido, quien inició un sistema de clínicas móviles en Amsterdam en 1933, sostenía (citado por David, 1968): *de los pacientes en la comunidad el 50% no necesitan ser hospitalizados, el 10% de los que están en el hospital podrían vivir en la comunidad. Esto no depende en exclusiva de los cuidados médicos, deben favorecerse las condiciones para que esto sea posible, lo que estriba en la satisfacción de las necesidades que rodean a la crisis: desempleo, falta de vivienda, relaciones interpersonales estresantes* (1). Años después, el desarrollo de los procesos de reforma y desinstitucionalización, que se fueron produciendo en diferentes países a lo largo de la segunda década del siglo XX, ya con un uso generalizado de los neurolépticos, confirmaba esta apreciación. Sería necesaria una atención que no se limitase al tratamiento médico, los cuidados deberían extenderse para satisfacer el resto de las necesidades de las personas con problemas de salud mental. Por eso, de los diferentes modelos de organización de la atención comunitaria a las personas con trastornos mentales graves que fueron surgiendo, el que mayor difusión ha tenido ha sido el tratamiento asertivo comunitario.

El tratamiento asertivo comunitario (TAC) surge en el Mendota Mental Health Institute de Madison en Wisconsin (2). En el proceso de reforma de la institución los investigadores constataron que había numerosos fracasos en la reinserción de pacientes en la comunidad debido a la falta de generalización de la mejoría alcanzada en el ingreso hospitalario a su entorno habitual, la falta de habilidades y estrategias para afrontar las exigencias de la vida cotidiana, la falta de metas y la elevada dependencia de la institución y de las familias. Estos pacientes presentaban psicopatología severa ante un estrés moderado, lo que conducía a su reingreso. Otras modalidades de seguimiento comunitario no conseguían mantener a pacientes que eran reacios a cooperar y que no acudían a las citas. Propusieron entonces un modelo intensivo de soporte que prestase atención a todas las necesidades del paciente, con disponibilidad las 24 horas del día y sustentado sobre el trabajo de un equipo, no de un único gestor del caso. Las primeras experiencias demostraron que este tipo de abordaje reducía los ingresos hospitalarios sin suponer una sobrecarga adicional a las familias.

Algunas de las características del TAC son (3):

1. Realizado por un equipo multidisciplinar.
2. Baja ratio paciente/profesional (1:10).
3. La responsabilidad del caso la asume todo el equipo, de este modo se garantiza la continuidad ya que la atención no recae sobre una única persona.
4. El equipo asume todas las necesidades asistenciales (incluyendo el alojamiento, el manejo financiero, las actividades de la vida diaria, las actividades ocupacionales, resolución de crisis, atención a salud mental y atención a salud general).
5. Contacto frecuente con los pacientes.
6. Disponibilidad las 24 horas del día, los 365 días del año.
7. El seguimiento no tiene una duración limitada.
8. Tratamiento individualizado de acuerdo a las necesidades del paciente.
9. La mayor parte de las intervenciones se realizan en el domicilio y el entorno natural del paciente, reservándose el despacho únicamente para las reuniones de equipo.

A partir de 1980, tras la publicación del trabajo de Stein y Test, este modelo de asistencia se ha extendido rápidamente en diversos países incluyendo además de los Estados Unidos, Canadá, Australia o el Reino Unido. Se trata de uno de los modelos de soporte comunitario más estudiado y evaluado, existiendo pruebas de su efectividad. Una revisión Cochrane (4) con 75 estudios controlados aleatorizados que comparaban el TAC con otros modelos de atención concluyó que los pacientes atendidos por equipos TAC se desvinculan con más dificultad, ingresan menos y sus ingresos son más breves que los que reciben un tratamiento estándar. Además tienen más posibilidades de mantener un empleo, una vivienda estable y su satisfacción es mayor. No demostraban en cambio mejoría en sintomatología negativa o en su funcionamiento social.

Los resultados de su introducción en Europa han sido más desiguales. En el Reino Unido, tras haberse creado cientos de equipos a principios de este siglo, se realizaron estudios cuyos resultados cuestionaban su efectividad. En ese contexto sólo se demostraba que mejoraban la vinculación a los servicios y la satisfacción, pero no otras variables como el uso de servicios hospitalarios

(5, 6). Los propios investigadores hipotetizaron que este resultado se podía deber a que los equipos comunitarios ya existentes en el Reino Unido reúnen ya muchos de los ingredientes del TAC, siendo uno de los más importantes la existencia de equipos interdisciplinarios ya consolidados. De hecho algunos de estos equipos con los que se comparaban los equipos TAC obtenían buenas puntuaciones en escalas de fidelidad del modelo TAC, mientras que algunos de los equipos creados como TAC carecían de algunas de las características principales del modelo (por ejemplo de un psiquiatra en los equipos). En cualquier caso, mantener la vinculación al seguimiento y mejorar la satisfacción con el mismo también son resultados positivos, sobre todo cuando se trata de atender a los pacientes más graves. En los Países Bajos se produjeron resultados similares a los británicos (7). Se propone entonces introducir algunos elementos más del TAC en los equipos comunitarios que ya están funcionando, pero sólo para la atención a los pacientes con más dificultades de mantener en la red, apareciendo modelos más flexibles en los que la intensidad de intervención depende del caso concreto y de su momento evolutivo (8). En el contexto europeo, los resultados del TAC serían más dependientes de la organización de los servicios de salud mental comunitaria en los que asientan, pareciendo mejores cuando hay un desarrollo menor y resultando óptimos cuando en un servicio de salud mental avanzado se dirige hacia los pacientes con mayores necesidades por su gravedad, discapacidad y falta de vinculación al tratamiento convencional. Sería esperable que en España, donde el desarrollo de los servicios comunitarios ha sido desigual dependiendo del lugar, estos equipos resultaran especialmente efectivos. En cualquier caso, en un sistema de salud mental balanceado, propio de un país avanzado, en el que se deben diversificar los recursos dirigidos al tratamiento y la rehabilitación, tanto hospitalarios como ambulatorios, los equipos de TAC debieran constituir un dispositivo prioritario en la planificación sanitaria (9).

En España los primeros equipos con esta filosofía surgieron en la década de 1990 en la Comunidad de Madrid en el contexto de la reforma de sus hospitales psiquiátricos (10). De todos modos la experiencia que ha obtenido mayor divulgación y favorecido la extensión del modelo ha sido la del ETAC de Avilés que ha sido reconocido como “ejemplo de buenas prácticas” en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. El modelo Avilés introduce algunas modificaciones con respecto al modelo

original entre las que destaca que el horario se reduce a la jornada de mañana, lo que es posible en un sistema sanitario que garantiza el acceso a la atención en los servicios de urgencias (11).

Según datos de Martínez Jambrina en 2013 había en España unos 40 equipos de TAC (ETAC) (12). Existen por el momento pocos datos de su efectividad, en ningún caso mediante ensayo clínico controlado, los escasos estudios publicados sobre resultados se basan en comparaciones antes y después de la intervención. Entre los equipos que analizaron sus resultados se encuentran los ETAC de Bizkaia, de Albacete, de Avilés y el nuestro (12, 13, 14, 15, 16). En un análisis de las características comunes de los equipos que se han ido formando (con datos de 23 equipos) destacaba (12):

- De la composición: Todos cuentan con personal de enfermería y con algún psiquiatra (7 sólo con un psiquiatra a tiempo parcial). Algunos tienen algún trabajador social. La figura del psicólogo es menos frecuente.
- Se realizan reuniones de coordinación interna en las que se tratan las derivaciones de pacientes y las actividades que se realizan en la comunidad. Hay reuniones de revisión de pacientes.
- Todos los ETAC se coordinan con servicios de la comunidad, reuniéndose con estos.
- La mayoría de los ETAC prestan directamente la asistencia clínica. La asistencia de tipo social es brindada desde el propio equipo o en algunos casos por otros servicios.
- Todos los TAC ofertan atención telefónica a los pacientes.
- La mayoría de los ETAC ofertan atención a los pacientes al menos una vez por semana. En caso de urgencia actúan acudiendo a donde está el paciente.
- La mayoría de los TAC dan atención de mañana los 5 días laborales de la semana.

Respecto a la implantación de equipos para la atención al trastorno mental grave (TMG) en Galicia, debe destacarse que hubo un momento en que recibieron un importante impulso desde la planificación sanitaria. En 1996 se crea una comisión asesora en materia de salud mental con el objetivo de analizar el desarrollo del Decreto 389/1994 que regula la atención a la salud mental en Galicia. Esta comisión elabora el documento “Propostas

de desenvolvimento da atención á Saúde Mental en Galicia” en el que se habla de nuevos dispositivos complementarios para la rehabilitación extrahospitalaria (en línea con la orientación comunitaria del decreto que preconiza la potenciación de los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención a domicilio) (17). Las Unidades de Continuidad de Cuidados se definían como equipos de tutores clínicos de casos localizados preferentemente en los dispositivos complementarios (Centros de Día), aunque se consideraba la posibilidad de adscribirlos a los dispositivos básicos (Unidades de salud mental). Entre las funciones de estos equipos destacaba la de garantizar la continuidad asistencial en estrecho contacto con los otros dispositivos de la red. La tendencia posterior fue que estos equipos se adscribiesen a los hospitales de día. De hecho en el Plan Estratégico de Saúde Mental 2006-2011 se señala que los Equipos de Continuidad de Cuidados (ECC) estarán integrados, con carácter general, en los hospitales de día (18). En el caso de Santiago la existencia de alojamientos alternativos y un Centro de Día dependientes del Hospital Psiquiátrico han hecho que su ubicación en la red se haya mantenido fiel al primer documento (en el Centro de Día). No se trata de la única excepción, ya que la heterogeneidad en su composición, ubicación y actividad ha sido una característica de los ECC desde su puesta en marcha en la comunidad con el equipo de Vigo nacido de la Unidad de Rehabilitación o los de Monforte y Burela adscritos a las USM. En Galicia los equipos de Continuidad de Cuidados que se han ido creando en las distintas áreas sanitarias han adoptado en mayor o menor medida el modelo de TAC (19, 20, 21) y su evolución ha sido dispar, con diferente composición de profesionales y posiblemente diferencias organizativas. A día de hoy continúan dotados equipos de continuidad de cuidados al menos con enfermera/o y auxiliar para la mayoría de las antiguas áreas sanitarias diseñadas en la Lei de Saúde de Galicia, pero que no todos pueden funcionar como ETAC. A este respecto debe señalarse que la dispersión de la población y la implantación de estos equipos en áreas eminentemente rurales hace insuficiente su dotación, por lo que la accesibilidad a esta modalidad de asistencia no está para nada garantizada para las personas que sufren un TMG en Galicia.

EL EQUIPO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE SANTIAGO

El Equipo de Continuidad de Cuidados (ECC) de Santiago comenzó su actividad en febrero de 2004. Contaba entonces con una enfermera especialista en salud mental y una auxiliar psiquiátrica. No se asignó al programa un psiquiatra de manera estable hasta 2009. En octubre de 2012, tras el cierre de dos de las unidades residenciales del Hospital Psiquiátrico, se reforzó con la dotación de más personal de enfermería (otro equipo con una enfermera especialista en salud mental y una auxiliar psiquiátrica) y mayor dedicación de tiempo de un psiquiatra (hasta 4/5 de jornada), pudiendo desarrollar con mayor fidelidad las principales características del tratamiento asertivo comunitario (22).

En aquel momento se planteó que su misión debía ser contribuir a la desinstitucionalización de pacientes del Hospital Psiquiátrico y evitar la cronificación e institucionalización de pacientes con trastorno mental grave en la comunidad y se definieron los destinatarios del programa que serían:

- Pacientes con trastornos mentales graves de duración prolongada y con un grado variable de discapacidad social.
- Prioritariamente se consideraban candidatos al programa pacientes con repetidos ingresos hospitalarios, tendencia al abandono del tratamiento y con baja adherencia al seguimiento ambulatorio.
- Pacientes del área sanitaria de Santiago. Podían excluirse aquellos pacientes para los que por la distancia geográfica de su domicilio fuese imposible implementar un plan de tratamiento adecuado.
- Se excluían de modo general pacientes cuyo diagnóstico principal fuese el abuso o dependencia de sustancias y los menores de 18 años.

El programa se organizó con dos equipos, cada uno de ellos con una enfermera y una auxiliar que atienden a un grupo definido de pacientes. El psiquiatra y la trabajadora social (desde 2017, con dedicación parcial al programa) atienden a los pacientes de ambos grupos y realizan visitas domiciliarias con ambos equipos. Este modo de organización tiene la desventaja de que muchos pacientes no son conocidos por el personal de enfermería del otro equipo lo que dificulta la atención en caso de urgencias, pero se mantiene porque transcurrido el tiempo se han generado vínculos intensos con determinados pacientes y se han distribuido los casos de las zonas ru-

rales en rutas que se realizan periódicamente. Se planteó que cada equipo atendería un máximo de 25 pacientes. En febrero de 2018 estaban incluidos 66 pacientes.

El equipo cuenta con dos coches para los desplazamientos. Actualmente se trata de dos vehículos de renting, pero conseguir disponer de ellos fue una tarea que supuso bastante esfuerzo, ya que inicialmente se dotaron unos coches viejos del parque móvil de la Xunta (casi 20 años de antigüedad y un elevado kilometraje) que no reunían las características para realizar el trabajo en unas condiciones dignas ni de seguridad. Además el mantenimiento de los coches resultaba del todo ineficiente por las continuas visitas al taller que tenían que realizar. La situación llegó a ser denunciada en prensa, pero aún así se mantuvo durante bastante tiempo⁽²³⁾. En este trance fue de agradecer la capacidad de adaptación y el voluntarismo de todos los miembros del equipo.

Desde el momento en que se forman los dos equipos se empiezan a utilizar nuevos espacios en una zona independiente del centro de día. Actualmente se dispone de una enfermería con una mesa y un ordenador para cada uno de los equipos y una zona para preparar, almacenar y administrar medicaciones. En esa sala se suelen realizar los estadillos a primera hora todas las mañanas con ambos equipos presentes en los mismos. Se recibe a continuación habitualmente a un grupo de pacientes que acuden para seguimiento. Hay una sala de reuniones que se utiliza para reuniones de coordinación con otros servicios y para reuniones de revisión de planes y otras específicas de cada uno de los equipos. En dicha sala que se considera más reservada, se guardan los historiales de los pacientes atendidos. Se cuenta también con un despacho médico, una zona de espera en el pasillo y dos baños. Dichas dependencias están próximas al centro de día, el hospital de día, las unidades de salud mental III y IV y la Unidad de Psicogeriatría (en la planta superior), el centro de salud de Conxo (cruzando un hall y una puerta) y alguno de los servicios comunes del hospital psiquiátrico: esterilización, Odontología y el despacho del médico internista en el mismo pasillo. Las posibilidades de relación con todos estos servicios suponen un importante refuerzo a la actividad de los equipos, sobre todo en lo que atañe a la salud física de los pacientes que muchas veces está desatendida. Se dispuso de dos plazas de aparcamiento señalizadas próximas a

los despachos hasta que se perdieron en el contexto de las obras continuas de mantenimiento del hospital psiquiátrico. La posibilidad de cambio de usos de estos espacios podría ser una amenaza para los equipos si no se dotan unos espacios similares en un lugar accesible y cómodo para los pacientes y los profesionales. Se dispone de tres teléfonos móviles corporativos y teléfono fijo en el despacho de enfermería y en el despacho médico. Es habitual el uso de whatsapp para comunicaciones entre los miembros de los equipos y también con los pacientes. No se dispone de impresora en el despacho de enfermería y la del despacho médico fue adquirida con recursos propios por lo que no se nos suministra tinta para ella. La mención a estas incidencias o a la lucha para la consecución de recursos materiales puede parecer cuestión baladí, pero en el contexto del trabajo con pacientes graves y en equipos interdisciplinarios que pueden verse sometidos a tensiones constantes, la incomodidad para el desempeño del trabajo o su realización en un entorno degradado, la falta de seguridad o la falta de consideración o el trato condescendiente por parte de los superiores, pueden ser factores que lleven al desgaste profesional o al abandono.

EL REGISTRO DE ACTIVIDAD DEL EQUIPO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Una de las dificultades para la implementación de este tipo de programas, según ya reconocieron sus impulsores, puede ser el choque con la cultura de la institución de la que se originan (3). Este podría ser el caso de nuestro equipo, nacido en el interior de un hospital psiquiátrico, con las ventajas e inconvenientes que eso suponía. La ventaja de disponer de todos los servicios del hospital seguramente fue uno de los factores que permitió la salida de algunos pacientes con mayor dependencia institucional por su estancia prolongada durante años en el mismo. Pero también era un lastre ya que no se movilizaban recursos comunitarios. Las dinámicas de relación y las formas de trabajo propias de las unidades de internamiento podrían estar contaminando el funcionamiento del nuevo dispositivo. Sorprendía el desconocimiento dentro de la institución del trabajo que se comenzaba a realizar y como se banalizaba y menospreciaba, considerándolo un trabajo menor: ir de compras o a tomar café con los pacientes de los pisos protegidos (ese era el grado máximo de autonomía que se creía que podían tener

los pacientes que se acostumbraba a tratar en el hospital). Lo cierto es que la variedad de actividades y contextos de las intervenciones del equipo se había diversificado mucho desde su comienzo y la intención era continuar ese progreso para adoptar la organización de un ETAC. Por estos motivos comenzamos en 2010 un registro en el que se recogía en cada jornada de trabajo las actividades realizadas por el equipo con cada paciente y el lugar en que se realizaban (24).

Los datos obtenidos del registro son reveladores de los cambios operados en el equipo a medida que se fueron obteniendo más recursos y adoptando la nueva forma de organización (25).

En el registro de actividad de los ECC se consignaron datos referentes al lugar y hora de realización de la intervención y el paciente destinatario. Las actividades de enfermería se codificaron utilizando un listado de intervenciones de la clasificación NIC que podían realizarse frecuentemente con pacientes con TMG (26). Se utilizó el programa Excel para grabar los datos y SPSS para el análisis estadístico.

Se analizaron los datos entre abril de 2010 y abril de 2014, comparando dos periodos: hasta septiembre de 2012 (549 días de actividad) y desde octubre de 2012 (752 días de actividad, contabilizando el trabajo de los dos ECC). El trabajo realizado fuera del hospital se incrementó en un 73,8% desglosado del siguiente modo (porcentaje de la jornada en el primer periodo vs. segundo periodo): domicilios (24,28% vs. 45,05%); recursos comunitarios (4,82% vs. 6,9%), dispositivos sanitarios comunitarios (2% vs. 2,1%); dependencias del hospital psiquiátrico –despacho, centro de día, hospital de día– (68,85% vs. 45,97%) (Figura 1).

En el primer periodo se registraron 21,2 intervenciones de enfermería cada día. Con los dos equipos funcionando se contabilizaron una media de 25,2 intervenciones. Las actividades más frecuentes fueron las relacionadas con medicación (NIC 2304, 2313, 2380) y vigilancia (NIC 6650). Se produjo un incremento de las actividades relacionadas con la ayuda a los autocuidados (NIC 1803, 1804, 1805) y se introdujeron nuevas intervenciones en el registro que eran útiles para reflejar el trabajo que se estaba realizando (Tabla 1).

Como conclusiones del estudio valoramos que el refuerzo de los ECC posibilitó un aumento del trabajo en la comunidad y un funcionamiento

más acorde a la metodología TAC. Además la mayor experiencia y conocimiento de la clasificación NIC permitió un enriquecimiento del repertorio de intervenciones aplicadas por los ECC y de los planes individualizados de cuidados que se continuaron diseñando de acuerdo a esa metodología (27).

La hoja de Excel se dejó de utilizar desde que se diseñó una aplicación informática específica para la gestión de la agenda y el registro de la actividad de los equipos. La aplicación, a la que podemos acceder los usuarios autorizados en la intranet de la EOXI, se denominó “Hospital de Día Crónicos” e incluye también a los pacientes atendidos en el centro de día. Tiene el interés de que permite generar una planilla en la que se puede ver donde se está atendiendo a cada paciente y qué equipo (los domicilios serían puestos de ese hospital de día “virtual”).

EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES DEL EQUIPO

En 2014 presentamos por primera vez datos de la efectividad de las intervenciones del equipo para reducir el número y la duración de los ingresos hospitalarios de las personas atendidas en el programa (16) Después de cinco años funcionando los dos equipos repetimos el análisis para confirmar si se continuaban manteniendo los resultados y las impresiones derivadas de esos datos.

Se realizó un estudio retrospectivo en espejo. Se incluyeron los pacientes que fueron atendidos por los ECC entre octubre de 2012 y enero de 2018, independientemente del momento de entrada en el programa. Para contabilizar los ingresos y las estancias hospitalarias se utilizó la historia electrónica IANUS y los registros del Hospital Psiquiátrico de Conxo. El tiempo de seguimiento se calculó a partir del primer ingreso psiquiátrico en alguno de estos registros. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 16.0. Se aplicó la prueba de Wilcoxon para comparaciones antes y después de la intervención.

Se incluyeron 96 pacientes, 38 pacientes más que en el estudio previo, por lo que, habida cuenta de que se estudiaron 40 meses más de funcionamiento del programa, las derivaciones al mismo fueron de casi un paciente cada mes de media. El 67,7% fueron varones. La edad media en el momento de toma a cargo por el ECC era 48,3 años y el tiempo de segui-

miento en salud mental antes de la derivación era de 11,6 años de media. Contaban con el antecedentes de una media de 5,5 ingresos hospitalarios en unidades de psiquiatría (D.T. 5,4). Por lo tanto se trataba de pacientes de larga evolución, con tiempos de tratamiento prolongado y numerosos ingresos previos. El tiempo medio de seguimiento de la muestra por los ECC fue de 4,3 años (D.T. 3,4). El diagnóstico más frecuente fue esquizofrenia (64,6%). El 58,3% de las derivaciones provenían de dispositivos básicos de la red (Unidad de Hospitalización Psiquiátrica –UHP–, Unidad de Salud Mental –USM–) y el 41,7% de dispositivos de rehabilitación (Unidad de Rehabilitación Psicosocial –URP–, Unidades de Larga Estancia, Unidad Residencial o Centro de Día del Hospital Psiquiátrico). Este es el mayor cambio en el perfil de los pacientes atendidos por el programa desde 2014 cuando el mayor porcentaje de pacientes provenía de los dispositivos de rehabilitación (el 56,9%). De hecho, desde el verano de 2014, el 84% de los pacientes han sido derivados desde dispositivos básicos y si se mantiene un porcentaje importante de casos que provienen del psiquiátrico es por su vinculación desde hace muchos años al equipo. Posiblemente esta evolución tenga relación con varios factores. El equipo se había ubicado inicialmente en el centro de día dependiente de las unidades de rehabilitación lo que implicaba una mayor relación con estas y un flujo de pacientes como movimiento natural hacia la comunidad. También debió influir el mayor conocimiento del programa en el servicio y en el entorno asociativo tras haber sido escrito y divulgado en 2012 en el servicio, mediante mailing y presentación en sesión clínica, y en alguna de las asociaciones del área sanitaria en jornadas o ponencias a petición de estas. Además durante este periodo estuvo funcionando una comisión de rehabilitación que actuaba como filtro para las unidades del Hospital Psiquiátrico, con lo que algunos casos de gran complejidad, pero que se consideraba que no eran candidatos para el tratamiento en las unidades hospitalarias de rehabilitación, acababan derivados a nuestro equipo. La impresión en los últimos tiempos es que las derivaciones se originan mayoritariamente en las unidades de agudos (21 pacientes incorporados al seguimiento en los últimos 4 años), lo que cuestiona el papel de las USM como centro del sistema y nos hace preocuparnos por la posibilidad de que el programa se haya convertido en un aliviadero de la presión asistencial de las urgencias y las unidades de agudos.

Por la contra, es posible que muchos casos en la red con importante discapacidad y con necesidad de un tratamiento integral no lleguen a beneficiarse porque no son identificados como destinatarios de este programa. La tabla 2 resume las características de los pacientes.

Los resultados fueron muy similares a los obtenidos en el análisis previo de 2014. Se confirmó que en toda la muestra tras la toma a cargo por el ECC disminuyó el número de ingresos al año, el número de días de ingreso al año y el número de ingresos y la duración de las estancias en las unidades de agudos (Tabla 3). Además, volvía a producirse el hallazgo de que se incrementaban las estancias en las unidades de rehabilitación del grupo de pacientes que no habían ingresado previamente en el hospital psiquiátrico (Figura 2). Por lo tanto parece que este programa no puede actualmente sustituir a las unidades de rehabilitación y que continúa habiendo pacientes que con los recursos de que disponemos acaban requiriendo ingresos de media estancia o incluso más prolongados en internamiento completo. Nuestra impresión continúa siendo que los ingresos de estos pacientes cuando se producen vienen precedidos de un trabajo previo y un plan de cuidados que facilita su tratamiento en las unidades de rehabilitación y que estas estancias sean más cortas.

PACIENTES ATENDIDOS EN LA ACTUALIDAD

En febrero de 2018 estaban incluidos en el programa 66 pacientes. Se resumen algunas características en la tabla 4.

Un dato llamativo de los pacientes que atendemos es su elevada edad media. En el momento del análisis 10 pacientes son mayores de 65 años. Esto constituye una característica diferencial de nuestro equipo con respecto a otros que funcionan en nuestro país que incluso consideran criterio de exclusión la edad geriátrica. Prestar atención a este grupo de personas con TMG y edad avanzada implica enfrentarse con frecuencia a problemas de salud física y a situaciones sociales de mucha vulnerabilidad. En una publicación previa hemos discutido sobre la atención a esta población mediante TAC(28).

En relación al estado civil la mayoría son solteros (66,7%). La situación más frecuente es la de pacientes que viven con su familia de origen (34,8%);

en estos casos es necesario la atención a las familias, apoyando el rol de cuidador, promoviendo la autonomía ante situaciones de sobreprotección o mediando en los conflictos, ofreciendo psicoeducación o nuevas soluciones en caso de crítica excesiva. En el caso de los pacientes que viven solos (31,8%) se realizan más actividades de soporte social y apoyo en las actividades de la vida diaria. Hemos comprobado que en algunos casos los miembros del equipo acaban incluidos en la red social de estos pacientes y siendo las personas de las que pueden recibir un mayor apoyo en determinadas áreas de su vida cotidiana (29). También se visitan pacientes que viven con su propia familia, en algunos casos con hijos menores de edad. Estas situaciones resultan complicadas y requieren de elevado compromiso por parte de los miembros de los equipos y coordinación con servicios sociales comunitarios y otras entidades que deben prestar apoyo. Nuestra experiencia en la atención a estas familias ha dado lugar a dos publicaciones en las que defendemos el papel de los equipos TAC para su seguimiento para evitar situaciones traumáticas y apoyar el rol de madre o padre tan significativo para cualquier persona con independencia del padecimiento de un trastorno mental (30, 31)

En relación con la capacidad civil, el 31,8% están incapacitados en alguna parcela, muchos de ellos tutelados por la fundación autonómica (FUNGA). Esta situación implica un contacto continuo con dicha entidad y la necesidad de coordinar las actuaciones. Los otros tutores frecuentemente requieren el apoyo del equipo para el desempeño de las funciones. En los últimos años, se ha hecho cada vez más frecuente el recurso a la figura de la incapacitación, en general con sentencias de incapacidad parcial que se configuran como un traje a medida, condicionantes con los que debemos trabajar todo el equipo y que marcan la relación con el paciente y su entorno. Atendemos también a una persona con capacidad recuperada en el contexto de nuestra intervención

Respecto al tratamiento farmacológico destacamos el uso de tratamiento antipsicótico de depósito (56,1%) y clozapina (13,6%).

Por último, debemos mencionar la elevada dispersión en el territorio de la población atendida. Cuando se decidió no establecer un límite para la derivación de casos por la distancia al domicilio estábamos pensando en la concentración de servicios en Santiago en torno al hospital psiquiátrico y

el limitado acceso a los mismos de muchos pacientes del área. Algunos de estos casos en situaciones precarias, de mucho aislamiento en entorno rural han ido apareciendo y se están visitando. Otro perfil es el de pacientes en poblaciones de tamaño intermedio con acceso a más servicios con los que hemos tenido que coordinarnos (atención primaria, asociaciones de familiares, servicios sociales comunitarios, ONGs, oficinas de farmacia, etc). En la tabla 5 se desglosan los ayuntamientos en los que residen los pacientes que visitábamos en febrero de 2018.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Desde su creación en 2004 el equipo de continuidad de cuidados de Santiago ha evolucionado para adoptar el funcionamiento de un equipo de tratamiento asertivo comunitario:

- Se ha incrementado considerablemente el trabajo en los domicilios y la comunidad.
- Se ha dotado de más personal, incluyendo un psiquiatra y una trabajadora social, enriqueciéndose el trabajo interdisciplinar y haciendo posible la toma a cargo y el abordaje de la mayoría de las necesidades asistenciales de los pacientes derivados al programa.
- Las intervenciones se orientan hacia el mantenimiento de la autonomía en la comunidad.
- Se mantiene el trabajo en equipo con reuniones diarias en las que participan todos sus miembros para organizar la agenda y realizar y revisar planes individualizados. Todos los miembros de cada uno de los equipos están al tanto de la situación de cada uno de los pacientes y participan en la toma de decisiones.
- Se dispone de medios para una atención rápida en caso de crisis (teléfonos móviles y vehículos para los desplazamientos).
- Han mejorado los sistemas de registro de información que actualmente recogen datos que están a disposición de la gerencia del área.
- Se consigue disminuir la necesidad de hospitalización de los pacientes atendidos por el equipo y la duración de las mismas.

–En caso de ser necesaria la hospitalización (tanto en agudos como en unidades de rehabilitación) el equipo participa en su preparación (incluyendo el traslado al servicio de urgencias o el acompañamiento en el ingreso si este es programado) y en la definición de los objetivos de la misma.

–Se ha adoptado una filosofía de trabajo orientada a la recuperación, lo que incluye el mantenimiento y fomento de roles significativos como es el rol parental en los pacientes con hijos.

–Se mantiene la continuidad de cuidados longitudinal en el proceso de atención, incluyendo el seguimiento en ingresos hospitalarios o en dispositivos sociosanitarios como residencias o pisos protegidos.

–Se mantiene la continuidad de cuidados transversal mediante la coordinación con el resto de servicios y entidades que participan en la asistencia a la persona con TMG.

Las propuestas de mejora deberían incidir en las debilidades que hemos identificado:

–Los pacientes son derivados a nuestros equipos cuando ya llevan una evolución muy larga, con numerosos ingresos y discapacidades asociadas. De hecho en algunos casos el paso por el equipo es la última oportunidad antes de su institucionalización. Un programa de tratamiento asertivo comunitario orientado a pacientes jóvenes y en estadios más precoces, con los objetivos de alcanzar su recuperación y evitar cronicidad, podría tener un mayor impacto en la población afectada por TMG del área.

–La dispersión geográfica del área dificulta el acceso de muchas personas con TMG a este tratamiento. Nos parece prioritaria descentralizar la atención con dotación de más equipos que atiendan zonas más distantes. La modificación de la Lei de Saúde de Galicia eliminó áreas sanitarias pero creo distritos sanitarios (los antiguos comarcales); en nuestra área, un distrito, Barbanza, que de acuerdo a los principios de accesibilidad y equidad en las prestaciones sanitarias debería contar con un equipo TAC completo. En caso de dotarse más equipos se deberían formar en los núcleos de población que están más carentes de recursos para atención al TMG.

Reducir la necesidad de hospitalización se ha convertido en un objetivo en el que convergen los intereses tanto de los gerentes como de los usuarios de servicios de salud mental y sus familias, aunque sea por motivaciones diferentes. El tratamiento asertivo comunitario puede aportar soluciones para mantener la continuidad de cuidados, reducir los ingresos y mejorar la atención a estas personas abordando todas sus necesidades de un modo individualizado. Nuestra experiencia demuestra que en el proceso de transformación del hospital psiquiátrico pueden crearse recursos comunitarios efectivos y de calidad (32).

BIBLIOGRAFÍA

- 1 DAVID, H.P. Community mental health in the Netherlands. The story of Dr. Arie Querido. *J Psychiatr Nurs Ment Health Serv.* 1968; 6(2):101-5
- 2 STEIN, L.I. and TEST, M.A. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry.* 1980; 37(4):392-7
- 3 STEIN, L.I. and SANTOS, A.B. Assertive community treatment of persons with severe mental illness. New York: W. W. Norton, 1998
- 4 MARSHALL, M. and LOCKWOOD, A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 1998
- 5 KILLASPY, H.; BEBBINGTON, P.; BLIZARD, R.; JOHNSON, S.; NOLAN, F.; PILLING, S.; KING, M. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ.* 2006; 332(7545):815-20
- 6 KILLASPY, H.; KINGETT, S.; BEBBINGTON, P.; BLIZARD, R.; JOHNSON, S.; NOLAN, F.; PILLING, S.; KING, M. Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes. *Br J Psychiatry.* 2009; 195(1):81-2.
- 7 SYTEMA, S.; WUNDERINK, L.; BLOEMERS, W.; ROORDA, L.; WIERSMA, D. Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand.* 2007; 116(2):105-12.
- 8 FIRN, M.; HINDHAUGH, K.; HUBBELING, D.; DAVIES, G.; JONES, B.; WHITE, S. J. A dismantling study of assertive outreach services: comparing activity and outcomes following replacement with the FACT model. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013; 48(6):997-1003.

- 9 THORNICROFT, G. and TANSELLA, M. The balanced care model for global mental health. *Psychological Medicine* 2013; 43: 849-63.
- 10 ALONSO SUÁREZ, M.; BRAVO ORTIZ, M. F.; FERNÁNDEZ LIRIA, A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Revista de la AEN* 2004; 92:25-52.
- 11 MARTÍNEZ JAMBRINA, J. J.; PEÑUELAS CARNICERO, E. "Tratamiento asertivo comunitario: el modelo Avilés." *Archivos de Psiquiatría* 2007; 70: 77-82
- 12 MARTÍNEZ JAMBRINA, J. J. *El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario en España*. [Tesis]. Universidad Autónoma de Madrid; 2017. 214 p.
- 13 PEREIRA, C.; URIARTE, J.; MORO, J.; MARTÍNEZ, F. Assessment of assertive community treatment in the Bizkaia Mental Health Services. *Int J Integr Care*. 2012; 12(Suppl2): e32
- 14 RODRÍGUEZ PAZ, B.; CACHO BLANCO, E.; PRIETO FACES, J.; RODRÍGUEZ NAVAS; G. Resultados del equipo de tratamiento asertivo comunitario en la Red de Salud Mental de Bizkaia. *Siso Saúde* 2015; 56-57: 349-56.
- 15 LÓPEZ-SANTIAGO, J.; BLAS, V.; GÓMEZ, M. Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2012; 17 (1), 1-10.
- 16 RAMOS RÍOS.; GARCÍA-LUENGO, S.; LIÑARES-NISTAL, P.; SÁNCHEZ VÁZQUEZ, E.; PÉREZ FERREIRO, M.; CURRÁS CASTIÑEIRA, M.; LIÑARES SIXTO, S.; GUERRA FERNÁNDEZ, E. Efectividad de los equipos de continuidad de cuidados para disminuir los ingresos hospitalarios en pacientes con trastorno mental grave. *Rehabilitación Psicosocial* 2015; 12(2): 20-24.
- 17 XUNTA DE GALICIA. *Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental*. Colección Saúde Mental, N°18; 1997.
- 18 XUNTA DE GALICIA. *Plan estratéxico de Saúde Mental*. Galicia 2006-2011.
- 19 SUÁREZ SUEIRO, M. J.; FREIJE CASTRO, C.; VÁZQUEZ, M. J.; LÓPEZ ARES, S. Equipo de continuidade de cuidados na rede de saúde mental. A experiencia da área de Lugo. *Siso Saúde* 2004; 40: 59-70
- 20 VILA PILLADO, L.; AREA CARRACEDO, R.; FERRO IGLESIAS, V.; GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ-VIGUERA, L.; JUSTO ALONSO, A.; SUAREZ SUEIRO, M. J.; LÓPEZ ARES, S.; TUÑAS DUGNOL, M. L. Trastorno Mental Severo. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2007. [acceso 2 de octubre de 2012]; 5: [52 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num5/Revision1.htm>.

- 21 DURÁN RIVAS, A.; NÚÑEZ PÉREZ, A.; GRANDA MARIÑO, S. C. El Equipo de Continuidad de Cuidados de Ferrol. *Siso Saúde* 2006; 43: 19-35
- 22 RAMOS RÍOS, R.; SÁNCHEZ VÁZQUEZ, E.; PIÑEIRO OTERO, S.; CURRÁS CASTIÑEIRA, M.; PÉREZ FERREIRO, M.; PAZ BAÑA, A.; FERRER I BALSEBRE, L. Programa de Continuidad de Cuidados del Servicio de Psiquiatría de Santiago. *Avances en Salud Mental Relacional*. Diciembre 2012; 11(3). Disponible en: <http://hdl.handle.net/1041/6117>
- 23 Denuncian o mal estado dos coches do Psiquiátrico. (25 febrero de 2015). *El Correo Gallego*.
- 24 SÁNCHEZ VÁZQUEZ, E.; CURRÁS CASTIÑEIRA, M.; RAMOS RÍOS, R. Estandarización de las intervenciones en el registro de actividad del Equipo de Continuidad de Cuidados de Santiago de Compostela [Comunicación]. En: 9º Simposio Nacional sobre Tratamiento Asertivo Comunitario en Salud Mental. 27-29 de junio de 2012. Avilés, Asturias.
- 25 SÁNCHEZ VÁZQUEZ, E.; CURRÁS CASTIÑEIRA, M.; RAMOS RÍOS, R.; PÉREZ FERREIRO, M.; BALDERRÁBANO VIEITES, S.; GARCÍA-LUENGO ÁLVAREZ, S. Evolución del Equipo de Continuidad de Cuidados de Santiago (I): Actividades de enfermería [Comunicación]. En: 11º Simposio Nacional sobre Tratamiento Asertivo Comunitario en Salud Mental. 25-27 de junio de 2014. Avilés, Asturias.
- 26 PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS ECC DE GALICIA. Estandarización de cuidados de enfermería para pacientes de salud mental en programa de continuidad de cuidados. Diagnósticos de enfermería y sus relaciones NOC y NIC. Servicio Galego de Saúde (en prensa).
- 27 GARCÍA-LUENGO ÁLVAREZ, S; SÁNCHEZ VÁZQUEZ, E.; RAMOS RÍOS, R.; CURRÁS CASTIÑEIRA, M.; LIÑARES SIXTO, S.; COLÓN GARCÍA-LUENGO, A. "Aproximación ó patrón 4: Actividade-exercicio en pacientes con Trastorno Mental Grave na Unidade de Continuidade de Coidados de Santiago de Compostela". *Siso Saúde* 2015; 56-57: 357-365
- 28 RAMOS RÍOS, R.; GONZÁLEZ-CASTROAGUDÍN, R.; PÉREZ-FERREIRO, M.; SÁNCHEZ-VÁZQUEZ, E.; GARCÍA-LUENGO, S.; VIZ-OTERO, M. C. Tratamiento Asertivo Comunitario para personas mayores con trastorno mental grave: la experiencia del Equipo de Continuidad de Cuidados de Santiago de Compostela. *Rehabilitación Psicosocial* 2015; 12(1): 39-43
- 29 LAGO FERNÁNDEZ, M. R.; VIZ OTERO, M.C.; RAMOS RÍOS, R.; SÁNCHEZ VÁZQUEZ, E.; CURRÁS CASTIÑEIRA, M.; BUGALLO VARELA, M. Redes de apoyo social de los usuarios del Equipo de Continuidad de Cuidados de Santiago de Compostela. [Comunicación]. En: Second European Congress on Assertive Ou-

treach. 26-28 de junio de 2013. Avilés, Asturias.

- 30 RAMOS RÍOS, R.; NÚÑEZ TATO, M.; PIÑEIRO OTERO, S.; MELLA LOUREIRO, S.; GARCÍA-LUENGO ÁLVAREZ, S.; CURRÁS CASTIÑEIRA, M.; VIZ OTERO, M. C. "Maternidad y trastorno mental grave". *Norte de salud mental* 2016; XIV(55): 55-65
- 31 ANTORRENA FERNÁNDEZ, C.; RAMOS RÍOS, R.; GARCÍA-LUENGO ÁLVAREZ, S.; SÁNCHEZ VÁZQUEZ, M. E.; CURRÁS CASTIÑEIRA, M. Las personas con trastorno mental grave y el rol parental con apoyo del equipo de continuidad de cuidados. En: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental. "Nuevos retos en salud y bienestar. Las enfermeras de Salud Mental apostando por el futuro". Madrid; 2018. p. 756-71
- 32 RAMOS RÍOS, R. "Alternativas do Hospital Psiquiátrico". *Siso Saúde* 2014; 54-55:509-20

TABLA 1. EVOLUCIÓN DEL REGISTRO DE ACTIVIDAD DEL ECC

	Abr2010- Sept2012	Oct2012- Abr2014
2304- Administración de medicación oral.	2216	1580
2313- Administración de medicación: intramuscular	1553	945
6650- Vigilancia	1189	1869
2380- Manejo de la medicación	1051	1454
7380- Asistencia para los recursos financieros	728	1117
4310- Terapia de actividad	621	786
1805- Ayuda con los autocuidados: AIVD	518	949
4510- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas	417	13
8180- Consulta por teléfono	387	504
7400- Guías del sistema sanitario	367	470
7500- Apoyo para la consecución del sustento.	278	566
5240- Asesoramiento	271	423
4920- Escucha activa	250	1066
4238- Flebotomía: muestra de sangre venosa.	232	259
7140- Apoyo a la familia	192	135
5340- Presencia	142	376
7180- Asistencia en el mantenimiento del hogar	135	142
5820- Disminución de la ansiedad	90	131
8020- Reunión multidisciplinar sobre cuidados	76	492
5440- Aumentar los sistemas de apoyo	71	129
6240- Primeros auxilios	71	97
5020- Mediación de conflictos	64	60
4350- Manejo de la conducta	59	45
1100- Manejo de la nutrición	58	183
1803- Ayuda con los autocuidados: alimentación	43	122
5510- Educación sanitaria	40	84
5270- Apoyo emocional	39	56
7040- Apoyo al cuidador principal	38	305
5450- Terapia de grupo	32	24
7820- Manejo de muestras	31	61
5616- Enseñanza: medicamentos prescritos	18	74
6610- Identificación de riesgos	15	732
6450- Manejo de ideas ilusorias	9	67
4340- Entrenamiento en asertividad	6	79
5602- Enseñanza: proceso de enfermedad	6	94
1804- Ayuda con los autocuidados: aseo	4	59
4410- Establecimiento de objetivos comunes	0	370
4420- Acuerdo con el paciente	0	860
5246- Asesoramiento nutricional	0	327
6680- Monitorización de signos vitales. Toma de constantes	0	51
7920- Documentación	0	1282
Otras	315	499
TOTAL	11632	18937

FIGURA 1

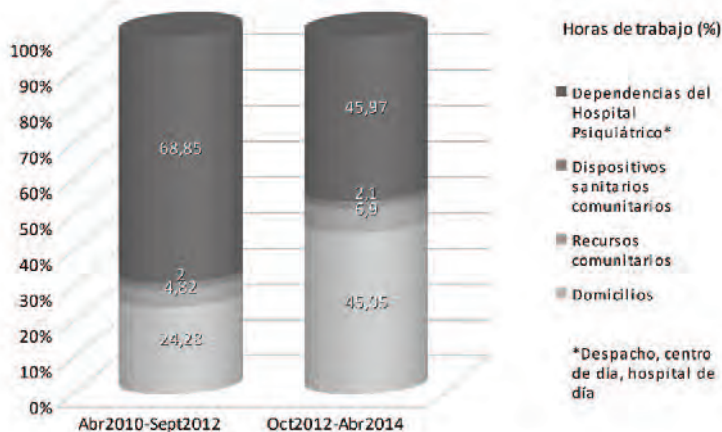


TABLA 2. PACIENTES ATENDIDOS POR EL ECC ENTRE OCTUBRE DE 2012 Y ENERO DE 2018: DESCRIPTIVOS (N = 96)

		N (%)
Varón		65 (67,7)
Origen de la derivación	Dispositivos básicos*	56 (58,3)
	Dispositivos complementarios**	40 (41,7)
	Esquizofrenia	62 (64,6)
Diagnósticos	Trastorno delirante	13 (13,5)
	Trastorno bipolar	8 (8,3)
	Trastorno esquizoafectivo	5 (5,2)
	Trastorno de personalidad	4 (4,2)
	Otros	4 (4,2)
		Media (D.T.)
Edad de toma a cargo por ECC (años)		48,3 (14)
Seguimiento previo (años)		11,6 (8,3)
Seguimiento por ECC (años)		4,3 (3,4)
* Unidades de Hospitalización, Unidades de Salud Mental, Hospital de Día		
** Unidades de Rehabilitación, Unidades de Larga Estancia, Unidad Residencial, Centro de Día		

TABLA 3. EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR LOS ECC (N = 96)

	Previo a ECC		Después de ECC		Estadístico	Significación
	Media	Mediana	Media	Mediana		
Ingresos/año	0,77	0,5	0,33	0	Z = -5,54	p < 0,0001
Días ingreso/año	79,81	33,13	19	0	Z = -5,57	p < 0,0001
Ingresos UHP/año	0,68	0,42	0,22	0	Z = -5,94	p < 0,0001
Días UHP/año	22,01	12,1	5,56	0	Z = -6,27	p < 0,0001
Ingresos URP/año	0,08	0	0,11	0	Z = -0,4	p = 0,689
Días URP/año	57,8	0	13,4	0	Z = -3,49	p < 0,0001
UHP: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica; URP: Unidades de Rehabilitación Psicosocial						

FIGURA 2. EVOLUCIÓN NÚMERO DE INGRESOS/AÑO (MEDIAS) DEPENDIENDO DEL ORIGEN DE LA DERIVACIÓN

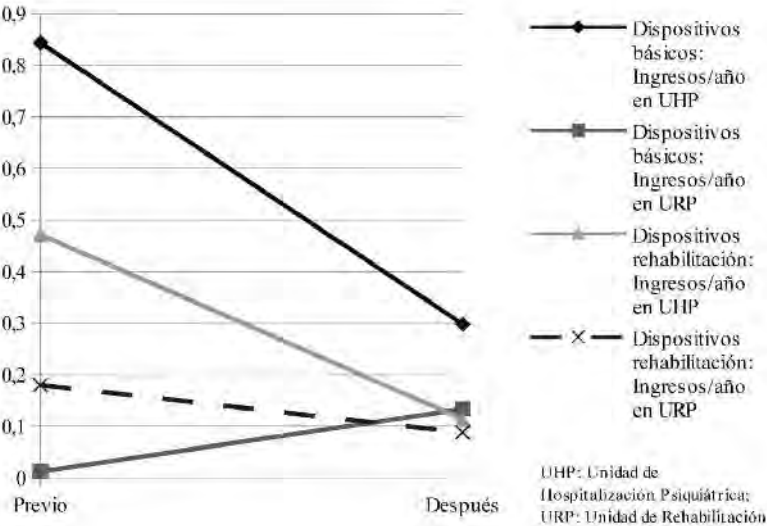


TABLA 4. PACIENTES ATENDIDOS POR EL ECC EN FEBRERO DE 2018: DESCRIPTIVOS (N = 66)

		Mujer (D.F.)	
Edad (años)		50,8 (13)	
Seguimiento por el ECC (años)		4,6 (3,3)	
		N (%)	
Varón		45 (68,2)	
Estado civil	Nunca casado	44 (66,7)	
	Separado/ divorciado	13 (19,7)	
	Casado	4 (6,1)	
	Viudo	3 (4,5)	
Convivencia	Pareja de hecho	2 (3)	
	Familia de origen	23 (34,8)	
	Vive solo	21 (31,8)	
	Familia propia	9 (13,6)	
	Piso protegido	5 (7,6)	
Tiene hijos	Residencia	5 (7,6)	
	Otros	3 (4,5)	
		18 (27,3)	
Incapacitación civil	No	45 (68,2)	
	Sí	Fundación tutelar	11 (16,7)
		Tutor familiar	9 (13,6)
		Otro tutor	1 (1,5)
Diagnóstico	Esquizofrenia	44 (66,7)	
	Trastorno delirante	9 (13,6)	
	Trastorno bipolar	7 (10,6)	
	Trastorno esquizoafectivo	2 (3)	
	Trastorno de personalidad	2 (3)	
	Otro	2 (3)	
Antipsicótico depot		37 (56,1)	
Clozapina		9 (13,6)	

TABLA 5. LUGAR DE RESIDENCIA (N = 66)

	N (%)
Santiago	38 (57,6)
A Estrada	3 (4,5)
Boqueixón	2 (3)
Negreira	2 (3)
Noia	2 (3)
Vedra	2 (3)
Ames	1 (1,5)
Arzúa	1 (1,5)
Boiro	1 (1,5)
Brion	1 (1,5)
Lalín	1 (1,5)
Lousame	1 (1,5)
Melide	1 (1,5)
Ordes	1 (1,5)
Padrón	1 (1,5)
Porto do Son	1 (1,5)
Santa Comba	1 (1,5)
Serra de Outes	1 (1,5)
Teo	1 (1,5)
Trazo	1 (1,5)
Val do Dubra	1 (1,5)
Vila de Cruces	1 (1,5)

El odio ciego de la ciencia

Jesús Rodríguez de Tembleque Olalla

Psicólogo clínico. Cádiz

Correspondencia: jrodriguezolalla@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Hace unos meses se publicaba la noticia según la cual los Ministerios de Sanidad y de Ciencia empezaban a trabajar en un marco regulador más estricto concerniente a diferentes saberes al margen del método científico, lo que comúnmente se llaman pseudoterapias (pseudociencias), en el ámbito sanitario¹. La finalidad última es erradicar todos los métodos que no muestren una sólida evidencia científica².

Este artículo es una reflexión para tratar de elucidar el aplastamiento que este posicionamiento férreo en el método científico puede implicar para el psicoanálisis, así como para pensar el descalabro que supone apropiarse del método científico en un saber que trabaja exclusivamente con la más pura subjetividad de la persona.

A raíz de la citada noticia empieza a notarse la alarma entre muchos profesionales de la psicología clínica y la psiquiatría que basan su marco teórico, sus intervenciones y su propio sustento en el psicoanálisis³. La orientación

1 VILLAREAL, A. *El plan contra las pseudoterapias del Gobierno huele a homeopatía política*. Artículo publicado en *El Confidencial* el 14 de noviembre de 2018. Puede consultarse en: https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2018-11-14/plan-proteccion-pseudociencias-salud-ciencia_1646918/

2 *El gobierno lanza un plan para acabar con las pseudoterapias*. Artículo publicado en *Sinc* el 14 de noviembre de 2018. Puede consultarse en: <https://www.agenciasinc.es/Noticias/El-Gobierno-lanza-un-plan-para-acabar-con-las-pseudoterapias>

3 El 28 de noviembre de 2018 el COP de Madrid lanzó un comunicado. Puede consultarse en: https://www.copmadrid.org/web/nuevo_eco/html/envio_20181128095743.html

académica dominante en las universidades y en los colegios profesionales es la –en teoría– más avalada por la ciencia: el marco cognitivo-conductual y las generaciones posteriores de “terapias” derivadas de él⁴.

Por ello sólo basta dar un pequeño paso a partir del movimiento iniciado por los Ministerios de Sanidad y Ciencia para fundamentar la purga definitiva del psicoanálisis fuera de la salud mental⁵. Una purga que viene avalada con toda la verdad y el poder de la ciencia junto al beneplácito del poder legislativo. Esto, en último término, significaría proscribir toda una rama del saber psíquico con más de cien años de evolución y que ha aportado nociones cruciales para comprender no sólo la subjetividad del ser humano, sino su marco social y cultural.

El Colegio Oficial de Psicólogos (COP) y las facultades de psicología se han caracterizado por no defender jamás ni a los psicólogos clínicos ni al psicoanálisis. Siempre justificándose en el abrazo de la ciencia, han trabajado para eliminar el P.I.R (formación de residencia de 4 años retribuida en los dispositivos de salud mental públicos, accesible sólo por oposición)⁶ y, por supuesto, para eliminar el psicoanálisis (impidiendo las acreditaciones en cursos con esta temática, dificultando su publicidad y su acceso y eliminándolo de la enseñanza universitaria en las facultades de psicología.)⁷

4 “Las terapias que han mostrado mayores niveles de evidencia son las de corte cognitivo-conductual” - Entrevista a investigadores de la Universidad de Córdoba. Artículo publicado en *Infocop* el 1 de junio de 2017. Puede consultarse en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6858

5 Un año antes de la noticia que comentamos (el 7 de octubre de 2017), Celso Arango, jefe del servicio de psiquiatría del niño y del adolescente del H. G. U. Gregorio Marañón de Madrid y catedrático de psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid, publicaba en su cuenta de Twitter el siguiente tweet: “El psicoanálisis es a la Psiquiatría lo que la homeopatía es a la medicina. Stop pseudociencias”. Puede leerse en: <https://twitter.com/caldirector?lang=es>

6 El 10 de marzo de 2017 Manuel Mariano Vera, el secretario general del Consejo General de Psicología en España afirmó en el Congreso Nacional de Neuropsicología que el PIR era un fraude. Se puede consultar en: <http://mesagalegadapsicologiaclinica.blogspot.com/2017/03/el-pir-es-un-fraude-en-palabras-del.html>

7 Por poner dos ejemplos significativos, ni el plan de estudios del grado en psicología de la Universidad Complutense de Madrid ni el de la Universidad Autónoma de Barcelona contemplan en ningún lugar la enseñanza del psicoanálisis. El de la Universidad Complutense puede verse en: <https://psicologia.ucm.es/data/cont/docs/29-2018-11-29-plan%20de%20estudios%20psicologia%C3%ADa%20201826.pdf> y el de la Universidad Autónoma de Barcelona puede verse en: <https://www.uab.cat/web/estudiar/listado-de-grads/plan-de-estudios/estructura-del-plan-de-estudios/psicologia-1345467893054.html?param1=1264404718805>

Es evidente que, como pasa siempre, a pesar de las bellas palabras y los nobles discursos que utilizan tanto el COP como las universidades para justificar su posicionamiento, en realidad de fondo siempre están el dinero y el poder. El poder de decidir qué saber es el adecuado, el accesible y en el que hay que formar a los profesionales para que sigan manteniendo el statu quo sociocultural. El dinero que recaudan de los miles de colegiados y del Estado para sostener un profesorado que en su mediocridad no cuestiona nada que pueda suponer un cambio. No obstante, aunque es necesario siempre explicitar estas cuestiones, este artículo no está escrito para centrarse en estos motivos, sino en la propia episteme de la ciencia y del psicoanálisis.

I: PSICOANÁLISIS Y CIENCIA, UNIDOS POR UNA SEPARACIÓN

Podríamos definir la ciencia como una vía de acceso al conocimiento que utiliza un método propio –el método científico– sustentado en la medición y el tratamiento de lo puramente objetivo. Para la ciencia entonces lo fundamental es el objeto, es decir, la objetividad. De hecho, el experimento científico ha de estar diseñado para eliminar cualquier atisbo de subjetividad. Si se contamina con la introducción de variables subjetivas, el experimento deja de ser científico, deja de ser válido. Para poder aplicar un método sobre lo objetivo por fuerza ha de establecerse una separación tajante entre objetividad y subjetividad, con el fin de eliminar o controlar esta última y poder centrarse en la objetividad.

Sólo con esta idea ya se atisba la problemática que rodea al campo de lo psíquico cuando este se apodera del método científico como la única vía de acceso para su elucidación. Lo psíquico es justamente el campo de la subjetividad absoluta, así que ¿cómo casar un método como el científico, el cual sólo tiene su campo de acción en el terreno de la objetividad, con el campo más subjetivo por antonomasia? La psicología académica ha elaborado numerosas tretas y un sinfín de parches para tratar de solucionar este escollo⁸: el mal uso de la estadística, la ilusión de una metodología que cree controlar los errores subjetivos a través de la aleatorización, la terrible falacia

8 STEWART, I. *17 ecuaciones que cambiaron el mundo*. Ed: Crítica. (2013). En particular el capítulo 7: Patrones del azar. Distribución normal.

de la psicometría (es vergonzoso que los métodos para elaborar los test psicológicos sean considerados no sólo verdaderos sino también objetivos)⁹, etc.

Con todas estas estrategias la psicología científica comienza a construirse mal ya desde los cimientos, puesto que, en lugar de adaptar el método al objeto de estudio, trata de adaptar el objeto de estudio al método. Es decir, en lugar de buscar o idear un método que pueda permitir el acceso al estudio del psiquismo, de la subjetividad, lo que se hace es tratar de meter como sea la subjetividad en la objetividad del método científico y si para eso hay que machacar la subjetividad, romperla o falsearla, no se duda un ápice en hacerlo. Las terribles consecuencias que esto tiene para las personas son más que aberrantes.

Este movimiento de la psicología académica para intentar hacer entrar a martillazos la subjetividad en el método científico, tornando lo subjetivo en objetivo, produce una eliminación de la subjetividad, del sujeto. Subrayo esto porque Lacan en su escrito *La ciencia y la verdad* sostiene que el sujeto del que se ocupa el psicoanálisis es el sujeto de la ciencia¹⁰.

Esto quiere decir que precisamente porque la ciencia excluye la subjetividad y expulsa al sujeto con el fin de acceder a lo puramente objetivo, el campo de lo subjetivo queda separado. El psicoanálisis entonces toma como objeto de estudio la subjetividad que la ciencia excluye.

Decir que el sujeto del que se ocupa el psicoanálisis es el sujeto de la ciencia, supone asumir que el movimiento inaugural de la ciencia moderna (situado en Descartes) consiste en la separación radical entre sujeto y objeto¹¹. La ciencia no puede existir sin ese movimiento fundacional, ya que tiene que separar sujeto y objeto para centrarse en el objeto. Lo que antes de la ciencia estaba unido (sujeto-objeto), con la ciencia se separa (sujeto/objeto). Si la ciencia se dedica al objeto, ¿qué pasa con el sujeto? Que se expulsa. El campo del sujeto rechazado por la ciencia es, por tanto, de lo que se apropia el psicoanálisis.

9 Para introducir un poco este tema, remitimos a la transcripción de un programa de radio realizado por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Puede consultarse en: https://canal.uned.es/uploads/material/Video/37499/tests_psicologicos_qu____.pdf

10 LACAN, J. *La ciencia y la verdad*. En *Escritos 2*. Ed: Siglo XXI. (2003). P. 837: “Decir que el sujeto sobre el que operamos en psicoanálisis no puede ser sino el sujeto de la ciencia puede parecer paradoja”.

11 DESCARTES, R. *Discurso del método. Meditaciones metafísicas*. Ed: Espasa libros. (2010).

Esto implica que justamente por la separación que opera la ciencia entre sujeto y objeto, el sujeto de la ciencia quede sin estudiarse. Si el psicoanálisis se apropia del sujeto de la ciencia (que queda excluido en el movimiento separador de la ciencia) como ámbito de estudio, se puede entender perfectamente la afirmación de Lacan: el sujeto de la ciencia es el sujeto del que se ocupa el psicoanálisis.

La aparición de la ciencia con su movimiento de ruptura entre sujeto y objeto tiene como efecto la creación de dos campos antagónicos y, como consecuencia, la aparición de dos epistemes completamente distintas. Para el campo de lo objetivo el método científico funciona maravillosamente bien, porque es el método de la ciencia que sólo se centra en la objetividad. Pero ¿y para el campo de lo subjetivo? La ciencia lo excluye, así que no existe un método elaborado por la ciencia para dilucidar la subjetividad. Este marco epistémico de lo subjetivo es lo que va a abordar el psicoanálisis con el dispositivo analítico de la asociación libre.

Permanezcamos un poco más en las consecuencias del movimiento inaugural de la ciencia que separa sujeto y objeto. Si, tras esa separación, la ciencia se apropia del campo objetivo excluyendo la subjetividad, entonces sólo se puede hacer ciencia sobre los objetos, sobre la objetividad y usando además el método más adecuado para ello, el método científico. Esto implica que, si lo que se estudia es el campo de la subjetividad, en rigor no puede hablarse de ciencia. Todo aquel acercamiento al saber subjetivo no puede ser llamado ciencia. Es por ello que el propio Lacan, en la primera lección de su seminario 11 *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, no define al psicoanálisis como una ciencia, sino como una praxis, como una práctica¹². Precisamente porque Lacan está muy bien orientado y sabe que algo sólo puede ser ciencia si estudia lo objetivo con el método científico. El psicoanálisis es justo lo contrario, puesto que su campo de acción es la pura subjetividad.

12 LACAN, J. Seminario 11: *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Ed: Paidós. (1987). P. 14: "Por ello no quise andarme con miramientos, sino plantear aquí un hecho, como un objeto, cuyos contornos espero verán con más claridad y, a la par, sus posibles manejos, y plantearlo de entrada, respecto a lo que tengo que decir ahora, en el momento en que, ante ustedes, pregunto: ¿cuáles son los fundamentos, en el sentido lato del término, del psicoanálisis? Lo cual quiere decir: ¿qué lo funda como praxis? ¿Qué es una praxis? Me parece dudoso que este término pueda ser considerado impropio en lo que al psicoanálisis respecta."

Era necesario aclarar este fundamento tan básico de la separación que hace la ciencia entre sujeto y objeto y sus consecuencias, para explicitar una paradoja que el anhelo cientificista en el campo de lo psíquico ignora: el psicoanálisis no es una ciencia, pero es producto de la ciencia. El psicoanálisis no es una ciencia, pero es una consecuencia necesaria de la ciencia, un efecto de la ciencia¹³. Al separar el sujeto y el objeto, crear dos epistemes (la objetividad y la subjetividad) y apropiarse de una de ellas (la objetividad), la ciencia produce el campo de la subjetividad, el cual excluye. La ciencia, al hacer existir ese campo e ignorarlo, provoca que el psicoanálisis nazca para dar cuenta de él. Por tanto, sin la ciencia no existiría el campo puro de la subjetividad; sin la ciencia el psicoanálisis no hubiera podido advenir y tomar bajo su cargo lo subjetivo, que es lo que la ciencia desecha.

El psicoanálisis, por ende, es la contracara de la ciencia, su reverso.

Ahora las poderosas voces dentro del campo de lo psíquico que afirman basarse en la ciencia, debido a la declaración de los Ministerios de Sanidad y Ciencia, sienten creerse aún más legitimadas para dar carpetazo de una vez al psicoanálisis, a su reverso. Al no tener esto en cuenta, los popes académicos del COP y las universidades actúan como el ingenuo que cree que un problema desaparecerá simplemente expulsándolo de su conciencia, dejando de pensar en él. Habrá que ver qué ocurre cuando uno trata de elidir la otra cara de su ser, la cara invisible que precisamente sostiene la cara visible.

II: DEL CONOCIMIENTO BASADO NO EN LA RAZÓN, SINO EN LA SUMISIÓN

Hay una viñeta maravillosa que circula por Facebook que siempre me ha encantado. El texto reza “¿El psicoanálisis es una ciencia? ¿Por qué nos preguntamos esto?”¹⁴. Lo genial de esta viñeta es la segunda pregunta: ¿por

13 LACAN, J. “La ciencia y la verdad”. En *Escritos 2*. Ed: Siglo XXI. (2003). P. 836-837: “Por ejemplo: que es impensable que el psicoanálisis como práctica, que el inconsciente de Freud, como descubrimiento, hubiesen tenido lugar antes del nacimiento, en el siglo que ha sido llamado el siglo del genio, el XVII, de la ciencia, tomando esto en el sentido absoluto indicado hace un momento, sentido que no borra sin duda lo que se instituido bajo este mismo nombre anteriormente, pero que más que encontrar allí su arcaísmo, tira del hilo hacia sí de una manera que muestra mejor su diferencia respecto de cualquier otro.”

14 Viñeta publicada en la página de Facebook *Una conversación en psicoanálisis* el 24/06/2015: <https://www.facebook.com/unaconversacionenpsicoanalisis/photos/a.984727461545892/988895261129112/?type=3&theater>

qué nos preguntamos si el psicoanálisis es una ciencia? Esta pregunta encierra gran parte del núcleo que el movimiento de los Ministerios de Educación y Ciencia están provocando, así como las reacciones al mismo que están empezando a aparecer.

Si ahora nos vemos en la tesitura de interrogarnos si el psicoanálisis es una ciencia (que no lo es), o si podría convertirse en una ciencia (que tampoco), es porque entra en juego otro tipo de poder que no estaba tan presente antes de la declaración ministerial. Hablo del poder legal.

Antes de la declaración ministerial, el poder que se jugaba entre las filas de los científicos y los psicoanalistas era el poder de la verdad, por así llamarlo. Era el poder de sostener qué episteme era la más adecuada para dar cuenta del campo psíquico, si la científica objetiva o la subjetiva psicoanalítica. Era el poder de establecer cuál de ellas daba el acceso más verdadero al campo psíquico.

Ahora, después de la declaración ministerial, se ha introducido el poder legal, el poder de establecer por ordenanzas o leyes estatales un único tipo de acceso al campo psíquico o, en otras palabras, se ha introducido el poder legal para afirmar como verdadero exclusivamente el campo de lo objetivo, el campo visible de la ciencia.

Esto es lo verdaderamente peligroso: la injerencia a través del aparato del Estado en lo que ha de considerarse un conocimiento verdadero y, por tanto, el único conocimiento accesible, distribuible y que debe ser aceptado no ya por evidencias clínicas o razones epistemológicas, sino por ley, sin cuestionamientos.

La consecuencia final que estaría en el horizonte sería hermanar con el delito o el desorden social el conocimiento que no se ajuste a lo dictado por la legalidad que apoya a la ciencia sin preguntarse nada. Es verdaderamente terrible la mutilación sobre la libertad y sobre el campo clínico que esta declaración ministerial puede traer consigo.

Para comprender el alcance total que supone este movimiento de los ministerios, hay que esclarecer algunas cuestiones que responderían a la pregunta ¿cómo hemos llegado a esto? Se debe responder a esta pregunta desde una perspectiva más profunda y completa que la que sostendría que hemos llegado a esto porque la ciencia ha mostrado ser el auténtico conocimiento verdadero. Para empezar, ¿es esto realmente así?

Paul K. Feyerabend fue un brillante filósofo de la ciencia y epistemólogo cuya obra más famosa es *Tratado contra el método*¹⁵, precisamente una refutación y un cuestionamiento del *Discurso del método*¹⁶ de Descartes, el artífice del movimiento fundador de la ciencia que separa sujeto y objeto.

Feyerabend acuñó el término *anarquismo epistemológico* para sostener que el acceso a lo verdadero en el conocimiento no se produce únicamente por un solo método, como sería el caso del método científico, sino que existen multitud de métodos que proporcionan el acceso a un conocimiento verdadero¹⁷. Dependiendo de qué queramos saber, cuál sea el objeto de nuestro conocimiento, habrá métodos más afinados que otros y, por tanto, producirán un acceso más verdadero a ese objeto de conocimiento que otros que valen para otros objetos de estudio distintos.

Entonces, ¿cómo es que se ha instituido que el método científico es el único método que, universalmente, proporciona un conocimiento verdadero? No es fácil responder a una pregunta tan compleja, pero podemos dar algunas pinceladas para dilucidarlo mínimamente. Pinceladas, por cierto, que la ciencia no puede ver, puesto que son propias del campo de la subjetividad y de las relaciones socioculturales entre las personas.

Hay que comenzar diciendo que el avance de la ciencia, pero también –y no en menor medida– a causa del psicoanálisis y la filosofía, ha destronado los puntales simbólicos tradicionales donde se sostenía la verdad, puntales como la religión o la ética inmutable de las leyes morales. Al destruir los representantes que ocupaban el lugar tradicional de la verdad, queda un vacío en ese lugar. Ese vacío es ocupado por la propia ciencia y, por eso, en no pocas ocasiones la ciencia viene a ser la nueva religión. El lugar tradicional de la verdad está vestido con los ropajes de la ciencia y es el primer paso para entender por qué el conocimiento científico actualmente tiende a ser considerado el único verdadero.

15 FEYERABEND, P. *Tratado contra el método: esquema de una teoría anarquista del conocimiento*. Ed: Tecnos. (2007).

16 DESCARTES, R. *El discurso del método*. Ed: Akal. (2007).

17 FEYERABEND, P. *Tratado contra el método: esquema de una teoría anarquista del conocimiento*. Ed: Tecnos. (2007). Primera página de la Introducción: “La ciencia es una empresa esencialmente anarquista; el anarquismo teórico es más humanista y más adecuado para estimular el progreso que sus alternativas basadas en la ley y en el orden. El presente ensayo ha sido escrito con la convicción de que el anarquismo, que tal vez no constituye la filosofía política más atractiva, es sin embargo una medicina excelente para la epistemología y para la filosofía de la ciencia.”

La ciencia se ajusta muy bien al lugar de la verdad que antes ocupaban la religión o la ética porque comparte una característica esencial de estas: su tendencia a la universalización.

Efectivamente, la religión o la ética pretendían esclarecer verdades universales, para todos en todos los casos. Precisamente, una de las características de la objetividad es la universalidad. Si algo es objetivo, es, por eso mismo, universal. Al apropiarse del campo de la objetividad, la ciencia también se está apropiando del campo de lo universal. Esta es una de las diferencias más tajantes con el psicoanálisis.

El campo del psicoanálisis es la subjetividad y, por eso mismo, la subjetividad siempre es particular, no es universalizable ni generalizable. Por eso en psicoanálisis se estudia caso por caso, porque ningún conjunto de casos, por numeroso que este sea, puede dar cuenta de un universal. La propia definición de subjetividad acota el campo a lo particular. Nadie tiene el mismo cuerpo, la misma historia, las mismas marcas de satisfacción, las mismas palabras enredadas en la carne. El síntoma psíquico de una persona, aunque sea fenomenológicamente el mismo que el de otras, no está sostenido por la misma lógica ni por la misma función que el síntoma de otra persona.

No puedo resistirme a indicar una consecuencia de esta diferencia que lo objetivo y lo subjetivo producen, por su adscripción a lo universal y a lo particular respectivamente, en relación a la episteme, a la concepción del saber que cada uno proporciona¹⁸.

Como lo objetivo es universal, la ciencia tiende a suponer que el conocimiento está ahí, en los objetos, y se trata simplemente de descubrirlo, sacar a la luz lo que ya está presente pero oculto. Por eso la ciencia sostiene que, cuando alcanza algo de ese conocimiento que ya está presente pero que hasta ese momento permanecía velado, dicho conocimiento automáticamente se eleva a la categoría de lo universal. Es válido para todos los objetos sobre los que se ha desvelado el conocimiento. Por ejemplo, si en

18 Una elaboración más profunda de estos puntos de vista en relación con el psicoanálisis puede encontrarse en la conferencia de Martínez, J. M. *El dilema del Sujeto Supuesto Saber*, disponible en dos partes en YouTube:

Primera parte: <https://www.youtube.com/watch?v=OSSYyAuMbkQ>

Segunda parte: <https://www.youtube.com/watch?v=CJ9P3ChYOIM&t=2922s>

varios cerebros de personas con esquizofrenia se observa que los ventrículos cerebrales son de mayor tamaño y mediante estadística se demuestra un tamaño del efecto significativo, entonces se concluye que la causa de la esquizofrenia es un aumento de los ventrículos cerebrales. Esa es la causa para todas las personas que padecen esquizofrenia, sin excepción. Se ha desvelado algo del conocimiento que ya estaba en el cerebro pero que no se había visto e inmediatamente se universaliza.

Por el contrario, la subjetividad no puede escapar de lo particular. En relación al conocimiento esto tiene una consecuencia fascinante. Si no se puede universalizar, significa que el conocimiento no está presente en el objeto, no está oculto en él y, por tanto, no se trata de descubrirlo. No, el conocimiento no está en ninguna parte y, si aparece, es porque se ha construido de forma particular, subjetiva. En este sentido, por ejemplo, que una persona que padezca esquizofrenia se haya desencadenado por acceder a la paternidad no implica que en todas las personas con esquizofrenia esta aparezca cuando sean padres, a otra le puede dar la cara cuando asciende en el trabajo, cuando fallece su madre o cuando tiene una relación sexual. Al no poder ser universalizable, el conocimiento tiene que ser construido a partir del caso particular para ese caso particular.

Por tanto, la ciencia objetiva tendente a la universalización concibe el conocimiento como algo que está ya ahí y hay que descubrir; cuando se descubra se aplicará a todos los objetos del mismo tipo que los que estudia. El psicoanálisis subjetivo y particular por su parte, concibe el conocimiento no como algo que ya está y que hay que descubrir, sino como algo que se construye en la elucidación del caso particular. De estas dos vertientes ¿cuál es la que armoniza mejor con la libertad?, ¿cuál permite a la libertad desplegarse sin fisuras? Obviamente, la concepción del conocimiento como construcción. Si el conocimiento no está dado, puedo construirlo, maniobrar sobre él y liberarme de cadenas que ni siquiera sabía que tenía, pero que, sin embargo, padecía.

El carácter universal de la objetividad del que se apropia la ciencia crea un ideal colectivo muy apetecible por dos características: que el conocimiento completo y definitivo puede ser encontrado y que ese conocimiento será válido para todos para siempre. Este ideal tranquiliza muchísimo. Creer que el dolor de existir puede ser descifrado en su totali-

dad a través de la ciencia y, por tanto, puede ser resuelto definitivamente mediante alguna técnica, terapia o fármaco, junto con la idea de que esa solución será aplicable para todo tipo de sufrimiento en cualquier persona, anestesia la angustia que las circunstancias vitales y el propio cuerpo otorgan de por sí a los humanos.

Dediqué una entrada en el blog de nuestra consulta a los ideales, a su función y a lo que ocultan¹⁹. El ideal que fabrica la ciencia no está exento de esas propiedades, entre ellas la de llenar un vacío y la de producir efectos de identificación. Volveré sobre alguna consecuencia que produce esta identificación con el ideal de la ciencia un poco más adelante. Por ahora basta con decir que, con la fabricación del ideal del conocimiento completo y universal, la ciencia da un paso más para coronarse a sí misma como el único conocimiento verdadero. En efecto, no es poca cosa asociarse un ideal de este tipo, puesto que la ilusión de una solución total y universal es tan deseable que la mera posibilidad de que pueda ser verdad deslumbra cegadoramente.

A todo lo explicado hay que añadir la fuerza que los efectos de una de las ramas derivadas de la ciencia, posee en la actualidad. Me refiero a la tecnología y a los objetos que esta produce. Los avances tecnológicos no sólo crean objetos universalmente usados por todos (desde los ordenadores y los móviles, hasta las máquinas de resonancia magnética o los aviones), reforzando ese carácter universal y ese ideal de completud propios de la ciencia, sino que estos avances tecnológicos se emparentan con el funcionamiento del capitalismo.

La tecnología proporciona ingentes beneficios económicos y no hay tecnología sin ciencia (al menos en principio, cosa que no está tan clara). La potencia del poder económico se une a la potencia de la objetividad universalizadora, sosteniéndola, reforzándola y ampliándola. He aquí otro paso más para que la ciencia tienda a considerarse el único conocimiento verdadero, puesto que produce efectos en otras áreas distintas, como la económica y la social, efectos visibles y bien atribuibles a la ciencia. Dichos efectos contribuyen a engrosar la pátina ilusoria de que lo único verdadero es lo científico.

19 RODRÍGUEZ DE TEMBLEQUE, J. *¿Por qué es tan difícil cambiar los propios valores?* Entrada de blog de *Ágalma*: consulta de psicología clínica y psiquiatría del 9 de diciembre de 2018. Se puede consultar en: <https://www.saludmentalcadiz.es/por-que-es-tan-dificil-cambiar-los-propios-valores/>

Con todo este bagaje que aúpa a la ciencia al lugar del único conocimiento verdadero (la destrucción de los representantes simbólicos que ocupaban el lugar de la verdad y que ahora habita la ciencia, su tendencia a la universalización, la fabricación del ideal completo y total, el hermanamiento con otros poderes distintos), tenemos el caldo de cultivo idóneo para el aditamento de la legalidad, representado en este caso por la declaración ministerial.

Una vez establecida la ciencia –falsamente– como único conocimiento verdadero, con todo el poder que ese lugar proporciona, el Estado se suma al carro. El poder llama al poder, podríamos decir parafraseando el dicho de que el dinero llama al dinero. Son considerables las ventajas que para el poder estatal se derivan del apoyo total a la ciencia, pues el poder estatal se ve reforzado por la verdad del conocimiento, se contagia del brillo del ideal de la ciencia.

Pero más importante me parecen las ventajas (y las consecuencias) que la ciencia obtiene del poder estatal. Descollando sobre todas ellas la de contar con el apoyo de la legalidad. Si la ciencia es por ley, el acceso a otros objetos de estudio completamente necesarios para el conocimiento queda cercenado, puesto que esos objetos de estudio necesitan para su mejor comprensión un método diferente al científico. Lo que en apariencia es un avance para el conocimiento (un Estado que apoya sin fisuras y descaradamente a la ciencia), en realidad es un estancamiento, pues otras áreas del conocimiento quedan invisibilizadas e inaccesibles.

Es justo todo lo contrario de lo que defiende Edgar Morin con su trabajo sobre el pensamiento complejo²⁰, donde un objeto de estudio lleva a otro completamente distinto, precisamente porque el conocimiento está enlazado y no se puede parcelar en secciones consideradas unas verdaderas y otras falsas. La economía acaba tocando la psicología, la biología acaricia la sociología, la física roza la antropología, la literatura abraza la química, etc.

Además, si la ciencia es por ley, el conocimiento ya no se produce por cuestionamiento, por lógica o por razonamiento, sino por sumisión. Y un conocimiento por sumisión no es ciencia, sino dogma. Si la ciencia es por ley, la ciencia se convierte en aquello contra lo que se revolvió en sus co-

20 MORIN, E. *Introducción al pensamiento complejo*. Ed: Gedisa. (2009).

mienzos, se convierte en lo que trataba de combatir, se convierte en dogma, en doctrina fuera de todo cuestionamiento, puesto que la ley así se lo permite. Cuando la ley entra en el tablero, produce ese efecto en el conocimiento.

Los academicistas del campo psíquico que tienen sueños húmedos con la ciencia, que desean lúbricamente un fornicio interminable con el método científico, no saben lo que sus acciones van a provocarles a ellos mismos: el sometimiento no sólo de las personas que padecen sus malas artes, sino el suyo propio. No pueden ver que, si permiten la injerencia de la ley estatal en el conocimiento, no se vuelven amos, sino esclavos de algo que ya no es ciencia, sino dogma petrificado.

III: EL ODIO

He mencionado hace poco el ideal que fabrica la ciencia. Un ideal donde el conocimiento completo del psiquismo y su funcionamiento sería accesible y, además ya estaríamos muy cerca de eso. Un ideal que promete que, por acceder al conocimiento absoluto del psiquismo, podrá aliviar el sufrimiento vital de cualquier tipo que sea en cualquier persona que lo padezca. La llave de este ideal es el método científico.

Este, como cualquier otro ideal, produce efectos de identificación en las personas que lo asumen o lo interiorizan. Esto se debe a que el ideal viene a llenar el vacío de ser de la persona. Le da un ser y eso es lo que permite que alguien pueda identificarse. Además, el ideal permite a la persona un acceso a la satisfacción de su pulsión de una forma velada, sin entrar en conflicto con sus valores conscientes. Estas dos características del ideal, a la vez que pacifican y tranquilizan, portan el germen del odio.

Por el lado de la identificación, si algo o alguien provoca una brecha en el ideal que uno sostiene, el odio hacia quien ha provocado esa brecha suele ser una respuesta bastante habitual.

El ideal, por su propia definición, siempre es completo, sin vacíos ni huecos, sin fallos ni defectos. Tiene que serlo precisamente porque uno se identifica a algo completo, ya que lo que tiene que tapar es un agujero, el agujero de que en el humano falta ser. Ese agujero sólo puede ser tapado con algo que no posea ningún agujero. Por ejemplo, una imagen, pero también un ideal.

Esa completud del ideal envuelve el agujero de la falta en ser de la persona y, en ese envolvimiento, la persona se identifica con el ideal. Se da un ser con él. Ya hay una base, ya hay un punto de referencia, ya puedo decir qué soy yo o, al menos, qué es lo que quiero ser (que es una forma de ser).

Los ideales son ilusorios (aunque sean necesarios) porque no hacen desaparecer la falta de ser de la persona, sólo la velan. La carencia de ser siempre es existente y siempre está dispuesta a dar la cara a pesar de que haya firmes ideales o la imagen del cuerpo esté bien asegurada, como observan los psicoanalistas en lo que llaman *fenómenos de división subjetiva* (momentos en los que el sentido queda en suspenso y la persona experimenta despersonalizaciones, desrealizaciones u otros fenómenos estructuralmente similares).

Como la falta de ser siempre está presente, las personas necesitan asegurarse continuamente de que el velo de la imagen o de los ideales funciona bien. Comprueban todo el rato que sus ideales son los únicos y los mejores y examinan que siguen sin agujeros, porque si aparece una brecha en ellos, la consecuencia es percibir que en el fondo siempre falta el ser, que siempre hay un vacío, lo cual conduce a la caída del ideal. Y la caída del ideal hace inevitable a la vista de la persona su propio vacío de ser, cosa bien insoportable y angustiosa si uno no es capaz de subjetivarlo mínimamente.

Por eso, si algo hace brecha en el ideal, el odio suele ser una respuesta habitual contra lo que ha provocado esa brecha. Uno no se va a cuestionar su ideal fácilmente. No se va a cuestionar por qué el ideal ha sido incapaz de resistir algo que le ha hecho brecha. Por el contrario, uno va a cuestionar a quien ha tenido la imprudencia de arañar el propio ideal y va a ir con todas sus fuerzas, con todo su odio y con toda su rabia.

Se hace este movimiento de odio hacia lo que provoca la brecha en el ideal porque se cree ingenuamente que, si desaparece lo que hace la brecha, desaparecerá también la brecha. Obviamente, esto nunca es así. Aunque desaparezca quien ha provocado la brecha, aunque se le acabe destruyendo, la brecha permanece o, al menos, permanece la marca de la brecha. El vacío de la falta en ser se hace más perceptible a partir de entonces, aunque lo que haya provocado la brecha se haya destruido y esta se haya suturado.

Estas nociones son aplicables a lo que ocurre con el ideal de la ciencia y el psicoanálisis.

Cuando estaba en mi primer año de residencia, le pregunté a mi supervisora (de orientación lacaniana) por qué la ciencia tenía ese odio al psicoanálisis, por qué lo despreciaba tanto y trataba de suprimirlo cuando el psicoanálisis explicaba muy bien el sufrimiento humano que a la ciencia se le escapaba. Ella me dio una respuesta muy concisa y certera de la que entonces no supe sacar todas sus consecuencias. Me dijo “porque el psicoanálisis hace agujeros en todos los discursos, incluso en el psicoanálisis mismo”.

El psicoanálisis hace agujeros en los discursos porque el psicoanálisis hace agujeros en lo que sustenta los discursos, es decir, en los ideales que los producen y los alimentan. Si el psicoanálisis hace agujeros en los ideales, particularmente en el de la ciencia, ya podemos entender algo del odio tan feroz que los científicos profesan al psicoanálisis, pues les hace brecha en el ideal que les da ser y sentido. El psicoanálisis descompleta su ideal, y los científicos, en vez de preguntarse por qué el psicoanálisis ha producido eso en su ideal, prefieren ir con todas sus armas contra él. En vez de preguntarse por qué ha ocurrido eso (procedimiento que en teoría la ciencia defiende que hay que hacer), surge el odio que quiere destruir al psicoanálisis, aplastarlo. Los muy idiotas creen que destruyendo al psicoanálisis desaparecerá la brecha que este ha abierto en el ideal científico. El problema es que ahora cuentan también con el poder estatal y con la ley. Lo cual es terrible.

Pero ¿por qué el psicoanálisis hace agujeros al ideal científico? Porque la particularidad a la que aboca la subjetividad es todo lo contrario de la universalidad objetiva.

Cuando explicaba las diferentes formas de entender el conocimiento desde la objetividad y la subjetividad, decía que desde la objetividad de la ciencia se entendía el saber como algo que estaba en el objeto y había que descubrir, universalizando el descubrimiento para todos los objetos cuando este se produjera. Mientras que del lado de la subjetividad se entendía que el saber no estaba en el objeto, sino que se construía a la vez que se construía el caso particular, por lo que ese saber no era universalizable, sólo era válido para ese caso particular.

Estas dos formas de entender el conocimiento llevan a caminos diferentes. La forma objetiva de entender el conocimiento como algo que ya está ahí, ayuda a fabricar el ideal del conocimiento completo: si el conocimiento

en su totalidad está ahí y sólo hay que descubrirlo, lo único que hay que hacer es tener paciencia, aprender de los errores, afinar el método y se accederá a la totalidad del conocimiento en algún momento. Como ese conocimiento total será objetivo, podremos universalizarlo, aplicarlo a todos los objetos de nuestro campo de estudio.

Sin embargo, la forma subjetiva de entender el conocimiento está diciendo que no existe el conocimiento completo. Al no existir el conocimiento en el objeto, sino que se construye en la subjetividad del caso particular, nunca podremos acceder a ningún conocimiento completo, sólo a casos particulares que nos darán matices, nuevas formas de comprensión, saberes más precisos, pero nunca podremos generalizarlo a todos los objetos de nuestro campo de estudio. Por muchos casos que estudiemos, por muy afinado que sea nuestro método y por mucho que aprendamos de nuestros errores, siempre vamos a tener que construir el conocimiento y siempre va a ser particular, siempre va a faltar la totalidad.

Por lo tanto, el enfoque subjetivo del psicoanálisis hace agujeros al ideal de la ciencia. No existe el conocimiento total de algo y, cuando existe, no se puede generalizar a los demás miembros de la especie. Es decir, el ideal de la ciencia de acceder a la clave absoluta del sufrimiento psíquico y poder aplicarla a todos los sufrimientos en todas las personas, es eso: un ideal, una ilusión, no una verdad.

Esto es lo que muestra el psicoanálisis, esto es lo que hace agujeros a la ciencia y esto es lo que, por una parte, despierta el odio de los científicos, quienes no cuestionan la ilusión de su ideal, sino que cargan a ciegas contra el psicoanálisis, pidiendo su destrucción, cuando en el fondo lo que están pidiendo es que se mantenga puro el ideal con el que se identifican, que les da sentido y ser a su práctica y a su existencia.

No obstante, el odio de la ciencia tiene otro origen relacionado con su ideal y su necesidad de mantenerlo sin agujeros. Esta segunda rama del odio tiene que ver con la pulsión.

El ideal interiorizado en las personas tiene la función de permitir el acceso a la satisfacción de su pulsión sin que esta entre en conflicto con su conciencia. En otras palabras, el ideal permite la satisfacción de la pulsión sin que esta satisfacción haga sufrir, ya que la presencia del ideal la tapa, la vela o la justifica con los mejores motivos.

Creo que algo de la pulsión en relación con la ciencia tiene que ver con la subyugación y la dominación de los otros. No es casual que, además de la tendencia a la universalización, la ciencia aspire a la predicción y el control de todo lo que estudia. En este sentido, podemos pensar que el goce de la ciencia se declina en la partitura del poder.

Si el goce está cifrado en el poder, entonces se trata de alcanzar el poder por el poder mismo. Es decir, cuando un objeto se engancha a la pulsión, la persona tiende a dicho objeto por el objeto mismo, sólo por la satisfacción que obtiene del objeto y no por los motivos que se aducen como justificación. Por ejemplo, si una persona encuentra la satisfacción de la pulsión en la contemplación del cuerpo desnudo y se entera de que hay una exposición de arte y pornografía, obviamente querrá acudir. Pero no va a decir que acude sólo porque goza de ver cuantos más desnudos mejor, sino que lo justificará diciendo lo importante que es aprender sobre el entrelazamiento del arte y la pornografía, o diciendo que el cuerpo desnudo en el arte ha tenido una función capital y no se puede entender el arte sin el desnudo, o diversos motivos que esquivan lo que está en el núcleo: que uno quiere ver cuerpos desnudos porque goza de eso y ya está.

Si el goce de la ciencia está ligado al poder, entonces la ciencia tiende al poder por el poder mismo, aunque lo justifique velando esta cuestión crucial y afirmando necesidades respecto al conocimiento verdadero, a la maravilla de predecir y evitar crímenes, etc.

Si hemos dicho que el ideal tiene la función de permitir el acceso a la satisfacción del goce sin que haya sufrimiento, podemos entender que las justificaciones de la ciencia para tender al poder y al control vengan derivadas del ideal. La ciencia desconoce que tiende al poder por el poder mismo porque tiene un ideal que lo tapa y le proporciona justificaciones verdaderas, legítimas y comprensibles.

El ideal de completud y absolutización de la ciencia permite que los científicos accedan a satisfacer su goce de poder sin cargo de conciencia y, además, justificándolo por el bien mayor y por el bien común.

Si en el ideal de la ciencia se abre una brecha, no sólo se pone en evidencia el vacío de ser que habita a quienes la practican sin cuestionamientos, sino que además pone a vista abierta el goce del poder que sostiene dicho ideal. En otras palabras, a las personas que gozan de ese poder se les hace

más difícil encontrar buenos motivos que lo justifiquen y, entonces, encuentran obstáculos para seguir satisfaciéndolo. Si pasa esto, el odio vuelve a ser una respuesta bastante habitual.

Pensemos en el niño al que le quitamos el chupete en pleno chupeteo, el llanto enfadado sale disparado como un puñetazo. Pensemos en el adolescente al que le cortamos la luz cuando está con los videojuegos, el enfado y la rabia aparecen sin velos ni paliativos. Pensemos en el adulto que está a punto de tener un orgasmo con su pareja y esta le corta el rollo por alguna razón, no son precisamente sonrisas lo que aparece.

Cuando a alguien se le corta el acceso al objeto de su goce, el odio contra quien ha hecho eso siempre es una opción bastante plausible. Si el psicoanálisis hace agujeros al ideal de la ciencia, está produciendo en los científicos la visión del goce del poder al que tienden, pero del que no quieren saber nada y, además, les está quitando las justificaciones que les permiten acceder a este goce. Así que, en última instancia, el psicoanálisis está impidiendo que se goce del poder, les está impidiendo el acceso al objeto de la pulsión. Ahí es donde se despliega el odio con toda su fuerza.

Además, existe otra dimensión del odio asociada a la pulsión y al ideal que permite el acceso a su satisfacción sin sufrimiento. Es la que tiene que ver con lo insoportable de la otredad, con lo insoportable de lo distinto, de lo diferente.

El ideal permite el acceso al goce sin que la persona sufra, de acuerdo, pero ese permiso sólo es válido para un tipo de goce, para un tipo de satisfacción. Ese permiso no se extiende para todas las formas de goce posibles. En parte por eso las personas tienen ideales diferentes, porque tienen formas de goce distintas. Los ideales permiten una forma de goce concreta, pero condenan todas las demás.

Las formas de goce distintas a las permitidas por el ideal ponen en cuestión ese ideal. ¿Cómo es que está permitida mi forma de goce, pero no la de otro? ¿En el fondo no es lo mismo de lo que se trata, de goce? Sí, pero si permito la forma de satisfacción del otro, puedo hacer evidente mi propia forma de satisfacción y, precisamente, el ideal funciona cuando la forma de satisfacción no es evidente, cuando accedo a ella, pero no me entero de que lo hago, por eso no sufro. Si permito la del otro, entonces a lo mejor la mía se hace demasiado visible y eso no me gusta nada, porque entonces

sufro mucho al ver lo que realmente quiero: el goce por el goce y no por buenos motivos o ideales.

Una de las consecuencias del ideal es el odio a lo diferente, precisamente para preservarse a sí mismo. Si lo distinto entra en el juego, el ideal ya no es útil. El ideal tiene que mantener todo de la misma forma para que pueda funcionar permitiendo el acceso al goce sin sufrimiento, así que la forma de goce que defiende el ideal tiene que ser la misma para todos: todos tienen que satisfacerse de la misma manera para poder ser reconocidos como individuos por el ideal (obsérvese que la universalización vuelve a estar presente).

Pensemos en los enfrentamientos que se dan entre los ultras de distintos equipos de fútbol, o entre personas con diferentes ideas políticas, o entre personas con distintas religiones, o entre personas con distintas costumbres culturales. Los enfrentamientos surgen porque el ideal que comanda el goce sólo permite una única forma de satisfacción, si hay satisfacciones distintas, el ideal se pone en peligro y, por eso, hay que destruirlas.

En esta línea, el ideal de la ciencia odia todo lo diferente. Todas las formas distintas de acceso al conocimiento que se desvíen del método científico son peligrosas, porque van a poner en cuestión el ideal de la ciencia y van a hacer visible el goce del poder que está en la base. Por eso deben ser destruidas. Por eso el psicoanálisis debe ser aplastado, proscrito, olvidado y encarcelado. El psicoanálisis es la pura diferencia, lo particular, lo subjetivo, lo incompleto, lo que hace peligrar los ideales, lo que pone al descubierto las satisfacciones que están en la base de todos los discursos de poder y de saber.

En el fondo no se trata de destruir al psicoanálisis porque sea falso (al contrario, sus verdades han impulsado muchísimo el conocimiento de distintas disciplinas), sino porque es peligroso. No se trata de aplastar al psicoanálisis porque sea inútil, sino porque hace evidente lo que tiene que permanecer oculto para que el funcionamiento siga sin cuestionamientos, para que todo permanezca de la misma manera.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Es evidente que todas estas cuestiones que estoy desmenuzando aquí son en su mayor parte invisibles al discurso de la ciencia, precisamente porque este abandona el campo de lo subjetivo en favor de lo objetivo y porque

sostiene un ideal que cierra sus ojos a lo que lo sostiene. Por eso el odio de la ciencia hacia otras formas de acceder al conocimiento tiene que ver con esta ceguera fundamental y por eso su odio es tan ciego.

Edgar Morin en su *Introducción al pensamiento complejo* afirma que la ciencia sin ética y la ciencia que no se deja sembrar por otros saberes, la ciencia que elimina otras formas de conocimiento, se convierte en ciega, y un avance continuo a ciegas es algo peligrosísimo²¹. Imaginemos a un conductor que lleva su coche con los ojos vendados a 150 km/h.

Pero, además, el aplastamiento contra el psicoanálisis que se realiza desde el cientificismo de lo psíquico tampoco tiene en cuenta que el psicoanálisis es el reverso de la ciencia, que es una consecuencia de la aparición de la ciencia. El psicoanálisis ha tomado el lugar del reverso de la ciencia

21 MORIN, E. *Introducción al pensamiento complejo*. Ed: Gedisa. (2009). P. 15-17: “La patología del saber, la inteligencia ciega.

Vivimos bajo el imperio de los principios de disyunción, reducción y abstracción, cuyo conjunto constituye lo que llamo el “paradigma de simplificación”. Descartes formuló ese paradigma maestro de Occidente, desarticulando al sujeto pensante (ego cogitans) y a la cosa extensa (res extensa), es decir filosofía y ciencia, y postulando como principio de verdad a las ideas “claras y distintas”, es decir, al pensamiento disyuntor mismo. Este paradigma, que controla la aventura del pensamiento occidental desde el siglo XVII, ha permitido, sin duda, los enormes progresos del conocimiento científico y de la reflexión filosófica; sus consecuencias nocivas ulteriores no se comienzan a revelar hasta el siglo XX.

Tal disyunción, enrareciendo las comunicaciones entre el conocimiento científico y la reflexión filosófica, habría finalmente de privar a la ciencia de toda posibilidad de conocerse, de reflexionar sobre sí misma, y aun de concebirse científicamente a sí misma. Más aún, el principio de disyunción ha aislado radicalmente entre sí a los tres grandes campos del conocimiento científico: la Física, la Biología, la ciencia del hombre.

La única manera de remediar esta disyunción fue a través de otra simplificación: la reducción de lo complejo a lo simple (reducción de lo biológico a lo físico, de lo humano a lo biológico). Una hiperespecialización habría aún de desgarrar y fragmentar el tejido complejo de las realidades, para hacer creer que el corte arbitrario operado sobre lo real era lo real mismo.

[...] Tal conocimiento fundaría su rigor y operacionalidad, necesariamente, sobre la medida y el cálculo; pero la matematización y la formalización han desintegrado, más y más, a los seres y a los existentes por considerar realidades nada más que a las fórmulas y a las ecuaciones que gobiernan a las entidades cuantificadas. Finalmente, el pensamiento simplificante es incapaz de concebir la conjunción de lo uno y lo múltiple (unitas multiplex). O unifica abstractamente anulando la diversidad o, por el contrario, yuxtapone la diversidad sin concebir la unidad.

Así es que llegamos a la inteligencia ciega. La inteligencia ciega destruye los conjuntos y las totalidades, aísla todos sus objetos de sus ambientes. No puede concebir el lazo inseparable entre el observador y la cosa observada. Las realidades claves son desintegradas. Pasan entre los hiatos que separan a las dis-

porque la ciencia hizo existir la subjetividad y la abandonó al centrarse sólo en lo objetivo. Sin embargo, lo objetivo no se puede sostener sin la existencia de lo subjetivo.

Aplastar lo subjetivo, aplastar el psicoanálisis, es aplastar una de las partes fundantes de la ciencia, es aplastar una parte nuclear de la esencia de la ciencia como campo de conocimiento. Aplastar lo subjetivo es aplastar el punto de apoyo sin el cual lo objetivo no podría existir. Por eso no me parece descabellado afirmar que, si se lograra aplastar al psicoanálisis y a la subjetividad –cosa harto difícil a pesar de los intentos cientificistas y de su alianza con el estado–, la consecuencia sería también el hundimiento de los cimientos de la ciencia. Aplastando la subjetividad, la ciencia se aplasta ella misma.

No hay ningún problema en que la ciencia se dedique al estudio de lo objetivo, sus avances son incuestionables. Pero para su propia supervivencia va a tener que aprender a seguir dejando expulsada a la subjetividad sin

ciplinas. Las disciplinas de las ciencias humanas no necesitan más de la noción de hombre. Y los ciegos pedantes concluyen que la existencia del hombre es sólo ilusoria. Mientras los medios producen la cretinización vulgar, la Univesidad produce la cretinización de alto nivel. La metodología dominante produce oscurantismo porque no hay más asociación entre los elementos disjuntos del saber y, por lo tanto, tampoco posibilidad de engranarlos y de reflexionar sobre ellos.

Nos aproximamos a una mutación sin precedentes en el conocimiento: éste está, cada vez menos, hecho para reflexionar sobre él mismo y para ser discutido por los espíritus humanos, cada vez más hecho para ser engranado en las memorias informacionales y manipulado por potencias anónimas, anónimas empezando por los jefes de Estado. Esta nueva, masiva y prodigiosa ignorancia es ignorada, ella misma, por los sabios. Estos, que no controlan, en la práctica, las consecuencias de sus descubrimientos, ni siquiera controlan intelectualmente el sentido y la naturaleza de su investigación.

Los problemas humanos quedan librados, no solamente a este oscurantismo científico que produce especialistas ignorar, sino también a doctrinas abstrusas que pretenden controlar la cientificidad [...], a ideas clave tanto más pobres cuanto que pretenden abrir todas las puertas [...], como si la verdad estuviera encerrada en una caja fuerte de la que bastara poseer la llave, y el ensayismo no verificado se reparte el terreno con el cientificismo estrecho.

Desafortunadamente, la visión mutilante y unidimensional se paga cruelmente en los fenómenos humanos: la mutilación corta la carne, derrama la sangre, disemina el sufrimiento. La incapacidad para concebir la complejidad de la realidad antro-po-social, en su micro-dimensión (el ser individual) y en su macro-dimensión (el conjunto planetario de la humanidad), ha conducido a infinitas tragedias y nos condujo a la tragedia suprema. Se nos dijo que la política “debe” ser simplificante y maniquea. Lo es ciertamente, en su versión manipulativa que utiliza a las pulsiones ciegas. Pero la estrategia política requiere al conocimiento complejo, porque la estrategia surge trabajando con y contra lo incierto, lo aleatorio, el juego múltiple de las interacciones y retroacciones.”

meterse en ella, ya que, si no lo hace, las consecuencias para sí misma serán devastadoras; al menos desde el punto de vista epistémico, y estas consecuencias no van a dejar de tener efectos en la realidad objetiva de las personas.

Al margen ya de la epistemología, los que defendemos la subjetividad no vamos a estar calladitos ni sumisos. Ante los aplastamientos a veces sólo cabe como defensa un ataque ensordecedor desde todos los frentes. El frente epistemológico es uno (y creo que de los más importantes porque se necesita saber de dónde viene la ceguera de la ciencia y de su odio), pero no es el único. El frente de la clínica, el frente de las asociaciones de psicoanalistas, el frente de las personas que se han beneficiado en su vida de la práctica del psicoanálisis, el frente de la docencia, todos ellos han de ser movilizadas. Porque ya no se trata de una cuestión teórica sobre la episteme, ahora el Estado quiere también meter las narices en algo que no le ha concernido jamás, aunque ahora el Estado lo necesita. Un Estado científico es, como todos los Estados, un estado sumiso.

El odio ciego e ignorante de la ciencia nos vuelve a enseñar que siempre es más fácil odiar que pensar. Por la supervivencia de la propia ciencia y de la subjetividad que ella funda, es obligado combatir el odio con la razón, aunque la razón sea siempre particular e incompleta. Hay que recordarle a la ciencia sus fundamentos para no caer en el odio ciego de los ignorantes que, además, son los que suelen estar siempre en las posiciones de poder.

Proyecto socio-sanitario de externalización hospitalaria e inclusión social para pacientes con trastorno mental severo*

Luis Rodríguez Carmona

Trabajador social. UHRP de Piñor. Ourense

Correspondencia: luis.rodriguez.carmona@sergas.es

PROMOTOR DEL PROYECTO: Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del Hospital de Piñor (U.H.R.P) de la EOXI Ourense, Verín, O Barco de Valdeorras.

1. NATURALEZA DEL PROYECTO

Desde hace años se observa un fenómeno social multi-factorial que obliga a la cronicidad institucional de muchos ciudadanos jóvenes o en una edad productiva que son ingresados en las unidades de hospitalización psiquiátrica. Esta situación se ha convertido en un problema relevante y de una importante magnitud social y económica.

La carencia de oportunidades en sus expectativas vitales los relega a ser acogidos en los hospitales psiquiátricos. Las causas no obedecen a un motivo estrictamente clínico, sino que son derivadas de situaciones básicamente humanitarias.

Actualmente se atiende a esta problemática socio-sanitaria de una manera paliativa o de carácter asistencial originando una mala utilización de la unidad rehabilitadora.

* Cuenta con la validación de la Jefatura de Servicio de Salud Mental de Ourense.

2. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

2.1 La realidad social objeto del Proyecto Comunitario

La Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del Hospital de Piñor está integrada en el EOXI de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras. Atiende fundamentalmente a ciudadanos con trastorno mental grave y persistente, disponiendo de 50 camas sanitarias para pacientes ingresados en unidades asistenciales de media-estancia y larga estancia.

Son ciudadanos que dado su cuadro clínico pueden precisar de una estadía hospitalaria de entre los 3 y los 12 meses.

La irrupción de la crisis económica en el año 2007 trajo consigo importantes reducciones del gasto público destinado a la inversión social, lo que afectó a los colectivos más vulnerables de la sociedad. Según datos del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, España invierte el 5% del total del gasto sanitario en salud mental, muy lejos del 10% que dedican de media el resto de países de la U.E.

Se ha realizado para el proyecto un estudio de investigación paralelo que recoge el perfil de los 226 pacientes que ocuparon una cama sanitaria en la U.H.R.P. en el año 2015.

Las dos fuentes principales donde se obtuvieron los datos son: Las historias clínicas y las historias sociales.

En dicho estudio se ha extraído y analizado 15 variables que se relacionan con aspectos vitales del ciudadano ingresado como:

Edad, sexo, estado civil, tipo de ingreso, reingreso, diagnóstico, nacionalidad, ámbito residencial, destino al alta, nivel de soporte socio-familiar, consumo de tóxicos, capacidad económica, formación académica, situaciones de incapacidad legal, ejercicio de la tutela.

Como resumen del estudio se puede concluir que el perfil del ciudadano que ingresa o permanece en la U.H.R.P. obedece a:

1. Mayoritariamente es un varón de 48 años, sin pareja, de nacionalidad española y procedente indistintamente del ámbito rural o del urbano.
2. Son ingresos voluntarios pero sostenidos en continuos re-ingresos en el tiempo derivados de lo endémico de su clínica y de la fragilidad de su red socio-familiar. Algunos pacientes presentan decenas de ingresos en los últimos años.

3. La precariedad económica es un impedimento decisivo para el sostenimiento de sus necesidades más básicas. Un 70 % tienen ingresos por debajo del SMI.

4. No es consumidor habitual de tóxicos y suele ser autónomo para decidir sobre su auto-gobierno al alta.

Dadas las importantes carencias ya sean económicas, de la dificultad de residir en un domicilio saludable, de disponer de una red familiar de apoyo o de la dificultad de su inserción social, el paciente ingresado en la U.H.R.P. es un ciudadano en una clara situación de **exclusión social**.

Según el estudio, la media de estancia derivada por carencia de oportunidades fuera de la institución sanitaria se sitúa por encima de los dos años.

Una parte importante incluso lo hace por periodos de entre los 5, 10 o más años.

La mayoría de los cuadros clínicos se estabilizan en un plazo de entre tres y seis meses. Indica que el resto del período de hospitalización los obliga a una reclusión innecesaria, contraproducente y de dudosa legalidad constitucional.

2.2. Selección de participantes

Se necesita establecer un encuentro individualizado y colectivo con los actores principales de este proyecto que no son otros que los propios pacientes, sus familias o tutores.

Es frecuente en nuestro devenir diario que estos se dirijan a nosotros preocupados por el futuro que les aguarda. Es una situación que los angustia y les genera inquietud dado que se ven relegados al acogimiento institucional empujados por la carencia de oportunidades y la falta de recursos socio-sanitarios que no les permiten establecer un proyecto de vida fuera del hospital. Debe contarse con la participación de profesionales, con su red socio-familiar, con asociaciones de enfermos u otros recursos comunitarios los cuales pueden contribuir a una mejor adaptación de los pacientes en su integración en el medio.

2.3. Principales dificultades

El problema central de estos ciudadanos se sitúa en la **exclusión social**. Las causas y los efectos son derivados de distintos factores excluyentes:

A nivel estructural

Carencia de inversión económica en recursos comunitarios como son:

Mini-residencias, pisos tutelados, pisos supervisados, pensiones subvencionadas, plazas de rehabilitación psicosocial y laboral, empresas de inserción social y laboral, ingresos económicos exiguos situados por debajo del subsidio mínimo, valoración del grado de dependencia alejado de su realidad social, administración de tutelas sobrepasadas...

A nivel familiar/relacional

Familias desbordadas, superadas con riesgo de claudicación social, la micro-solidaridad familiar se desvanece por limitaciones de edad o de autonomía de sus padres, estructuras familiares cada vez menos extensas, cambios en la mentalidad de los cuidados personales...

A nivel personal/individual

Carencia y dificultad para el empleo, exclusión residencial, precariedad económica, dificultades para establecer lazos sociales...

A nivel cultural

Se les etiqueta con un componente criminógeno, con una segregación mediática que los sitúa como ser a-social, cultura social alejada de la realidad, estigmatización social...

2.4. Principales alternativas

Puesta en marcha de:

- 2 viviendas de carácter tutelar.
- 3 viviendas supervisadas.
- 1 vivienda unifamiliar.
- 1 empresa de inserción socio-laboral.
- Fondo económico para gastos corrientes.
- Promover cambios legislativos en la valoración de la dependencia buscando un mayor grado de justicia social.
- Acciones informativas en medios de comunicación, hacer campañas desde la administración que tengan su peso en la sociedad, especialmente en el ámbito educativo, evitando futuras situaciones de estigmatización social.
- Implicación de familias y red de amigos en el nuevo proyecto de vida.

2.5. Selección de objetivos

La matriz de la planificación será conformada por la propuesta realizada en el árbol de objetivos. La hipótesis que se plantea es: la mejora de la calidad de vida de los candidatos en este proyecto es factible de hacer prosperar sus vidas y de cumplir los objetivos previstos.

3. FORMULACIÓN DEL PROYECTO

El proyecto busca el **empoderamiento** del ciudadano institucionalizado evitando de esta manera su exclusión social. Se dirige al ciudadano institucionalizado que cumple con el perfil definido en la fase de identificación del proyecto. El número de beneficiados serían **23 pacientes**. Se hará la inclusión social a través de distintos recursos atendiendo al plano económico, humano y material. Se establecerá un cronograma o un calendario que no podrá ser superior al año. El proyecto será acometido en el ayuntamiento de Ourense.

3.1 Finalidad del Proyecto

El proyecto se sustenta en una propuesta de des-institucionalización que aportará un prestigio socio-sanitario sirviendo de referencia para otras áreas sanitarias. Del estudio se plantean ahorros presupuestarios que se deben re-orientar hacia nuevos proyectos.

3.2. Objetivo General

El objetivo general del proyecto tiene un enfoque socio-sanitario que emana o se nutre de los derechos humanos. Pretende la **des-institucionalización** para aquellos ciudadanos aquejados de un trastorno mental severo (T.M.S) que carecen de oportunidades sociales, integrales e inclusivas en el ámbito comunitario. La re-incorporación a la sociedad del paciente de una manera normalizada y saludable es el objetivo final.

3.3. Objetivos Específicos

El proyecto social presentado y definido tiene carácter integrador, sostenible, participativo, de trabajo en red y de un ahorro presupuestario significativo.

El proyecto social aborda y afronta necesidades sociales que actualmente se producen. Previene, así mismo, situaciones futuras de vulnerabilidad.

El proyecto se ampara en los siguientes objetivos específicos:

1. Actuar desde un **marco preventivo** que evite la exclusión social.
2. **Transformación de la realidad social** que impide la autonomía del paciente como ciudadano social.
3. **Facilitar la participación del paciente** como sujeto activo de su proyecto vital.
4. Posibilitar una salida hospitalaria que **evite la cronicidad institucional**.
5. Establecer un proyecto individual que permita **potenciar las capacidades y las habilidades del paciente**.
6. Realizar un proyecto de inserción comunitario que pueda beneficiarlo de las **oportunidades** que la sociedad confiere al resto de la ciudadanía.
7. **Eliminar o paliar la fractura social** que limita las posibilidades de que el paciente pueda equipararse al resto de la sociedad.
8. Facilitar **el empoderamiento** del ciudadano enfermo.
9. Abrir **expectativas** para que otros ciudadanos en la misma situación puedan acogerse a un nuevo proyecto revitalizador en sus vidas.
10. **Apaciguar, rebajar tensiones o preocupaciones en las familias** de los pacientes por sus expectativas vitales.
11. **Reducir costes sanitarios** innecesarios.

3.4. Marco General de Actuación

Se procederá a la externalización de pacientes internos en la U.H.R.P ubicada en el ayuntamiento de Barbadás pasando a residir en la ciudad de Ourense.

3.5. Meta de Proyecto

La meta final se sustenta en el **empoderamiento** del ciudadano y en el **ahorro** de costes socio-sanitarios.

4. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

El proyecto se fundamenta en la creación de recursos residenciales, ocupacionales y de fondos económicos que permitan la incorporación en sociedad de los candidatos. Estos contarán con el apoyo y con la supervisión de un equipo multidisciplinar que asegure una continuidad socio-terapéutica en la comunidad.

4.1. Recursos humanos, materiales y económicos

4.2. Recursos humanos

Apartado 1. Dotación de recursos humanos.

Ratio de profesionales necesarios para la gestión e intervención del equipo multidisciplinar en el proyecto social:

1. Psiquiatra.
1. T. Social.
1. T. Ocupacional.
1. Enfermera/o especialista en salud mental.
1. Cocinero.
3. Auxiliares de ayuda a domicilio.
1. Profesional de la horticultura

Se dispondrá de un teléfono de atención de 24 horas.

4.3. Recursos materiales

Dado el número de candidatos al proyecto social y previniendo situaciones futuras se considera necesario la creación e inversión en los siguientes recursos:

Apartado 2. Dotación de recursos asistenciales.

- Capítulo I. Alquiler de 5 viviendas, tres de carácter supervisado y dos de carácter tutelar. Destinadas para 15 pacientes.
- Capítulo II. Alquiler de 1 vivienda unifamiliar para la creación de una pensión social o de familia. Destinada para 8 pacientes.
- Capítulo III. Alquiler y creación de 1 empresa de inserción socio-laboral. Destinada a evitar la marginalidad social y posibilitar el empleo protegido.
- Capítulo IV. Adquisición de 2 vehículos: utilitario y furgón.
- Capítulo V. Fondo económico preventivo destinado a la ayuda de gastos domésticos de los usuarios: alquiler, gastos corrientes y cheque alimentación.

4.4. Recursos Económicos

La financiación económica para la dotación de los apartados mencionados correrán a cargo de los presupuestos de la EOXI de Ourense y de la Consellería de Sanidade.

Se estudiará la opción de que a través del Fondo Europeo para Inversiones Estratégicas (FEIE) se pueda hacer llegar fondos presupuestarios.

Es importante señalar que dicha inversión debe sostenerse en el tiempo dado que se pretende que sea un proyecto social de carácter permanente.

Apartado 1. Dotación económica anual para contratación del capítulo de personal.

- Psiquiatra: 36.000 euros.
- T. Social-Coordinador: 28.000 euros.
- T. Ocupacional: 22.000 euros.
- Enfermera: 22.000 euros.
- Cocinero: 18.000 euros.
- Auxiliar de domicilio: 45.000 euros.
- Horticultor: 15.000 euros.

Gastos de cotizaciones: 51.000 euros

Total: 215.000 euros.

Apartado 2. Dotación económica anual para recursos asistenciales.

- CAPITULO I.
- Gastos de alquiler: 30.000 euros.
- Gastos de suministros e impuestos: 15.000 euros.
- Total:** 45.000 euros.

- CAPÍTULO II.
- Gastos de alquiler: 10.000 euros.
- Gastos de suministros e impuestos: 6.000 euros.
- Total:** 16.000 euros.

- CAPÍTULO III.
- Gastos alquiler propiedad: 10.000 euros.
- Gastos de suministros e impuestos: 5.000 euros.
- Total:** 15.000 euros.

- CAPÍTULO IV.
- Utilitario: 18.000 euros.
- Furgón: 30.000 euros.
- Gastos de seguros y gasolina: 5.000 euros.
- Total:** 53.000 euros.

- Capítulo V: 30.000 euros
- Total:** 159.000 euros.

Inversión Económica Total. (R. Humanos y Materiales): **374.000 euros.**

4.5. Justificación Económica.- Gasto económico actual y comparativo para 23 pacientes hospitalizados durante un año en la U.H.R.P.

El Decreto 56/2014 del 21 de mayo establece las tarifas de los servicios sanitarios prestados en los centros hospitalarios del Servicio Gallego de Salud. Estas corresponden por cama sanitaria en unidad de media o de larga estancia. Siguiendo la normativa el coste diario o mensual para los 23 pacientes objeto del proyecto ascienden a:

- Gasto diario: 2.414,54 euros.
- Gasto mensual: 72.436,20 euros.

Inversión Económica Anual: 869.234,40 euros.

El ahorro presupuestario sin contar gastos en prestación farmacéutica o en gastos corrientes ascendería a la cantidad de 495.234,40 euros al año.

5. CRONOGRAMA

El proyecto socio-sanitario se realizará en las siguientes fases
Identificación, formulación, seguimiento y evaluación de proyecto.
Se estima para su cumplimiento un plazo no superior a 1 año. Fases del proyecto social:

1. Identificación del Proyecto Social.

Fase I. Análisis de la realidad. Detección de necesidades. Se sustenta en:

- Garantía y el sostenimiento de sus necesidades básicas.
- Inserción social en la sociedad atendiendo a sus motivaciones personales.
- Se establecerá un plan personalizado.

Plazo estimado 1 mes.

Fase II. Selección de usuarios:

Se hará atendiendo al perfil social humano referido en la fase de identificación y al deseo del ciudadano de participar en el mismo.

La selección se hará a través del equipo interdisciplinar de la Unidad Hospitalaria de Rehabilitación Psiquiátrica del Hospital de Piñor.

Plazo estimado 1 mes.

Fase III. Preparación individual con cada ciudadano objeto del proyecto social de externalización. Se contará en su caso con su red social de apoyo, tutores y con los dispositivos comunitarios disponibles. Dependiendo del

recurso asignado, cada paciente debe asumir una serie de habilidades que le permitan afrontar las responsabilidades necesarias. Para ello se hará como paso previo el uso de los talleres hospitalarios relativos a habilidades para AVDS, cocina, informática, horticultura o lavandería.

Plazo estimado 1 mes.

2. FORMULACIÓN DEL PROYECTO SOCIAL

Fase I. Búsqueda de recursos:

Se procede a la selección del personal que se llevará a cabo las siguientes funciones:

- Coordinación con el equipo inter-disciplinar hospitalario.
- Gestiones en cuanto a: búsqueda de recursos y validación de los mismos.
- Supervisión e intervenciones con los pacientes, tutores y red socio familiar de apoyo.
- Seguimientos socio-sanitarios de los candidatos.

Si el paciente no se adaptase al recurso comunitario asignado tendría la garantía de su

retorno hospitalario donde se le orientará hacia un recurso más adecuado. Dejará salida a otro candidato hacia el recurso comunitario.

- Atender los procesos de evaluación y de difusión posterior de resultados.

Se establecerá en este apartado la inclusión de una fase de evaluación de resultados.

Plazo estimado 3 meses.

3. EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROYECTO SOCIAL

Implica una comparación continua de lo que estaba previsto y lo que está sucediendo. Se establecerán una selección de distintos indicadores cuantitativos y cualitativos adaptados a las características de los pacientes y a los objetivos que se pretenden alcanzar.

Los marcadores de seguimiento atenderán a cuestiones como: capacidad funcional, salud en general, calidad de vida, estado de ánimo, interacción y ajuste social, apoyo social recibido, adaptación o habilidades sociales entre otros.

El seguimiento profesional permitirá reconducir posibles desviaciones con los aspectos iniciales previstos en el proyecto.

Plazo estimado 4 meses.

4. EVALUACIÓN DEL PROYECTO SOCIAL

La evaluación nos aporta responsabilidad, transparencia y perfeccionamiento.

Determinará el grado de eficacia y de eficiencia empleada en los objetivos previstos así como la magnitud de los cambios. Participarán los responsables y los beneficiarios del proyecto. El tipo de evaluación escogida será una evaluación final y una evaluación ex-post. Seguirá una procedencia mixta en la línea de un modelo de intercambio. Se utilizarán distintos indicadores cuantitativos y cualitativos adaptados a los objetivos y a las características personales de los beneficiarios.

Se establecerán entrevistas semi-estructuradas. Se considera que alcanzar la mitad de los objetivos o superarlos tendría como resultado el éxito del proyecto.

Plazo estimado 2 meses.

Aquellos ciudadanos que por sus dificultades no sean candidatos o retornen del proyecto social puesto en marcha podrán ser trasladados a plazas residenciales normalizadas o especializadas próximas a su zona de origen.

5. DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Se trata de poner en valor el trabajo generando un corpus de conocimiento.

Una vez finalizado el proyecto socio-sanitario se difundirá preferentemente a través de: La Memoria institucional y de artículos científicos.

Es interesante ofertar una pedagogía social al respecto para otras áreas sanitarias de la comunidad a modo de que se puedan establecer otros proyectos similares o adaptables para las restantes áreas sanitarias.

La publicación de resultados del proyecto en revistas de trabajo social, de asociaciones de salud mental o de entidades socio-sanitarias hará extensivo el corpus de conocimiento con el propósito de que pueda ser un logro aceptado y explotado.

6. CONCLUSIÓN

Adecuar las actuaciones en nuestros trabajos a las nuevas realidades que transforman las sociedades supone afrontar las dificultades que se presentan,

no hacerlo conlleva al estancamiento y al perjuicio de la calidad de vida de aquellos ciudadanos para los cuales dedicamos nuestros esfuerzos. Los hospitales psiquiátricos se han convertido en espacios anclados y congelados en el tiempo.

Se precisa que la profesión sanitaria y social busquen nuevos espacios de encuentro y de trabajo con los ciudadanos que acuden a un servicio de salud mental buscando nuestra ayuda. Cualquier avance social que se produce en esta disciplina no puede requerir de un esfuerzo tan titánico como ocurrió en el hospital psiquiátrico de Piñor. Los cambios deben orientarse en consonancia con los derechos humanos y con la igualdad de oportunidades.

Debe la psiquiatría ser respaldada por sus profesionales en aras de promover las mejoras socio-sanitarias que precisan los ciudadanos que atienden, dejando atrás disputas internas e intereses de la profesión que no han hecho en el tiempo más que ralentizar o impedir los mas mínimos avances sociales en la población que atienden.

Se ha enclavado la clase política tradicional y la administración pública en particular, como ese ente facilitador de que esta situación en Galicia se perpetúe en el tiempo sin visos de progreso social.

Plegarse a observar diariamente a las mismas personas con sus mismas dificultades sólo promueve la frustración, el hastío o la pasividad del profesional.

Tenemos responsabilidad para ser también agentes del cambio social en el sujeto y en la sociedad, no hacerlo implica inhibirse de un progreso socio-sanitario tan necesario como tan esperado que parece ser que nunca llega.

8.- BIBLIOGRAFÍA

1. AREA CARRACEDO, R. "Lugares, no lugares e hiperlugares". *Rev. Siso-Saude*, 54-55. Pag. 521-532.
2. Asamblea General de Naciones Unidas. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Consejo de Derechos Humanos. 35º periodo de sesiones. Junio 2017.
3. BEVIA BEGOÑA, MANUEL GIRÓN. Poder, estigma y coerción. Escenarios para una practica no autoritaria en salud mental. *Rev. Asoc. Eso. Neuropsiqu.* 2017; 37 (132): 321-329.
4. CARMONA OSORIO, MARTA. Paradigmas en estallido: epistemologías para una ¿post?psiquiatría. *Rev. Asoc. Eso. Neuropsiqu.* 2017; 37 (132):509-528.
5. CHUS GOMEZ, ALCIRA CIBEIRA, JOSE A. CAMPOS, YOLANDA CASTRO, LUIS CARMONA. 2011. Dossier sobre el hospital psiquiátrico de Toén. *Revista Norte de salud mental*. N° 39. Febrero del 2011.
6. DAVIDSON LARRY, GONZÁLEZ-IBÁÑEZ, ÁNGELS. La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Rev. Asoc. Eso. Neuropsiq.* 2017;37(131):189-205.
7. DESVIAT, MANUEL. Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva. Grupo 5. 2016.
8. DURÁN M.^a ANGELES. Los costes invisibles de las enfermedades mentales. *Revista Goce*, Vol III, N.º 10. Octubre del 2000.
9. ERVING GOFFMAN. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. 2001.
10. FEAFES. (2008) Investigación sobre la atención a la salud mental desde el punto de vista de sus usuarios. Síntesis de resultados. Madrid: FEFAES y Ministerio de Sanidad y Consumo.
11. GÓMEZ BENEYTO, MANUEL. (2009). La participación de los usuarios: ¿Qué opinan los profesionales?. Encuesta sobre las actitudes de los profesionales de salud mental hacia la participación de los usuarios en la gestión de los servicios. *Gestión clínica en salud mental*.pp 161-172. Madrid. AEN.
12. HERNÁNDEZ MONSALVE, MARIANO. "La rehabilitación psicosocial entre la desinstitutionalización y la recuperación". *Rev. Asoc. Eso. Neuropsiq.* 2017;37(131):171-187.
13. Instituto Gallego de Estadística. Sanidad. 2016.
14. LADO ROMERO, JOSÉ M. 2000. El hospital psiquiátrico y su transformación para la rehabilitación del enfermo mental. 8ª Jornada de la Asociación Gallega de Salud Mental.
15. LOBATO RODRIGUEZ, MARÍA J. 2000. La rehabilitación en el marco hospitalario. 8ª Jornada de la Asociación Gallega de Salud Mental.

16. LÓPEZ ÁLVAREZ, MARCELINO; LAVIANA CUETOS, MARGARITA. "Rehabilitación psicosocial y atención comunitaria: algunas consideraciones críticas y una propuesta de guión de debate". *Rev. Asoc. Eso. Neuropsiq.* 2017;37(131):257-278.
17. MÁRQUEZ IÑAKI. Pasan las décadas y aún no aprendemos sobre la necesaria reforma psiquiátrica. *Revista Norte de Salud mental.* 2013, Vol IX N° 39: pp. 7-8.
18. MORENO, A. (2012). Derechos humanos y salud mental. ¿ Dónde estamos los profesionales?. *Boletín de la AMSM*, 34: 4-7.
19. MORENO PESTAÑA, J. LUIS. El poder psiquiátrico y la sociología de la enfermedad mental: un balance. *Sociología Histórica* 5 /2015: 127-164.
20. MUNARRIZ, MIKEL. Cambio de régimen, cambio de paradigma. *Rev. Asoc. Eso. Neuropsiq.* 2016; 36 (130):293-296.
21. ORTIZ LOBO, A. Hacia una psiquiatría crítica. Colección salud Mental colectiva, 1. Junio 2013.
22. ORTIZ LOBO, A. MATA RUÍZ, I. (2004). Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Átopos*, 2 (1):15-22.
23. ORTIZ LOBO, A. Relación terapéutica y tratamientos en postpsiquiatría. *Rev. Asoc. Eso. Neuropsiqu.* 2017; 37 (132): 553-573.
24. PEREÑA, FRANCISCO. El asesinato de la psiquiatría comunitaria. *Revista Siso-Saude* 54-55. 2014. Pag. 307-342.
25. PÉREZ DEL RÍO, F. (2013). Desigualdad económica y salud mental. *Revista Norte de salud mental*, 45:66-74.
26. PETEIRO, J. (2010). *El autoritarismo científico*. Málaga: Miguel Gómez ediciones.
27. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Informe de evaluación interna período 2008-2013. Noviembre del 2014. Consejería de Igualdad, Salud, y Políticas Sociales. Junta de Andalucía.
28. PORCEL TORRENS, ANDRÉS. A través del desierto de los tártaros. *Rev. Asoc. Eso. Neuropsiq.* 2017;37(131):285-290.
29. Programa de Atención Sociosanitaria. Plan estratégico. Xunta de Galicia. Diciembre 1999.
30. RENDUELES, G. (2000). Psiquiatrización de la ética-ética de la psiquiatría: el idiota moral. En F. Santander (ed). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
31. RODRÍGUEZ LÓPEZ, ANTONIO. *El mito de la salud mental*. Anales de la psiquiatría. Vol. 5 N° 8 sep. 1989. 22-43.
32. SZASZ, THOMAS S. *Ideología y enfermedad mental*. Amorrourtur editores. Buenos Aires. 2001.
33. URIARTE, J. (2005). Rehabilitación y psiquiatría. ¿eterna promesa o pasada de moda?. *Norte de salud mental*, 22:6-10.
34. VALVERDE EIZAGUIRRE, MIGUEL ANGEL, INCHAUSPE AROSTEGUI, JOSÉ ANTONIO. El encuentro entre el usuario y los servicios de salud mental: consideraciones éticas y clínicas. *Rev. Asoc. Eso. Neuropsiqu.* 2017; 37 (132):529-552.

La visita domiciliaria en la formación especializada de salud mental: actitudes y práctica

Ramón Ramos Ríos. Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico de Conxo. Santiago.

Marta Gómez-Ramiro. Psiquiatra. CSMA Les Corts. Barcelona.

Correspondencia: ramon.ramos.rios@sergas.es

RESUMEN

Fundamento

La visita domiciliaria es una parte fundamental en la práctica clínica en la atención al trastorno mental grave. Pese a los estudios encontrados donde quedan recogidos los beneficios de este tipo de intervención, observamos que en nuestro entorno no se realiza de forma habitual. Valoramos que una de las posibles razones es la falta de formación durante el periodo de especialización.

Métodos

Se elaboró un cuestionario y fue enviado a las unidades docentes de España. Se recogieron datos descriptivos de los participantes y actitudes hacia la visita domiciliaria.

Resultados

Obtuvimos un total de 29 cuestionarios, de los cuales un 79% eran mujeres. La mayoría de los encuestados eran psicólogos clínicos (41%). El momento en que se realizaron más visitas domiciliarias fueron en programas de tratamiento asertivo comunitario. La mayoría de los encuestados están totalmente de acuerdo en la importancia de la formación. La mayor parte de los encuestados estuvieron cómodos durante la visita.

Conclusiones

La experiencia obtenida durante los años de formación es mínima. El desarrollo de la visita domiciliaria en salud mental podría beneficiarse de un énfasis en los años de formación MIR, PIR y EIR.

ABSTRACT

Introduction

Home treatment is a fundamental part of clinical practice in severe mental illness. Despite the studies found where the benefits of this clinic are collected, we observe that in our environment it is not done as usual. We appreciate that one of the possible reasons is the lack of training during the period of training.

Methods

A questionnaire was prepared and sent to the teaching units of Spain. Descriptive data of the participants and attitudes towards the home visit were collected.

Results

We obtained a total of 29 questionnaires, of which 79% were women. The majority of the respondents were clinical psychologists (41%). The time when more home visits were made were in assertive community treatment programs. The majority of the participants totally agree on the importance of training. Most of the respondents were comfortable during the visit.

Conclusions

The experience gained during the formative years is minimal. The development of the home visit in mental health could benefit from an emphasis on the years of MIR, PIR and EIR training.

PALABRAS CLAVE:

Psiquiatría, formación, tratamiento asertivo comunitario, visita domiciliaria.

KEYWORDS:

Psychiatry, training, assertive community treatment, home treatment.

INTRODUCCIÓN

La visita domiciliaria en salud mental constituye el ingrediente fundamental del modelo de seguimiento comunitario considerado más indicado para las personas con trastorno mental grave (TMG): el tratamiento asertivo comunitario (TAC) (1). Este tipo de abordaje del TMG nació en los Estados Unidos en el contexto de los procesos de desinstitutionalización de este país al observarse que sin un seguimiento intensivo muchos pacientes tenían una mala evolución, una menor calidad de vida y una situación social desfavorable (situaciones de exclusión social, sinhogarismo o ingreso en instituciones penitenciarias) (2). El uso de la visita domiciliaria también fue una herramienta importante en Europa en los procesos de reforma (psiquiatría de sector francesa, experiencia italiana) y en nuestro medio (3). Posteriormente hubo un cierto abandono, al menos en nuestro entorno, y un resurgimiento con la aparición de equipos TAC en España a principios de este siglo y, más recientemente, también otro tipo de equipos inspirados en programas exitosos en otros contextos (intervención en crisis, hospitalización a domicilio, equipos para atención a personas sin hogar y TMG, etc).

Tanto el TAC como la visita domiciliaria en otros contextos asistenciales han mostrado su efectividad para el tratamiento de personas con trastorno mental grave (4). En un metaanálisis en el que se incluyeron 91 estudios, de los cuales 87 estaban centrados en personas con psicosis, se concluyó que las visitas regulares al domicilio y la responsabilidad dual sobre la salud y la situación social se asociaban a menos hospitalizaciones (5, 6).

Además, debemos recordar que a la intervención domiciliaria en salud mental se le ha asignado un lugar destacado en la legislación y planificación sanitaria concerniente a la salud mental. De hecho, el artículo 20 de la Ley General de Sanidad de 1986 dice en su apartado 1: *La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel de ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.*

En Galicia, el Decreto 389/1994, del 15 de diciembre, por el que se regula la salud mental en la Comunidad Autónoma expone entre sus directrices generales (7): *A actuación sanitaria en saúde mental procurará unha orientación*

comunitaria potenciando os recursos asistenciais a nivel ambulatorio, os sistemas de hospitalización parcial e a atención a domicilio, asegurando a participación efectiva da comunidade e a utilización de tódolos recursos desta en favor dos seus integrantes. El documento redactado por la comisión asesora para el seguimiento del Decreto, “Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental en Galicia” proponía la creación de unidades de continuidad de cuidados formadas por tutores clínicos que entre sus características tenían la movilidad y localizabilidad (8). Estos equipos fueron adoptando en la medida de sus posibilidades el funcionamiento de equipos de TAC (9).

A nivel estatal, la Estrategia Nacional de Salud Mental en su última revisión para 2009-2013 incide en la intervención domiciliaria y el modelo asertivo en varios apartados del desarrollo del objetivo general *Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental*. Como objetivo específico incluye la atención domiciliaria y rehabilitación con el establecimiento del acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos, en cada una de las estructuras territoriales sanitarias. Objetivo que no podríamos considerar alcanzado en nuestra comunidad mientras los equipos de continuidad de cuidados continúen con una dotación de personal y un funcionamiento heterogéneo (9). Además se plantea el objetivo de una intervención con las personas con TMG que incluye la visita domiciliaria: *Disponer en los equipos de salud mental en el ámbito comunitario, y en relación con los trastornos mentales graves prolongados, de un sistema organizativo para evitar los abandonos, facilitar la adherencia y que incluya la atención domiciliaria, así como la gestión y la coordinación multisectorial de su proceso asistencial. Y se hace la recomendación de formas organizativas orientadas a mejorar la continuidad de la asistencia de las personas con trastorno mental grave, reducir el número de hospitalizaciones y mejorar su funcionamiento social y calidad de vida. Se proponen dos modelos de referencia: el “Tratamiento Asertivo Comunitario” y los “Programas de Continuidad de Cuidados”.* La intervención domiciliaria no se limitaría sólo al TMG ya que será también un objetivo específico dentro de este epígrafe que las CC.AA. establezcan *pautas de atención a las urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis, incluyendo atención domiciliaria, en colaboración con los distintos sectores implicados, especialmente atención primaria* (10).

A pesar de lo anterior, tenemos la impresión de que la visita domiciliaria

es una actividad infrecuente y poco reconocida y que son pocos los profesionales de salud mental que la realizan. No hemos encontrado publicaciones recientes sobre la extensión de la visita domiciliaria en la práctica habitual de los profesionales de salud mental y existe poca investigación y poco material docente sobre la visita (11).

Una de las vías por las cuales sería posible incrementar la atención domiciliaria, lo cual parece congruente con la legislación y planificación actual y con los conocimientos referentes al tratamiento psicosocial de las personas con TMG, sería mediante la formación y capacitación de los nuevos profesionales de salud mental. A este respecto tiene interés fijarnos en los programas de formación especializada. La situación es distinta según la profesión de que se trate. Así, en el plan formativo de los MIR de Psiquiatría no aparece ninguna referencia a la visita o a la atención domiciliaria (12).

En el programa formativo de la especialidad de Psicología clínica se incluye *la atención e intervención domiciliaria dentro del Programa de atención a la salud mental comunitaria, ambulatoria y de soporte de la atención primaria* a desarrollar preferentemente en el primer año de residencia. No se especifican cuántas atenciones a domicilio. Sí especifica que los residentes de psicología deben participar en la atención y seguimiento ambulatorio y en la comunidad de al menos 25 pacientes con TMG (con graduación en la responsabilidad). Entre las actividades del Programa de Psicología clínica infantil y de la adolescencia también aparece citada la atención domiciliaria al igual que en el programa específico de Psicogeriatría del último año (13).

El programa formativo que ha sido actualizado más recientemente es el de enfermera especialista en salud mental, por lo que es posible que esté más influenciado por la estrategia de salud mental y por el desarrollo de la atención comunitaria en España. Destaca que se considera que los domicilios constituyen uno de sus ámbitos de actuación: *El ámbito de actuación de las enfermeras especialistas en salud mental abarca tanto la atención hospitalaria, en régimen de hospitalización total o parcial, como la atención a la comunidad a través de los centros de salud mental especializados, centros de atención primaria, domicilios, instituciones sociales (escuelas, residencias, centros de acogida...) y/o centros destinados a realizar actividades rehabilitadoras relacionadas con la salud mental.* La visita domiciliaria es necesaria para la adquisición de las competencias

asistenciales de la especialidad: *Programar y desarrollar planes de cuidados de enfermería de salud mental en el ámbito comunitario, utilizando la visita domiciliaria como instrumento de intervención terapéutica*. Y entre las actividades mínimas del itinerario formativo propuesto por la comisión nacional de la especialidad se incluye: *Realizar, al menos, 20 visitas a domicilio* (14).

Uno de los factores que pueden estar influyendo en la falta de práctica de la visita pueden ser las actitudes de los profesionales hacia las mismas. En una revisión previa sobre el tema no pudimos hallar estudios actuales sobre esta cuestión (15). Entre los artículos consultados nos pareció de especial interés uno realizado en 1994 en Estados Unidos, en un periodo en el que el uso de la visita domiciliaria por el psiquiatra ya había empezado a decaer. Se entrevistó a 212 psiquiatras entre los 31 y los 60 años de edad (16). De estos el 85% no hacían visitas domiciliarias y sólo el 1% dedicaba más del 10% de su jornada de trabajo a las visitas domiciliarias. Descubrieron que había una gran discordancia entre las opiniones sobre su utilidad y su implementación. El 50% opinaban que se debían incluir en el aprendizaje. Únicamente parecía coherente con el escaso desarrollo de esta práctica, la opinión de que éstas no eran satisfactorias profesionalmente.

OBJETIVOS

Nos preguntamos si los nuevos especialistas están siendo formados para utilizar la visita en su práctica profesional.

Nos planteamos por lo tanto conocer:

- Con cuánta frecuencia durante la formación especializada los futuros profesionales de salud mental realizan visitas domiciliarias.
- Cuáles son las actitudes de estos profesionales ante la visita en el momento de terminar la residencia.

METODOLOGÍA

En base a otros estudios con objetivos similares se elaboró un cuestionario ad-hoc que consta de dos partes. La primera recoge datos de identificación y sobre la práctica de la visita. La segunda explora las actitudes ante la visita mediante un cuestionario cuyas respuestas se clasifican en una escala Likert de 5 puntos conforme las siguientes valoraciones: 1) Totalmente en des-

acuerdo, 2) En desacuerdo, 3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4) De acuerdo, 5) Totalmente de acuerdo. Se intentó hacer llegar el cuestionario a todos los MIR de Psiquiatría, PIR y EIR de salud mental que terminaron la residencia en España en 2016 mediante un e-mail remitido a las unidades docentes de los hospitales acreditados para esta formación y a través de las asociaciones de especialistas en formación.

Para el análisis de las encuestas se realizó una base de datos y posteriormente fue analizada estadísticamente mediante SPSS 24 (IBM Corp.).

RESULTADOS

Práctica de la visita

Se recibieron 29 cuestionarios en los que estaban representadas las tres especialidades y residentes de 9 comunidades autónomas. Las características de la muestra se detallan en la tabla 1.

Dos residentes no habían realizado ninguna visita. El porcentaje mayor realizó entre 6 y 25 visitas (31%). Cuatro residentes habrían adquirido una gran experiencia en la visita domiciliaria al haber realizado más de 100 (Figura 1). No parecen existir diferencias claras por profesiones en la realización de visitas, ya que entre los visitantes más frecuentes hay una enfermera, una psicóloga y dos psiquiatras. Y entre los que menos visitaron (menos de 6 visitas) 6 psiquiatras y 4 psicólogos. Todas las enfermeras hicieron más de 5 visitas domiciliarias durante la residencia.

Respecto a los dispositivos en los que realizaron las visitas, lo más frecuente es que fuese en equipos de tratamiento asertivo comunitario o programas de continuidad de cuidados. También realizaban visitas en sus rotaciones en centros de salud comunitario y en atención primaria. Las visitas en programas específicos eran menos frecuentes (Figura 2).

El tipo de profesional que participaba con mayor frecuencia en las visitas era una enfermera (Figura 3). En segundo lugar, se encontraba el psiquiatra, lo que es congruente con la realización de visitas acompañando a equipos de tratamiento asertivo comunitario. En atención primaria o cuidados paliativos se producirían las visitas acompañando a otro tipo de médicos. Trabajadores sociales y auxiliares eran otros profesionales involucrados en

las visitas. Resultó llamativo que seis profesionales dijeron que habían hecho visitas domiciliarias solos durante la residencia, sorprendentemente se trataba de tres psiquiatras y tres psicólogos.

Actitudes ante la visita domiciliaria

Las respuestas al cuestionario de actitudes ante la visita se recogen en la figura 4 ordenadas de mayor a menor acuerdo con las aseveraciones.

El mayor acuerdo se encontró en su importancia para la formación de los nuevos especialistas. La mayoría de los encuestados están totalmente de acuerdo con que se deben incluir en la formación de EIR, MIR y PIR, por este orden.

El segundo aspecto en el que hay un elevado acuerdo es en su utilidad clínica y para los planes de tratamiento. También hay acuerdo en su utilización en las situaciones en las que se suele indicar: paciente con múltiples reingresos, crónico o en intervención en crisis. Hay más dudas respecto a que aumenten la adherencia a tratamientos o que las visitas por el psiquiatra sean coste-efectivas.

Parece que la mayor parte de los encuestados están cómodos en las visitas domiciliarias y obtienen una moderada satisfacción de las mismas. No les parece que sea un contexto en el que aumente el riesgo de violencia. De hecho creen que las realizarán en su ejercicio profesional aunque piensan que la mayoría de los profesionales de salud mental no las hacen regularmente y los que menos, los psiquiatras.

Discusión

Un número importante de especialistas terminan la residencia con muy poca experiencia de visita domiciliaria (el 34% de los encuestados realizaron menos de 5 visitas). Los dispositivos en las que realizaron las visitas fueron variados, pero parece que la aparición de equipos de TAC y de programas de continuidad de cuidados puede estar incrementando la extensión de esta práctica (1). En este caso, el desarrollo de estos dispositivos cumpliría las líneas de la estrategia de salud mental y faltaría que esta realidad se acompañase de un mayor énfasis en la intervención domiciliaria en los programas formativos, sobre todo en el de los MIR de Psiquiatría. La elevada

coincidencia entre los encuestados en la necesidad de que se incluya la visita en los planes de formación apuntaría a que esta necesidad está presente en la realidad de los servicios.

Las personas que respondieron y realizaron visitas domiciliarias dijeron encontrarse cómodas y sin temor a situaciones violentas. Valoraban que era posible realizar intervenciones terapéuticas y elaborar planes de tratamiento en este contexto y no creían que fuese suficiente con que las realizaran solo enfermería o trabajo social. Esta apreciación coincide con el estudio norteamericano citado anteriormente, con algún matiz, en aquel estudio los psiquiatras decían que era suficiente con que fuesen enfermeras o trabajadoras sociales, pero consideraban que la valoración por estos profesionales no eran suficientes (16). En cualquier caso, parece que en el domicilio la intervención de un equipo interdisciplinar va a ser lo idóneo.

Los encuestados coinciden en considerar la visita domiciliaria una práctica infrecuente para la mayoría de profesionales de salud mental. Aún así no descartan realizarlas en el futuro, aunque esto pueda ser un sesgo por la posibilidad de que hayan respondido los residentes que tienen mejor actitud. Casualmente en este estudio encontramos que hay otros profesionales de la medicina que continúan realizando visita domiciliaria con los que los residentes coinciden en determinadas rotaciones como atención primaria o cuidados paliativos, justamente en la atención a la cronicidad o situaciones de elevado sufrimiento para el paciente y su entorno. El profesional de salud mental tiene el mandato de afrontar situaciones similares con las personas afectadas por trastornos mentales graves y sus familias, de esto no se pueden olvidar los planes formativos, a pesar de la creciente tendencia de formar en conceptos de gestión y estadística en detrimento de una formación más humanista y que atiende a los factores sociales. (17). Los responsables de la formación deben alentar a los residentes a abandonar la comodidad de hospitales y despachos, porque parece que por ellos no hay problema.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 MARTÍNEZ JAMBRINA, J. J. *El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario en España*. [Tesis]. Universidad Autónoma de Madrid; 2017. 214 p.
- 2 STEIN, L.I. and TEST, M.A. "Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation". *Arch Gen Psychiatry*. 1980; 37(4):392-7
- 3 LAGE TESOURO, A.; LAMAS CREGO, S.; MÁRQUEZ GALLEGO, F.; *Una experiencia de psiquiatría de sector en un medio rural gallego*. Madrid, Egraf; 1975
- 4 MARSHALL, M. and LOCKWOOD, A. "Assertive community treatment for people with severe mental disorders". *Cochrane Database Syst Rev*. 1998
- 5 BURNS, T.; KNAPP, M.; CATTY, J.; HEALEY, A.; HENDERSON, J.; WATT, H.; WRIGHT, C. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technol Assess*. 2001; 5(15):1-139
- 6 CATTY, J.; BURNS, T.; KNAPP, M.; WATT, H.; WRIGHT, C.; HENDERSON, J.; HEALEY, A. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychol Med*. 2002; 32(3):383-401
- 7 Decreto 389/1994, de 15 de diciembre, por el que se regula la salud mental en Galicia. DOG, 2 de enero de 1995
- 8 XUNTA DE GALICIA. *Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental*. Colección Saúde Mental, N°18; 1997.
- 9 RAMOS RÍOS, R.; SÁNCHEZ VÁZQUEZ, E.; PIÑEIRO OTERO, S.; CURRÁS CASTIÑEIRA, M.; PÉREZ FERREIRO, M.; PAZ BAÑA, A.; FERRER I BALSEBRE, L. Programa de Continuidad de Cuidados del Servicio de Psiquiatría de Santiago. *Avances en Salud Mental Relacional*. Diciembre 2012; 11(3).
Disponible en: <http://hdl.handle.net/1041/6117>
- 10 Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Centro De Publicaciones; 2011.
- 11 CERQUEIRO LANDÍN, R.; RAMOS RÍOS, R.; ARMAS BARBAZÁN, C.; VIZ OTERO, M.; AREA CARRACEDO, R. La visita médica en el trastorno mental severo. *Siso Saúde* 2012 ; 52-53 : 17-54
- 12 RD 183/2008, de 8 de febrero. Nuevo programa de formación de la especialidad de Psiquiatría (Programa MIR). *Boletín Oficial del Estado*, 16 de septiembre de 2008.

- 13 Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 17 de junio de 2009.
- 14 Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de mayo de 2011.
- 15 RAMOS RÍOS, R. La visita comunitaria. *Siso Saúde* 2015; 56-57: 313-32.
- 16 REDING, K.M.; RAPHELSON, M.; MONTGOMERY, C.B. Home visits: psychiatrists' attitudes and practice pattern. *Community Ment Health J.* 1994; 30(3):285-96
- 17 GUTIÉRREZ FRAILE, M.; FRANCO, D. La formación del médico psiquiatra en España: de los estudios de pregrado a la formación especializada. *Rev Neuropsiquiatr.* 2013; 76 (3): 137-44.

Tabla 1. Características de os profesionales encuestados (N: 29)

	N (%)
Género	
Mujer	23 (79)
Varón	6 (21)
Profesión	
Psicólogo clínico	12 (41)
Psiquiatra	11 (38)
Enfermera especialista en salud mental	6 (21)
Comunidad Autónoma	
Cataluña	7 (24)
Castilla y León	5 (17)
Madrid	5 (17)
Galicia	4 (14)
Asturias	3 (10)
Andalucía	2 (7)
Castilla La Mancha	1 (3)
País Vasco	1 (3)
Valencia	1 (3)

Figura 1. Visitas realizadas durante la residencia (N: 29)

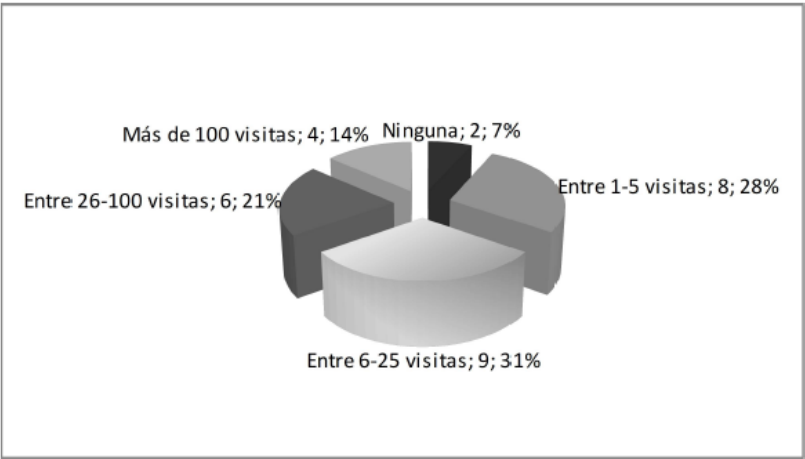


Figura 2. Rotaciones en las que se realizan las visitas.

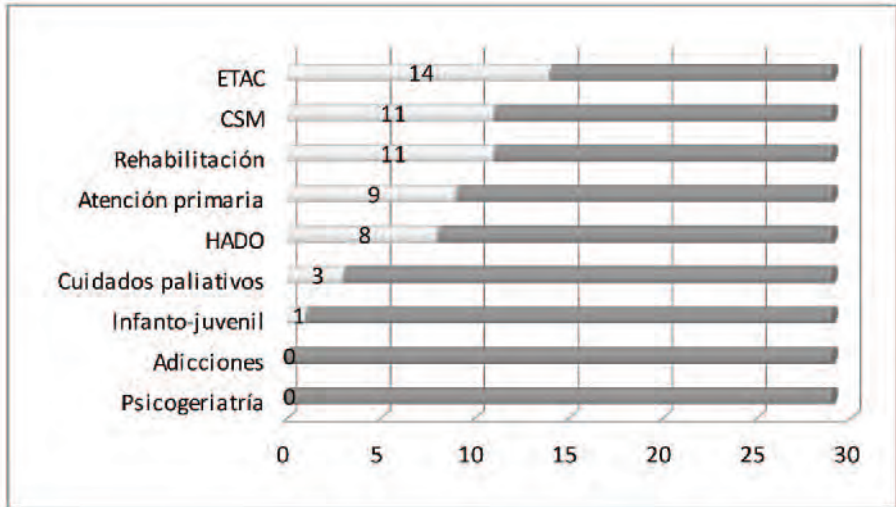


Figura 3. Participantes en las visitas.

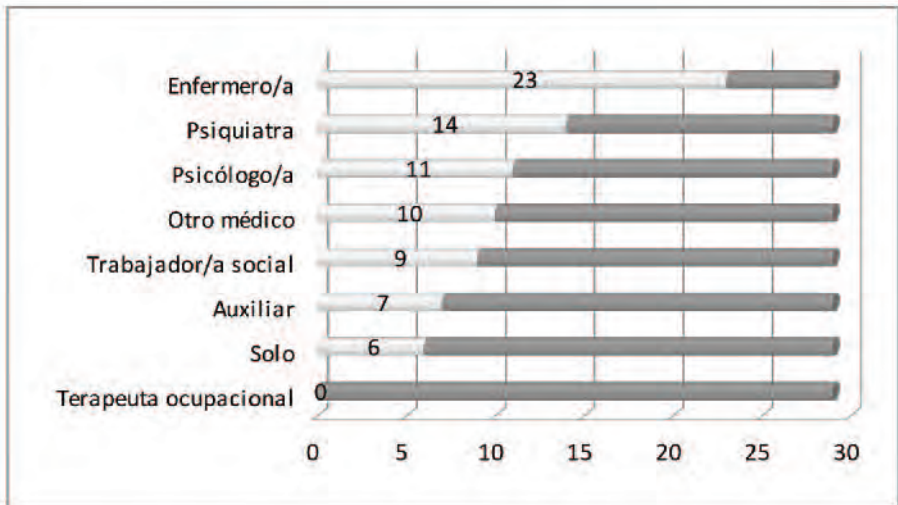
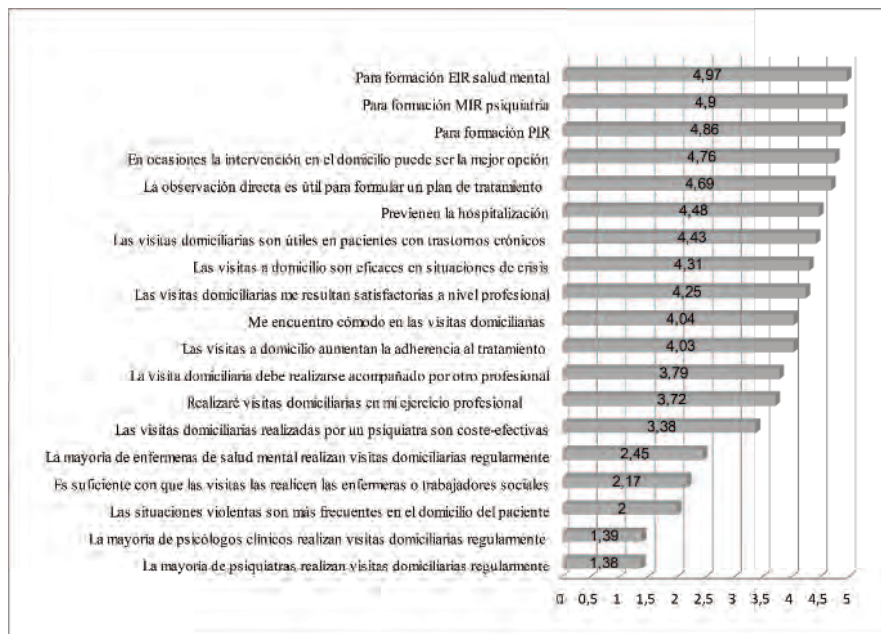


Figura 4. Actitudes ante la vista.



Lo residencial en las psicosis

Ramón Area. Psiquiatra. Unidad de Rehabilitación psiquiátrica. Conxo

Carmen Armas Barbazán. Psiquiatra. Unidade de Saúde mental de Monforte

M. Pais. Terapeuta ocupacional. Hospital psiquiátrico de Conxo

Correspondencia: moncho.area.carracedo@gmail.com

RESUMEN

Los programas residenciales son un campo de creciente interés, tanto teórico como práctico, dentro de la atención comunitaria a personas con psicosis.

Atender el programa de pisos protegidos dependientes del hospital psiquiátrico de Conxo, ha servido como catalizador para una reflexión alrededor de los mismos y ha sido el germen de algunas ideas que hemos intentado ordenar y poner por escrito, surgidas desde la experiencia en estos lugares y con personas que padecen psicosis.

PALABRAS CLAVE

Pisos protegidos, salud mental comunitaria, neodesarraigo, red.

RESIDENTIAL TREATMENT IN PSYCHOSIS

ABSTRACT

Residential treatment programs are a field of growing interest, both theoretical and practical, within community care for people with psychosis.

To attend the program of officially protected housing dependent on the psychiatric hospital of Conxo, has served as a catalyst for a reflection on them, germ of some ideas that we have tried to order and put in writing, arisen from the experience in these places and with people who suffer for psychosis.

KEY WORDS

Officially protected housing, community mental health, neo-alienation, network.

INTRODUCCIÓN

Hace aproximadamente cuatro años se intentaron algunas mejoras en el programa de pisos protegidos dependientes del hospital psiquiátrico de Conxo. Su puesta en marcha es muy anterior, remontándose a hace aproximadamente quince años, producto de una iniciativa surgida desde el propio hospital, ligada a esa parte de la reforma surgida desde el manicomio, inspirada en el sector francés y que incluía dispensarios, visitas domiciliarias post alta y, con carácter general, un intento de realizar una salud mental comunitaria. Posteriormente, se entremezcló con esa otra reforma que surgió desde lo administrativo, en una tentativa de cambiar la asistencia desde la legislación y la normativa.

El programa de pisos del hospital convive con la regulación que asigna este tipo de recursos a asociaciones mediante un procedimiento de concurso y subvención. Como tantas otras cosas está pendiente de una evaluación en condiciones pero también de un cuestionamiento acerca del lugar que deben tener en la red, los dispositivos con los que deben formar una unidad de trabajo, y un análisis que supere la dicotomía dispositivo básico / dispositivo complementario consagrado en el decreto 389 de salud mental, y que, en último término, sostiene una relación particular con los servicios de salud mental.

Para la última actualización se escribió un programa que trataba de incorporar una perspectiva diferente sobre los pisos protegidos (y sobre lo residencial) en cuanto a la clínica (desde una mirada más psicodinámica), los cuidados (intentando distanciarnos del furor normalizador), la habitabilidad, los conceptos (intentamos una teorización alrededor de la visita médica), la importancia del vínculo y de la continuidad asistencial (se le asignó a todos los usuarios un mismo equipo) o la necesidad de aumentar personal asignado y modificar horarios.

Más allá de todo esto (sea mucho o poco) el atender el programa de pisos protegidos nos ha obligado a una reflexión alrededor de los mismos, a ordenar y poner por escrito algunas ideas surgidas desde la experiencia en esos lugares y con esos usuarios.

HISTORIA Y CAMBIOS EN EL PARADIGMA ASISTENCIAL

Los primeros dispositivos y programas residenciales fueron claramente consecuencia de las políticas de desinstitucionalización, con estructuras experimentales montadas como espacios de transición y/o satélites de los hospitales psiquiátricos.

Posteriormente, el cierre de camas ocasionó, en no pocas áreas sanitarias, el uso de estructuras residenciales de tipo general con modelos orientados hacia lo custodial y que no se diferenciaban demasiado de los hospitales en cuanto al trato y los objetivos. Fue casi como una nueva época asilar justificada por la demora en la puesta en marcha de dispositivos comunitarios. De manera escasa y muy paulatina, fueron implementándose otras alternativas residenciales, casi siempre como una prolongación de la red sanitaria y, por lo tanto, justificadas en base a una función rehabilitadora.

De forma más tardía (y, desde luego, no generalizada) algunos programas se independizaron de los servicios sanitarios, introduciendo una visión diferente en la cuestión residencial. Así, frente a lo que se ha dado en llamar el *continuum residencial*^{1/2} se propuso el modelo de apoyo residencial, más vinculado a los servicios sociales que a los servicios psiquiátricos, mayoritariamente imbuidos de una filosofía de rehabilitación progresiva: a tal mejoría, tal recurso.

<i>CONTINUUM RESIDENCIAL</i>	<i>APOYO RESIDENCIAL</i>
Lo residencial como lugar de tratamiento	Lo residencial como hogar
El lugar se define por indicación terapéutica	El lugar se define por elección personal
Rol de ingresado	Rol de domicilio
El personal se orienta hacia el control o la supervisión	El personal se orienta hacia el apoyo
El contexto es una simulación de la realidad que permite el aprendizaje.	El contexto es el mundo real y permanente
El entorno utópico es el de menor restricción.	El entorno utópico es el más facilitador.
El objetivo es el alta y la independencia.	El objetivo gira alrededor de mantener los apoyos mínimos durante el tiempo que sea necesario.

1 LEHMAN AF, NEWMAN SJ. HOUSING. En: Breakey WR, editor. *Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry*. New York: Oxford University Press; 1996. p. 300-9.

2 RIDGEWAY P, ZIPPLE AM. *The paradigm shift in residential services: from linear continuum to supported housing approach*. Psychos Rehabil J. 1990;13:11-31.

SITUACIÓN ACTUAL

a) Legislación: en Galicia, los pisos protegidos están regulados por el decreto 347/2002 de 5 de diciembre. En él se fundamenta su necesidad en base a las “dificultades de convivencia con sus allegados” y “por las dificultades que la distancia geográfica supone para la integración”. Se distingue entre piso protegido (recurso por tiempo indefinido y que pasa a ser la residencia habitual del paciente) y vivienda de transición (la estancia es por un período concreto de tiempo). Además, se señala que se trata de una prestación cofinanciada, se indican algunas características muy generales (capacidad máxima de 5 personas, preferentemente del mismo sexo), los mecanismos de acceso (informes varios), el dispositivo sanitario de referencia (unidad de salud mental o unidad de rehabilitación psiquiátrica) y, de una manera más profusa, a quién corresponde coordinarlos (se señala una jerarquía que va desde el jefe de servicio al responsable de la unidad de hospitalización psiquiátrica).

b) Realidad organizativa: en una reflexión acerca de los programas de pisos protegidos se hace necesario responder al menos a tres preguntas si queremos tomar distancia de ese malestar general/queja que asola a todo lo relacionado con el trabajo en trastorno mental severo y, como es obligado, poner en relación el recurso con el modelo asistencial que emana del decreto 389 que regula (hasta el momento) la salud mental en Galicia.

—¿Qué lugar ocupan los pisos protegidos en la red asistencial?: su estatus es muy variopinto aunque, con carácter general, han tendido a formar parte de lo psicosocial a cargo de las asociaciones de familiares (las asociaciones de usuarios no ocupan un lugar protagonista en toda esta historia). Esta tendencia a la provisión de servicios asistenciales puede considerarse una paraprivatización o, cuando menos, una externalización de recursos que ilustra la manera de entender lo prioritario y lo secundario en salud mental. En este sentido, los programas de pisos protegidos son algo secundario o, si se prefiere, en términos del decreto, un dispositivo complementario.

El acceso al programa no es claro, en muchas áreas sanitarias no existe una valoración conjunta de casos, por lo general el programa no se evalúa,

la asistencia a los pacientes no es uniforme, la salida del programa tras crisis es, en ocasiones, tan definitiva como una expulsión.

Como todo recurso tiene una dimensión simbólica que circula a través de todos los actores implicados. El piso puede ser visto como una liberación de las imposiciones familiares, como algo que permite evitar la institucionalización, como un paso previo a una vida libre y normal, como un elemento de la utopía curativa, como un lugar destinado a la normalización, como un recurso que permita una imagen de modernidad acorde con los estándares de otros países más avanzados o con las normativas de organizaciones internacionales acerca de la enfermedad mental.

—¿Qué tareas se le encomienda al recurso?: como todo lugar institucional, sigue siendo válida la distinción entre tarea (consciente, explícita, acorde con la teoría oficial) y encomienda (inconsciente, implícita, discordante con lo reconocido por el paradigma). La tarea es “rehabilitar”, “recuperar”, “empoderar”... dependiendo del discurso más o menos progresista en el que se ampare o por el que se muevan los profesionales que lo atiendan. La encomienda es el caso difícil, aquellos imposibles resultantes del abandono, la imposibilidad de convivencia, la negativa rotunda a aceptar las habituales relaciones de ayuda, la presión familiar o de otros dispositivos... En ocasiones una mezcla de todo eso colisiona con el deseo (legítimo) de que sea un lugar tranquilo y aproblemático. Por ello, una de las funciones del piso (tal vez la que consume más tiempo y discrepancias) es determinar quién es candidato al mismo, entendiendo candidato como aquel usuario difícil pero que no perturba el transcurrir de la institución denominada piso protegido. En otras palabras, alcanzar un pacto de todos los implicados entre tarea y encomienda.

Nada nuevo.

Desde la perspectiva de los profesionales el énfasis de los estudios define una tarea enmarcada en los efectos que podrían tener los alojamientos alternativos sobre: salud general, psicopatología y conductas perturbadoras, uso de psicofármacos y de servicios sanitarios, red social, calidad de vida.

En general, concluyen que se aprecia una mejoría en el funcionamiento cognitivo, social y en las habilidades domésticas³ así como en la disminución de recaídas⁴ y en el coste económico del tratamiento⁵. Sin embargo, no hay resultados uniformes que confirmen mejorías sintomatológicas, mayor integración social o aumento de la red de apoyo⁶.

Desde la perspectiva de los usuarios, la cuestión no se centra en las mejoras o los efectos terapéuticos sino en una preferencia en su manera de vivir: En alojamientos comunitarios frente a hospitales.

En su propia casa más que en una vivienda comunitaria, solos con amigos o familiares más que con otros pacientes⁷.

Sin la presencia de profesionales y recibiendo de éstos un apoyo flexible, a demanda y cuando lo consideren necesario.

En un alojamiento estable, sin continuos cambios de residencia⁸.

—¿Cómo es el programa asistencial de un piso protegido?: Una vez más, enormemente variable encontrándose todas y cada una de las diferentes posibilidades de entender lo residencial y el cuidado, desde pisos con usuarios mediopensionistas, viviendas en los que el soporte es enormemente escaso

3 LAMB, HR, Goertzel, V. Discharged mental patients: are they really in the community. *Arch Gen Psychiatry*. 1971 Jan;24(1):29-34. 197. Leff, J. (1993). The TAPS Project: Evaluating community placement of long-stay psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 162. Segal, S. y Koetler, P. (1993). Sheltered care residence: ten-year personal outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 80-91.

4 MACMILLIAN, M.; Hornblow, A. y Baird, K. (1992). From hospital to community: a follow up of community placement of the long term mentally ill. *New Zealand Medical Journal*, 105, 349-350. Okin, R.; Borus, J.; Baer, L. y Jones, A. (1995). Long-term outcome of state hospital patients discharged into structures community residential settings. *Psychiatric Services*, 46, 73-79.

5 Hyde, C.; Bridges, K.; Sterling, C. y Faragher, B. (1987). The evaluation of a hostelward. A controlled study using modified cost-benefited analysis. *British Journal Psychiatry*, 151, 805-812.

6 Por ejemplo, Leff, J. (1993). The TAPS Project: Evaluating community placement of long-stay psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 162 Eikermann, B. y Reker, T. (1991). A modern therapeutic approach for chronically mentally ill patients -results of a four-year prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 357-363.

7 TANZMAN, B. (1993). An overview of surveys of mental health consumers preferences for housing and support services. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 450-455.

8 CARLING, P. y RIDGWAY, P. (1989). *Aproximation to residential programs*. En A. D. Farkas y W. A. Anthony (Eds.). *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice*. Baltimore: J. H. University.

a otras con un trabajo intenso pocas veces reconocido por parte de quienes otorgan, en el día a día, validez a los desempeños⁹.

Y, sin embargo, sabemos que¹⁰:

Vivir en un mal ambiente residencial aumenta el número de servicios necesarios y disminuye la calidad de vida, por lo que se reduce la satisfacción del usuario y se crean mayores necesidades.

Vivir en un alojamiento adecuado mejora el funcionamiento social, y si se pasa de un alojamiento apropiado a otro inapropiado se produce un deterioro, de modo que estos aspectos indican una clara correlación entre la calidad del alojamiento y la calidad del funcionamiento social.

La inclusión de personas en un alojamiento no adecuado puede reflejar una serie de efectos negativos como el riesgo de institucionalismo, con la aparición y mantenimiento de conductas personales estereotipadas y empobrecidas y escasos contactos sociales.

REALIDAD CLÍNICA

¿Qué modelo clínico sustenta nuestra práctica en los pisos?: La idea de lo residencial surgió durante la reforma psiquiátrica y, por lo tanto, se pensó a partir de usuarios ingresados durante un período muy largo de sus vidas en unidades de larga estancia de los hospitales psiquiátricos:

–Enfocados a pacientes crónicos.

–La ética como motor de la necesidad de cambio de paradigma asistencial, apuntalada (o hilvanada) con una clínica que intuía los efectos deletéreos de la hospitalizaciones prolongadas.

–Desarrollo de una clínica alrededor de lo deficitario que tomó como eje central la noción de funcionalidad.

El cuidado se entendía como:

–La provisión/suplencia por los servicios de las funcionalidades alteradas.

9 Por lo general, el prototipo de validez es la situación aguda, con complicaciones diagnósticas y de tratamientos, vinculadas con la comorbilidad médica, con una cama o plaza en hospital de por medio y relacionado más con el síntoma que con la necesidad o el funcionamiento.

10 OGILVIE, R.J. (1997). "The state of supported housing for mental health consumers: A literature review". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21 (2), pp. 122-131.

–El entrenamiento rehabilitador como camino para alcanzar la autonomía.

–A nivel teórico, se articuló alrededor del modelo de Lieberman, estableciendo que los recursos residenciales podrían:

–atenuar síntomas (aunque el modelo delegó de forma preferencial estas cuestiones en los psicofármacos y algunas técnicas psicológicas, sobre todo de corte cognitivo-conductual).

–facilitar el desarrollo de habilidades perdidas.

–proporcionar apoyos externos.

–ajustar las exigencias del entorno.

–El mundo relacional fue pensado desde los conceptos de convivencia y desamparo. El desamparo en cuanto el usuario carece de unas relaciones de apoyo que deben ser proporcionadas por los servicios socio-sanitarios. La convivencia que, en el medio familiar, imposibilita residir bajo un mismo techo (el consenso actual aconseja hablar poco de esto, quizás por una historia de culpabilización de las familias –recuérdese el concepto de madre esquizofrenógena– pero también por la delegación de parte de la asistencia en el llamado movimiento asociativo, a día de hoy, auténticos proveedores de servicios esenciales).

–*¿Cuáles son las dificultades?*: A pesar de que lo residencial es entendido a partir de la “convivencia” o “los impedimentos geográficos para la integración” la mayor dificultad en el trabajo con estos pacientes quizás pueda describirse mejor desde el desarraigo, es decir, una pérdida de los vínculos que unen al individuo con su entorno social, familiar y cultural, así como una pérdida de las referencias que le permiten a una persona encontrar su lugar en su entorno.

El concepto de desarraigo permite articular algo del orden del vínculo o el lazo social con algo del orden de la realidad, de la casa o la vivienda o la red social.

Frente al desarraigo, los programas de pisos protegidos proponen una movilidad desde el hospital psiquiátrico hacia la comunidad, entendiendo que una modificación en la arquitectura generaría una modificación en la vida de las personas. A pesar de contener una parte de verdad, sabemos que ese no es todo el relato. A lo largo de estos años hemos constatado el

riesgo de reproducir el orden institucional en los nuevos recursos, en otras palabras, los pisos protegidos no están (precisamente) protegidos de las dinámicas manicomiales.

Estos lugares residenciales tienen como dificultad añadida ser, al mismo tiempo, lugares borrosos. Un grupo de pacientes, que en un principio se entendían como excepcionales o provisionales, quedaban a la espera de la dotación de nuevos recursos o de la definitiva mejoría que les permitiese residir en la comunidad. Sin embargo, tanto las carencias, como los cambios en lo clínico y en lo social y, es necesario decirlo, las propias dificultades del oficio para brindar mejorías o estabilizaciones, fueron conformando una serie de dispositivos intermedios que ya no son un lugar de paso sino un lugar de lo que queda a medias, es decir, en donde reside precisamente la gravedad. Estos usuarios graves continúan, pese a los intentos, en el desarraigo, conformando, en demasiados casos, una comunidad segregada, de trastornos mentales severos.

—¿Qué queda fuera y qué queda por dentro?: El mayor problema de cualquier dispositivo pensado para una integración en la comunidad es la exclusión de la subjetividad y la inclusión de la institución. Esto es lo que define al neodesarraigo en los pacientes graves.

Si Augé¹¹ hablaba de los no-lugares para referirse a centros comerciales, aeropuertos, salas de espera... en definitiva, lugares públicos en donde todo es impersonal, quizás debamos pensar en esos no-lugares psicosociales como lugares en donde el sujeto se diluye.

Si el viajero identifica el no-lugar a través de los plásticos de los asientos, el vidrio y el acero que se prolongan a una altura grandilocuente, la comida servida en bandejas asépticas o el sabor del café de máquina, los equipos también perciben esa atmósfera del neodesarraigo. El asunto, que daría para largo, suele ser tan repetitivo que genera una serie de situaciones estereotipadas y, en cierta medida, universales¹²:

11 AUGÉ, M. *Los no-lugares: espacios del anonimato: antropología sobre modernidad*. Edt. Gedisa, 2009.

12 “Veo la barba y el bastón, pero no veo al filósofo”.

Hasta las calendas griegas. Suetonio utilizaba esta frase para referirse a hechos o circunstancias que nunca, o difícilmente, se producirían, porque las calendas griegas –primeros días del mes– no existen. La vida del hombre es una burbuja.

La costumbre es nuestra segunda naturaleza.

–“Video barbam et pallium, philosophum nondum video”: Muy escasa reflexión sobre las dificultades personales en el trato con pacientes psicóticos.

–“Ad kalendas graecas”: Son lugares en los que los roles profesionales se rigidifican y suelen convertirse en un motivo de conflicto dificultando el trabajo en equipo.

–“Bulla est vita humana”: Son lugares en los que las diferencias de criterio entre los profesionales suelen degenerar hacia ese terreno borroso en el que se entremezcla la disputa personal y la disputa científica. En otras palabras: “Las opiniones son como los culos, todos tenemos uno” (Clint Eastwood) y “Hay gente mucho más lista que yo pero seguro que también que tú, que en esto, no ha conseguido ponerse de acuerdo”.

–“Consuetudo quasi altera natura”: Son lugares en los que la historia narrativa de la institución pesa sobre cualquier otra narrativa posible. Toda novedad es imposible y siempre está encuadrada en un antecedente que la domina con autosuficiencia.

El neodesarraigo es también observable por las características del paradigma dominante, en particular a través de aquellas generalidades repetidas hasta la saciedad en cualquier artículo o libro acerca del tema. En lo referente a los pisos protegidos, observamos dos cuestiones. La primera tiene que ver con el número, es decir, cuántos pisos protegidos dispone un servicio de salud mental, cuál es el estándar, qué cantidad es precisa. La segunda cuestión se refiere a la filosofía que debe guiar la asistencia, por lo general tomando la forma de un decálogo (o catálogo de recomendaciones). De esta forma, lo residencial queda enmarcado de un modo tan demasiado sencillo que permite albergar todo tipo de prácticas y posibilidades, renunciando a entrar en la cuestión con la imprescindible atención y rigurosidad.

Tomarnos con seriedad tanto lo numérico como lo filosófico exigiría definir cómo ha de evaluarse un programa de pisos protegidos y, paralelamente, explicitar el dilema que, desde un punto de vista residencial nos remite a los elementos contradictorios (siempre) presentes en la propia salud mental.

Empezaremos por lo segundo. El modelo del continuum residencial

frente al modelo de apoyo residencial implica decidir al respecto de:

- Individual frente a global (si todo es global, no hay sujeto, pero si todo es individualizado no hay sociedad).
- Coerción frente a abandono (si todo es impuesto, no hay libertad; si todo está por fuera de la norma, dejamos el sufrimiento en la estacada).
- Relaciones terapéuticas frente a relaciones normalizadas (si todo es relación terapéutica, no hay vida más allá de la enfermedad; si todo es relación normalizada, habrá más aislamiento).
- Expectativas frente aceptación de las dificultades. Aceptar lo imposible conduce, en ocasiones, al nihilismo acomodaticio. Al contrario, las expectativas altas llevan a imponer una normalización que puede estresar y descompensar.

Cualquier programa residencial debe reflexionar sobre estos aspectos. Que, en los equipos, esto permanezca sin hablar, desencadenará dinámicas nocivas, tanto para los usuarios como para los propios trabajadores y derivará en una vivienda con un habitar más próximo al asentamiento que a lo terapéutico.

Es por ello que, en lo referente a la evaluación, además de número de plazas, si estamos hablando de comunidad, integración, rehabilitación y todas esas palabras optimistas y bonitas, parecería obligatorio considerar (al menos en parte) aquello de lo que se nos llena la boca. En este sentido, consideramos particularmente de interés el artículo de López y García Cubillana¹³ quienes parten, a su vez, del trabajo de Jordá y Espinosa¹⁴.

13 "Evaluación del Programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (II): características de los dispositivos residenciales". M. LÓPEZ, P. GARCÍA-CUBILLANA, L. FERNÁNDEZ, M. LAVIANA, J.C. MAESTRO y B. MORENO. *Rehabilitación psicosocial*. 2005; 2(1):16-27

14 "El proceso de desinstitucionalización en la provincia de Valencia: estudio de los alojamientos utilizados mediante la escala de prácticas restrictivas". *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona*, 17(2), 77-87.

En él se consideran como variables además de las plazas, las ratios de profesionales por plaza, las horas de supervisión, y demás, otras dos cuestiones, a nuestro entender fundamentales, el entorno (es decir, dónde naces han puesto el piso) y la restricción (es decir, qué cosas se permite y, por el contrario, cuáles se prohíben a los usuarios).

Modelo de evaluación:

- Años transcurridos desde su apertura.
- Número de plazas disponibles.
- Modalidad de habitaciones (individuales, dobles o triples).
- Metros cuadrados por residente.
- Número de residentes por cuidador.
- Número de horas de supervisión diaria.
- Titulación de los trabajadores adscritos al programa.
- Ubicación.
- Servicios que se encuentran a una distancia que se puede ir caminando.
- Servicios accesibles a través del transporte público (distancia/ tiempo).
- Normas restrictivas: puerta del edificio cerrada, visitas establecidas, salidas por el día, salidas por la noche, uso televisión después de las 23:00 horas, hora de acostarse fijada, posesión de cuchillas, cuchillos, tijeras, horas y/o días de ducha y aseo establecidas.

Limitación para la autonomía: tener medicamentos, tener dinero, hacerse café o té, hacer comidas ligeras.

Limitación para la privacidad: adornos en la habitación, cerrar la puerta del wc con pestillo, entrar el personal en las habitaciones, estar en dormitorios ajenos.

Participación: reuniones semanales con residentes.

Consideramos¹⁵ que en estos dispositivos siempre es aconsejable tener a

15

- Durante la semana los residentes deben regresar antes de las 23:00 horas.
- Durante la noche el personal revisa que los residentes estén en la cama.
- La puerta principal permanece cerrada a partir de las 22:00 horas.
- El personal puede entrar en las habitaciones a cualquier hora.
- Los residentes deben preguntar al personal cuando quieren consultar con el médico de cabecera.
- Durante la semana, se recomienda que los residentes estén acostados antes de las 23:00 horas.
- El personal es el responsable del dinero de los residentes.

mano la escala de prácticas restrictivas ya que es una manera de colocar al equipo delante de su propio estilo de trabajar, con ese aroma de objetividad del que tanto gustamos cuando nos referimos a las dificultades o problemas de los usuarios.

Otro artículo interesante¹⁶ sobre la restricción en dispositivos residenciales apunta a las siguientes variables significativas de cara a su predicción:

- Los residentes deben levantarse diariamente a una hora determinada.
 - Hay reuniones periódicas entre el personal y los residentes.
 - El baño está supervisado por el personal.
 - Los fines de semana se recomienda acostarse a las 23:00 horas.
 - Los residentes deben estar acostados a una hora determinada.
 - Periódicamente se revisan las pertenencias de los pacientes para buscar cosas prohibidas.
 - Las puertas de la residencia deben estar cerradas para evitar que los residentes salgan.
 - Las pertenencias personales de los residentes están catalogadas.
 - Hay un control periódico del peso de los residentes.
 - Un peluquero visita regularmente la residencia.
 - En el momento de la llegada de los residentes, éstos deben ser pesados.
 - Hay un psiquiatra que visita regularmente la residencia.
 - El horario de las visitas a los residentes está restringido.
 - Hay restricciones a la libre decoración de espacios personales.
 - Los residentes no pueden salir solos por la noche sin informar al personal.
 - Los residentes no pueden fumar en las habitaciones.
 - Los residentes no pueden prepararse comida fuera de los horarios establecidos.
 - Los residentes no tienen llaves de la puerta principal.
 - Los residentes no pueden cerrarse con llave en el wc.
 - Los residentes no pueden ver la TV después de las 23:00 horas.
 - No está permitido que personas de distinto sexo entren en las habitaciones.
 - Los residentes no participan en la planificación de la alimentación.
 - No pueden tener cuchillos, cuchillas o tijeras.
 - No lavan sus propias ropas.
 - No pueden tener cerillas o mecheros.
 - No pueden guardar bajo llave sus pertenencias.
 - No pueden prepararse café o té.
 - No pueden elegir la hora del baño o de la ducha.
 - No pueden descansar en cama durante el día.
 - No pueden elegir su propia ropa.
 - No tienen ropa suficiente.
 - No tienen responsabilidad total sobre el uso de sus pertenencias.
- (Cada ítem se puntúa 1 o 0 siendo 55 el índice de restricción mayor)

16 GRANDÓN, P., BUSTOS, C., COVA, F., & TAPIA, C. (2015). "Evaluación de la restrictividad de dispositivos residenciales para personas con un diagnóstico psiquiátrico en el modelo de salud mental comunitaria en Chile". *Universitas psychologica*, 14(4), xx-xx. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-4.epbs>

tiempo de funcionamiento (entre uno y dos años), frecuencia de la asesoría técnica (cada tres o cuatro meses) y funcionamiento homogéneo de los dispositivos dentro del área sanitaria.

Se entiende, por consiguiente, que si un hogar/residencia lleva menos tiempo en funciones tiene un menor nivel de restrictividad. Esto parece indicar que, no solo se institucionalizan los residentes dentro de un espacio residencial, sino que también los dispositivos son institucionalizados.

En este mismo sentido cuando los servicios se comportan como instituciones totales y no se adaptan a las necesidades de las personas, sino que funcionan de manera homogénea, el nivel de restrictividad es mayor.

Respecto a la variable asesoría técnica, destaca que cuanto menos regular es ésta, mayor es el nivel de restrictividad del dispositivo. Esta actividad consiste en una supervisión por profesionales que dependen del programa de salud mental de las respectivas áreas sanitarias.

La evaluación de las prácticas restrictivas puede considerarse como una medida de la calidad de la atención prestada en los dispositivos residenciales.

Los pisos protegidos en cuanto nodos de una red secundaria, complementaria, tendente a funcionar por pasos de una escalera infinita, con lo residencial encuadrado en la tecnología terapéutica más que en los derechos de las personas, paraprivatizada, alejada de la noción de domicilio (ya no digamos de hogar)... son uno de esos lugares en donde acecha el neodesarraigo que excluye subjetividades e invita a la institución a sentarse en el sofá o en la cocina.

La palabra red proviene del latín *retis* y se refiere a un tejido de malla, fabricado con hilos, cuerdas o alambres que se emplea para cazar, pescar o sujetar. Por extensión, la palabra red se emplea con un carácter muy general para aproximarse a realidades complejas. En esencia, se trata de una manera topológica de aproximarse a elementos de un sistema y sus relaciones¹⁷.

El concepto de red creemos que, ya desde su origen, tiene un recorrido prioritariamente social y otro esencialmente sanitario.

—Algunos precursores de la sociología, como Tönnies o Durkheim, entienden la salud mental como manera de acercarse al estudio de las rela-

17 El concepto de red se empleó y se emplea con profusión, por ejemplo, en los sistemas de transporte o en la comunicación.

ciones en una comunidad. Incluye conceptos basados en perspectivas de antropología y, en el campo de los profesionales de la salud mental, en el trabajo social, donde es frecuente que grafos y líneas traten de reconstruir la llamada red social de un enfermo.

—En la ciudad de Alma Hasta, en el año 1978, se celebró una conferencia internacional sobre la atención primaria que resultaría decisiva en las nuevas formas de organizar y de entender la salud y la enfermedad que se implementó en muchos países a lo largo del pasado (ya) siglo. Recordemos el punto VI de la dicha declaración:

“...La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada...”

En salud mental, el concepto de red determinó la confluencia de estos dos recorridos históricos:

—De un lado sustituir un modelo centralizado por un modelo diversificado, una organización jerárquica por otra distribuida.

—Por otro lado, incorporar a la salud mental la necesidad de realizarla *en y con* a la comunidad a la que va dirigida.

Para el primer propósito a la red le basta con ser literal y así puede ser abordada y estudiada. Los modelos matemáticos empleados para el análisis de internet o incluso los modelos de redes que tratan de acercarse al funcionamiento neuronal están, hoy en día, bien desarrollados. En una red estudian, fundamentalmente, su estructura, el número de nodos, la conectividad pero, sobre todo, realizan diferentes medidas de centralidad que procuran hacer una descripción de cuál es el elemento central y cuáles son los elementos periféricos (centralidad de grado, centralidad de camino-

K). Hay también medidas de cercanía (que intentan cuantificar el nodo que posee la distancia más corta respecto a los demás) y medidas de intermediación (cuantifican la frecuencia o número de veces que un nodo se comporta como un puente de paso en el camino entre dos nodos distantes).

La red es esencialmente una metáfora, una forma de hablar de algo complejo. La red, en cuanto tal, no existe. No hay unos hilos que conecten unos puntos con otros, no tienen una realidad sino que es algo que se asemeja a otro algo. La metáfora de la red reposa no solo en la forma sino también en el sentido.

Mattelart propuso, en el desvelamiento de lo que subyace a metáfora, un descubrimiento médico: la visión microscópica de la piel como un entramado, como algo reticular, un tejido, en el que reposaban muchas de sus funciones: la forma, la protección ante lo frío, la barrera frente al exterior. Fue desde ahí cuando, a finales del siglo XIX y con la expansión del ferrocarril se comenzó a emplear la palabra red para hablar (también) del entramado constituido por vías, estaciones, cruces, movimientos de pasajeros.¹⁸ Más adelante la red de transporte derivó en una red de comunicación al ser empleada la metáfora para hablar de los hilos telefónicos, las centralitas y las conferencias. Y, en el presente, la red de redes, internet sigue a echar mano de esa misma metáfora para hablar de algo tan científico, tan complejo y tan moderno.

En esa piel-tejido anidan algunos de los sentidos que también atribuimos a las redes más allá de la matemática: con capacidad de contención, sostén y apoyo, otorgadora de protección y cobijo, extensa, flexible aunque fuerte.

De las redes se espera que:

- ayuden a mitigar el sufrimiento como esas otras redes extensas y elásticas que amortiguan la caída desde las alturas de los trapevistas o de los bomberos.
- eviten el descontrol: como esas otras redes de los marineros que capturan e impiden que el que entre en ellas salga por los agujeros.
- un sentido global: como esos planos de metro que indican las líneas

18 Hay quien propone que el ferrocarril fue también determinante en la idea (y necesidad) de un tiempo universal: los horarios. Hasta ese momento, en cada aldea o ciudad, el tiempo era sobre todo la diferencia entre el día y la noche, es decir, el tiempo de luz.

y los destinos.

– los déficits: como esas otras cuerdas con las que se atan los montañeros cuando ascienden a las cumbres y que permiten que unos puedan guiar de los otros, o tirar si desfallecen.

CONCLUSIONES

–El neodesarraigo puede ser una consecuencia de los programas residenciales así como de su posición y relación con la red asistencial.

–En cualquier recurso, a pesar de declararse como comunitario, pueden aparecer las dinámicas manicomiales que, en los nuevos sistemas de asistenciales siguen caracterizándose (como antaño) por la exclusión de la subjetividad y la inclusión de la institución.

–Un programa residencial debe estar alerta frente a la institucionalización que, en el siglo XXI genera arquitecturas del asentamiento, el equivalente actual de la arquitectura manicomial.

–Las valoraciones de los recursos residenciales deben ser periódicas y con una metodología específica que incluya, obligatoriamente, la restrictividad.

–Las arquitecturas del asentamiento pueden ser reconocidas como no-lugares psicosociales, con una estética y un habitar característicos.

–Las redes demasiado rígidas y universalizadoras contribuyen al asentamiento y neodesarraigo, haciendo de las personas:

–objetos que circulan por la red, de una manera infinita, de nodo a nodo, desplazándose en una equivalencia a la puerta giratoria de las unidades de agudos en búsqueda de un lugar: la unidad de rehabilitación, el piso, el centro de día, urgencias, la familia...

–sujetos sin proyecto propio, en los que el vínculo se establece entre su apatía y la oferta de actividad institucionalizada. –usuarios asignados a programas residenciales pero en los que el habitar quedará nuevamente sepultado por técnicas correctoras diseñadas para normalizar o por la paz entre demanda y encomienda.

–usuarios graves atrapados en los llamados recursos intermedios ya no definidos por ser lugares de paso sino por lo que siempre se queda a medias.

–En relación a la normativa, debe abrirse un nuevo debate alrededor del modelo actual que separa dispositivos básicos y complementarios, atención sanitaria y atención social puesto que la experiencia clínica y asistencial nos demuestra lo artificial de tales diferencias, en particular para las condiciones de severidad o gravedad.

–El trabajo en equipo, como las políticas asistenciales, implica decidir sobre cuestiones controvertidas, con opiniones diversas, que implican la técnica pero también la ética. La construcción de discursos que rehúyan el conflicto a través de la componenda superficial siempre termina en los mismos lugares: la institución y/o el abandono.

La planificación anticipada de decisiones en salud mental: una alternativa eficaz a la coerción en psiquiatría

Elena Gato Gómez

Psiquiatra. USM-1 HULA. Lugo

Correspondencia: elena.gato.gomez@sergas.es

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se estructura en dos partes: en primer lugar una revisión en torno a las prácticas coercitivas desde un punto de vista ético, legislativo y clínico, en segundo lugar el análisis de las alternativas actuales disponibles en la práctica clínica, en concreto la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental o Psychiatric Advanced Directives (en lo sucesivo PAD-SM). Por último unas conclusiones a la luz de la literatura revisada así como posibles recomendaciones en torno a la implementación de las PAD-SM en nuestro medio.

Esta investigación se enmarca desde la perspectiva que considera que el uso de medidas coercitivas durante el ingreso hospitalario siempre interfiere con la autonomía de las personas. Llegados a este punto, consideramos necesario definir qué entendemos por coerción. La coerción se considera la amenaza del uso de la fuerza y la aplicación de métodos de presión, como la sujeción mecánica, la medicación involuntaria o el aislamiento, entre otros. Esta experiencia de coerción puede llevar a la persona a internalizar el estigma de la enfermedad mental y la discriminación tras el alta, de tal manera que la forma en que las personas experimentan la coerción puede afectar a su sentido de sí mismo y de la identidad, aspectos cruciales para la recuperación de la enfermedad.

Los ingresos involuntarios y las medidas coercitivas en las Unidades de Hospitalización Breve son una práctica común en nuestro medio, sobre todo en pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Severo y más concretamente en pacientes diagnosticados de Esquizofrenia (1). Aunque, según la literatura revisada, para la mayoría de pacientes con el transcurso del tiempo los ingresos involuntarios tienen una carga menos negativa (2), existe otro grupo importante de pacientes para los cuales el ingreso no es visto como beneficioso, ni justificado (3), y que son los pacientes diagnosticados de Esquizofrenia los que tienen percepciones más negativas (4). Se ha sugerido que el ingreso involuntario y el uso de medidas coercitivas podrían tener una influencia negativa en el curso posterior de la enfermedad con el aumento del número de reingresos involuntarios en pacientes cuyo primer ingreso había sido involuntario (5), así como un efecto dañino en aspectos fundamentales como la relación terapéutica, la adherencia al tratamiento y el compromiso con los servicios de salud mental (5), (6), (7). Estos aspectos empeoran cuando las medidas coercitivas empleadas no son coherentes con la situación, cuando se perciben como injustas o cuando no hay espacios de seguridad para poder hablar sobre los episodios en los que han sido necesarias (5). En la mayoría de los estudios se refleja que la información y la toma de decisiones por parte del paciente amortiguarían los posibles efectos traumáticos de prácticas como el aislamiento, la sujeción mecánica o la medicación involuntaria (15).

Dicho esto, se considera que cualquier proyecto destinado a transformar estas prácticas en el campo de la salud mental ha de ser un proyecto ético⁸, es decir, que tenga al sujeto y los valores que le son inherentes en el centro de su práctica. Desde este punto de vista, los documentos de Planificación Anticipada en Salud Mental reunirían los elementos que podrían contrarrestar los efectos clínicos negativos del uso de las medidas coercitivas, así como solventar los problemas éticos que plantean, salvaguardando la autonomía del paciente y la relación terapéutica (10), (11), (12).

La PAD-SM es un proceso continuado de información, comunicación y apoyo a la toma de decisiones. Toma la forma de un documento de voluntades previas en el que el usuario cumplimenta una serie de decisiones en torno a su tratamiento para que, en momentos de crisis en los cuales su

capacidad se vea mermada, sean la guía para los profesionales, amigos y familiares. Se considera una oportunidad para fomentar una relación de confianza y diálogo entre la persona usuaria y el equipo profesional, así como con otras personas de confianza, dentro de un enfoque de empoderamiento y Derechos Humanos. Así mismo puede constituir una herramienta de autoconocimiento, disminución del autoestigma y fomento del empoderamiento.

Sin embargo estos documentos no están exentos de dificultades y problemas éticos, así como dificultades en su implementación. Se consideran como principales barreras en la literatura revisada: la falta de accesibilidad a los documentos y la oposición por parte de los profesionales a este tipo de prácticas (10), (11), (12).

LA COERCIÓN EN SALUD MENTAL. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CLÍNICOS

Para el grupo de ética de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) el cierre de las instituciones totales no ha significado el abandono de las prácticas manicomiales, en la cuales *se establecían unas relaciones de poder extremadamente asimétricas en las que el paciente perdía su consideración de sujeto y podía ser objeto de numerosas violencias y malos tratos. La transformación de estas relaciones de poder sería el objetivo de cualquier práctica que se considere terapéutica en salud mental* (8).

La coerción es la práctica psiquiátrica en la que la asimetría de las relaciones se hace más patente. Las formas más reconocidas y mejor estudiadas de coerción (coerción formal o institucionalizada) son el ingreso involuntario, la contención (corporal, mecánica y/o farmacológica) y el aislamiento. También son formas de coerción el tratamiento forzoso y las puertas cerradas de las instituciones psiquiátricas (10) así como la amenaza del uso de la fuerza o de dichas medidas de coerción como las antes descritas con el fin de que el sujeto acceda a ciertos tratamientos o realice determinadas conductas.

En la literatura revisada se muestra que la coerción puede dañar la dignidad y la autoestima de los usuarios, ser causa de un trastorno por estrés postraumático así como perjudicar la relación terapéutica y el acceso a los servicios de salud mental. Puede ser, además, causa directa del em-

peoramiento de la evolución del trastorno, con prolongación de los tiempos de estancias medias (10).

Por otra parte, aspectos como la percepción de justicia en el procedimiento, la información, el respeto, la empatía o la inclusión en las decisiones se relacionan con mejor pronóstico al cabo de un año (5). En concreto, se encuentra que la justicia percibida en el procedimiento del ingreso, esto es, si las acciones puestas en marcha tenían coherencia con la situación, se relaciona con visiones posteriores más positivas sobre los ingresos y con el grado de compromiso en el seguimiento (5). Estos resultados indican que los pacientes aceptarían el uso de medidas coercitivas si encuentran que son necesarias y acordes con la situación, y su uso *per se* no influiría en la visión posterior que éstos tienen de los ingresos (5). Sin embargo, la implementación de estas medidas debe ser revisada para poder paliar posibles efectos adversos a largo plazo. Se encuentra en el estudio de Sibitz y colaboradores (9) que el procedimiento del ingreso involuntario podría tener consecuencias como baja autoestima, sensación de vida puesta a prueba, cambios en la personalidad como desconfianza, estigma y discriminación después del ingreso, pero también aspectos positivos como aumento de disfrute por la vida y estabilidad o motivación para el compromiso político. Estos autores sugieren que los efectos negativos del tratamiento involuntario podrían ser atenuados a través del trato respetuoso y comprometido, no sobreextendiendo las medidas coercitivas, manteniendo rutinas, rituales y relaciones durante el ingreso involuntario y que el paciente tenga la sensación de seguridad y de ser cuidado. Por lo tanto, integrar la perspectiva de los usuarios durante el ingreso es imprescindible para mejorar la atención en las unidades de hospitalización, así como permitir que los pacientes puedan tener el espacio y la posibilidad para hablar de esta experiencia con la familia, otros usuarios y profesionales, en forma de grupos de discusión o grupos de autoayuda (9).

ASPECTOS LEGISLATIVOS Y ÉTICOS DE LA COERCIÓN

Desde el punto de vista legislativo, en nuestro medio se podría considerar que el sometimiento de una persona a las medidas de coerción aquí consideradas (sujeción y aislamiento forzado) afectaría a los derechos funda-

mentales recogidos en la Constitución Española: derecho a la integridad física y moral y a no ser sometido a tratos inhumanos o degradantes (art 15. CE); a la libertad y a la seguridad y a no ser privado de la misma excepto en los casos y forma previstos en la ley (art. 17.1 CE), a la intimidad personal, al honor y a la propia imagen (art.18.2 CE) (13).

En el artículo 10 de la CE también se expresa que *“La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”*. Igualmente se reconoce que *“las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los Tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España”* (13).

En cuanto a la legislación nacional en materia sanitaria, la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, refleja en sus principios generales (art.2.2 y 2.3) (14): *“Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”*, lo cual se haría extensible a las prácticas coercitivas.

El dos de diciembre de 2010 el Tribunal Constitucional a iniciativa del juzgado de 1ª instancia nº 8 de A Coruña, en relación a los párrafos 1º y 2º del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 por la cual se regulan los internamientos no voluntarios de los pacientes psiquiátricos, declara inconstitucionales dicho párrafos e insta al legislador a regular a la mayor brevedad el internamiento no voluntario por carácter psiquiátrico mediante ley orgánica, para que sea acorde con el reglamento de nuestra Constitución. Se señala además que toda persona ingresada de modo involuntario en un Centro, ya sea de carácter sanitario o asistencial, gozará de todos los derechos legalmente previstos tendentes a salvaguardar su dignidad, su relación con familiares, comunicaciones, etc. Cualquier restricción a estos derechos (confinamientos, aislamientos, etc.) deberá ser especialmente indicada y motivada,

dejando constancia en el historial por el profesional competente y sometida a particular control judicial, que será previo cuando las circunstancias lo permitan. De otro modo se comunicará al Juez a la mayor brevedad posible, al objeto de que se proceda a su evaluación (8).

Para Leal y col., se introduce en este punto, *la trascendental cuestión de la salvaguarda de las medidas especialmente restrictivas de derechos, que pueden darse en las unidades y centros de hospitalización y se aboga porque dichas medidas estén sometidas a control judicial*. Así lo expresó también el Defensor del Pueblo del Estado en un informe de fecha 11 de noviembre de 2005, citado en el mismo artículo, en los siguientes términos: “Es preciso regular las medidas de contención mecánica a las que pueden ser sometidos los pacientes que se encuentran internos en un centro médico y la ordenación de los tratamientos especialmente invasivos. Si bien es cierto que con las modificaciones legislativas habidas se ha conseguido una regulación detallada en lo que respecta al proceso que debe seguirse para el internamiento voluntario o involuntario del paciente, una vez dentro de dicho centro, el legislador no ha contemplado el régimen de garantías de estas personas, dejando al libre arbitrio de cada hospital la regulación de esas cuestiones respecto de sus pacientes” (Grupo de “Ética y legislación” AEN 2012) (8).

Por lo tanto, la autorización judicial de internamiento recogida en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil no llevaría implícita la restricción del derecho a la libertad individual producida cuando los facultativos prescriben al paciente medidas de contención mecánica sin la aceptación de aquél. Desde un punto de vista jurídico, se consideraría más adecuado, según Leal y col., que, en los casos de contención mecánica, no consentida por el paciente, se solicite la correspondiente autorización judicial, cuando dichas medidas no vayan a tomarse de inmediato, o bien, cuando por razones de urgencia hayan sido adoptadas, informar al juez. Igual autorización judicial debería recabarse cuando la persona internada ve limitado alguno de sus derechos como consecuencia del régimen de vida existente en el centro (llamadas, visitas, salidas). El Juez, antes de decidir, podría recabar la opinión de Comités de ética o instituciones con competencia en la protección de los derechos de los pacientes (8).

A nivel europeo destaca la gran heterogeneidad de las legislaciones y prácticas, tal y como se recoge en el estudio EUNOMIA, citado por Leal y col (8). El estudio de Priebe y colaboradores, publicado en 2010 y realizado en 11 países europeos, entre ellos España, analizó las visiones de los pacientes sobre los ingresos involuntarios. Estos autores sugieren que las diferencias entre las legislaciones y la práctica clínica durante el procedimiento del ingreso involuntario en los distintos países objeto de estudio podría estar relacionada con las diferentes opiniones que los pacientes tienen de los ingresos. Así, países con leyes muy protectoras obtienen mejores resultados que países con leyes menos protectoras, situándose España en el rango medio (4).

En el ámbito internacional, Naciones Unidas en diciembre de 2006 desarrolla la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo ratificados en España, con el propósito de *“promover, proteger y asegurar el goce pleno y condiciones en igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente”*. Sin embargo existen todavía muchos obstáculos para la adecuación de la legislación española a la aplicación de dichas recomendaciones, según Leal y col. (8). Estos autores citan varias iniciativas parlamentarias que se han llevado a cabo en el estado y en algunas autonomías, en general en forma de Propositiones No de Ley, con el objetivo de regular/reducir el uso de la contención mecánica. En noviembre de 2016, Ciudadanos presenta la Proposición No de Ley 161/000707 relativa a la eliminación de las sujeciones mecánicas en el ámbito asistencial, para ser discutida en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados. El texto de la proposición se refiere a los centros geriátricos. Podemos, en la discusión y enmiendas, introducir la Salud Mental. Esta Proposición No de Ley, que se cita aquí por entero, (8) se aprueba en junio de 2017:

La Comisión de Sanidad y Servicios sociales, en su sesión del día 16 de mayo de 2017, ha acordado aprobar con modificaciones la Proposición no de Ley relativa a la eliminación de la sujeciones mecánicas en el ámbito asistencial, presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos y publicada en el “BOCG. Congreso de los Diputados”, serie D, núm. 43. De 3 de noviembre de 2016 en los siguientes términos: El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Realizar los cambios normativos precisos, tras acuerdo en el Consejo interterritorial de Salud, y con respeto a las competencias de las Comunidades Autónomas, para que se proceda a solicitar a todos los centros y residencias geriátricos o centros de asistencia a personas con enfermedades mentales o neurodegenerativas, a llevar un registro que incluya al menos los siguientes conceptos: Número total de pacientes, estado mental de los pacientes, número de pacientes con sujeción mecánica, causa que motiva la necesidad de la misma, medicación que reciben los pacientes y fecha y motivo de instauración, caídas sufridas por los pacientes, número de fracturas, heridas y úlceras por decúbito y necesidad de alimentación forzada.

2. Realizar los cambios normativos precisos, tras acuerdo con el Consejo interterritorial de Salud, y con respeto a las competencias de las Comunidades autónomas, para que se proceda a hacer obligatoria la revisión periódica de la necesidad o no de sujeción mecánica por parte de un facultativo del Sistema Nacional de Salud ajeno al centro y sin relación alguna con personal o propietarios que pudiera suponer conflicto de intereses. Dicho facultativo pertenecerá idealmente al centro de salud del área donde esté localizada la residencia o centro de asistencia del que se trate.

3. Establecer un programa, tras acuerdo en el Consejo interterritorial de salud, de instauración progresiva de eliminación de las sujeciones mecánicas mediante la adopción de incentivos para aquellas residencias o centros que se inclinen por un sistema libre de sujeciones. Dichos incentivos incluirán la priorización de dichas residencias en los concursos, así como, si fuera el caso, mejoras en las condiciones económicas de los mismos.

4. Promover mediante cambios en la normativa de edificación las reformas arquitectónicas y de mobiliario necesarias para disminuir la necesidad de sujeciones.

5. Promover, tras acuerdo en el Consejo Interterritorial de Salud, y con respeto a las competencias de las Comunidades autónomas, el establecimiento de un horizonte temporal para eliminar los concursos a entidades que no se hayan adherido a un programa de eliminación de sujeciones.

6. Establecer un procedimiento de evaluación de las medidas tomadas.

Distintos parlamentos autonómicos han realizado Propositiones No de Ley para regular/reducir el uso de estas medidas. Sin embargo los cambios han sido lentos y escasos: la implementación de un registro de contenciones

mecánicas, por ejemplo, no ha sido efectivo en todas las comunidades.

Desde la perspectiva ética, el trabajo en salud mental surgiría en el total respeto al sujeto y a su autonomía como valor fundamental. La simple normativa no es suficiente para la evitación de las prácticas coercitivas, sino que serían necesarios, para Leal y col., cambios a nivel estructural en las organizaciones de los servicios, en los espacios de las unidades de internamiento, en la formación y en las condiciones de trabajo de los profesionales (8).

Mientras estos cambios no se llevan a cabo, es en la práctica diaria donde surgen los principales dilemas éticos, cuando las condiciones no son las deseables y hay que elegir entre los principios éticos y sus jerarquías. En salud mental estas decisiones giran en torno a dos ejes, la seguridad del paciente y su entorno (principio de beneficencia y mejor interés) y la autonomía del paciente, el cual no siempre va tomar decisiones acordes con el principio de beneficencia, a juicio de facultativos y familiares. Pueden darse situaciones en las que el respeto a la autonomía puede tener consecuencias catastróficas (suicidio, agresión) así como que, el considerado mejor interés para el paciente, determinado por el facultativo (tratamiento involuntario, sujeción mecánica) puede redundar en un daño y perjudicar la evolución de su enfermedad (actuación contraria al principio de no maleficencia).

Leal y col. citando a Max Weber, dividen la ética en tres tipos, la “ética de la convicción”, la “ética de los resultados” y la “ética de la responsabilidad”. La primera se vería determinada por los juicios morales sin valorar los resultados, mientras que la segunda estaría enfocada en los resultados. Ambas estarían en una posición de absoluto y por lo tanto totalmente confrontadas. La tercera, alternativa propuesta por Weber, según Leal y col., la ética de la responsabilidad (8) sería la que buscaría un “proporcionalismo ético” (Weber citado por Leal y col.). La obtención de ese proporcionalismo ético está unida al juicio prudente que, en el caso de la salud mental, debería ser efecto de la articulación y reflexión de todos aquellos que intervienen en la toma de una decisión. Para ello hace falta, como señalamos anteriormente, que haya condiciones, las más adecuadas para que el juicio prudente sea posible. En este sentido Planificación Anticipada de Decisiones en psiquiatría aparecería como una alternativa en que este “juicio prudente” se podría articular teniendo en cuenta todos los actores de la decisión, incluido el sujeto.

Considerando la coerción como un acto no terapéutico y como un fracaso de la práctica clínica, los profesionales deben estar motivados a buscar otras soluciones que puedan evitar estas prácticas. Leal y col. citan como posibles cambios necesarios para caminar en esa dirección los resumidos en los siguientes puntos que reproducimos aquí al completo por su interés.

a) En el ámbito legislativo, la aplicación rigurosa de las diversas normativas protectoras que contempla la Ley y los desarrollos legislativos que sean necesarios pensando en políticas sustentadas en derechos humanos y principios éticos.

b) Apoyo de los gobiernos, las organizaciones de usuarios y familiares, y las organizaciones profesionales. El desarrollo de conciencia de los profesionales y su compromiso activo con modos de hacer regidos por los valores inherentes a las personas.

c) La modificación, también en las organizaciones y sus gestores, tanto en sus actitudes, como en la creación de espacios en que se produce la atención, para que estos no sean hostiles y, al contrario, faciliten la experiencia de ser contenidos a todos aquellos, usuarios y profesionales, que son partícipes de una situación de la persona en momentos especialmente difíciles (8).

Por último, para estos autores, combatir la coerción requiere un cambio radical de paradigma y éste no puede tener lugar en un solo ámbito sino que serían necesarias las iniciativas políticas, los cambios de legislaciones preventivas actuales, el empoderamiento de los usuarios, la lucha contra el estigma, la creación de nuevos dispositivos o la adecuación de los actuales para las situaciones de crisis (8). En este sentido, los documentos de PAD-SM y su aplicación pueden ser un instrumento importante, como pasamos a analizar en la siguiente parte de este trabajo.

LAS ALTERNATIVAS A LA COERCIÓN: LOS DOCUMENTOS DE PLANIFICACIÓN DE DECISIONES ANTICIPADAS EN SALUD MENTAL

Definición y generalidades

Considerando una práctica clínica centrada en la recuperación, la autonomía y el empoderamiento, la PAD-SM puede ser una alternativa en el manejo de problemas de salud mental y más considerando el marco es-

tablecido por la Convención sobre los Derechos para las Personas con Discapacidad de 2006 (CDPD a partir de aquí). En este marco se propone que, a diferencia de un enfoque centrado en la evaluación de la capacidad, se opte por un enfoque que facilite los apoyos necesarios para garantizar el ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental (11). Las personas siempre son titulares de derechos como el ejercicio de la capacidad y el libre consentimiento, pero en circunstancias en las que el ejercicio de la capacidad está dificultado por una discapacidad, se deben proveer apoyos para ejercer los derechos (10).

La introducción de los modelos de PAD-SM se plantea desde el apoyo a la toma de decisiones en lugar de una sustitución en la toma de decisiones (11). Son instrumentos para tratar de garantizar la libertad para tomar decisiones propias, como se señala en el marco de la CDPD, en el que no se hablaría de paciente “capaz”, sino de capacitar al paciente con los apoyos que requiera para que pueda ejercer su derecho a decidir (10), (11).

En este sentido, para Moreno y col., la participación activa de los usuarios en la toma de decisiones que afectan a su vida y a su salud ya tiene un valor en sí misma, con independencia de los resultados que se obtengan y del nivel de funcionamiento (10).

En la PDA-SM, el paciente accedería a un documento en el que podría expresar como quiere ser tratado en el caso de padecer una crisis en el futuro. Existen numerosos modelos en la práctica clínica: desde formularios en los que el paciente, sin la supervisión de los profesionales, expresa por escrito sus preferencias, hasta documentos que consisten en procesos de información y comunicación entre profesionales, usuarios o familiares, donde por escrito se reflejan tanto aspectos clínicos, como asistenciales, como sociales que serán guía durante las situaciones de crisis, denominados comúnmente Planes de Crisis Acordados. Son una variante que implicaría un proceso de decisión conjunta entre usuarios y profesionales sanitarios que tiene como objetivo que los usuarios adopten un papel más activo en las decisiones que afectan a su salud (10), (11). En ambos casos, el documento ha de estar disponible para el personal que atienda al paciente en el caso de padecer una crisis en el futuro (se puede incorporar a la historia o estar en un registro). Puede tener carácter legalmente vinculante, éticamente vinculante o ambos.

Otro modelo en la literatura es el contrato para ingreso por iniciativa propia o Contrato de Ulises; es el contrato, que se ofrece al usuario en el que se especifican los objetivos del programa y las condiciones bajo las cuales puede ingresar sin consultar con su médico por voluntad propia, reservando el hospital camas para este uso. Mientras dura el contrato, el paciente continúa recibiendo el tratamiento habitual pudiendo ser ingresado, incluso en contra de su voluntad si fuese necesario. Se constata, con el uso de este instrumento, un aumento de la autoestima y la autonomía del paciente, una recuperación de la función “asilar” o de “refugio” del hospital, una reducción en los tiempos de estancia y una reducción de la coerción, incluyendo una notable disminución del número de ingresos involuntarios.

Lo importante de este tipo de directrices es que permite a las personas con enfermedad mental manejar su enfermedad anticipándose al episodio crítico en el que saben que van a rehusar tratamiento. Muchos pacientes se autovinculan para prevenir el deterioro y la necesidad de ingresos involuntarios. En EEUU y Canadá son ampliamente disponibles (15).

Para Moreno y col. el programa de contratos para el ingreso por iniciativa propia es sugerente y podría emplearse como factor de empoderamiento en conjunción con las PAD-SM (10).

ASPECTOS HISTÓRICOS

Las PAD-SM surgen inspiradas por el “testamento psiquiátrico” de Szasz; las PAD-SM fueron inicialmente designadas para favorecer la autonomía del paciente permitiéndole establecer preferencias por o en contra de determinados tratamientos (Szasz 1982, citado por Nicaise) (12).

Thomas Szasz sugirió la noción de un “testamento psiquiátrico” en los tempranos 1980. Este incluía la posibilidad de que el paciente expusiese su aceptación o rechazo al tratamiento psiquiátrico. La primera decisión legal ocurre en los EEUU en 1991 cuando la Corte de Nueva York denegó la autorización para la realización de Terapia Electro Convulsiva en el caso de Rosa M. La Corte se basó en los deseos expresados por la paciente en una breve declaración firmada. Se determinó que el hospital debía respetar la decisión de una paciente competente en torno a ciertos procedimientos

médicos, incluso después de la pérdida de capacidad y en ausencia de un mejor interés para el estado (15).

Posteriormente estos documentos se fueron reconociendo ampliamente en EEUU y en otros países occidentales con diversas denominaciones como Directrices Avanzadas, Testamento Psiquiátrico, voluntades psiquiátricas avanzadas etc. (15).

PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN SALUD MENTAL FRENTE A VOLUNTADES ANTICIPADAS AL FINAL DE LA VIDA

En este punto compararemos las características de estos documentos resaltando sus diferencias. El fundamento legal de ambas sería el mismo pero existen una serie de diferencias: primero, las personas que ejecutan las directrices al final de la vida normalmente hacen decisiones sobre tratamientos que nunca han tomado antes. Los pacientes de salud mental, al contrario, están normalmente gestionando una enfermedad crónica con una naturaleza episódica y por lo tanto han tenido previamente mucha experiencia con la medicación. El fin de las directrices avanzadas es mejorar la dignidad y la autonomía al final de la vida, mientras que el objetivo de las directrices avanzadas de psiquiatría es maximizar la recuperación, minimizando intervenciones no deseadas y tratamiento no deseado. Las directrices al final de la vida se usan en una única vez, aunque pueden estar sujetas a modificaciones, mientras que las directrices de salud mental pueden ser usadas en varias ocasiones (15). Por último, destacar que, mientras que en nuestro país existe un registro para las Voluntades Anticipadas al final de la Vida, en el caso de la Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental no existe todavía un registro legal; en el caso del Servicio Andaluz de Salud, su registro se realiza en la historia clínica y no tiene carácter legalmente vinculante (18).

MODELOS, USOS Y CONTENIDO

Existen diferentes modelos y usos de los documentos de PAD-SM en la revisión realizada en la literatura. Existen de forma general tres tipos de documentos de PAD-SM según las diferentes legislaciones, aquellas entendidas

como herramienta legal, regulada a través de una legislación específica que las recoge en un registro público, a semejanza de las voluntades anticipadas al final de la vida, aquellos modelos que cuya conceptualización es como herramienta clínica, constituyéndose como un proceso de diálogo, de toma de decisiones, de identificación de factores de riesgo, de tratamientos y alternativas terapéuticas, que es recogida en la historia clínica, y por último aquellos documentos que comparten ambas características (10).

Las PAD-SM en sus orígenes eran documentos que comprometían al usuario y eran un documento exclusivamente legal, que era el documento más común de PAD-SM en los EEUU. Sin embargo, las ratios de puesta en marcha eran muy bajas, por lo que se fueron añadiendo otros elementos para motivar a los usuarios: sesiones de entrenamiento y formación para los usuarios, panfletos explicativos, facilitadores o el uso de un escenario hipotético. Este tipo de PAD-SM se llamaron facilitadas porque el usuario recibía “ayuda” para completar los formularios de PAD-SM. En este ejemplo todavía no estaban implicados los clínicos. El tercer tipo de PAD-SM que surge posteriormente, sobre todo en Reino Unido, son los Joint Crisis Plan. Este tipo de PAD-SM involucraría a los usuarios y los clínicos de salud mental en un complejo proceso de negociación, así como otras terceras personas como amigos, parientes o un gestor de casos (12). Es el modelo seguido actualmente en el Servicio Andaluz de Salud Mental.

En su uso como herramienta clínica, los “Planes de Crisis” (Joint Crisis Plan) se conceptualizan como un proceso de información, asesoramiento y diálogo sobre las preferencias relacionadas con la atención en salud mental, incluyendo la elaboración de un documento de PAD-SM o cumplimentación de forma facilitada del documento conjuntamente con el usuario, representante del usuario y profesionales (11).

Según Swartz, citado por Nicaise, existirían tres funciones de la PAD-SM: prescripción (elección de opciones), proscripción (rechazo del tratamiento) y decisión subrogada durante la crisis (12).

La prescripción es una de las funciones básicas de la PAD-SM y está apoyada por varios marcos teóricos. Existe una gran variedad formal de documentos de PAD-SM que en la literatura revisada que reflejan la elección de opciones de los pacientes. En algunos estados de EEUU los documentos

de PAD y sus contenidos vienen determinados por la ley. La información básica de todas la PAD-SM cubre las preferencias de los usuarios en relación con la medicación y el hospital, la información sobre los síntomas de recaída y crisis, las personas que deben ser informadas, generalmente los clínicos habituales del usuario, sus parientes o amigos, y cuando la opción existe, el agente de decisión subrogada. La siguiente información clínica puede ser incluida también: factores protectores y métodos de desescalada, instrucciones para el personal durante el ingreso, información suplementaria sobre alergias y efectos secundarios de la medicación, elecciones específicas como la Terapia Electro Convulsiva y el reciente historial médico. Existe un consenso en torno a esta información en los diversos estudios encontrados (12).

Además, en algunos estudios, se muestra que los usuarios están interesados en añadir directrices que no competen al tratamiento a la PAD-SM: cuidado de los dependientes, prohibiciones de visitas de familiares, instrucciones en relación con finanzas, cuidados de mascotas, preferencias de dieta así como otras personas con las que contactar. El valor de estas directrices es visto como muy positivo para aumentar la autonomía de los usuarios (12).

La proscripción o rechazo del tratamiento, sin embargo, el cual era el principal propósito del testamento psiquiátrico de Szasz, es todavía uno de los más controvertidos temas en la literatura. En un estudio comparando varios modelos de PAD-SM en la literatura, Atkinson, citado por Nicaise, mostraba que la opción de rehusar el tratamiento está principalmente apoyada por usuarios y miembros de asociaciones de apoyo a usuarios, especialmente cuando la PAD es legalmente vinculante; los psiquiatras suelen ser los menos partidarios de esta opción (12).

La función de decisión subrogada, para Nicaise, puede ser controvertida. Aunque este modelo no está disponible en Reino Unido, sí es posible solicitarlo en EEUU, siendo el documento de PAD-SM más utilizado en EEUU por los clínicos. En general los usuarios suelen designar un agente subrogado con la idea de poder rehusar el tratamiento, con lo que estaríamos en el escenario de “autonomía” del paciente, la dificultad de este tipo de documentos es la de encontrar una persona que pueda tomar este papel. En la mayoría de los casos, las decisiones se toman por “el mejor in-

terés”, siendo en ocasiones contrapuestas a las que en principio el paciente desearía y pudiendo favorecer litigios entre usuario y persona designada como representante, lo que acarrearía problemas legales que analizaremos en otro apartado (12).

ASPECTOS CLÍNICOS Y ASISTENCIALES

La PAD-SM es una intervención útil, en todo caso, a la hora de reducir los ingresos involuntarios. Se han publicado cuatro Ensayos Clínicos Randomizados con 739 pacientes seguidos durante 12-18 meses para estimar el efecto de la PAD sobre el número de ingresos no voluntarios. El metanálisis de De Jong encuentra que la PAD es eficaz para disminuir los ingresos involuntarios, encontrando una reducción del 23% del riesgo (De Jong et al, 2016) frente a intervenciones como el tratamiento ambulatorio involuntario, las intervenciones basadas en el refuerzo de la adherencia mediante la coerción que no redujeron significativamente hospitalizaciones involuntarias (10).

Asimismo, se observa una reducción de las intervenciones coercitivas tanto en relación a los documentos de PAD-SM como herramienta legal exclusivamente como en el caso de procesos de PAD-SM como herramienta clínica (11).

Por otra parte, no está claro qué factores median entre la intervención y sus beneficios a la hora de reducir los ingresos involuntarios: la mejoría clínica, el insight, la adherencia, la relación terapéutica y el funcionamiento previo no siempre se han encontrado asociados a su eficacia. (10)

A través de la literatura se han propuesto tres puntos para explicar los posibles beneficios clínicos que la PAD-SM podrían aportar. (12)

- a) Impulsar la autonomía del usuario.
- b) Mejorar la relación terapéutica.
- c) La integración de cuidados a través del trabajo de los servicios de salud mental trabajando coordinados.

Estos tres puntos pueden afectar a tres niveles de acción de la intervención: el nivel del usuario o su nivel intrapersonal, el nivel de la relación del usuario con sus amigos o familiares y clínicos y el nivel de organización de

cuidados o institucional (12). Sin embargo es difícil encontrar estudios que especifiquen resultados de acuerdo con cada uno de estos tres niveles, siendo más frecuente que se midan resultados en forma de número de ingresos involuntarios y no como satisfacción personal del usuario por ejemplo, o grado de relación (12).

En el nivel del usuario, se ha visto que las directrices avanzadas podrían motivar la adherencia a los planes de tratamiento, mejorar la continuidad del cuidado, la movilización de recursos así como mejorar el manejo de las crisis (15). Winick, citado por Morrissey, cita un número de beneficios terapéuticos incluyendo la facilitación de cuidado preventivo, el empoderamiento del paciente, la prevención de futuras situaciones de incapacidad, la reducción del estrés y la ansiedad, el aumento de la autoestima y de la capacidad para tomar decisiones, así como la mejora de la capacidad de negociación y el aumento de la confianza. Se observa también una menor incidencia de autolesiones y violencia hacia terceros en personas que han realizado el proceso, así como reducción de eventos adversos. Además se hace referencia a la reducción de noches en prisión y de contactos con los sistemas judiciales. (10)

Algunos de los clínicos a favor de las directrices avanzadas creen que el mayor beneficio es que este instrumento fuerza a los psiquiatras a escuchar a los pacientes (15). Las directrices avanzadas proveen un marco donde el paciente puede hablar sobre su historia, sus aspiraciones y deseos en torno a la recuperación y participar en un diálogo con los proveedores de servicios (15). Algunos pacientes sienten que nadie realmente ha escuchado sus deseos y que todas las decisiones tomadas por “el mejor interés” han sido catastróficas. Los pacientes que pueden participar en su recuperación llegan a objetivos con mayor probabilidad que aquellos que permanecen desconectados de la misma. La experiencia internacional enseña que la participación activa en el cuidado mejora la recuperación (no sólo en salud mental) (15).

Por lo tanto, y teniendo en cuenta el segundo punto, la PAD-SM puede, como se constata en la literatura, promover una forma de relación colaborativa, en vez de situar a los agentes de salud como adversarios para los pacientes que han sufrido numerosas hospitalizaciones involuntarias. Esta mejora de la relación profesional-usuario constituye otro aspecto nombrado

con frecuencia. Se resalta la mejora de la comunicación entre profesional y usuario, el aumento de la implicación del usuario en la interacción, la creación de una relación profesional-usuario más igualitaria y un aumento de la confianza (11). La mejora de las relaciones con la familia constituye otro aspecto nombrado en la literatura. De modo general, se señala un aumento de la satisfacción de los usuarios en la atención recibida tanto en formatos legalmente vinculantes como en formatos con apoyo en el proceso de implementación (11).

Se resalta positivamente la contribución en la recuperación de la persona y la mejora de la calidad asistencial, el aumento de la disposición a seguir siendo atendido por los servicios de salud mental y la mejora de la adherencia a los tratamientos y la medicación. La utilidad clínica se menciona tanto en su uso como herramienta legal como en su aplicación como herramienta clínica (11).

Finalmente se observa como utilidad el aumento de la relación coste-eficacia en la atención a la salud mental. En este sentido, se constata una disminución del número de hospitalizaciones en servicios de salud mental, así como ingresos involuntarios, tratamiento involuntarios, días de hospitalización, y días en unidades de salud mental, paralelamente a un aumento del uso de recursos de Atención Primaria, contactos con enfermería de enlace y servicios sociales. El aumento de la relación coste-eficacia se destaca tanto en el uso de las PAD-SM como instrumento legal como en la aplicación de las PAD-SM como herramienta clínica y en el formato de los Contratos de Ulises. (11)

ASPECTOS LEGISLATIVOS Y ÉTICOS DE LA PAD-SM

El Artículo 11 de la Ley 41/2002 de nuestro país recoge “una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud” (14).

Aunque el desarrollo de la ley se ha centrado casi exclusivamente en instrucciones previas al final de la vida, este es el fundamento legal de las PAD-SM.

La aprobación de la convención sobre los Derechos Humanos de las Per-

sonas con Discapacidad (CDPD) en 2006 estableció un nuevo marco para el reconocimiento de los derechos humanos en salud mental. En diferentes informes procedentes del ámbito internacional, europeo y español se han constatado situaciones de vulneración de los derechos humanos en los servicios de salud mental que se encuentran en contradicción con los principios establecidos en la CDPD, como son el reconocimiento de la personalidad jurídica, el acceso a la justicia, la libertad y la seguridad, la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido/a en la comunidad, la libertad de expresión, opinión y acceso a la información, el respeto a la privacidad y acceso a la atención sanitaria.

La vulneración de los derechos de las personas usuarias de salud mental se ha relacionado con aspectos institucionales, prácticas inadecuadas, ausencia de formación y condiciones de trabajo que favorecen el distanciamiento con los pacientes y con las emociones por parte de los profesionales. Se describe en la literatura como posible estrategia para contrarrestar este tipo de situaciones el uso de documentos de PAD-SM, ya que permiten un margen de decisión por parte del usuario y son en muchos casos legalmente vinculantes. (11)

Partiendo del marco establecido en la CDPD, el Consejo de Europa recomienda a los Estados miembros la promoción e la autodeterminación a través de la introducción o modificación de legislación sobre voluntades anticipadas y documentos de autorización de representantes (11).

En el contexto español (Servicio de Salud Mental de Andalucía), las preferencias expresadas en las PAD-SM son éticamente vinculantes, aunque en el momento actual no tengan carácter legalmente vinculante. Por tanto es relevante que en la atención en Salud Mental se tenga presente lo expresado en los documentos de PAD-SM. En la literatura se describe un grave riesgo de ruptura de la relación terapéutica y de confianza en los profesionales cuando no se siguen las instrucciones de los pacientes en este tipo de documentos (15).

Por otra parte, en la literatura revisada, se destacan los problemas éticos que pudieran surgir en el ejercicio de la negativa al tratamiento, cuando ésta es contraria al principio de beneficencia. En el Reino Unido un estudio encuentra que hasta el 45% de los usuarios que realizaron la cumplimen-

tación de formularios de PAD-SM manifestaban su rechazo al tratamiento. Algunas de las características de estos usuarios incluían como más frecuentes: los ingresos involuntarios, la coerción percibida durante el ingreso, la relación terapéutica entre el usuario y los servicios de salud, el número de ingresos durante los dos últimos años, el compromiso con el autocuidado y la etnia, siendo más probable en inmigrantes y en negros que en blancos, lo cual podría sugerir que existe una diferencia de trato entre unos y otros en los servicios de salud mental (16).

Henderson y col. exponen que la regulación del tratamiento en salud mental debe ser el mismo que para los cuidados generales de salud, esto es, basado en las decisiones del paciente y en el mejor interés. Por lo tanto, el rechazo al tratamiento no puede ser desvirtuado u obviado en la base de una legislación de salud mental diferente de la general, sobre todo en estos casos en los cuales existen grandes compromisos con la salud de los pacientes, como son los rechazos a tratamientos informados y previos, gracias a la PAD-SM. El deber del estado y de los profesionales es hacer cumplir las declaraciones de la Convención de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad y no poner barreras al respeto de los deseos y formas de cuidado de los usuarios. (16)

DIFICULTADES DE IMPLEMENTACIÓN Y LIMITACIONES

Los estudios revisados reflejan diferentes limitaciones que pueden estar en relación con el propio usuario, familiares y amigos, relacionadas con los profesionales y relacionadas con la institución.

En relación a las personas usuarias de servicios de salud mental, se mencionan como limitaciones potenciales: las dificultades en la comprensión y la capacidad de decisión, la falta de conocimientos y motivación, la complejidad de los formularios, la vivencia de estrés en el proceso de cumplimiento del formulario o un impacto emocional relacionado con la revisión de experiencias pasadas (11). Son otras barreras adicionales identificadas el nivel sociocultural o las características de la enfermedad a la hora de cumplimentar el formulario (11).

En el caso de personas con problemas en el establecimiento de relaciones personales se prevén dificultades potenciales en la elección de una persona

representante, que puede cambiar en el proceso de crisis, si la persona designada no toma las decisiones de acuerdo con las preferencias del paciente, lo cual se ha señalado que podría ser causa de problemas legales (11). En el caso de no respetarse la voluntad expresada por el usuario se prevé un riesgo de empeoramiento de la relación terapéutica y una sensación de desempoderamiento por parte de los usuarios/as. Otro punto importante señalado en los estudios sería la capacidad en el momento de cumplimentación del formulario y el proceso de su evaluación, en el sentido del establecimiento de un adecuado equilibrio entre el principio de autonomía y los principios de beneficencia y no maleficencia. Por otra parte, se destaca la accesibilidad a los documentos como otro punto importante que supone una limitación para su uso (15).

En relación con los familiares u otras personas de confianza del contexto social, se prevén potenciales dificultades en el proceso de elección y designación de los representantes, en el ejercicio de su rol y en el proceso de seguimiento de las preferencias expresadas en los documentos de PAD-SM (11).

En las limitaciones relacionadas con los profesionales se señala el riesgo de una falta de accesibilidad al documento de PAD-SM y una escasez de tiempo para llevar a cabo un proceso de PAD-SM (11). Otro punto importante es el escepticismo de los profesionales frente a estas medidas, la dificultad de un seguimiento durante la crisis cuando los profesionales que cumplimentan las PAD-SM no son los mismos que aquellos que intervienen en las crisis así como una dificultad para reconocer las preferencias de los pacientes por distintos motivos (15) a pesar del carácter legalmente vinculante y que se relaciona con dificultades en su seguimiento, especialmente en el caso de las preferencias no clínicas, actitudes negativas, así como una falta de conocimiento y formación específica (11). También se hace referencia al riesgo de una aplicación de los procesos PAD-SM en contra del interés de los usuarios o como un ejercicio de presión. En este sentido, se señala el riesgo que tendría limitar la PAD-SM a un contrato de adherencia, como un mero formulario, sin un proceso de toma de decisiones consensuado por parte de usuarios, familiares y profesionales (11).

Entre las potenciales limitaciones en el ámbito organizacional se mencionan la falta de promoción del modelo por parte de instituciones estatales,

así como una falta de recursos para la implementación. Además, se constata la existencia de barreras legales, entre ellas conflictos entre las preferencias expresadas en las PAD-SM y las órdenes de tratamiento, así como restricciones legales en caso de personas menores de edad. Estas limitaciones se nombran tanto en caso de su uso como instrumento como su uso como herramienta clínica (11).

En el estudio de Farrelly y col. se analizan las dificultades para la implementación de un Plan de Crisis Acordado en el caso de pacientes enfermos de psicosis mediante el encuentro con 50 usuarios y 45 clínicos en grupos de discusión. Los resultados indicaban que las barreras para el compromiso de los clínicos eran: la ambivalencia en torno al plan de cuidados, la percepción de que “estaban ya realmente llevando a cabo las PAD-SM”, cuando esto no era así, la preocupación en torno a lo “apropiado” de las decisiones sobre los cuidados que tomaban los pacientes, la limitada accesibilidad de los usuarios para los documentos de PAD y para la toma de decisiones. Este autor concluye que los clínicos necesitan más trabajo y formación destinados a conocer esta práctica clínica y las implicaciones éticas y legales de la PAD en salud mental (17).

Los retos de este modelo incluyen los siguientes: el derecho del paciente para ser consultado, implicado e informado sobre sus cuidados, los riesgos de abuso de poder, las experiencias de los pacientes que pueden afectar a la adecuación de un tratamiento u otro y la pérdida de compromiso del paciente cuando se toman decisiones en las cuales no se les ha tenido en cuenta (17).

Farrelly encuentra que la principal dificultad para la implementación de los Planes de Crisis Acordados en Inglaterra es el escepticismo de los clínicos frente las elecciones de los usuarios en relación con el principio de beneficencia. Por otra parte, argumenta que los servicios de salud mental puede que no estén preparados para facilitar un tratamiento acorde con los deseos del usuario, habiendo una limitada continuidad de cuidados y una falta de coordinación entre los profesionales que implementan el Plan de Crisis y las personas encargadas de los cuidados en los períodos de crisis, así como una falta de recursos alternativos a las actuales unidades de Hospitalización. Destaca este autor que estas dificultades están presentes pese a las evidencias en la literatura sobre la efectividad de este tipo de planes (17).

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

Después de describir las limitaciones actuales, en la literatura revisada se proponen las siguientes recomendaciones que podrían mejorar los resultados de este tipo de herramientas:

A nivel organizativo se señala la importancia de un apoyo desde el sistema sanitario para asegurar su implementación. En otros estudios se destaca la relevancia de que se respete el carácter legalmente vinculante de la voluntad de los usuarios (11).

En relación a los profesionales, se hace referencia a la necesidad de un fomento de la formación y el desarrollo de guías para profesionales, algo que es considerado de relevancia tanto en caso de un registro legal como en el uso de la PAD-SM como herramienta clínica (11).

De modo general se destaca la necesidad de una realización de futuros estudios sobre la utilidad y evaluación los procesos de PAD-SM (11).

Finalmente, Nicaise propone que, pese a lo que pudiera parecer, se podría implementar un sistema de PAD-SM incluso en aquellos países con bajo o medios ingresos, según la literatura consultada, ya que económicamente son más factibles que las formas tradicionales de cuidado, ya que ofrecen alternativas no sólo hospitalarias a la atención en Salud Mental en situación de crisis (12). Por último en todos los estudios revisados se destaca la necesidad de aumentar la investigación en este campo y de presionar a nivel gubernamental para que este tipo de documentos sea una realidad (11).

CONCLUSIONES

Consideramos la PAD-SM como una intervención compleja y multietapa, no simplemente como un simple documento. Se han identificado tres argumentos principales que soportan su uso: la autonomía del usuario, la integración de los cuidados entre los agentes de salud y la mejora de la relación terapéutica (12). No existe evidencia científica que pueda discernir la mejoría en estos tres aspectos; sin embargo se debe a que los estudios realizados se basaban más en la medición de objetivos (como ingresos) que en las apreciaciones personales de los usuarios.

Entre los tipos de PAD-SM, se consideran que los Planes de Crisis Acordados conseguirían mayores ratios de implementación y satisfacción entre los usuarios.

Secundariamente, se evidencia en los estudios que no sólo es necesario que los usuarios tengan acceso e implementen los documentos, sino que es preciso un compromiso de los clínicos para que puedan llevarse a cabo, especialmente en aquellos documentos donde se rehúsa el tratamiento.

En cuanto a la designación de un agente de decisión subrogado, en la PAD-SM legalmente vinculante podría suponer la aparición de conflictos entre la persona asignada y el usuario; sin embargo, si ésta decisión se mantiene estable y la persona representante respeta las decisiones del usuario, se ha visto que se fortalece la alianza terapéutica. Muchas personas optan por designar a su médico general como representante, lo que evidencia este fortalecimiento de la alianza terapéutica (12).

Los opositores al uso de las directrices avanzadas argumentan que existen una serie de consideraciones legales que las hacen muy difíciles de llevar a la práctica. Se refieren a la consideración y valoración de la capacidad, a las circunstancias en las cuáles pueden ser seguidas o revocadas, al derecho de rehusar el tratamiento, al tratamiento involuntario, la elección de tratamiento y la necesidad de decisiones colaborativas.

Sin embargo, los argumentos a favor serían que la mayoría de los enfermos mentales conocen bien su enfermedad y esto les capacita para tomar decisiones en cuanto a su tratamiento. Las directivas pueden ser menos vagas o ambiguas si el paciente está familiarizado con los tratamientos. Además la mayoría de la literatura avala que las personas con enfermedad mental desarrolla un fuerte conocimiento sobre lo que les ayuda y lo que no durante las crisis. Por otra parte, la mayoría de los pacientes no suelen rehusar el tratamiento, aunque hagan uso de las directrices avanzadas, ya que la mayoría encuentran que la medicación les ayuda, pero prefieren establecer ellos sus preferencias (15).

Por otra parte, la anulación de las directrices avanzadas sólo podría hacerse en casos muy excepcionales de emergencia, en los cuales exista realmente un riesgo de daño para sí mismo y para los demás, hay que destacar que se

tratan de documentos cuando menos éticamente vinculantes (11).

La determinación de la capacidad es principal para la ejecución o revocación de las directrices avanzadas. La validez depende de si la persona que las firmó se encontraba en una situación de “capacidad” y sólo serán operativas cuando dicha capacidad se pierda. En todo caso, la existencia de una enfermedad mental no limita la capacidad para decidir sobre un tratamiento para una persona, al menos en la mayoría de los casos; entre los partidarios de la utilización de las directrices avanzadas se sugiere que se utilicen instrumentos para medir esta capacidad que apoyen este recurso así como que se aporten los apoyos necesarios para que la capacidad de decidir se lleve a cabo (15).

Por último, destacar que la mayoría de los inconvenientes surgen cuando las PAD-SM son simples documentos que firma el usuario, sin la participación de los agentes de salud, en el marco de la relación terapéutica. En términos de implementación, es preciso que se llegue a un consenso en torno a la información que debe incluir el documento, ya que podría ser relevante no sólo en los momentos de crisis, sino en la prevención de recaídas, para el manejo de la crisis tanto ambulatoriamente como durante el ingreso, para planear la organización de cuidados durante emergencias y para evitar el uso de coerción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ROSCA P, BAUER A, GRINSHPOON A, KHAWALED M, MESTER R, PONIZOVSKY AM. Rehospitalizations among Psychiatric patients whose first admission was involuntary: a ten year follow-up. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2006;43(1):57-64.
2. O'DONOGHUE B, LYNE J, MICHELE H, LARKIN C, FEENEY L, O'CALLAGHAN E. Involuntary admission from the patient's perspective. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 2010; 45:631-638.
3. PRIEBE S, KATSAKOU C. Outcomes of involuntary hospital admission: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;114(4):232-241.
4. PRIEBE S, KATSAKOU C, GLOCKNER M, DUBINSKAS A, FIORILLO A, KARASTERGIOU A, ET AL. Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *Br J Psychiatry*. 2010;196:179-185.
5. JAEGER S ET AL. Long term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:1787-1796.
6. THEODORIDOU A, SCHLATTER F, AJDACIC V, ROSSLER W, JAGER M. Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Res*. 2012;(200):939-944.
7. ROCHE E, MADIGAN K, LYNE P J, FEENEY L, O'DONAGHUE B. The therapeutic relationship after psychiatric admission. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202 (3):186-192.
8. LEAL RUBIO J, SANTOS URBANEJA F, ROIG A, MORENO, HERNÁNDEZ M, DÍFEZ M E. Aspectos éticos y legislativos. En: BEVIÁ FEBRER B, BONO DEL TRIGO A (Coordinadoras). Coerción y Salud Mental. Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental. Madrid: AEN. Cuadernos Técnicos 20; 2017. p. 90-103.
9. SIBITZ I, SCHEUTZ A, LAKEMAN R, SCHRANK B, SCHAFFER M, AMERING M. Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2011;199(3):239-244.
10. MORENO PÉREZ A, IBÁÑEZ ROJO V, GÓMEZ BENEYTO M. Abolviendo la coerción en los servicios de salud mental. En: BEVIÁ FEBRER B, BONO DEL TRIGO A (Coordinadoras). Coerción y Salud Mental. Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental. Madrid: AEN. Cuadernos Técnicos 20; 2017. p. 210-217.

11. SUESS SCHWEND A, BONO DEL TRIGO A, IBÁÑEZ ROJO V, ROMERO CUESTA J, ROMERO JIMENO M D, TAMAYO-VELÁZQUEZ M I, HUIZING E. Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental: Modelos, utilidades y propuestas de aplicación. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2016;36(129):79-102.
12. NICAISE P, LORANT V, DUBOIS V. *Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realistic systematic review.* *Health Soc Care Community.* 2013;21 (1):1-14.
13. Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de diciembre de 1978.
14. Ley 41 / 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Jefatura del Estado «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.
15. MORRISSEY F. Advance Directives in mental health care: hearing the voice of the mentally ill. *Medico legal Journal of Ireland.* 2010;21,16(1).
16. HENDERSON C, SIMONE F, FLACH C, BORSCHMANN R, BIRCHWOOD M, THORNICROFT G, WAHEED W AND SZMUKLER G. *Informed, advance refusals of treatment by people with severe mental illness in a randomised controlled trial of joint crisis plans: demand, content and correlates.* *BMC Psychiatry.* 2017;17(376):1-8
17. FARRELLY, S. *Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis.* *Health Expect.* 2016;19(2):448-58.
18. SUESS A, TAMAYO VELÁZQUEZ MI, BONO DEL TRIGO A. *Planificación Anticipada en Salud Mental. Guía de Apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental.* Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.; 2015.

La reemergencia de la psiquiatría “psicodélica”? (Un viaje desde el uso de la mescalina en los años 30 al uso de la psicocibina y lsd en la medicina y la psiquiatría actual)

Cristina Carcavilla Puey. MIR Psiquiatría.

David Simón Lorda. Psiquiatra.

Jessica Otilia Pérez Triveño. MIR Psiquiatría.

Rosana Ortiz Soriano. MIR Psiquiatría.

Elisabeth Balseiro Mazaira. MIR Psiquiatría.

Xaqueline Estévez Gil. Psiquiatra

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense.

Servizo Galego de Saúde.

Correspondencia: cristina.carcavilla.puey@sergas.es

RESUMEN

El objetivo del trabajo es realizar un “viaje” por el uso de sustancias psicodélicas como terapéutica en la psiquiatría de los siglos XX y XXI. Partiendo del hallazgo documental del uso de mescalina en el arsenal terapéutico del Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela-A Coruña-España) en los años 30, pasaremos a realizar un repaso histórico acerca del uso del LSD en los tratamientos psiquiátricos (alcoholismo, TOC...) en varios países, durante las décadas de los años 50-70, o el uso de psilocybes en el Hospital Saint Anne de París en los años 60... tratamientos y terapias que fueron interrumpidos en los años 70. Recientemente asistimos a la publicación de investigaciones acerca de terapias con estas sustancias (LSD, psilocibina, ketamina...) en pacientes con ansiedad-depresión o en cuadros oncológicos terminales, entre otras patologías, algo que algunos autores han denominado la reemergencia de la psiquiatría “psicodélica” en el siglo XXI.

PALABRAS CLAVE

Alucinógenos, tratamientos psiquiátricos, Siglo XX, Siglo XXI, psicodelia.

ABSTRACT

The purpose of this research work is to make a “trip” through the use of psychedelic substances as therapeutic in the psychiatry of the XX and XXI centuries. Starting from the documentary finding of the use of mescaline in the therapeutic arsenal in the Conxo Asylum (Galicia-Spain) in the 30s, we will go on to make a historical review about the use of LSD in psychiatric treatments (for alcoholism, OCD...) in several countries, in the decade of the years 50-70, or psilocybes in Hospital Santa Anne (Paris) in the 60s, ... treatments and therapies that were interrupted in the 70s. Recently we attended the publication of research results about therapies with these substances (LSD, psilocybes, ketamine...) in patients with anxiety-depression or in terminal oncological cases, among other conditions; something that some authors have called the reemergence of “psychedelic” psychiatry in the XXI century.

KEYWORDS

Hallucinogens, psychiatric treatments, XIXth Century, XIXth Century, psychedelia

1. INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA

Durante el proceso investigador acerca de los tratamientos e intervenciones terapéuticas (piretoterapias, insulino-terapia, electrochoque, fármacos, hipnosis, hidroterapias...) que se aplicaron en el Manicomio de Conxo en Santiago de Compostela en los períodos de finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX (Rodríguez Noguera et al, 2017; Simón et al, 2016; Simón et al, 2015; Bustos et al, 2013), hemos encontrado constancia de la aplicación de terapias con sustancias alucinógenas en la década de los años 30. En este trabajo, partiendo de dichos datos documentales, obtenidos mediante revisión del Archivo Clínico del Manicomio de Conxo en Santiago de Compostela entre 1885-1936, realizaremos una revisión acerca del

uso de sustancias psicodélicas como terapéutica en la psiquiatría del siglo XX y XXI. Para el trabajo hemos usado fuentes de archivos, textos de la época así como una extensa revisión bibliográfica.

2. USO DE MESCALINA COMO TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA EN EL MANICOMIO DE CONXO, AÑO 1932

Nuestro viaje comienza en el Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela, A Coruña, Galicia), en 1932. En los archivos de esta institución hay constancia del uso de mescalina, vía inyectable, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

En el verano de 1932, ingresa en el manicomio un varón, soltero, de 39 años, diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide. Era natural de Vigo y de profesión perito industrial. Permanecerá en el centro hasta su fallecimiento en 1951 por “*pulmonía (tuberculosis)*” (así lo refleja el “*Libro de Ingresos y Altas del Manicomio*” de esos años). Previo a su internamiento en Conxo, había tenido ingresos previos en Madrid desde al menos 1924, alguno de ellos en Ciempozuelos. Había sido atendido por psiquiatras madrileños de prestigio, como Esquerdo, Sanchís Banús o Fernández Sanz.

No figura en su historial el motivo por el que pocos días después de su ingreso deciden someter al paciente a un “tratamiento experimental” con Mescalina (Mescalina Merck ampollas), vía intravenosa, administrado por el médico Valentín Pérez Argilés, quien señala en la historia que administra dicha medicación por indicación del Dr. Ramón Rodríguez Somoza, director del Manicomio desde 1931 (y que era un neuropsiquiatra formado en Madrid y Alemania, procedente de la órbita de Lafora y Ramón y Cajal) (Simón, 2005).

En las anotaciones sobre los resultados dejaron constancia de que, tras la administración de 1.5 cc de dicho preparado, “*no se observó ningún incremento alucinatorio*”. Desconocemos si se repitió la administración del tratamiento. En la documentación consultada no hay anotaciones posteriores.

De todos los casos que hemos podido revisar en los historiales de ingresos entre 1885 y 1936, este es el único en que se prueba este tipo de terapéutica

farmacológica, si bien hay que señalar que muchos de los historiales clínicos contienen muy escasos datos o documentación (Rodríguez Noguera et al, 2017; Simón et al, 2016; Simón et al, 2015; Bustos et al, 2013). En cualquier caso, la aplicación de mescalina intravenosa supuso una terapia avanzada para el momento, ya que había sido sintetizada en 1919 por Späth, y poco después, en Alemania, durante los años veinte, hubo más de cien investigaciones publicadas en relación con los efectos de la mescalina sobre procesos psíquicos. De hecho, en el período entre 1886 y 1950, se publicaron más de cien estudios en lengua alemana acerca de la mescalina (Passie, s.f.). A modo de ejemplo, Kurt Behringer, psiquiatra de la clínica de Heilderberg, publica, en 1923, un artículo en una revista de psiquiatría alemana acerca de las psicosis experimentales con mescalina. Este mismo psiquiatra se habilita en Heilderberg con un trabajo sobre este tema, que publicará en 1927 como monografía *Der Meskalinrausch*. Asimismo, se realizan experimentos para investigar la influencia de la mescalina en la realización de tareas aritméticas, la estimación del tiempo, la estimación del peso, la expresividad lingüística y el rendimiento de la memoria. Varios profesores como Gruhle, Willy Mayer-Gross, Hans Prinzhorn y Franz Tucek se prestaron voluntarios a los experimentos (Passie, s.f.).

Otros experimentos fueron los del psiquiatra Konrad Zucker, que trabajaba en el psiquiátrico de la Universidad de Greifswald, y que se interesó por las posibilidades de la investigación psicopatológica experimental con sustancias tóxicas desde mediados de los años veinte, empleando en sus experimentos mescalina en pacientes con esquizofrenia que presentaban cuadros alucinatorios (Zucker, 1930, citado por Passie, s.f.). Después de la extensa serie de experimentos en Heidelberg, Greifswald y Tubinga, solo se llevaron a cabo algunos experimentos científicos entre 1932 y 1945 (Passie, s.f.). Es más que posible que el psiquiatra y director del manicomio de Conxo, Ramón Rodríguez Somoza, conociese algunos de estos trabajos en lengua germana, pues realizó varias estancias en Alemania y Polonia, becado por la Junta de Ampliación de Estudios entre 1926 y 1930, para profundizar en conocimientos sobre Neuroanatomía e Histopatología en diferentes centros, como el manicomio de Friedrishsberg (Hamburgo, con el profesor Jakob), la Clínica do profesor Foerster (Breslau, Polonia) y la de los profesores Bumke (discípulo de Kraepelin), Spatz y Spielmeier (Múnich) (Simón, 2005).

3. HISTORIA DE LA PSICODELIA. DE EUROPA A ESTADOS UNIDOS. DÉCADA DE LOS 30 A LOS 80¹

En 1938 Albert Hofmann, químico suizo de los laboratorios Sandoz, inició sus investigaciones sobre el ácido lisérgico, el núcleo común de todos los alcaloides del cornezuelo –un hongo parásito del centeno– (Dyck, 2015). En 1943, accidentalmente, absorbió una cantidad infinitesimal de LSD-25, el derivado número 25 de una serie de 26 de la dietilamida de ácido lisérgico, teniendo como resultado un retorno a casa algo accidentado, zigzagueando sobre su bici por las apacibles calles de Basilea. De esta forma, quedó inaugurada la era de la psicodelia (Usó Arnal, 2010) –“que manifiesta el alma”, ampliador y enriquecedor de la visión de las cosas–, si bien debemos recordar que la utilización de compuestos alucinógenos tiene antecedentes milenarios –el dramaturgo francés Antonin Artaud viaja a México en 1936 y convive durante un año con los Tarahumaras, un pueblo indígena para quienes la toma del peyote está vinculada a rituales y bailes, que Artaud experimenta en primera persona y describirá posteriormente en sus obras– (Dagen, 2015).

Los primeros experimentos con LSD se realizaron en Zúrich, administrando dosis bajas de LSD (0.02-0.13 µg) a dos grupos, uno de personas “sanas” y otro de pacientes con esquizofrenia, detectándose en ambos un efecto eufórico, concluyendo que el uso de LSD podía resultar adecuado como coadyuvante de la psicoterapia.

En 1947 los laboratorios Sandoz lo comercializan para uso psiquiátrico, bajo la marca Delysid. A finales de los 50, Sandoz regalaba muestras a todos los psiquiatras que las solicitaran. En ese tiempo, Hofmann recibió una propuesta de la CIA para fabricar LSD de forma masiva, con finalidades aparentemente bélicas. Afortunadamente, Hofmann rechazó dicha invitación (Usó Arnal, 2010).

En la década de los 50 y 60, el LSD fue utilizado por psiquiatras como psicólítico, para derribar barreras psíquicas del paciente y que así afrontara

¹ Hemos seguido fundamentalmente los trabajos de Uso-Arnal para elaborar este apartado, complementados con otras referencias que figuran en el texto.

contenidos reprimidos en una sola sesión, que sin la ayuda de la sustancia hubieran aflorado tras meses o años de psicoterapia (Tupper, 2015). Uno de ellos fue el psiquiatra británico Humphry Osmond, quien, en 1957, afirmó en su conferencia *“La farmacología de las drogas psicomiméticas y psicoactivas”*, que la trascendencia del LSD iba más allá de su aplicación como apoyo a la psicoterapia, pues en algunos individuos era capaz de producir insights o penetraciones psicológicas que mejoraban el equilibrio de la persona consigo misma y con su entorno, por lo que podía usarse como vehículo para comprender las complejas formas de operar que tiene la mente, así como explorar temas filosóficos, sociales y religiosos.

Varios intelectuales se acercaron a la autoexperimentación con LSD y otras drogas enteógenas –“Dios dentro de nosotros”–; entre otros, Ernst Jünger, Robert Graves o Aldous Huxley. Huxley, novelista y filósofo, tenía como propósito vital alcanzar, a través de estados místicos, un conocimiento cósmico más rico de lo que el hombre, con sus simples circuitos cerebrales, es capaz de conseguir. Huxley tomó mescalina bajo la guía de Osmond; experiencia que para él supuso una llave hacia la ampliación del conocimiento y la conciencia. Sin embargo, la experiencia con LSD resultó, si cabe, más reveladora, considerando que con esta droga podía alcanzarse mayor inteligencia, capacidad de amar y espiritualidad. De hecho, en 1963, cuando se encontraba en su lecho de muerte, recibió LSD, y sugirió que sus efectos lo bañaron en una visión de calidez y pertenencia espiritual, que le facilitaron enfrentarse a la muerte sin temor.

Fue también en 1957 cuando nace el término “psicodélico” para describir la experiencia mental de traer a la luz asuntos que previamente formaban parte del inconsciente. Se atribuye precisamente a que fue Osmond, pionero de los ensayos terapéuticos con LSD y mescalina, el que inventó el término “psicodelia” en referencia a ambas sustancias, capaces de alterar la mente, en una carta privada que en 1956 envió al escritor Aldous Huxley: *“Para entender el infierno o volar hacia lo angelical, simplemente tome una pizca de Psychedelic”* (Gómez, 2004).

Dos años después, en 1959, y a una distancia de varios miles de kilómetros, en la costa oeste de Estados Unidos, el Hospital de Veteranos de Menlo Park, en California, se comprometió a la puesta en marcha de un programa

experimental que comprendía ensayos con LSD. Uno de los voluntarios para dicha experimentación fue el novelista Ken Kesey, quien, persuadido por el potencial lúdico de la sustancia, comenzó a interesarse cada vez más por la misma y por la difusión de su uso, llegando a convertirse en todo un profeta del ácido. En un breve espacio de tiempo aglutinó en torno suyo a un grupo de personas que anhelaban experimentar con los efectos del LSD, conocidos como los “*Merry Pranksters*” –Alegres Bromistas–. Por otro lado, algunos teóricos como el filósofo Alan Watts y los profesores de psicología Timothy Leary –que utilizaba psicocibina para conseguir éxtasis religiosos profundos; experimentó con presos del correccional de Massachusetts, intentando modificar su conducta delictiva con cierto éxito (Fernández, 1996), y en 1961 prueba el éxtasis y considera que se produce la muerte del ego, seguida de un renacimiento espiritual– y Richard Alpert comenzaron a preconizar entre los estudiantes universitarios el uso del psicofármaco, para utilizar las experiencias místico-intelectuales-orientalistas que proporcionaba la sustancia como instrumento de liberación del individuo frente a la voracidad del sistema, –“cambia la mente y cambiarás el mundo”–. Ese fue el punto de partida para que muchos jóvenes estadounidenses se lanzaran al consumo ritual de alucinógenos, no de forma frívola si no como algo profundo y trascendente que los situaba en una esfera superior de conocimiento (Usó Arnal, 2010).

En 1962, Harvard dio un ultimátum a Leary, y este decidió abandonar la institución, fundando la Federación Internacional para la Libertad Interna, cuyo objetivo era convertir al LSD en un instrumento educativo para alcanzar el conocimiento pleno del individuo, así como su liberación del control del “grupo de poder”.

Kesey y los Merry Pranksters atravesaron los EE.UU. de costa a costa en un autobús para sintonizar con el grupo de Leary. El encuentro resultó decepcionante, ya que Kesey proponía el consumo de ácido por pura diversión, lo cual no podía estar más lejos de las aspiraciones de Leary. Kesey y los suyos lograron arrancar al LSD de las manos de los intelectuales y del estamento terapéutico. En pocos meses, la costa californiana se convirtió en un hervidero en el que miles de jóvenes tomaban drogas psicodélicas con fines meramente lúdicos, sin ninguna pretensión intelectual.

El LSD fue prohibido formalmente por primera vez en 1966 por la ley californiana. Esta prohibición se basó, entre otras, en los trabajos del Dr. Cohen sobre el supuesto daño cromosómico de esta droga, hecho del que luego se demostró su falsedad a través de distintas fuentes que lo descartaron con suficiente claridad (Fernández, 1996).

Tal y como ha señalado Usó Arnal en varios de sus trabajos, en España, antes de su prohibición, el LSD se usó con fines clínicos: “En general, muy pocos sabían de la aplicación del fármaco como vehículo de exploración, autoexperimentación y como forma de conocimiento. Una de las pocas excepciones fue Antonio Escohotado, profesor de filosofía y derecho en la Universidad Central Complutense de Madrid. En 1967, la Revista de Occidente publicó un trabajo de Escohotado titulado “*Los alucinógenos y el mundo habitual*”, en el que hablaba ampliamente de las modificaciones perceptivas, filosóficas y culturales que implicaba el consumo de drogas visionarias”. Los poderes públicos no iban a consentir que sustancias capaces de aniquilar “el impulso de los españoles al trabajo cotidiano y arduo” pudieran circular con absoluta libertad; toda invitación química al pensamiento, la reflexión y la crítica quedaban fuera de lugar, por lo que la prohibición de estas sustancias –LSD, mescalina y psilocibina– se hizo efectiva en julio de 1967. Precisamente, fue en ese año cuando se produjo la devaluación de la peseta, lo cual atrajo a los primeros hippies a Ibiza, y, con ellos, llegó el primer ácido a España (Usó Arnal, 2010).

En agosto de 1969, Charles Manson y sus acólitos, “La Familia”, asesinaron de forma salvaje a un grupo de amigos reunidos en una mansión de Los Ángeles, entre los que se encontraba Sharon Tate, la joven esposa del cineasta Roman Polanski, que se encontraba embarazada de 8 meses. Los asesinos eran consumidores de LSD, marihuana y otras drogas psicoactivas. Una de las consecuencias del brutal asesinato múltiple fue la demonización de estas sustancias a ojos de la sociedad occidental. En España, pasó a ser una sustancia diabólica, esencialmente criminógena, más peligrosas que las viejas drogas de la *belle époque* decadente, ya que se consideraba al usuario de estas sustancias como un “claro peligro social, por sus imprevisibles y siempre dinámicas reacciones” (Usó Arnal, 2010)... Tal y como señala Usó Arnal, de nada sirvió que pocos días después del asesinato de Tate y

sus invitados, casi medio millón de jóvenes, en su mayoría consumidores de LSD, se dieran cita en el festival de Woodstock y convivieran durante 3 días consecutivos sin provocar ningún acto violento.

En Ibiza y Formentera comenzaron a proliferar grupos de jóvenes cuya existencia se centraba en el consumo ritualizado de derivados del cáñamo –kif, grifa, marihuana, hachís– y LSD, que utilizaban como puntos de referencia para una contracultura que recordaba vagamente al movimiento hippy. A juicio del psiquiatra Enrique González Duro, *“se trataba de una ideología importada, mal asimilada y puramente imitativa, ya que el movimiento hippy no pudo desarrollarse mínimamente en España por las especiales condiciones socioeconómicas y políticas que aquí sufríamos”* (Usó Arnal, s.f.). Algunos autores afirman que, en España, más que hippies, hubo “freaks”, personajes malditos, más o menos inadaptados o automarginados, que se drogaban y rechazaban de forma visceral el orden social vigente pero que, aparte de eso, no poseían una ideología común ni concreta.

Los efectos de la prohibición no se hicieron esperar. A la posibilidad química de transgredir la realidad se añadía la de infringir la norma, la fascinación por el peligro, por lo que el LSD comenzó a consumirse en lugares como Madrid, Barcelona o la Costa del Sol. Tras la prohibición, a los usuarios de dichas sustancias se les aplicó, de forma invariable, la Ley de Vagos y Maleantes, sustituida en 1970 por la Ley de Peligrosidad Social.

Algunos psiquiatras pretendieron legitimar científicamente la prohibición que pesaba sobre el psicofármaco, no tanto por atentar contra el interés de la salud pública, sino más bien en aras de la moral social imperante, ya que podía inducir a la negación de los principios de actividad, trabajo productivo, utilidad social y rentabilidad económica, es decir, atentaba directamente contra los pilares básicos del orden social establecido.

En los 70, la psicodelia era una realidad, y así lo confirmaba la producción literaria de muchos autores españoles, que incorporaron a sus obras referencias muy concretas al fármaco. Sin embargo, la psicodelia no llegó a arraigar profundamente en el Estado español, excepto en contados círculos minoritarios. Con el restablecimiento de la democracia y el nuevo clima de libertad, se produjo una desmitificación de la psicodelia. La vida real estaba llena de un ambiente “de alucinación”, y cualquier mínimo elemento

te disparaba; por expresarlo de alguna manera, era una época alucinógena en sí misma (Usó Arnal, 2010).

En la década de los 80, la ilusión desbordante que había imperado en la segunda mitad de los años 70 se desvanecía y abría paso a la normalidad, la rutina y la resignación. Únicamente en Valencia se detectaba un consumo masivo y difícilmente explicable de mescalina entre distintas tribus urbanas juveniles, que habían hecho de la noche sin fin y el baile en discotecas after hours su peculiar forma de entender el ocio. Algo parecido sucedía con la metilenedioximetanfetamina, conocida como éxtasis, un psicodélico sintético. En 1989 pudimos asistir al resurgimiento de una nueva versión de la psicodelia, directamente asociado con la irrupción del “acid house” y su vistosa estética. El nuevo psicodelismo guardaba relación con la actitud de Kesey y los Merry Pranksters, pues se trataba de integrar el baile dentro de la psicodelia. En el mercado abierto inicialmente por la mescalina en Valencia y por el éxtasis en Ibiza, se fueron colando las conocidas como drogas a la carta o drogas de diseño, cuyo potencial todavía no conocemos por completo hoy en día.

Es difícil predecir el futuro que aguarda a la psicodelia, ya que, aunque cada vez más voces abogan por la legalización, siguen portando un poderoso estigma, y para algunos autores, el LSD es “la peor droga” ya que “es mucho más grave enloquecer que morir”, sentencia que confirma que el mito de la demencia sigue planeando sobre los navegantes del espacio interior. Sin embargo, no debemos olvidar los progresos lisérgicos alcanzados por Stanislav Grof en el campo de la psicología transpersonal. Este investigador, psiquiatra y psicoanalista, que ha venido aplicando LSD en psicoterapias desde los años 50, comenzó estudiando lo que a él le parecían paralelismos sorprendentes entre la experiencia psicodélica y los estados excepcionales de conciencia asociados a las ceremonias curativas aborígenes, los ritos de paso y prácticas iniciáticas, los procedimientos chamánicos y las prácticas de numerosas tradiciones místicas y yóguicas. Finalmente, Grof ha llegado al convencimiento de que a los estados de conciencia inducidos por el LSD también se puede acceder mediante determinadas técnicas de respiración, combinadas con la música evocativa, ejercicios corporales y arte, método al que ha bautizado como “terapia holotrópica” (Grof, 1980).

3.1. Psicodelia en la España de los años 50.

En España, durante la década de los 50, se llevaron a cabo investigaciones con sustancias alucinógenas en las Universidades de Barcelona y Granada.

En esa época se abría paso una nueva forma de psicoterapia, el “psicodrama”, en la que, de forma grupal, se llevaban a cabo representaciones dramáticas relevantes para la cura del paciente. En 1953, el primer teatro de psicodrama de Europa se estableció en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. El profesor Ramón Sarró Burbano acababa de obtener la cátedra de Psiquiatría y había estado de viaje por Argentina y EEUU, trayendo consigo varios libros del autor Jacob Levi Moreno, en los que se hablaba del psicodrama, y que entregó a Enrique González Monclús, Martí Tusquets y Carlos Ruiz Ogara. Además, durante su estancia al extranjero, asistió a un coloquio sobre experimentación con LSD, presidido por Aldous Huxley, decidiendo, a su vuelta, “explorar a fondo la acción del medicamento, tanto desde el punto de vista fenomenológico como psicodinámico y terapéutico”.

De esta forma, González Monclús, Tusquets y Ogara, siempre a la vanguardia, e impulsados por Sarró, comenzaron a investigar la reproducción experimental de los cuadros psicopatológicos en sujetos mediante la administración de LSD, lo que dio como resultado la publicación, en 1956, de un artículo llamado “Psicosis Lisérgica” para la *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*. Investigaron los efectos del LSD en 36 sujetos (29 hombres y 7 mujeres, algunos enfermos y otros sanos). En sujetos enfermos, las consecuencias fueron variables –la situación empeoró en algunos casos–. En sujetos sanos, se consideró que producía una psicosis exógena, temporal. Sin embargo, los investigadores se resistían a hacer equiparaciones al considerar que incluso el propio término de “psicosis” se había vuelto demasiado difuso y escasamente útil.

En 1957, Carlos Ruiz Ogara publicó su tesis doctoral, dirigida por Sarró, llamada *Las psicosis experimentales: Estudio comparativo entre las de LSD 25, Mescalina y Cannabis indica, considerando la problemática psiquiátrica que plantean*. Aquí se analizó si la sintomatología producida por el LSD (8 sujetos), la mescalina (15 sujetos) y el cannabis, tenía relación con el contenido inconsciente de los sujetos, realizando la comparación entre sujetos sanos y

pacientes con patología psiquiátrica. También se valoró la influencia del entorno y la herencia.

El análisis con mescalina da resultados más “positivos”. En el caso citado a continuación, los investigadores se dejaron una radio encendida, emitiendo música, probablemente ignorando la importancia del entorno al utilizar estas sustancias.

En el resumen de los casos, los investigadores destacan como efectos una emocionalidad mucho más abierta, –con frecuentes ráfagas de angustia acompañante– y escasa atención al exterior, ya que los sujetos convierten a su “yo” en objeto preferente de su atención. Destaca también el efecto de extrañeza ante el yo, especialmente bajo los efectos de la mescalina. En uno de los casos, el sujeto, ante el espejo, consideraba que se reflejaban sus propios vicios, sucesos que los investigadores compararon con el *Retrato de Dorian Grey*, conocida novela de Oscar Wilde. Ogara propone, en la sección más atrevida del informe sobre el estudio, que se considere las vivencias trascendentes de la mescalina con los términos de “vivencia de mensaje” o “conciencia de significación especial”, dado que el pensamiento se reviste de importancia y se considera “profundo, sutil, penetrante, sintiendo que todo cuanto piensan es trascendente, lo que se traduce en que revisten sus gestos, lenguaje etc. de gran solemnidad. Las cosas estaban ahí para que se fijase el sujeto sobre ellas para desentrañarlas. Se les encuentra nuevo significado a las cosas” (Ogara, 1957).

Mientras este tipo de estudios se llevaban a cabo, en 1958, precisamente en Barcelona, se celebra el III Congreso Mundial de Psicoterapia, con el eje temático “*Psicoterapia y existencialismo*”, donde hubo una sección de psicodrama dirigida por Levi Moreno, anteriormente nombrado. Allí, el equipo de psiquiatras catalanes confluyó con otro grupo procedente de Granada, dirigido por Rojo Sierra, e integrado, entre otros, por Ballesteros o Seva Díaz. Rojo Sierra, profesor adjunto de la cátedra de psiquiatría de la Universidad de Granada, fue el único español no perteneciente a la Universidad de Barcelona que presentó una ponencia en el congreso, titulada “*El LSD 25 y la psicoterapia en grupo*”, (Rojo, 1960) y en 1959, en la cuarta edición de este mismo congreso, daría otra, de título “*Terapéutica lisérgica en ciertos síndromes obsesivos y neurosis sexuales*”. (Rojo, 1959) Ya en 1954,

había publicado un estudio, “Tratamiento de la neurosis obsesiva por los derivados del tropano. Consecuencias psicológicas”, en la *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*. Por su parte, Seva Díaz realizó un ensayo, “Investigaciones en torno a la utilización de LSD-25 en la terapéutica de las neurosis obsesivas durante los años sesenta” (Rojo, 1954). Los resultados del tratamiento de pacientes obsesivos con LSD fueron bastante dispares, dada la gran variedad de espectros existentes dentro de este trastorno. Se mostraba que el LSD no modificaba o incluso empeoraba las formas obsesivas de “fondo inseguro”, en que los sujetos no valoran su propia opinión y se ciñen a normas externas que intentan cumplir lo mejor posible, temiendo fuertemente no hacerlo –curiosamente la cocaína, sobre la que también investigaron, parecía producir mejoras–. Lo mismo sucedía en personas con sintomatología psicótica leve, que se agravaba. Sin embargo, en las “obsesiones por anomalías del pensamiento”, con tendencia a la viscosidad del flujo de ideas, el éxito fue rotundo: “Tenemos seis pacientes antiguos obsesivos graves totalmente recuperados y haciendo vida social gracias al LSD-25”. En este caso, el tratamiento había sido prolongado: durante un año se suministró Delysid a los pacientes, no encontrando efectos negativos derivados de su administración, exceptuando urticarias que desaparecieron tras una breve interrupción del medicamento. También resultó exitoso en afectados por un trastorno obsesivo de “masturbación compulsiva”, tras un periodo de tratamiento diario de un mes, y espaciando la toma posteriormente. Seva concluye su trabajo afirmando que el LSD fue apartado “sin suficientes razones” del “arsenal terapéutico” donde se encontraba, lo cual considera una “pérdida inestimable” y espera que “vuelva, si es posible, a pertenecer al ámbito exclusivamente médico-terapéutico, y más específicamente, psiquiátrico” (Seva-Díaz, 1996).

Unos años más tarde, en el Congreso Mundial de Psiquiatría que se celebra en Madrid en septiembre de 1966 y que fue presidido por López Ibor, se presentan varios trabajos acerca del uso de alucinógenos y de LSD en procesos psicoterapéuticos (Corach, 1966; Pérez Morales, 1966... ambos citados en Passie, 1997).

3.2. Experimentación con psilocibina. Hospital Sainte Anne, París, años 60.

Fue en 1958 cuando Hofmann –una vez más– aisló la psilocibina, principio activo de los conocidos como hongos alucinógenos.

En la década de los 60, en el Hospital Sainte Anne de París, tuvo lugar experimentación con esta sustancia para estudiar los cambios en los estados mentales que se producían derivados de su ingesta, los cuales son similares a los que se experimentan en la psicosis. De hecho, Charcot llegó a afirmar que, con el consumo de sustancias psicótropas, algunos psiquiatras han podido experimentar por sí mismos los efectos de un brote psicótico. Artistas y voluntarios ingirieron hongos alucinógenos tras los muros de este recinto y bajo la vigilancia de los psiquiatras, convirtiendo de esta manera a una de las instituciones de salud mental más prestigiosas de Francia en escenario de una alianza entre artistas creadores de vanguardia, psiquiatras progresistas y micólogos. Por su parte, los psiquiatras esperaban obtener aplicaciones terapéuticas de esta farmacopea ecológica (Dagen, 2015; Godin, 2015).

En 2015 se celebró una exposición que recordaba esas experimentaciones: “Psilocybine, quand la psychiatrie observe la création, les années 60 à Sainte Anne”, organizada por el *Centre d’Etude de l’Expression au Musée Singer-Polignac* de París y con la colaboración de la colección de arte del Hospital Sainte Anne de París. En ella, se expusieron obras pictóricas de Jacques Breton, Jean-Martin Charcot, Philippe Hiquily, Pierre-Xavier Laffite, Jean-Jacques Lebel, Sam Mandel, Henri Michaux, Frédéric Pardo, Vida Parme, Daniel Pommereulle, Bernard Saby, Nathalie Waag... (Centre d’Etude de l’Expression, 2015).

Resulta un contraste llamativo que, así como en esa época, en EEUU, la investigación en torno a estas sustancias tuvo una sonada repercusión, en Francia apenas se hicieron eco de estas prácticas, por lo que se mantuvieron enclaustradas, y fueron privilegio de una élite artística y literaria. Sólo aparecieron unos pocos artículos en la prensa de la época, incluyendo uno en “*Le Figaro*”, en agosto de 1963, en el que Roger Heim, director del Museo de Historia Natural de París, describe algunos de los efectos de los fármacos sobre los pintores que consumen unos pocos gramos. Heim, que era micólogo, cultivaba él mismo la clase específica de la cual se extrae el principio activo, rindiendo homenaje a las experiencias innovadoras en el Hospital

Sainte Anne, que trajeron una nueva perspectiva sobre la psicosis y la creación. Sin embargo, las investigaciones de este eminente científico y gran aventurero fueron relegadas a la papelera de la historia. Este descubrimiento interesó, de manera sucesiva, a sacerdotes mayas, zapotecos, mixes y náhuatl, así como a viajeros, etnólogos, micólogos, químicos y psiquiatras del siglo XX. Con el pretexto del peligro que suponen estas plantas alucinógenas, las bebidas realizadas con extractos de las mismas fueron prohibidas por la OMS a principios de los 70.

Bajo la dirección de Jean Delay, titular de la cátedra de Neuropsiquiatría del Hospital e íntimo de Henri Michaux (artista que produjo una serie de dibujos bajo los efectos de la mescalina, “mescaliniens”, y escribió varios libros en relación al tema, *Milagro miserable* y *Conocimiento de los abismos*, y con el que participó en la experimentación alucinógena), dos estudiantes, Anne Marie Quentin y René Robert, realizaron sus tesis en este campo, en el marco de un riguroso protocolo médico (Godin, 2015).

En la primera de ellas se experimentó con 114 sujetos, divididos en dos grupos, uno de gente “normal” (no artistas, no pacientes, voluntarios, definidos como psiconautas, –aquel que navega por la psique–, expresión acuñada por Ernst Jünger en sus experimentaciones con LSD), y el otro formado por pacientes, principalmente diagnosticados de esquizofrenia. La observación de sí mismos reportada por los sujetos “normales” fue considerada tanto más valiosa que la del otro grupo, el de pacientes, ya que la mayoría de personas con esquizofrenia experimentaba una dificultad para expresar en formas de lenguaje común lo que percibían durante sus delirios y alucinaciones. En los “normales” apareció una “psicosis artificial”.

La segunda investigación, llevada a cabo bajo la dirección del Dr. René Robert, se llevó a cabo con 35 voluntarios –29 de ellos artistas, algunos conocidos, como Lebel, Mandel, Vida Parma, Lafitte...; cinco de ellos estaban internados–, los cuales fueron invitados a “traducir” sus sensaciones a través del dibujo y la pintura. La psilocibina fue el único medicamento que se usó, justificando que, gracias a su maniobrabilidad y brevedad de acción, –cinco horas aproximadamente–, permite reproducir el protocolo en circunstancias similares, pudiendo repetir la experiencia en una amplia gama de temas. Para observar con precisión el impacto de la droga en el trabajo

de los artistas, se compararon los diseños del mismo tema que se hicieron antes, durante y después del experimento.

Estéticamente, estas obras confirman que la ingesta de drogas alucinógenas y las psicosis artificiales que causan son un reto para el artista. Al liberarse la audacia creativa, son los pintores más “académicos” los que paradójicamente más se benefician. De todas aquellas que se realizaron, una serie realmente espectacular es obra de Laffite, que literalmente “explota” bajo la influencia de la psilocibina. En sus pinturas se puede apreciar la metamorfosis que experimentó el pintor, así como la aceleración de su producción, ya que, del total de 29 obras de la serie, creó una cada 3 minutos. Antes de iniciar el protocolo se aprecia un hábito lento y meticuloso, así como unos paisajes laboriosos. Posteriormente, conforme el alucinógeno hace su efecto, sus trazos entran en un frenesí de júbilo, con rasgos de ira, reflejando cualidades esenciales de la experiencia psicodélica tan a menudo descritas: el color, la velocidad, el remolino, la luz o la ondulación.

Otro artista, Sam Mandel, realizó una serie de dibujos a tinta en los que representaba cabezas humanas, cada vez más rotas, hasta que sus bocas llegaban a convertirse en signos amenazantes. Robert anotó sobre Lebel que “media hora después de la inyección, se encuentra “confuso”, “lento en su trabajo”, se queja en los cambios en la percepción de formas y colores. A continuación, su trabajo se acelera, utiliza nuevas técnicas, antes de salir corriendo cuando el efecto del psicotropo termina”. Es cierto que bajo la influencia del psicotropo, la sensación corporal puede tornarse muy pesada y lentificada, por lo que Robert se vio obligado a cambiar el protocolo, invitando a los voluntarios a pintar después de que los efectos de la psilocibina se hubieran manifestado de forma evidente. También indicó que los artistas podían pintar sus alucinaciones a la mañana o en los días siguientes, dando lugar a obras igualmente maravillosas. Sin embargo, estas pinturas son elaboradas en función de la memoria de trabajo, necesariamente infiel, y de la imaginación. De ahí la sensación de que el experimento fue un fracaso a este nivel, lo que informó Heim como que “no hay una relación directa entre lo que ve y lo que pinta”.

Otra lección que se saca de esta experiencia es la relación entre la alucinación y el acto de la creación. Ahí radica la importancia de los talleres de

arte terapia, ya que con diversas modalidades de trabajo como dibujo, pintura, arcilla, juegos corporales, baile... se enriquece la expresión. Los dibujos, los collages, por ejemplo, pueden ser el origen de un sueño, que a su vez será reintegrado por escrito o servirá de estímulo para el trabajo psicoterapéutico. Así es como la palabra puede tomar forma.

4. INVESTIGACIÓN DE TERAPIAS CON LSD, PSILOCIBINA Y KETAMINA EN LA ACTUALIDAD

Actualmente se está estudiando la aplicación de los psicodélicos en una amplia variedad de campos (Seltez, 2012; Carhart-Harris, 2015; Dyck, 2015; Gasser, 2015; Tupper, 2015; Tagliazucchi, 2016; Pisano, 2017; López-Díaz, 2017):

1) Alcoholismo y trastornos por abuso de sustancias: Un grupo de científicos noruegos reexaminaron 6 estudios sobre LSD y alcoholismo que se llevaron a cabo en EEUU y Canadá entre 1966 y 1970. Del análisis de los datos de 536 pacientes, los resultados mostraron que una única dosis de LSD ayudaba a pacientes con alcoholismo severo a abandonar la ingesta y reducía el riesgo de recaída, obteniéndose una mejoría en un 59% de los pacientes. Estos estudios se basaron en el hecho de que, durante los años 50 y 60, el LSD fue usado con bastante éxito en el tratamiento del alcoholismo, concentrando años de psicoterapia en una sesión única, intensiva, autorreflexiva, que ayudaba a estos pacientes a alcanzar una nueva autoimagen, así como contribuía a la potenciación de su fuerza de voluntad para superar la enfermedad.

Un estudio realizado en EEUU (Pisano, 2017) investigó la aplicación de sustancias psicodélicas en usuarios ilícitos de opiáceos, mostrando que el uso de las mismas se asocia a un descenso del riesgo de abuso y dependencia a opioides, poniendo por tanto de manifiesto su eficacia para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias.

2) Pacientes terminales: Un estudio de la Universidad Johns Hopkins con 79 pacientes oncológicos ha mostrado que una dosis de psilocibina redujo de forma significativa y duradera, durante al menos 6 meses la sintomato-

logía ansiosa (83%) y depresiva (78%). La recuperación casi completa de los mismos fue del 57% y del 65%, respectivamente; frente a los antidepresivos, que producían una mejora en el 40% de los pacientes, una cifra similar al placebo.

Tras 6 meses, dos tercios del grupo consideraban esta experiencia intensamente significativa, atribuyendo los beneficios a “haber encontrado significado a la vida”. Los científicos aún no saben con certeza cómo la psilocibina produce estos cambios en el cerebro, ahí yace la “magia” de los hongos, y quizás no tenga un mecanismo neural propiamente dicho, sino que es un beneficio secundario a un cambio de actitud y significado, una operación de mente sobre materia. Evidentemente, será necesario replicar estos estudios en pacientes no oncológicos, pero, aunque la efectividad podría disminuir, es altamente probable que la psilocibina de cualquier manera supere en efectividad a los antidepresivos, lo cual supone una amenaza enorme para las farmacéuticas, ya que esta sustancia proporciona beneficios con una sola dosis. Jeffrey Lieberman y Daniel Shalev señalan con acierto que “las leyes actuales, no basadas en la evidencia, impiden la investigación, con difíciles requerimientos de almacenamiento y seguridad, lo que hace que sea muy complicado obtener fondos”. Así mismo, resulta relevante recordar las palabras del italiano Giorgio Samorini, experto en etnobotánica y etnomicología y autor del libro *Los animales que se drogan*: “el fenómeno de las drogas es natural, mientras que el problema de las drogas es cultural” (Barbieri, 2016).

Otro ensayo cruzado (Ross, 2016) realizado a 29 pacientes oncológicos con sintomatología ansioso-depresiva secundaria a su enfermedad, a doble ciego con grupo control que tomó placebo –niacina o vitamina B3–, mostró que una dosis de psilocibina (0.3 mg/kg) en conjunción con psicoterapia, produjo de forma rápida, significativa y sostenida mejoría de esta sintomatología en un 60-80% de los pacientes, experimentando una reducción de la desmoralización, desesperanza y el miedo, así como una mejoría de la calidad de vida, del bienestar y de las actitudes hacia la muerte (Dyck, 2015).

3) Depresión y ansiedad: En la depresión, el córtex cingular anterior está sobreactivado, y se hipotetiza que la psilocibina actúe en su inactivación (Ross, 2016). La ketamina, fue sintetizada en 1962, derivada de la fencicli-

dina, usada por sus propiedades sedantes, analgésicas y anestésicas, principalmente en veterinaria, y con potencial alucinógeno. Usada en fiestas rave, (conocida popularmente como Kit Kat o Special K) puede ser una opción por considerar en el caso de la depresión refractaria, ya que se ha documentado un caso de mejoría de un episodio depresivo con comportamiento suicida crónico, refractario a tratamiento, en una paciente diagnosticada de trastorno bipolar, tras infusiones repetidas de ketamina intravenosa, experimentando una mejoría completa que desafortunadamente solo duró 4 semanas (López-Díaz, 2017). También está investigándose el potencial de la psilocibina como tratamiento de la depresión unipolar resistente, habiendo obtenido resultados prometedores en los estudios piloto (Carhart-Harris, 2016). Así mismo, se está estudiando el potencial antidepressivo de derivados del cannabis.

4) Cefaleas tipo cluster. Un paciente que padecía este tipo de cefaleas, Bob Wold, constató una marcada mejoría del dolor a los 15 minutos de tomar hongos alucinógenos. Por ello, ha participado en la fundación de Cluster Busters, una organización sin ánimo de lucro que contribuye en la financiación de la investigación del Dr. John Halpern, realizada en Harvard, sobre el uso de psicodélicos en el tratamiento de este tipo de cefaleas. Recientemente, se ha avanzado en la experimentación, administrando una molécula de LSD modificada a un grupo de pacientes, teniendo como resultado la no aparición de episodios de cefalea durante semanas e incluso meses.

5) Trastorno de estrés postraumático: Recientemente, se han estudiado los efectos del MDMA, principio activo del éxtasis, en mujeres que habían sufrido abusos sexuales. En un ensayo clínico temprano, el éxtasis ayudó a 10 de 12 mujeres a recuperarse del TEPT sufrido a consecuencia de abusos sexuales en la infancia. Solo 2 de las 8 mujeres que tomaron placebo obtuvieron resultados similares.

En Carolina del Sur, el psiquiatra Michael Mithoefer experimenta si el MDMA puede ayudar a veteranos de las guerras de Irak y Afganistán a superar el trastorno de estrés postraumático, usándolo como coadyuvante durante sesiones de psicoterapia.

En ambos casos, los resultados están siendo en su mayoría positivos.

A nivel puramente bioquímico, pruebas de actividad cerebral muestran que el MDMA produce un aumento de actividad en la región del cerebro asociada al procesamiento de recompensas, y se encuentra deprimida en la amígdala, que procesa reacciones relacionadas con el miedo. Además, se ha comprobado que en animales el MDMA potencia la liberación de oxitocina, que promueve la confianza, sociabilidad y relaciones interpersonales (Seltzer, 2012).

5. CONCLUSIONES

El uso de drogas varía entre individuos, generaciones, subculturas y sociedades. Existen diferencias en las propias sustancias, en las formas de consumos, en las motivaciones y expectativas. No se da una relación simple causa-efecto; esta viene determinada por el propio individuo (sus esquemas de valores, creencias, grado de madurez...), su familia, grupos de iguales, escuela, religión o los medios de comunicación.

Las sustancias alucinógenas se han venido utilizando en el campo terapéutico de la psiquiatría desde los años 30 del siglo XX (ya en el Manicomio de Conxo –Santiago de Compostela, España–, en 1932, se usaba la mescalina) y hasta los años 70, momento en que abandonan las experimentaciones e investigaciones.

El estudio del efecto terapéutico de las sustancias psicodélicas está marcado por las políticas antidroga, el contexto cultural, las industrias farmacéuticas y los académicos. Es probable que a la industria farmacéutica no le interesen estos estudios por la falta de beneficio potencial, ya que estas sustancias no están patentadas, y no son de uso diario, por no hablar de la efectividad de algunas de ellas tras la administración de una sola dosis.

El desarrollo de una droga psicodélica para el tratamiento de un trastorno psiquiátrico grave presenta desafíos sustanciales, aunque no insuperables (Sellers et al, 2017). La investigación de los años 60 y 70 derrochó voluntarismo, pero adoleció de rigor metodológico. Las peculiares características de este tipo de sustancias no las eximen en absoluto de ser investigadas en el marco de ensayos clínicos de diseño estricto que sean capaces de generar evidencias de peso (López Briz, 2015). Desde hace casi una década de nuevo se está in-

vestigando acerca de posibles usos terapéutico de estas sustancias, siendo especialmente interesantes los resultados hallados en el campo de las adicciones y los pacientes con enfermedades terminales.

Puede que el uso terapéutico de estas sustancias abra posibilidades clínicas y terapéuticas cerradas durante mucho tiempo, y que finalmente obtenga la atención racional que merecen, sin el lastre de las asociaciones negativas procedentes del pasado... ¿Estamos asistiendo, tal y como han bautizado algunos autores (Dyck, 2015; Tupper, 2015), a la reemergencia de la “psiquiatría psicodélica”? ... La Historia nos dirá...

6. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

FUENTES

Archivo de Galicia - Santiago de Compostela.

Archivo Clínico del Manicomio de Conxo (1885-1930). Expedientes Clínicos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

BARBIERI, A. Estos animales se drogan, y de forma voluntaria, *La Vanguardia*, 18 de marzo de 2016.

<http://www.lavanguardia.com/natural/20160317/40499784970/animales-droga.html> (consultado: 17 de diciembre de 2017).

BERINGER, K. Experimentelle Psychosen durch Mescaline. *Z. ges. Neurol. Psychiat.*, 1923, 84, 426433.

BERINGER, K. *Der Meskalinrausch. Seine Geschichte und Erscheinungsweise*, Julius Springer Verlag, Berlin, 1927.

BUSTOS CARDONA, T.; SIMÓN LORDA, D.; ESTEVEZ GIL, X.; MUÑOZ, C.X.: “Sobre “baños tibios prolongados”, balnearios y locura en Galicia (finales del siglo XIX y primeros años del siglo XX)”. En: SIMÓN LORDA, D; GÓMEZ C, CIBEIRA A, VILLASANTE, O. (eds.): *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la Historia desde el siglo XXI*. Bilbao: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2013, pp. 375-386.

- CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL. “Psychedelic therapy re-emerging for anxiety, PTSD and addiction.” ScienceDaily. 8 September 2015
<www.sciencedaily.com/releases/2015/09/150908131419.htm>. (consultado 02/04/2017)
- CARHART-HARRIS, R. “Results: Of a Multi-Modal Neuroimaging Study of LSD and a Psilocybin for Treatment-Resistant Depression Clinical Trial”. 54th Annual Meeting of the Am. College Neuropsychopharmacology. Publisher: NATURE PUBLISHING GROUP, Pages: S91-S92, ISSN: 0893-133X.
- CARHART-HARRIS, R.: “Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study”. *Lancet Psychiatry* 2016, May; 3: 619-27.
- CORACH, J.E. et al. Psicoterapia con alucinógenos en un grupo de aprendizaje de la psiquiatría. In: López Ibor, I. (ed.): *Proceedings Fourth World Congress Psychiatry, Madrid, 5-11 September 1966*. Vol. 4. Amsterdam: Excerpta Medica 1968, pp. 2864-2866
- DAGEN, P. “Peindre sous hallucinogene”, *Le Monde*, 30/09/15,
http://www.lemonde.fr/culture/article/2015/09/30/les-drogues-aident-elles-a-creer_4777604_3246.html (consulta: 02/03/2017).
- DUBOIS, AM. Psilocybine Quand la psychiatrie observe la création Les années 60 à Sainte-Anne.
<http://www.ch-sainte-anne.fr/Actualites/Actualites-archivees/Psilocybine-quand-la-psychiatrie-explore-la-creation-les-annees-60-a-Sainte-Anne> (Consultado: 03/04/2017).
- DYCK, E. “LSD: a new treatment emerging from the past”. *Canadian Medical Association Journal*. 2015 Oct 6; 187(14). 1079–1080.
- FERNÁNDEZ, A. “Evolución histórica de los usos del LSD”. . En: San Gutiérrez M, Casas M, editores. *Alucinógenos, la experiencia psicodélica*, Barcelona: Ediciones en Neurociencias, Citran, 1996; p. 84-111.
- GASSER, P. et al. “LSD-assisted psychotherapy for anxiety associated with a life-threatening disease: A qualitative study of acute and sustained subjective effects”. *Journal of Psychopharmacology*. Vol. 29(1). 2015. 57-68.
- GODIN, P. “L’art psychedelique sous controle medical”, *Libération*
<http://www.liberation.fr/>,
<<http://diagonaledelart.blogs.liberation.fr/2015/10/08/lart-psychedelique-sous-controle-medical/>> 2015 (Consultado: 02/03/2017).

- GÓMEZ, L. Humphry Osmond, el psiquiatra del LSD. *El País*, 18 de febrero de 2004, https://elpais.com/diario/2004/02/18/agenda/1077058808_850215.html
- GROF, S. *Psicoterapia con LSD. “El potencial curativo de la medicina psiquedélica”*. La Liebre de Marzo. Barcelona, 2005. (Original en Grof, S. (1980). *LSD Psychotherapy*. Alameda (CAL): Hunter House Publishers.).
- LÓPEZ BRIZ, E. 2015. “El retorno a Eleusis: ¿tienen los alucinógenos un papel en terapéutica?”, *Revista Española de Drogodependencias*, 2015, 40 (4) 71-76.
- LÓPEZ-DÍAZ, A., et al. “Use of repeated intravenous ketamine therapy in treatment-resistant bipolar depression with suicidal behaviour: a case report from Spain”. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*. Vol. 7(4). 2017. 137-140.
- PASSIE, T. *Meskalinforschung in Deutschland 1887-1950*. <http://www.bewusstseinszustaende.de/index.php?id=73> (consultado: 25/11/17).
- PASSIE, T. *Psycholytic and Psychedelic Therapy Research 1931-1995: A Complete International Bibliography*. Hannover: Laurentius Publishers· Hannover, 1997.
- PÉREZ MORALES, F.: *Psicoterapia y LSD 25*. In: López Ibor, J.J. (ed.): *Proceedings Fourth Congress of Psychiatry, Madrid 5-11 September 1966*. Part 4. Amsterdam: Excerpta Medica 1968, pp. 2867-2869.
- PISANO, V.D. “The association of psychedelic use and opioid use disorders among illicit users in the United States”. *Journal of Psychopharmacology*, 1-8. 2017.
- RODRÍGUEZ NOGUERA, M.V.; SIMÓN LORDA, D.; BALSEIRO MAZAIRA, E; MOREIRA MARTÍNEZ, M.M; RODRÍGUEZ CARMONA, L. (2017): “Piretoterapias, curas de Sakel, electroshock y otras terapias (Psiquiatría en Galicia-España, 1916-1984). En: ANA LEONOR PEREIRA y JOÃO RUI PITA (eds.) (2017): *História interdisciplinar da loucura, psiquiatria e saúde mental VII*. Coimbra: SHIS/ Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra.
- ROJO SIERRA, M. “Tratamiento de la neurosis obsesiva por los derivados del tropano. Consecuencias psicológicas”. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*. 1954. 1:354-373.
- ROJO SIERRA, M.: “Terapéutica lisérgica en ciertos síndromes obsesivos y neurosis sexuales”. *Actas luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, 1959, 18: 108-113.
- ROJO SIERRA, M.: “El L.S.D. 25 y la Psicoterapia en Grupo”. *Revista de Psiquiatría y Psicología médica de Europa y América Latina*, 1960, 4: 419-422.

- ROSS S. et al . “Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: a randomized controlled trial”. *Journal of Psychopharmacology*, 2016, Vol. 30 (12) 1165–1180.
- RUIZ-OGARA, C., Marti-Tusquets, J.L., González-Monclús, E. “Psicosis lisérgica”. *Rev. Psiquiat. Psicol. Med.*, 2, 566-589.
- SELLERS, E.M. et al, 2017 Studies with psychedelic drugs in human volunteers. *Neuropharmacology*, Available online 21 November 2017. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2017.11.029>
- SELTZER, S. “5 Fascinating New Uses For Psychedelics”, alternet.org, <https://www.alternet.org/story/155167/5_fascinating_new_uses_for_psychedelics>, 2012 (Consultado: 28/02/2017).
- SEVA DÍAZ, A. “Investigaciones en torno a la utilización del LSD-25 en la terapéutica de las neurosis obsesivas durante los años sesenta”. En: San L, Gutiérrez M, Casas M, editores. *Alucinógenos, la experiencia psicodélica*, Barcelona: Ediciones en Neurociencias, Citran, 1996; p. 112-24.
- SIMÓN LORDA, D.: *Locura, medicina y sociedad: Ourense (1875-1975)*, Ourense, Ed. Fundación Cabaleiro Goás/Xunta de Galicia, 2005.
- SIMÓN LORDA, D; BUSTOS CARDONA, T; ESTÉVEZ GIL, X. — “Interín no pasen al manicomio...”. *Locura y reclusión en Galicia-España (finales siglo XIX y primeros años siglo XX)*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2015; 35 (125), 93-110.
- SIMÓN LORDA, D.; ESTÉVEZ GIL, X; RODRÍGUEZ NOGUERA, MV; MOREIRA MARTÍNEZ, MM; BUSTOS CARDONA, T. — “Electroterapia, medicina y psiquiatría en Galicia (España) a finales del siglo XIX y primeros años del XX”. *SISO/SAÚDE*, 2016, núm. 58/59, 211-233.
- STEPHEN, R. “Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: a randomized controlled trial”. *Journal of Psychopharmacology*. Vol. 30(12). 2016. 1165-1180.
- TAGLIAZUCCHI, E. et al. Increased Global Functional Connectivity Correlates with LSD-Induced Ego Dissolution. *Current Biology*. 26, 1043–1050 April 25, 2016 DOI: [10.1016/j.cub.2016.02.010](https://doi.org/10.1016/j.cub.2016.02.010) .
- TORRES, M.A., et al.” Historia de las adicciones en la España contemporánea”. Ed. Sociodrogalcohol.2009

TUPPER K.W., Wood, E. et al. Psychedelic medicine: a re-emerging therapeutic paradigm. *CMAJ*, October 06, 2015, 187 (14) 1054-1059.

USÓ ARNAL, J.C. “Sobre el uso clínico de psiquedélicos en España”. Revista Monográfica El idiota, No.1. Barcelona. 2000.

USÓ ARNAL, J.C. “Historia de la psicodelia y de algunos intelectuales influenciados por el LSD”, *Revista Replicante*, <<http://revistareplicante.com/historia-de-la-psicodelia/>>, 2010 (Consultado: 28/02/2017).

USÓ ARNAL, J.C. . “Historia de la psiquedelia. 50 aniversario de la LSD”. <http://www.imaginaria.org/uso.htm> (Consultado: 16/12/2017).

ZUCKER, K.: “Versuche mit Meskalin an Halluzinanten”. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1930, 127, 108- 168.

ZUCKER, K.” Über die Zunahme spontaner Halluzinationen nach Meskalin”. *Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1930, 56, 447- 448.

<http://www.maps.org/resources/psychedelic-bibliographydecondicionamiento.org>





Ampollas
inyectables



Mescalina
(Merck)



Cartel de la exposición "Psilocybine, quand la psychiatrie observe la création, les années 60 à Sainte-Anne". Museo Singer-Polignac. Otoño de 2015.



Pierre-Xavier Laffite, Alto 9.
Trabajo realizado durante
el protocolo.



Vida Parme, Sin título.
Trabajo realizado después del protocolo.



"El Universo Amniótico". Dibujo procedente de una sesión con LSD a dosis alta, que representa recuerdos de la tranquila existencia intrauterina. Identificación experiencial con la dichosa experiencia del feto en un "útero bueno" acompañada de sensaciones de unidad cósmica. La galaxia en forma de pecho refleja el hecho de que esta experiencia está también relacionada con el recuerdo de la feliz unión simbiótica con la madre durante los primeros meses de vida.

GROF, S. Psicoterapia con LSD. "El potencial curativo de la medicina psiquedélica".
La Liebre de Marzo. Barcelona, 2005.



Dibujo de una sesión con LSD a dosis alta que representa el proceso de muerte-renacimiento, vivido como el hundimiento en un gigantesco remolino. La pequeña barca con el esqueleto sugiere que este proceso tiene que ver con el encuentro con la muerte.

GROF, S. Psicoterapia con LSD. "El potencial curativo de la medicina psiquedélica".
La Liebre de Marzo. Barcelona, 2005.



Dibujo que representa una experiencia de “útero malo” en una sesión psiquedélica de dosis alta. La hostilidad del útero se experimenta en forma de ataques de animales fieros. (Robin Maynard-Dobbs).

GROF, S. Psicoterapia con LSD. "El potencial curativo de la medicina psiquedélica". *La Liebre de Marzo*. Barcelona, 2005.

Propuesta de programa asistencial trastorno mental grave en unidades de salud mental comunitaria

Carmen Armas Barbazán

Psiquiatra. Unidad de Salud Mental de Monforte de Lemos.

Correspondencia: carmenarmasb@hotmail.com

RESUMEN

La mayor parte de la población con Trastorno Mental Grave de curso crónico es atendida en las Unidades de Salud Mental de la red, aunque exista un flujo constante entre dispositivos.

En este artículo expondré un plan de actuación dirigido a mejorar la atención a las personas que padecen Trastorno Mental Grave, atendidas en las Unidades de Salud Mental, en un contexto de desarrollo de un modelo de atención comunitaria equilibrada.

PALABRAS CLAVE: Trastorno mental grave, Unidades de Salud Mental, atención comunitaria, Plan de Atención Individualizada.

ABSTRACT

The majority of the population with Serious Mental Disorder of chronic course is attended in the Mental Health Units of the network, although there is a constant flow between devices.

In this article I will present an action plan aimed at improving care for people suffering from Serious Mental Disorder, assisted in Mental Health Units, in a context of developing a balanced community care model.

KEY WORDS: Serious Mental Disorder, Mental Health Units, community care, Individualized Care Plan.

1. INTRODUCCIÓN

Con esta propuesta pretendo desarrollar un plan de actuación dirigido a

mejorar la atención a las personas que padecen Trastorno Mental Grave de curso crónico, atendidas en las Unidades de Salud Mental, en un contexto de desarrollo de un modelo de atención comunitaria equilibrada.

–El trastorno mental grave afecta al funcionamiento de toda la red y, a su vez, las dificultades para su manejo ocasionan hospitalizaciones prolongadas, tendencia al empleo de medidas restrictivas y mayor proporción en el uso de recursos de larga estancia.

–Los modelos balanceados (extra e intrahospitalarios) cubren todas las posibles situaciones de los usuarios y, al tiempo, remarcan la importancia de la unidad de salud mental como puerta de entrada y eje del sistema.

–La propuesta de mejora que planteo pretende entroncar mi experiencia previa en salud mental comunitaria (Alternativas a la Hospitalización Red de Salud Mental de Bizkaia) con mi actual trabajo en una Unidad de Salud Mental de un hospital comarcal del área de Lugo.

2. ANTECEDENTES

La mayor parte de la población con Trastorno Mental Grave (TMG) de curso crónico es atendida en las Unidades de Salud Mental (USM) de la red, aunque exista un flujo constante entre dispositivos.

En algunos casos, la información disponible acerca de la evolución, necesidades asistenciales y flujo entre los recursos es escasa y fragmentada, por lo que, añadiendo la elevada presión asistencial de las USM y las dificultades de coordinación dentro del circuito asistencial, la atención a este grupo de personas puede verse condicionada.

3. MISIÓN

Contribuir a la mejora en la atención a pacientes con Trastorno Mental Grave en las Unidades de Salud Mental, garantizando la continuidad de cuidados y la calidad de la Gestión.

4. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

4.1. Objetivo general

Que todo paciente adscrito cuente con un Plan de Atención Individualizada (PAI), elaborado por el equipo multidisciplinar de la USM, revisable periódicamente.

dicamente, y que contenga los objetivos a medio y largo plazo y las intervenciones a realizar por cada profesional.

4.2. Objetivos específicos:

- Definir la población con TMG atendida en las USM.
- Delimitar su recorrido asistencial y enlace con otros programas y dispositivos sanitarios y sociosanitarios de atención a TMG (Primeros Episodios, Alternativas a la Hospitalización, Unidades Hospitalarias de Rehabilitación, recursos residenciales...)
- Establecer actuaciones clínicas básicas en esta población de acuerdo con las guías clínicas.
- Establecer indicadores relevantes.

5. DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN

Los pacientes susceptibles de ser incorporados a este programa deben cumplir criterios de TMG de curso crónico: diagnóstico (esencialmente psicosis), duración (más de dos años) y discapacidad (deterioro del funcionamiento en AVD, relaciones sociales, actividad laboral, etc.)

Más allá del diagnóstico clínico, el elemento fundamental que caracteriza a esta población es la discapacidad asociada a la sintomatología persistente, las necesidades de atención no limitadas al ámbito estrictamente sanitario y la necesidad de planes integrales de tratamiento a largo plazo que incluyan el control de los síntomas y el abordaje de la discapacidad.

5.1. Criterios Diagnósticos

Todas las categorías diagnósticas incluidas en el concepto de Trastorno Mental Grave tienen la consideración de psicóticas, en sentido amplio. Se entiende por tal no sólo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. Esto incluye a las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992):

- Trastornos esquizofrénicos (F20.x)
- Trastorno esquizotípico (F21)
- Trastornos delirantes persistentes (F22)
- Trastornos delirantes inducidos (F24)

- Trastornos esquizoafectivos (F25)
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)
- Trastorno bipolar (F31.x)
- Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

5.2. Duración de la enfermedad

Se establece como criterio una evolución del trastorno de 2 años o más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación), aunque remitan los síntomas.

Los criterios del NIMH4 definen como alternativa los siguientes criterios:

- Haber recibido tratamiento psiquiátrico más intensivo que el ambulatorio más de una vez a lo largo de la vida.
- Haber recibido apoyo residencial continuo distinto a la hospitalización por un tiempo suficiente como para haber interrumpido significativamente la situación vital.

5.3. Presencia de discapacidad

Definida mediante la *afectación de moderada a grave del funcionamiento personal, laboral, social y familiar*.

Según la definición del NIMH4, esta discapacidad produce limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida y al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:

- Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
- Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
- Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.
- Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
- Conducta social inapropiada que determina la intervención del Sistema de Salud Mental o del Sistema Judicial.

La población objeto de este programa excluye a la incluida en programas de Primeros Episodios o similares, y a la que recibe asistencia en servicios de rehabilitación sin seguimiento en su USM (Unidades Hospitalarias de Rehabilitación, Hospitales de Día, equipos de TAC).

6. METODOLOGÍA

6.1. Entrada al programa

La entrada al programa se establece por decisión del equipo asistencial de la USM, contando con los criterios de inclusión.

6.2. Selección población prioritaria

Para la selección inicial de pacientes a incluir en el programa se establecen algunos grupos a priorizar, que pueden representar a pacientes de cierta complejidad, en los que la reflexión en equipo y la elaboración del PAI tiene una mayor importancia:

- Pacientes de “baja adherencia” y mayor componente de gravedad. Con antecedentes de al menos un ingreso en el último año en Agudos, antecedentes de estancias en Subagudos y Unidades de Rehabilitación Hospitalarias, consumo asociado de tóxicos, edad joven (menor de 35 años), antecedentes o riesgo de conductas auto/heteroagresivas...
- Pacientes con patología orgánica asociada de entidad (componente orgánico de cuidados relevante)
- Pacientes con elevado componente “sociosanitario”: riesgo de marginalidad, bajo apoyo sociofamiliar, incluidos en espera de recursos de alojamiento, o ya en recursos de alojamiento/ centros de día...

6.3. PAI TMG-USM (*Plan de Atención Individualizada*)

La herramienta central a implantar en dicha población es un Plan de Cuidados o Plan de Atención Individualizada (PAI), elaborado de manera multidisciplinar entre los profesionales (facultativos, enfermería y trabajo social) de la USM, revisable periódicamente, y que contenga los objetivos a medio y largo plazo y las intervenciones a realizar por cada profesional. El PAI incluye una sistemática de evaluación basada en la escala HoNOS, unos objetivos específicos, unas intervenciones relacionadas con dichos objetivos, y un plazo de revisión (se propone una periodicidad anual de evaluación/ revisión de cada PAI).

6.4. Evaluaciones

Las evaluaciones sistemáticas deberán cumplimentarse al ingreso en el programa, con cada revisión del PAI (anual), y al alta del mismo. Incluyen:

- Escala HoNOS: Asociada al PAI, es el guión común para la detección y seguimiento de los principales problemas que requieren actuación.

- ICG: Impresión Clínica Global. Medida de la gravedad, y del grado de mejoría clínica.
- EEAG: escala de evaluación de la Actividad Global: mide el grado de discapacidad/ funcionamiento.
- Euro Qol-5d: escala de calidad de vida.

6.5. Gestión de Caso

En cada USM es preciso establecer una figura de Gestor de Caso (uno o varios), encargado de coordinar el PAI y el seguimiento de su ejecución. Inicialmente se sugiere que la gestión del caso se asuma por parte de enfermería y trabajo social. El gestor de caso es el referente fundamental del Plan de Cuidados de cada paciente asignado al programa, aunque el responsable final del caso es el facultativo correspondiente.

Se sugiere una selección inicial de entre 25-50 casos. Los casos se seleccionan incluyendo estos 3 grupos prioritarios, a los pacientes nuevos, y a los procedentes de una hospitalización.

6.6. Intervenciones

Se establecen como prioritarias las siguientes intervenciones:

- Optimización del tratamiento farmacológico: control de efectos secundarios, protocolos (clozapina, depot, litio, otros), adherencia al tratamiento.
- Control y seguimiento de patologías orgánicas asociadas (Sd. metabólico, VIH-VHC, patología cardiovascular y respiratoria, diabetes, etc.), mediante coordinación con primaria y especializada.
- Intervenciones psicoeducativas y de apoyo, en formato grupal e individual, para el manejo de la enfermedad y el abordaje de problemas específicos: consumo de tóxicos, manejo de la medicación, prevención de recaídas.
- Intervenciones de psicoeducación y apoyo a familias, tanto grupales como individuales.

6.7. Salida del programa

La salida del programa, excluyendo abandonos, se realiza en general por derivación hacia los recursos específicos de rehabilitación, tanto sanitarios como sociosanitarios (Hospitales de Día, equipos de TAC, Centros de Día, pisos tutelados, residencias, Unidades de Rehabilitación Hospitalarias).

7. FORMACIÓN

De cara a la capacitación de los profesionales para el desarrollo de PAIs: se imparte formación al inicio del programa y a los seis meses.

8. SOPORTE INFORMÁTICO

Se informatizan tanto el PAI como el resto de escalas (ICG, EEAG, Euro-qol), por lo que quedan incluidas en la historia clínica digital del paciente.

9. I MPLANTACIÓN DEL PROGRAMA

El programa se comienza a implantar de forma rutinaria en las USM del área, mediante la inclusión progresiva de pacientes que cumplen los criterios establecidos. Se establece un ritmo de inclusión de 1 paciente/semana en USM con 1-2 facultativos y 2 pacientes/semana en USM con más de 2 facultativos. Para ello se sugiere que cada USM se comprometa a reservar un espacio de tiempo a la semana para dedicarlo exclusivamente a una reunión de equipo en la que se elaboran, consensúan y revisan los PAI y se cumplimentan las escalas. Al Jefe de USM se le encarga supervisar el ritmo de inclusión de pacientes en el programa y que la documentación se cumplimenta de forma adecuada (PAI y escalas).

10. INDICADORES

Se establecen una serie de indicadores que permiten evaluar periódicamente el desarrollo del programa, para ir ajustándolo a los cambios y resultados que vayan obteniéndose.

•De proceso:

- Nº de pacientes en programa TMG en USM.
- % pacientes con PAI revisado anualmente.

•De resultado:

- % pacientes TMG-USM que precisan hospitalización.
- % días de ingreso consumidos sobre el total de días posibles.
- Nº altas administrativas (vs retención de pacientes en el programa).

La evaluación se realiza anualmente

11. BIBLIOGRAFÍA

- BADÍA, X., et al. *The Spanish version of EuroQoL: A description and its applications. European Quality of Life scale*. Med Clin (Barc) 1999; 112 (Supl 1): 79-85.
- ENDICOTT, J. et al. "The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance". *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33: 766-771.
- Guía de práctica clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en los Centros de Salud Mental*.
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf
- Guía de práctica clínica sobre Esquizofrenia y Trastorno Psicótico Incipiente*.
- Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*.
- HARO, J.M. et al. "The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia". *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*. 2003; 416: 16-23.
- MARSHALL, M., GRAY, A., LOCKWOOD, A., GREEN, R. "La gestión de los casos en personas con trastornos mentales graves" (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, LTd).
- MARSHALL, M., LOCKWOOD, A. *Tratamiento asertivo en la comunidad para las personas con desórdenes mentales severos* (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, LTd).
- URIARTE, J.J., BERAMENDI, V., MEDRANO, J., WING, J.K., BEEVOR, A.S. y CURTIS, R. (1999). Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*, 11, 93-101.
- ZIGURAS, S., STUART, G. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 years. *Psychiatric Services* 51:1410-1421, November 2000.

Un modelo de apoyo a personas en el espectro del autismo y sus familias en entornos naturales: la Unidad de Apoyo Ambulatorio de la Asociación BATA

***Laura Armas Barbazán
Marlene Horna Castiñeiras
Carmen Márquez López
Adriana Pomares Aragunde
Mónica Rey Couto
Kathy Sánchez Navia
Crsitina Serantes Chedas***

Correspondencia: geniarmas@autismobata.com

RESUMEN: La Unidad de Apoyo Ambulatorio es un servicio que se incluye dentro de la red de servicios de la Asociación Autismo BATA que da apoyo a personas en el espectro del autismo y sus familias en sus entornos naturales (casa, colegio, comunidad) siendo el profesional el que se desplaza al lugar en donde transcurre la vida de las personas para ofrecer apoyo bajo el enfoque de la Planificación Centrada en la Familia.

PALABRAS CLAVE: Espectro del autismo, asociación BATA, Unidad de Apoyo Ambulatorio, entornos naturales, intervención centrada en la familia, calidad de vida.

ABSTRACT: The Outpatient Support Unit is a service included within the service network of the Autism Association BATA that supports people in the Autism Spectrum and their families in their natural environments (home, school, community). The professional is the one who goes to the place where people live in order to provide support under the approach of the Family Centered Planning.

KEY WORDS: Autism spectrum, association BATA, Outpatient Support Unit, natural environments, family-centered intervention, quality of life.

LA UNIDAD DE APOYO AMBULATORIO (UAM)

La Unidad de Apoyo Ambulatorio (UAM) es uno de los servicios que, desde la Asociación Autismo BATA (www.autismobata.com), ofrecen apoyo a personas en el espectro del autismo y otros trastornos relacionados y a sus familias con el fin de mejorar su calidad de vida en diferentes ámbitos y a lo largo de todo su ciclo vital. Para ello, BATA (entidad de iniciativa social sin ánimo de lucro) ha ido creando a lo largo de los años una red de servicios que incluyen: Unidad de Evaluación, Diagnóstico y Orientación, Servicio Educativo, Servicio de Día, Servicio de Apoyo Familiar, Servicio de Apoyo a la Comunidad, Red Social de Apoyos, Red de Viviendas con Apoyo, Servicio de Empleo y la Unidad de Apoyo Ambulatorio (en adelante UAM).

La UAM comienza su andadura en el año 2004 dando cobertura a las necesidades de apoyo que presentan niños y adolescentes en el espectro del autismo de entre 18 meses y 18 años y sus familias en sus entornos cotidianos: en su casa, en la escuela y en la comunidad. En este servicio es el profesional el que se desplaza al lugar en donde verdaderamente transcurre la vida y en donde la persona y su familia necesitan apoyo.

En la actualidad, la UAM consta de tres sedes situadas en Vilagarcía de Arousa, Santiago de Compostela y Tui-Vigo abarcando un ámbito de actuación de 30 kilómetros a partir de cada una de ellas. En el caso en que la vivienda familiar se situara a más distancia se le daría la oportunidad a la familia de ser ellos los que se acercaran a la sede más cercana y trabajar con ellos en otros entornos naturales. El equipo de la UAM lo conformamos 13 profesionales repartidas entre las tres sedes con formación especializada en el espectro del autismo y trastornos relacionados. Cada sede cuenta con una Coordinadora de referencia y todas ellas con el asesoramiento de una Directora Técnica. Apostando por un compromiso de mejora continua y de trabajo transdisciplinar, realizamos reuniones semanales entre todos los profesionales para abordar temas relacionados con la intervención directa, aspectos organizativos, formativos y técnicos.

Nuestro compromiso en favor de la intervención y apoyo en los contextos naturales de la persona se extiende a muy diversos ámbitos. Así, por ejemplo, podemos dar apoyo en casa, en el supermercado, en la cafetería, en el transporte público, en una revisión médica, en la peluquería, en un patio de colegio, dentro del aula, en las actividades extraescolares, etc., siempre siguiendo un plan de intervención previamente definido y diseñado en equipo con la persona en el espectro del autismo (en caso en que tuviera la capacidad para participar activamente) y su familia, lo que conformará su Plan de Desarrollo Individual (PDI).

Estamos convencidos de que el enfoque basado en apoyo en entornos naturales es la mejor forma de apoyar a la persona en el espectro y a su familia, ofreciendo multitud de ventajas sobre otro tipo de intervenciones entre las que podemos destacar:

- Apoyar aprendizajes imposibles de reproducir en salas o despachos (p.e. aprender a coger el transporte público o a esperar la cola del tobogán en un parque atestado de niños.)
- Intervenir y apoyar en una variedad de situaciones inmensa.
- Detectar nuevas necesidades en función de las respuestas de la persona en el espectro del autismo a las demandas cambiantes e imprevisibles que caracterizan a los entornos naturales.
- Subsanar las dificultades de generalización de los aprendizajes de las personas en el espectro del autismo, ya sea por exceso o por defecto.
- Realizar adaptaciones de sus entornos más ajustadas a las necesidades de la persona y a las posibilidades de sus entornos.
- Observar cómo la persona es considerada o tratada por los demás.
- Observar y aprender costumbres, modas, etc. presentes en su entorno que pueden necesitar ser explicadas y/o enseñadas.
- Ayudar a crear y/o consolidar una red de apoyo para la persona y su familia.
- Servir de modelos de relación para otras personas del entorno.
- Ahorrar desplazamientos y disminuir los niveles de estrés de la persona y su familia.
- Y, además, los entornos reales suelen resultar mucho más motivantes para las personas y por lo tanto favorecen sus aprendizajes.

En coherencia con nuestros principios y valores, desde la UAM centramos las intervenciones en el desarrollo de habilidades cognitivas, comunicativas y sociales que faciliten al niño o adolescente una mayor comprensión de los diferentes entornos donde se desenvuelve habitualmente: familiar, educativo y comunitario; empleando diversas estrategias metodológicas para abarcar la intervención en las siguientes áreas: identidad, autonomía y autodeterminación; habilidades sociales y regulación emocional; comunicación y representación; prevención e intervención de conductas inadecuadas al contexto.

La UAM ofrece además, una serie de actividades complementarias orientadas al desarrollo de habilidades sociales y creación de grupos de apoyo para niños y adultos en el espectro del autismo: Panal de Amigos, para personas con edades comprendidas entre los 8 y 14 años; y REGREPSA, a partir de los 15 años y a lo largo de la vida adulta.

En virtud de un convenio de colaboración de la Asociación BATA con la Consellería de Cultura, Educación y Ordenación Universitaria de la Xunta de Galicia, desde diciembre de 2015, los profesionales de la UAM pueden dar apoyo a los niños y adolescentes en el espectro del autismo dentro de los centros educativos donde, desarrollando un trabajo conjunto con el equipo docente pueden ayudar a estructurar los diferentes ambientes y espacios, asesorar en metodologías de aprendizaje adaptadas al perfil cognitivo del alumno, impartir formación o charlas de sensibilización, etc., para garantizar una serie de acciones encaminadas a facilitar una atención educativa ajustada a sus necesidades.

Una de las mayores demandas de las familias en relación a los centros educativos es el apoyo en los recreos, por ser éste un momento especialmente desestructurado, imprevisible, ruidoso y con numerosas reglas no escritas. La intervención en el contexto del patio, momento motivador de juego y descanso para la mayoría de los alumnos, se hace sin embargo muy necesaria para los niños con Autismo al convertirse en una fuente constante de estrés y aislamiento (Martos y Llorente, 2017). Intervenimos en este contexto programando actividades dirigidas, generando los apoyos necesarios y creando oportunidades para la inclusión del niño en el juego con su grupo de iguales, guiando acerca del cumplimiento las normas implícitas y explícitas del juego y ayudando a entender situaciones dando la alternativa adecuada para resolver conflictos.

De acuerdo con nuestro compromiso compartido de mejora continua en la asociación BATA, la UAM recoge su proceso bajo criterios de la norma de calidad internacional ISO 9001:2015, acreditación oficial que certifica la calidad del servicio y que permanece actualmente vigente en todos los programas y servicios de la Asociación BATA. Contamos, además, con la acreditación de Calidad Plena Inclusión concedida por la Confederación Plena Inclusión España. Estos sistemas de gestión de calidad conforman un lenguaje único de funcionamiento que facilita el desarrollo y la mejora continua tanto de los apoyos y programas que ofrecemos como del proyecto en común de la entidad: nuestro compromiso con la calidad de los apoyos que ofrecemos a las personas en el espectro del autismo y a sus familias.

FILOSOFÍA DE TRABAJO Y ENFOQUES METODOLÓGICOS

El objetivo prioritario de la UAM es mejorar la calidad de vida de las personas con en el espectro del autismo y de sus familias, por lo que nuestros valores y filosofía de trabajo se ajustan a una serie de principios que desarrollamos brevemente a continuación:

- Planificación Centrada en la Persona (PCP). Situamos a la persona en el centro de todo proceso de planificación e intervención, para ayudarle a desarrollar sus planes de vida en función de sus intereses y necesidades.
- Enfoque de intervención centrado en la Familia, asumiendo que son los padres los expertos reales en las necesidades de sus hijos. Nadie tiene la perspectiva y la capacidad de percibir matices en los avances, estados de regulación y comportamientos de un niño como la tienen sus propios padres (Prizant, 2018). Por ello toda actuación educativa y socio-familiar programada desde la UAM parte del establecimiento de una relación de constante colaboración entre familias y profesionales.

Reconocemos a cada familia como única, con unas singularidades, preocupaciones, necesidades, sueños, fortalezas y retos concretos; con una cultura relacional inherente propia. Desde este planteamiento, se forma y promueve un trabajo en equipo familia-persona-profesional en todo momento: inicialmente trabajando de manera conjunta en el análisis de necesidades, establecimiento de objetivos y prioridades, toma de decisiones y planificación de intervenciones; reflejadas en la creación y posterior se-

guimiento del Plan de Desarrollo Individual (PDI) propio de cada niño o adolescente. Posteriormente, apoyando activamente a las familias en la propuesta e implementación de diferentes estrategias de intervención y en el seguimiento y análisis de resultados obtenidos mediante la entrega anual de un Informe del PDI de cada niño.

Es por ello que desde la UAM creemos preciso incidir en la importancia de continuar avanzando hacia la necesaria formación y capacitación de las propias familias, aumentando de esta manera su sentimiento de confianza y capacidad de cara a un mayor desarrollo de las fortalezas de su hijo y posibilitando la aparición de nuevas redes de apoyo social.

–Prestamos especial atención a la intervención temprana, defendiendo la idea de que una detección temprana y la implementación de un programa de intervención eficaz en estas primeras edades ayuda a mejorar el pronóstico en cuanto al desarrollo del niño.

–Defendemos un enfoque de intervención Ecológico, que abra nuevas oportunidades de interacción e implique a otras personas del entorno del niño como agentes de cambio. Por ello, aprovechamos los recursos y oportunidades de actuación que nos aportan los diferentes entornos: social, físico, interpersonal, comunicativo, etc.

–Adoptamos un enfoque teórico y metodológico Naturalista, enfatizando en las numerosas oportunidades de aprendizaje, así como en la variabilidad e imprevisibilidad de las situaciones que nos aportan los contextos naturales.

En este sentido, consideramos que las dificultades de interpretación del mundo social que rodea a las personas con Autismo, la “ceguera al contexto” (Vermeulen, 2009) y las dificultades de generalización de aprendizajes relacionados con las habilidades sociales y comunicativas, que están siempre presentes en las personas a las que apoyamos en mayor o menor grado, hacen necesaria una intervención en contextos naturales para posibilitar la adquisición real de aprendizajes funcionales.

–Enfocamos la intervención desde un modelo de Apoyo Activo, basado en la planificación centrada en la persona. Este enfoque define una manera concreta de prestar apoyo a las personas en el espectro del autismo, respetando sus preferencias personales y procurando que estos apoyos

respondan a necesidades reales y adquieran significatividad en sus vidas. Se emplea una metodología concreta que gradúa los niveles de apoyo necesarios para garantizar una participación activa de las personas.

CONCLUSIONES

Desde la Asociación BATA tenemos el compromiso de llevar a cabo las acciones necesarias para proporcionar, a las personas en el espectro del autismo y a sus familias, oportunidades en igualdad de condiciones y que puedan desenvolver su proyecto de vida, promoviendo su inclusión como ciudadanos de pleno derecho.

En sintonía con la referencia que hace M. A. Verdugo¹ a la calidad de vida como “un concepto identificado con el movimiento de avance, innovación y cambio en las prácticas profesionales y en los servicios, permitiendo promover actuaciones a nivel de la persona, de la organización y del sistema social” que se fundamente en:

- Pasar de un sistema centrado en las limitaciones de la persona a otra centrada en el contexto y en la interacción, que supone un enfoque ecológico.
- Pasar de un sistema centrado en la eficacia de los servicios, programas y actividades a otro que se centre en los avances en la calidad de vida y los cambios y mejoras deben reflejarse en cada persona.
- Pasar de un sistema centrado en los profesionales a otro que tenga en cuenta a la persona y a sus familiares. (Mañós, 2011, p.18), las intervenciones llevadas a cabo por el equipo de la

UAM están orientadas a la mejora de la calidad de vida de las personas, y se centran en aquellas áreas que se muestran alteradas en el desarrollo de los niños y niñas en el espectro del autismo.

Enseñar a la persona, centrándonos en su perfil cognitivo y en sus preferencias e intereses, habilidades compensatorias es de vital importancia; tanto como intervenir sobre el entorno, haciéndolo más amigable “adaptando las tareas, estímulos, metodología de aprendizaje, el mobiliario, el espacio, el tiempo, a una mente que percibe la información, la procesa y

¹ En el acto de Presentación de la Escala GENCAT.

funciona de manera diferente” (Isabel Paula, 2015, p.18).

Trabajar en entornos naturales permite recoger valiosa información sobre todo lo que rodea a la persona en el espectro del autismo, así como formar, informar y dar visibilidad en la sociedad a estas personas, teniendo gran impacto en su calidad de vida.

Y, si algo tenemos claro, es que la amalgama que une, motiva, provoca avances y hace que nuestro trabajo genere cambios en la sociedad y en la vida de las personas, es el trabajo en equipo (personas, familias y profesionales). Contar con personas comprometidas con las personas y con la formación, porque sabemos que debemos ofrecer lo mejor, siendo generosas con nuestra experiencia y transparentes en nuestras prácticas, es lo que hace que sigamos avanzando en el camino hacia una sociedad más justa, igualitaria y respetuosa con la neurodiversidad humana.

BIBLIOGRAFÍA

- MAÑÓS, F. (Coord.). (2011). *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. La toma de decisiones para el desarrollo de su proyecto de vida*. Madrid: Instituto de mayores y Servicios Sociales, IMSERSO. Recuperado de:
http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/doc_tec_21020.pdf
- MARTOS, J., y LLORENTE, M. (2017). *El niño al que se le olvidó cómo mirar. Comprender y afrontar el Autismo*. Madrid: Editorial La esfera de los libros.
- PAULA, I. (2015). *La ansiedad en el autismo. Comprenderla y tratarla*. Madrid: Alianza Editorial.
- PRIZANT, B., y FIELDS-MEYER, T. (2018). *Seres humanos únicos*. Madrid: Alianza Ed.
- SCHALOCK, R.L., y Verdugo, M.A. (2002/2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- VERMEULEN, P. (2012). *Autism as Context Blindness*. Shawnee Mission, Kansas, EEUU: AAPC Publishing.

El apoyo como punto de partida

David Varela Novoa

GAM Ourense

Correspondencia: davidpanis80@hotmail.es

Dentro del amplio espectro del asociacionismo existen diversos movimientos. Los GAM (grupos de apoyo mutuo) y los GAT (grupos de apoyo terapéutico) son dos de los oficialmente reconocidos.

En cuanto a los GAM, la principal característica es la ausencia de jerarquías. Los miembros son personas con algún tipo de padecimiento psíquico o enfermedad mental que se reúnen, dialogan y exponen su situación personal bajo los principios básicos del respeto y la confidencialidad.

En un GAM no se juzga ni se dan consejos. La relación entre los miembros del grupo se basa en la horizontalidad. Nadie está por encima de nadie, de ahí que el funcionamiento esté basado en la autogestión siguiendo una serie de pautas básicas para cualquier tipo de reunión.

La principal diferencia entre un GAM y un GAT es que en este último sí hay cabida para profesionales de la salud mental y familiares. De ahí que el ámbito y el espectro sean los mismos, pero con un enfoque diferente, siendo el objetivo el mismo: el apoyo como punto de partida.

Partiendo de ese apoyo, la capacidad para saber confluir entre los diferentes ámbitos será la que determine nuestro presente y futuro. Por un lado, existe la tendencia a situarse como outsiders del sistema y luchar para mejorar la situación; lo que podríamos definir como una pequeña o gran revolución y por otro, querer mejorar y progresar partiendo de la idea de cambiar el sistema desde dentro, lo que supondría poder evolucionar.

Los diferentes movimientos que existen en nuestro país pueden situarse a un lado o al otro. La opinión personal de este humilde colaborador es que estableciéndonos en la confrontación directa como punto de partida tenemos todas las de perder. Esta partida la jugamos todos y de nuestra capacidad para poder ir evolucionando dependerá la mejora de nuestra situación.

El futuro dirá si somos capaces de ello.

Manifesto GAM

David Varela Nóvoa

GAM de Ourense

Correspondencia: david.panis80@hotmail.es

Con data do 13 de Marzo do 2018, un servidor, coma membro do GAM (Grupo de apoio mutuo) de Ourense manifesta o seguinte:

–En primeiro lugar, existimos, estamos aquí e queremos pór de manifesto que coma suxeitos con ou sen diagnóstico que tivemos ou temos un padecemento psíquico, a nosa opinión, vivencia e experiencia en canto a situación que nos toca vivir ten que estar presente no ámbito da actuación do persoal clínico dos profesionais da saúde mental.

–En segundo lugar, queremos pór de manifesto que a atención sanitaria a persoas coa nosa problemática non pode basearse en emitir un diagnóstico, prescribir unha medicación e facer un seguimento en moitos casos que se prolonga no tempo dunha maneira moi espaciada. Tendo en conta que a nosa problemática ten un carácter continuo e merece un seguimento activo cunha periodicidade máis curta.

–En terceiro lugar, queremos pór de manifesto que nós somos, nós vivimos, nós padecemos, e polo tanto tamén temos dereito a decidir sobre nós mesmos. Non estamos á marxe, e queremos formar parte dun proxecto integral no que a nosa opinión acerca do tratamento do noso problema e os medicamentos que poidamos tomar ou non sexa tida en conta.

Estes son os 3 puntos principais do manifesto do GAM de Ourense dos que nos facemos eco coa xentileza de Radio Liverdade aproveitando para informar do traballo que estamos a facer para que o noso GAM poida con-

verterse nun futuro nunha asociación, agardemos máis pronto que tarde, e que nos permita chegar a máis xente, contar con medios á nosa disposición e seguir traballando na nosa causa, unha causa xusta que non busca máis que a mellora da nosa situación como persoas dentro dunha sociedade que nos aparta e que nos estigmatiza, con honorables excepcións, coma a do programa de esta noite, no que se nos cede un espazo para as nosas reivindicacións.

Moitas grazas dende o GAM de Ourense.

La protección inquisitorial

Javier Peteiro Cartelle

Jefe de sección de bioquímica. CHUAC A Coruña

Doctor en medicina

Correspondencia: javierpeteiro@gmail.com

INTRODUCCIÓN. DEMOCRACIA Y SALUD

En el artículo 43 de nuestra Constitución Española se reconoce el derecho a la protección de la salud y se indica que *“compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”*. Finalmente, se dice que *“los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio”*.

Hablar de salud implica hablar de prevención y de cuidado, en cuyo marco la relación clínica es muchas veces esencial. Tal relación implica un saber profesional de médicos, psicólogos clínicos, fisioterapeutas y, en general, de todo el personal sanitario. Ese saber está avalado por la pertinente titulación oficial, que confiere la capacidad de ejercicio clínico con libertad y responsabilidad, habiendo medidas legales reguladoras al respecto.

Parece de sentido común reconocer el gran papel que la ciencia ha desempeñado en la salud pública, tanto en lo concerniente a la esperanza de vida como a su calidad, pero ello no implica que los científicos ajenos al ámbito clínico puedan hablar del bien y del mal en él y tratar de influir en la decisión política al respecto.

DEL VALOR DE LA CIENCIA AL MITO CIENTIFICISTA

Aunque parezca superfluo destacar el valor de la ciencia, no está de más recordar que el método que la hace posible ha conducido a grandes avances

en el conocimiento y en la transformación técnica del mundo e incluso de nuestro cuerpo. Podría decirse que ha ampliado extraordinariamente la mirada espacio-temporal en muchos órdenes de magnitud, incluyendo en ella a los sistemas complejos que sostienen la vida. Una mirada a la belleza y la verdad, aunque no alcance en último extremo lo real.

Es natural que, tras una larga cadena de avances y transformaciones benéficas (también las ha habido nefastas), la ciencia sea respetada, como natural sería que su método, más que la narración de sus resultados, fuera asignatura obligada en la enseñanza de niños y jóvenes.

La ciencia ha permitido desterrar creencias ingenuas. La transición del mito al logos, iniciada con los filósofos griegos, parece haberse fortalecido gracias a la ciencia, pero, en realidad, siendo nosotros seres simbólicos, la referencia mítica nos es consustancial, y la ciencia, desterrando antiguos mitos, ha favorecido colateralmente la emergencia del mito cientificista, ese que no reconoce límites y considera que es fin de la ciencia la salvación de cuerpos y almas.

En el ámbito de las religiones del libro, la pureza se llama ortodoxia y toda medida es buena para defenderla. Spinoza sufrió el jerem y Giordano Bruno fue quemado en la hoguera. O se está dentro o se está fuera, y casi nunca se le ha hecho caso en la Historia al judío Jesús cuando pedía que se dejara crecer juntos al trigo y la cizaña hasta el final (Mt. 13,30). No. La cizaña ha de erradicarse cuanto antes, aunque sea con el trigo: *“Caedite eos. Novit enim Dominus qui sunt eius”*: a matar a todos (los cátaros) que ya sabrá Dios elegir, después de muertos, a los que sean suyos. De medidas tan drásticas puede pasarse a la simple segregación de heterodoxos prohibiendo que enseñen lo que creen; así ha ocurrido en la Iglesia Católica con Teilhard de Chardin y más recientemente con Hans Küng.

Pero el ideal de una pureza ortodoxa no pertenece sólo al contexto religioso. También se ha dado con consecuencias conocidas por parte de regímenes dictatoriales. Invocando la pureza racial, los *Untermenschen* serán exterminados. Y también se da en el ámbito científico; es la coherencia con el método y con la búsqueda asociada a él lo que permite cambiar paradigmas establecidos, como decía Thomas S Kuhn.

En realidad, se da en general ese ideal de pureza. De la normalidad estadística hemos pasado a la imposible pero perseguida idealidad biométrica y, en su nombre, los avances en el diagnóstico genético están facilitando como triste efecto colateral el retorno de una vigorosa tentación eugenésica.

Norman Cohn diferencia claramente entre monolatría y monoteísmo. En la monolatría que precedió al monoteísmo judío, Yahvé era un dios celoso de otros. Ahora, el mito cientificista incurre en monolatría adorando a la ciencia (y en tal pretensión la ataca) haciendo de ella un dios que también es celoso de otras deificaciones, de todo lo que no sea ciencia. Una religión cientificista ha ido calando en lo que parecía menos propicio a la tentación mítica, las democracias. Nuestro sistema político, constitucionalmente aconfesional, no es ajeno a la tentación inquisitorial cientificista, aunque no es previsible que caiga en ella con medidas cruentas (o sí, los criterios de eficiencia pueden costar vidas); bastará con protegernos de infieles pseudo-científicos.

EXTRA SCIENTIAM NULLA SALUS

Se decía, ahora ya menos, que, fuera de la Iglesia Católica, no hay salvación (“Extra ecclesiam nulla salus”).

Ahora, esa salvación, concebida en la tierra que pisamos (o en la que acondicionemos en otros planetas mediante “terraformación”), más que en el cielo, sólo es factible gracias a la ciencia.

La ciencia es ya percibida como soteriológica por su efecto en lo que concierne a cada uno de nosotros, a lo que tiene que ver con la alimentación, con la vivienda, con los transportes, con el ocio y con el cuidado de cuerpos y almas. No hay salvación sin ortodoxia y ocurre que abundan los heterodoxos y los magos, que siempre los hubo en la Historia y, por ello, es preciso un conocimiento básico y una institución protectora frente al maligno, encarnado ahora por todos los creyentes en pseudociencias y practicantes de pseudoterapias, que han de ser adecuadamente neutralizados.

¿Por qué no copiar lo que una Iglesia milenaria ha hecho? Basta con la elaboración de un catecismo y medidas inquisitoriales por parte de una comunidad sacerdotal. No es una teocracia lo que se pretende, pero sí un

discurso único, que sea científico, luminoso y purificador, con los políticos como brazos ejecutores de la ortodoxia científicista.

La necesidad catequética ha impregnado la historia de nuestro país. ¿Quién, de determinada edad, no recuerda las llamadas “obras de misericordia”? Las había corporales, dirigidas a vestir al desnudo, dar de comer al hambriento, etc. Y las había espirituales, como eran “enseñar al que no sabe” y “corregir al que yerra”. <http://www.es.catholic.net/op/articulos/53920/obras-de-misericordia-corporales-y-espirituales.html#modal>

Las religiones del libro se basan en eso, en un libro (o más bien una colección de ellos). Ese libro sagrado no puede ser leído por cualquiera, a pesar de Lutero, sino que ha de ser divulgado correctamente para la buena comprensión de lo importante, ya que los teólogos mismos disputan tanto entre sí que algunos hasta se hacen ateos. En el ámbito católico ese empeño cristaliza en lo que se llama Catecismo. http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/index_sp.html

En esta época de extravíos laicos, de escándalos derivados de pederastias eclesiales, estamos sin referencias convencionales. Sí. Podríamos repetir lo que decía San Pedro. “Señor, ¿dónde vamos a ir? Tú tienes palabras de vida eterna” (Jn. 6,68), pero quienes las tienen ahora y a muy corto plazo son los transhumanistas, celebridades que investigan en el mismísimo MIT, alguno de los que percibe la inminente “muerte de la muerte”.

No necesitamos un catecismo que nos divulgue el funcionamiento de móviles, electrodomésticos o aviones; basta con usarlos. Pero sí es preciso un catecismo que nos separe el trigo de la paja a la hora de saber si un tratamiento médico o una psicoterapia es o no científica, término de referencia donde los haya. Pues bien, tal muestra de ortodoxia en forma de compendio asimilable es lo que nos ofrece la APETP (“Asociación para proteger al enfermo de terapias pseudocientíficas”) cuya web <http://www.apetp.com/> nos orienta a los desorientados, a los desprotegidos, a los ignorantes de la ciencia y candidatos a la creencia mágica. Afortunadamente, ponen a disposición general una rica y a la vez sencilla documentación que nos desvela la maldad de cuanta pseudoterapia existe. Y en ese terreno no podía excluirse el Psicoanálisis, “una de las formas de pseudopsicoterapia con más peligros de sugestión inducida por el psicoanalista y generación de falsos recuerdos”.

Y es que *“existe una lamentable tendencia social de confundir al psicoanálisis con la psicología, o a considerar que es una rama válida de la psicología contemporánea”*, porque *“el psicoanálisis es una visión puramente filosófica, totalmente ajena a la ciencia, que actualmente es rechazada por la comunidad científica. Como terapia nunca ha sido validada, con lo cual constituye claramente una pseudoterapia”*. Adiós, pues, al Psicoanálisis. Nos lo dice D. Ángelo Fasce, un “filósofo de la ciencia, máster en Neurociencia Básicas y Aplicadas y doctorando dentro del área de los criterios de demarcación científica”.

Bueno, el psicoanálisis entra dentro de un grupo de cerca de ochenta pseudoterapias, que incluyen todas las creencias mágicas ancestrales o modernas, bondadosas o insensatas, inocuas o peligrosas, abarcando formas tan variadas como el reiki, la angeloterapia, el péndulo hebreo o la sanación cuántica. <http://www.apetp.com/index.php/lista-de-terapias-pseudocientificas/> Da cierta sensación de que, con tal cajón de sastre, esa asociación no ha sido precisamente muy rigurosa.

Surge una pregunta elemental. ¿Ha partido el Sr. Fasce de la experiencia clínica suya o de conocidos y del saber teórico que requiere la psicoterapia en general? No lo parece. Lo que dice, que no es ni siquiera una crítica mínimamente argumentada, semeja un dogma encuadrado en la nueva religión científicista llena de simplezas, en la línea de acólitos de Mario Bunge, a quien ni siquiera cita en sus escasas y tristes referencias bibliográficas (y, al menos, Bunge es Bunge). Es bueno saber de quién se habla. ¿Habrás leído alguna obra de Freud? ¿Es necesario recordar que la Psicología Clínica existe porque es necesaria para muchos pacientes y que, como tal, es reconocida en titulaciones universitarias y por el sistema sanitario público? ¿Es preciso subrayar que muchos psicólogos clínicos y psiquiatras ejercen el psicoanálisis? Ya sabemos que el Psicoanálisis no es una ciencia, pero decir que es “una visión puramente filosófica” es una estupidez, dicho esto con el mayor respeto, porque el psicoanálisis mira más bien a lo inconsciente y, en ese sentido, parece distanciarse mucho en su práctica de la filosofía, aunque haya psicoanalistas filósofos y aunque la reflexión filosófica apoye al psicoanalista. ¿Leyó el Sr. Fasce a Heidegger, tan criticable como interesante? El psicoanálisis no puede ser una ciencia, aunque Freud lo hubiera pretendido, pero tampoco la Medicina lo es, aunque se nutra de ciencia.

¿Debemos descartar por ello el ejercicio médico? Obviamente, no, porque la relación clínica (en los ámbitos somático y psíquico), aunque precise de marcos teóricos y de avances científicos (incluyendo los “neurocientíficos”), es siempre un encuentro singular impermeable a la aproximación estadística, que tan importante puede ser en ensayos doble-ciego y en estudios epidemiológicos.

Se dice que la ignorancia es atrevida. Ahora la osadía se apresura a asumir una protección de adultos que nadie pide, una protección que requeriría, además de ser solicitada, de una base mínimamente sólida, rigurosa, a la hora de plantear censuras a prácticas clínicas avaladas empíricamente y a la libertad del ciudadano. Además, algo puede ser empírico sin ser científico. La biología es objeto de la ciencia, la biografía no, pero bien empírica que es para cada uno, y eso, lo experiencial, cuando se percibe como sufrimiento, puede dignamente recabar ayuda de quien puede proporcionarla, cosa a la que se dedican los psicoanalistas. Habla también el Sr. Fasce de la “lamentable tendencia social de confundir el psicoanálisis con la psicología”, siendo así que el psicoanálisis lo ejercen psicólogos clínicos y psiquiatras. ¿Dónde está la confusión? Quizá esa “tendencia social” sea sensata y no lamentable, frustrando así el afán docente de quien desea protegernos con su pretendido saber.

Se habla con frecuencia en los medios de comunicación de “la comunidad científica”, como si existiera algo así, pero el lenguaje que aspira al pragmatismo no tiene por qué ser verdadero (proliferan las “fake news” como todos sabemos) y expresiones de ese tipo van calando, lo que facilita la emergencia de auténticos grupos sacerdotales, también llamados de expertos, como los que constituyen la APEPT o los que impulsaron la bien acogida iniciativa de “Ciencia en el Parlamento” <https://cienciaenelparlamento.org/> que persigue nada menos que una “Política informada en la evidencia”.

Pero eso no es suficiente. No basta con que los sabios iluminen a ignorantes, algo que no parecen saber hacer los profesores de secundaria ni de universidad. Es necesario perseguir y castigar, si se tercia, a los perversos que practican la pseudociencia. Se precisa legislar y en ese loable intento está empeñado nuestro actual gobierno, aunque tal afán no parece exclusivo de izquierdas, derechas, centro o extremos políticos.

Los astros siempre fueron importantes desde la doble vertiente científico – religiosa y de ello da buena cuenta una Arqueoastronomía floreciente. ¿Qué mejor que un ministro astronauta para dirigir un Ministerio de Ciencia? El Ministerio de Sanidad sintoniza con la nueva educación a la boloñesa, a la vez que impulsa, al fin, serias medidas para luchar contra toda vulgaridad pseudocientífica que ponga en riesgo la vida de la gente. Los Colegios Profesionales, que aparentemente siempre han estado en buena relación con el poder (fuera éste franquista o democrático), han acogido ya el valor de la ciencia y reniegan de lo que un día no lejano, por inocencia seguramente, habían apoyado con meridiana claridad, como es el caso de la homeopatía, cerrando ahora las secciones dedicadas a los colegiados que la practicaban. En el “Diario Médico” se recoge que *“el Gobierno quiere limpiar centros sanitarios de pseudoterapias y cuidar de que la formación especializada no incluya pseudociencias, redactando un informe para verificar la evidencia científica en el Grado y en los másteres sanitarios”*. <https://www.diariomedico.com/salud/el-ministerio-avanza-en-la-norma-contras-las-pseudoterapias-que-reforzara-sanciones.html> Limpieza y pureza; de eso se trata. Pero las cosas han de hacerse bien, combinando armónicamente la ilustración de las masas con su derecho a participar, antes de instaurar medidas potencialmente punitivas por el bien de ellas y es por eso al parecer, que *“se realizará consulta pública previa sobre el proyecto de Real Decreto que se proyecta con respecto a pseudoterapias y magias diversas”* https://www.mscbs.gob.es/normativa/docs/Consulta_Publica_RD_Proteccion_de_la_salud_vs_pseudoterapias.pdf

El plazo no es amplio, pero antes del 15 de enero de 2019, se puede opinar al respecto en la dirección electrónica proporcionada.

La Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), en un comunicado de 8 de diciembre de 2018 <http://spna-feap.es/2018/12/13/comunicado-feap-relacion-al-plan-proteccion-la-salud-frente-las-pseudoterapias/>, ha planteado al gobierno sus dudas sobre el conocimiento de los redactores de la Asociación para la Protección del Enfermo o de la Asociación para el avance del pensamiento y manifiestan verse *“legitimados para informar, valorar y asesorar sobre el Plan de Protección de la Salud en cuanto a psicoterapias se refiere”* ofreciendo su colaboración al ministerio.

NO TOMARÁS EL NOMBRE DE LA CIENCIA EN VANO

En nombre de la ciencia, la ciencia misma, que no precisa defensa, está siendo atacada por autodenominados científicos. Basta con recordar dos aspectos que requerirían un mayor espacio de reflexión. Por un lado, la ciencia se identifica con la producción bibliométrica, más que con la investigación en sí. Importan los índices de impacto, el número de publicaciones, lo cuantitativo, olvidando cada vez más lo cualitativo. Los abundantes ejemplos de fraude, “salami publication”, “ghostwriting”, o el evitar la publicación de resultados negativos, hacen ver que la investigación científica persigue en muchísimos casos resultados sociales, curriculares, más que lo que la ha motivado en origen, el afán de saber mediante un método que supone experimentación, observación, reproducibilidad, calma, humildad...

Pero hay algo más tristemente importante, la ciencia está siendo sólo entendida como narración. De la investigación científica estamos pasando a la narrativa científica, a veces como historia relativamente rigurosa de resultados, muchas más veces como divulgación pobre y cada vez más como extrapolación fantasiosa. Así, un físico cuántico puede facilitar que lectores incautos confundan ciencia con puro delirio. <https://www.lavanguardia.com/lacontra/20170307/42589515978/la-realidad-objetiva-no-existenos-lo-dice-la-ciencia.html>

Este problema de confusión entre búsqueda y mera narración que toca la fantasía y el delirio se manifiesta tanto en la enseñanza básica como en la universitaria de la ciencia, en donde la investigación basada en un método riguroso se ve suplantada por un método apresurado, deficiente, ajeno ya a la buena repetición, la reproducibilidad, y proclive a la repetición de lo peor, incluyendo el fraude, en aras de una narración de tintes religiosos que incluye la promesa salvífica.

Es mentira que haya más investigadores vivos que los que hubo a lo largo de la historia, como suele decirse. Es mentira porque hay en realidad muy pocos investigadores reales por más publicadores científicos que existan. Y eso explica en buena medida el estancamiento y la ausencia de creatividad a la que se asiste en comparación con las grandes revoluciones habidas a principios del siglo XX en Física y en los años cincuenta en Biología.

Si la ciencia es concebida como narración, no hablamos propiamente de ciencia, pero es algo ya tristemente habitual. No sólo ocurre en ciencia. Hay quien defiende que la Historia es Historiografía, como ocurre con Keith Jenkins. Al final, lo que importa es ser un buen cuentista. Y muchos supuestos “escépticos” lo parecen.

LA MEDICINA NO ES UNA CIENCIA

Pretender que la Medicina es una ciencia es una solemne e inhumana estupidez. Es cierto que la Medicina se sostiene en el avance científico, tanto en su diagnóstico como en sus terapias, y que su avance, tanto el habido como el esperado, descansará en el progreso científico. La ciencia ha hecho visible el cuerpo y su funcionamiento (al menos en el aspecto químico, mucho menos en el físico). La ciencia es indispensable para comprender el cuerpo, su fisiología, su fisiopatología y algunas, muy pocas, de las relaciones causales de las enfermedades, pero, siendo necesaria, no es suficiente porque la Medicina es esencialmente una práctica, una relación singular dada por el encuentro clínico, en donde cada elemento, médico y paciente, son sujetos; ni el paciente es mero objeto de estudio ni el médico un intérprete a sustituir por un sistema de Inteligencia Artificial. El neomecanicismo actual, reforzado por la patética metáfora informática que reduce el alma a un software genético – neuronal es tan acientífico para entender la singularidad del sujeto como alienante. La pretensión de completitud en simbiosis con el avance biónico es una distopía que sólo sirve fortalecer una concepción de hombre-máquina propia de siglos pasados. El enfoque Big-Data revela el poder emergente de algo que es puramente anti-científico por pretender sustituir la explicación por la predicción al margen de la mismísima ciencia, un intento de objetivación, de reificación alienante que nada tiene que ver con la consideración epidemiológica.

La estadística frecuentista desprecia el viejo saber intuitivo que el reverendo Bayes cristalizó en sus formulaciones. La entrada de esa perspectiva, interesante en estudios epidemiológicos y en ensayos clínicos ha ido mucho más allá, confundiendo frecuencia con probabilidad, algo factible en cultivos de plantas, mucho menos en seres humanos.

Si la ciencia actual está marcada por el afán del interés narrativo más que

por la búsqueda sosegada, la medicina invocará cada vez más la evidencia frecuentista que alimenta algoritmos despreciando la singularidad de cada relación médico – paciente. El paciente será, ya lo es en buena medida, considerado objeto utilitario cuyo mantenimiento se establecerá de acuerdo a criterios MBE unidos a los de coste-eficacia.

No sorprende que la doble licenciatura en física y matemáticas haya requerido últimamente una “nota de corte” para su inicio mayor que la que se precisaba en medicina. Son los sistemas de Inteligencia Artificial los llamados a sustituir al médico en el estudio y arreglo de un cuerpo concebido como algo más que como alguien. La biografía sucumbe a la biología en la explicación del modo de vivir, de enfermar y de morir. Pagaremos las nefastas consecuencias de tal enfoque.

¿QUÉ QUEDA DEL ALMA?

Si en los viejos tiempos materialistas el alma podía considerarse un “jugo” cerebral, en nuestra época sucede algo análogo, aunque se exprese de un modo más refinado: somos en cada momento el resultado de un perfil morfológico-bioquímico definido por conexiones, neurotransmisores y sus receptores. Tanto el Human Brain Project como el proyecto BRAIN intentan establecer la gran relación entre neuronas, conectomas, neurotransmisores o expresiones genéticas, con pasiones, sentimientos, deseos... Nos deprimiremos, amaremos, arriesgaremos, seremos ludópatas, asesinos o altruistas en función del balance de aminos y neuropéptidos, algo que tendrá que ver con la genética, la epigenética y el entorno, pero, sea como sea, algo químico y susceptible de mejora. Lo anímico pasa a ser amínico. A fin de cuentas, nuestro cerebro es un conglomerado complejo, pero conglomerado al fin, de muchas neuronas y muchas más sinapsis. Será cuestión de tiempo conocerlo, predecirlo y copiarlo en un hardware de silicio. El alma ya no irá al cielo lejano sino a las nubes, esas que albergan datos.

El más burdo mecanicismo se instala considerando la acción y la emoción humanas como mero resultado de un adiestramiento. Si algo va mal, la solución es obvia, un cambio en eso, en el adiestramiento. La vía pavloviana renace.

Partiendo de la ciencia, tres grandes nos situaron. Fueron Copérnico, Darwin y Freud. Peter Watson inicia su obra “Historia intelectual del siglo XX”

con una referencia, la aparición el sábado 6 de enero de 1900 en Viena de una *“reseña de un libro que acabaría por modificar por completo la idea que la humanidad tenía de sí misma”*. El libro era *“La interpretación de los sueños”*, publicado en noviembre del año anterior.

Copérnico nos descentró. Darwin resaltó la importancia de lo contingente, por más que tanto escéptico siga usando un lenguaje finalista convirtiendo lo aleatorio en demiúrgico. Freud se encontró con lo inesperado, desde la clínica, y nos desveló lo inconsciente y su poderosa fuerza de vida y de muerte.

Convendría recordar en estos tiempos de encorsetamiento cientificista, que fue Einstein el que se dirigió a Freud para hacerle una pregunta que sigue siendo tristemente relevante, ¿Por qué la guerra? No parece que los preclaros protectores constituidos en sacerdotes cientificistas sepan mucho de historia de eso que dicen saber, de la ciencia; ni siquiera de su probablemente admirado Einstein.

¿QUÉ PODEMOS HACER?

La infantilización que se pretende del ciudadano es indigna e inaceptable. Es llamativo el contraste que se da ahora. A la vez que se insta a pacientes a que, como adultos autónomos, decidan una opción terapéutica u otra en un contexto de medicina defensiva (no vayamos a caer en el paternalismo médico pasado de moda), se considera que ese adulto autónomo es muchísimas veces un ignorante al que ha de protegerse mediante un catecismo que señale la maldad de lo “pseudo”, siendo esto lo que unos cuantos o muchos ignorantes reales asumen desde una posición carente de rigor pero asociada a la pretensión de cientificidad. Una protección que, de seguir el camino anunciado, será forzosa, inquisitorial.

Ante semejante insensatez, nos queda la posibilidad ética. Se trata de asumir la propia libertad con todas las consecuencias y, desde ella y la responsabilidad que le es asociada, denunciar con firmeza y constancia este neopuritanismo cientificista que pretende sencillamente destruir la singularidad del ser humano.

Los juegos del ansiolítico¹

Fernando Martín Adúriz

Psicólogo clínico. Psicoanalista ELP. Castilla y León

Correspondencia: adurizcf@gmail.com

Un ansiolítico, como fármaco psicotrópico, trata de suprimir los síntomas de ansiedad, a la par que actúa de relajante muscular y de facilitador del sueño. Las prescripciones médicas más frecuentes consisten en benzodiazepinas (BZD). Con ellas se produce un alivio muy a corto plazo, lo que permite de entrada hacer frente a esa ansiedad cuando es de tal envergadura que incapacita para hacer vida normal. Pero aquí viene el problema: al recetar ansiolíticos, como solución inmediata a corto plazo, se corre el riesgo de que el sujeto no desee hacerse preguntas acerca de su propia participación subjetiva en el advenimiento de un cuadro ansioso.

Un sujeto puede muy bien decir que le entró ansiedad, como si le hubiera entrado un extraterrestre, una invasión de algo en lo que el propio sujeto² no hubiera tomado parte.

Es cierto también que cuando acompañamos al sujeto a hablar de sí mismo, a desplegar su historia subjetiva, podemos encontrar el problema de los ansiolíticos, de su dependencia de los mismos, de las mil formas que el sujeto ansioso teme dejar el fármaco.

1 Este artículo para la revista *SISO* corresponde casi en su totalidad al capítulo homónimo del libro *La ansiedad que no cesa* (Xoroi, Barcelona, 2018) escrito por el autor y de próxima aparición.

2 En un enfoque cognitivista podemos leer tranquilamente que «lo que a unos provoca ansiedad, para otros resulta inocuo y es que la ansiedad no la causan los sucesos sino la interpretación subjetiva de los mismos», claro que sin mencionar a Freud, ni aclararnos en el libro nada sobre cómo ahondar en ese discurso del sujeto al que apela. Ver VARELA, P. *Ansiosa-mente*, La esfera de los libros, Madrid, 2005, p. 25.

El problema de los ansiolíticos nos entronca con la política de medicina defensiva de algunos sanitarios, que prefieren recetar y recetar, sin ahondar en la verdad a desenvolver, ante el temor a molestar al *establishment*³. Ideólogos del positivismo y el biologicismo que adscriben los fenómenos psicológicos ora a la etiología genética, ora a la acción de la mente o del cerebro (les da igual la confusión entre una y otro).

Un fascinante ejemplo de lo inútil de apelar a los conocimientos sobre la ansiedad, a los ansiolíticos, y a los modos cognitivos de abordar las crisis de pánico nos lo presta un libro, auténtico *best seller* en los EE. UU., escrito por un periodista con problemas de ansiedad. Selecciono un párrafo paradigmático:

“Estoy escribiendo un libro sobre la ansiedad. Estoy empapado de conocimientos sobre el fenómeno del pánico. Sé tanto como pueda saber un profano en la materia sobre la mecánica neurológica de un ataque. Los he sufrido a centenares. Sería de esperar, por tanto, que ese conocimiento y esa experiencia me sirvieran de algo. Y, es verdad, a veces me sirven. Al reconocer los síntomas de un ataque de pánico en sus prolegómenos, a veces puedo atajarlo, o al menos restringirlo a un ataque de pánico de síntomas limitados. Pero con excesiva frecuencia mi diálogo interior discurre más o menos así:

—Es sólo un ataque de pánico. Estás bien. Relájate. —¿Y si no es un ataque de pánico? ¿Y si esta vez estoy enfermo de verdad? ¿Y si estoy sufriendo un ataque cardíaco o un derrame cerebral?⁴

3 Personas del poder psiquiátrico que cuidan de mantener y controlar el orden establecido. Conviene recordar el ingente trabajo de Michel Foucault acerca del poder psiquiátrico, donde estudia la naturaleza de ese poder establecido históricamente antes como poder que como saber. Muestra el pensador e investigador francés que «...ese poder del médico, por supuesto, no es el único que se ejerce; pues en el asilo, como en todas partes, el poder no es nunca lo que alguien tiene, y tampoco lo que emana de alguien. El poder no pertenece ni a una persona ni, por lo demás, a un grupo; sólo hay poder porque hay dispersión, relevos, redes, apoyos recíprocos, diferencias de potencial, desfases, etc. El poder puede empezar a funcionar en ese sistema de diferencias, que será preciso analizar». Ver FOUCAULT, M., *El poder psiquiátrico*, Akal, Madrid, 2005, p. 17. El poder entra en juego también en los juegos del ansiolítico.

4 El autor, un periodista editor-jefe, que escribe en mi admirado *The New Yorker*, ha probado veintisiete tipos de medicamentos y diversas modalidades de psicoterapias, TCC, TREC, ACT, EMDR, terapia de exposición en vivo... Finalmente escribe este libro, superventas. Evidentemente su ansiedad que no cesa, su catálogo de fobias, y la verdad sin filtro que transmite, hace que cualquier lector aquejado de idénticos malestares y procesos pueda identificarse con ellos, y agradezca su lectura. Por otro lado un atento estudio de este caso clínico contado en primera persona nos da suficientes pistas de las metáforas estabilizadoras que su autor ha tenido que desplegar para evitar los desganches del Otro. Y un acierto al usar de la escritura como calmante, como un gran alivio con sus letras. Ver STOSSEL, S., *Ansiedad*, Seix Barral, Barcelona, 2014, p. 236.

El ansiolítico persigue un enlentecimiento, una ralentización del funcionamiento psíquico. Se actúa sobre el sistema nervioso central, y no es que relaje, es que seda y busca la amnesia. Al aumentar el efecto de una sustancia química llamada GABA se reduce la actividad de conexión e intercambio neuronal. Cuando el ansiolítico actúa sobre la serotonina, un neurotransmisor muy influyente, el efecto que se obtiene es de sedación, de ralentización del funcionamiento, de disminución de las funciones cognitivas.

Compuestos que tienen unos efectos secundarios variables en las personas, como somnolencia, mareos o náuseas, boca seca y visión borrosa, descenso del rendimiento intelectual, sensación de pesadez de cabeza, dificultades en la memoria reciente. Y disminución de la libido sexual, lo que no es problema menor, pero es de lo que menos se suele hablar. De hecho es un problema serio para las personas con ansiedad, y una gran alegría cuando el alivio sintomático permite recuperar el deseo sexual, nódulo y cogollo del deseo en general.

Se utilizan los ansiolíticos tanto para los llamados trastornos de ansiedad generalizado, como para las fobias o las obsesiones o el trastorno de pánico, a veces sin diferenciar la sutileza de unos u otros⁵.

Tampoco se habla mucho del síndrome de abstinencia, que acontece si se ingiere el ansiolítico más de seis semanas.

Pero de lo que menos se habla es de las cifras en que la ansiedad retorna tras el abandono de la medicación, aún siguiendo las pautas del médico, algo que no siempre cumple el sujeto ansioso, con tendencia a la automedicación, al uso también ansioso del ansiolítico.

Lo que es asombroso es que nadie parece discutir al ansiolítico. Hay excepciones, un reciente artículo periodístico con el llamativo titular de «Más Séneca y menos ansiolíticos», caía en la cuenta de que... «no podemos controlar lo que nos pasa y vivimos totalmente hacia afuera, atemorizados y estresados...»⁶.

5 De la amplia bibliografía que encontramos sobre la ansiedad, me he detenido algo más en algunos libros. El primero, con más de veinte ediciones, el del psiquiatra Enrique Rojas, repleto de lugares comunes. Se titula *La ansiedad*, pero en dos editoriales diferentes, el mismo texto presenta dos subtítulos distintos. Todo eso ya dice mucho del propósito. Ver ROJAS, E., *La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*, Temas de hoy, Madrid, 2004; y ROJAS, E., *La ansiedad. Cómo superar el estrés, las crisis de pánico y las obsesiones*, Planeta-Temas de hoy, Madrid, 2015. Ambos libros son idénticos. Cambia el subtítulo.

6 Ver ARNAU, J., «Más Séneca y menos ansiolíticos», Babelia, EL PAÍS, 28-04-2018.

Vivimos una ola de masivo consumo de ansiolíticos. Un auténtico *club de la benzodiacepina* generalizado. Desde los mismos profesionales sanitarios, algunos enganchados a su consumo, hasta colectivos enteros de adictos al ansiolítico, píldora que siempre acompaña en el bolso (por si acaso, como proclamaría el sujeto obsesivo).

A todo esto, convendría hablar del efecto sugestión del ansiolítico, del efecto placebo. No pocos pacientes relatan sus jugueteos con la píldora, sus *lapsus* y olvidos de ingesta en ocasiones muy curiosas, sus síntomas agudos en determinados momentos, su frecuencia en determinadas fechas «señaladas». Hay toda una literatura posible de los relatos de los pacientes (efectos paradójicos incluidos como el olvido del ansiolítico, la traición del inconsciente, justo cuando más parecía necesitarse), que hacen pensar a los más despiertos en que la ingesta del ansiolítico forma parte del cuadro de ansiedad que se pretende mejorar.

Ante todo este panorama, a toda esta práctica y relación con los ansiolíticos bien podríamos denominarlos *juegos del ansiolítico*, parafraseando así al segundo Wittgenstein, y sus *juegos del lenguaje*.

Un buen capítulo de esos «juegos» lo constituye esa automedicación generalizada, pero otro capítulo podría dedicarse a los juegos de la publicidad.

No soy optimista: el consumo de ansiolíticos crecerá sin duda.

Lo que no alcanzo a ver es el efecto secundario de todo eso, y pienso que a muy pocas personas les importa de verdad saber si este consumo masivo de ansiolíticos traerá algún efecto secundario social o médico para el organismo, o si simplemente tendremos que acostumbrarnos a un «tómame la píldora y calla».

Pero un claro efecto secundario de estos juegos del ansiolítico lo constituye el modo de resolución de los problemas psicológicos. Se evita el contacto social, se evita la conversación con el amigo, con el psicólogo, sencillamente se borra la subjetividad, a la que no se le da juego en el *juego del ansiolítico*. Si se puede solucionar en silencio con el objeto-píldora... para qué relacionarme con quien me puede hacer pensar en mi propia responsabilidad⁷, ...para qué

⁷Desde luego sin que lleguemos a creer que «la ansiedad no es más que un gran error emocional», como desafortunadamente señala un psicólogo en un libro en el que también, incongruentemente, aduce que existen «procesos internos completamente inconscientes», ver LUENGO, D., *La ansiedad al descubierto*, Paidós, Barcelona, 2005, p. 104. Lejos de ser un error es un completo acierto, la señal de que el huésped desconocido hizo su entrada.

hablar si puede jugar al «tómame la píldora y calla». En una palabra, se transmite con la ingesta masiva del ansiolítico, que la solución al problema psicológico viene del lado de la química y no del lazo social.

La sociedad debería de mirarse el por qué de ese recurso masivo a ansiolíticos y tranquilizantes. ¿Qué hace que millones de personas cada mañana necesiten tranquilizarse?

Y estoy con Freud preguntándome por qué elegir un fármaco antes que una colección de palabras bondadosas. Quizá no exista fármaco más tranquilizador que buenas palabras, bien dispuestas, aún en forma de susurros o teatrales. Palabras ordenadas y salidas de los labios de un amigo, de un confidente, de un *psi*, o simplemente salidas de alguien que conoce al receptor lo suficiente como para saber que no le van a hacer daño, sino a encaminar hacia algo vivo y deseante.

Reflexiones en torno a la práctica clínica

Federico Menéndez Osorio.

Psiquiatra. A Coruña

Carmen Armas Barbazán

Psiquiatra. Unidad de salud mental de Monforte de Lemos

Correspondencia: femeos@telefonica.net

RESUMEN

El tema de la identidad narrativa es incorporado al ámbito de nuestra práctica clínica en el sentido más amplio, partiendo de la propia experiencia subjetiva y prestando atención desde el punto de vista clínico a los enunciados en primera persona más que a imponer una determinada visión científica de la práctica médica o unos contenidos predeterminados objetivos. La entrevista clínica y la anamnesis, así como las consecuencias negativas de tanta burocratización y registro de datos informatizados, son otros aspectos de esta perspectiva abordados en este trabajo mediante la reflexión teórica y el análisis de fragmentos y citas literarias.

Palabras clave: entrevista clínica, anamnesis, enunciados en primera persona, escucha, identidad narrativa.

REFLECTIONS ON CLINICAL PRACTICE

ABSTRACT

The issue of narrative identity is incorporated into the scope of our clinical practice in the broadest sense, starting from one's own subjective experience and paying clinical attention to first-person statements rather than imposing a particular scientific view of medical practice or predetermined objective content. The clinical interview and the anamnesis, as well as the

negative consequences of so much bureaucratization and registration of computerized data, are other aspects of this perspective approached in this work by means of the theoretical reflection and the analysis of fragments and literary quotations.

KEY WORDS: clinical interview, anamnesis, first-person statements, listening, narrative identity.

En nuestra práctica clínica nos encontramos con la construcción de las historias clínicas, las anamnesis, las biografías, la recogida de datos y observaciones, la demanda, los síntomas y lo manifestado por el sujeto, las patografías, los diagnósticos y terapias, las identidades, los pensamientos, el lenguaje, etc.

Y lo concreto es tener claro los conceptos de lo que tratamos acerca del objeto de nuestra práctica, el saber y los fundamentos que sustentan esta práctica. Aunque al actuar de forma rutinaria y automática no nos planteamos todo esto, subyace, lo sepamos o no, en nuestras intervenciones y nos dirige lo que hacemos y cómo lo tratamos, así como los instrumentos que utilizamos en nuestro quehacer (1).

En la práctica asistencial se da un encuentro entre el clínico o el profesional y el paciente que nos trae su dolor, su malestar, su sufrimiento, su decir... Se atiende una demanda que viene articulada en una historia, un relato, que nos narra el quién de la acción. Es la identidad narrativa.

Del valor de la palabra y del lenguaje en nuestro quehacer clínico, da cuenta Castilla del Pino al señalar como hay dos disciplinas “la sociología y la lingüística, que han sido ignoradas por la psiquiatría desde el comienzo del s. XX, siendo ciencias que pueden enriquecerla. Si se piensa que los síntomas de los cuadros psiquiátricos los detectamos porque se nos describen, es decir, se nos habla, resulta incomprensible que se pudiera hacer psicopatología ignorando las investigaciones sobre el lenguaje” (2).

La vida viene a ser el tejido de historias narradas en primera persona, construidas a la luz de los relatos que nos inscriben en las condiciones materiales de la existencia, en la cultura y en la historia familiar y social. El relato,

afirma Ricoeur, “es la dimensión temporal de una vida, hace de la vida en el sentido biológico una vida humana” (3).

Las historias narradas no se limitan a ser descripciones de sucesos, son constitutivas de hechos, acciones, historias que forman vida, producen realidades, acontecimientos, existencias, construyen lazo social (4). De ahí la expresión “vivir para contarlo”.

Los hechos vitales, los acontecimientos, al ser narrados, son singulares. El sujeto se inscribe y se constituye en el lenguaje, en su contexto social y cultural. El fundamento de la subjetividad – afirma el lingüista Benveniste – se da en el lenguaje “no hay otro testimonio de la identidad del sujeto que la que da él mismo sobre sí mismo...” (5).

La identidad narrativa se construye con la participación activa del individuo, el sujeto es responsable del discurso y de la acción. Tiene la capacidad de devenir sujeto designándose, siendo un nuevo narrador, autor de sus palabras y de sus actos, un sujeto no sustancial, ni inmutable, pero responsable de su decir y de su hacer (6). El sentido de su acción solo le es accesible a través de la narración de su historia: “en el mismo acto que me comprendo a mí mismo a través de la narración, me construyo”.

Para Ortega frente a la razón físico matemática hay una razón narrativa, “la vida humana en el sentido radical de la palabra vida, se emplea en el sentido de biografía y no de biología” (7).

La identidad narrativa difiere de la identidad diagnóstica o nosológica, de la identidad genética, de la identidad del D.N.I., etc. Si al escuchar una historia, un relato, una biografía, solo oímos lo que encaja en los ítems diagnósticos buscando una etiqueta, se produce una escotomización, una amputación de la escucha y del decir del sujeto. Es preciso una escucha de lo que se nos narra y no sustituirlo por la deriva actual de que antes de escucharlo se le pase una serie de test, escalas, cuestionarios, pruebas, etc., en busca de un saber e identidad que encaje con los diagnósticos y etiquetas nosológicas que le dan una identidad ajena, atribuida, prefijada y universal que remite más a la taxonomía propia de las plantas y de las especies animales.

Pessoa ironizaba al respecto de estos clasificadores de cosas, “hombres de ciencia cuya ciencia es clasificar, ignoran la existencia de clasificables des-

conocidos, cosas del alma y de la conciencia que se encuentran en los intersticios del conocimiento” (8).

Es necesario recoger las propias experiencias enunciadas en primera persona. Recoger las narraciones y relatos que configuran la identidad narrativa, como una construcción de la realidad y de la vida, que permita una expresión y un valor de la propia experiencia y de su reconocimiento, para abrirlo a las distintas significaciones en juego.

De aquí la necesidad y reivindicación de abordar otras formas de la locura, de los malestares e inquietudes, partiendo de la propia experiencia subjetiva y de las vivencias y relatos de los propios sujetos, de los enunciados en primera persona (9), (10).

Para una comprensión de lo singular, de lo subjetivo, de los enunciados en primera persona, vamos a resumir la reflexión que hace C. Moya acerca de la experiencia subjetiva en los procesos mentales, poniendo como ejemplo el dolor:

Desde un punto de vista fisiológico el dolor sentido por mi sensación –los qualia– enunciado en primera persona (mi dolor) y el dolor estudiado o recogido por un neurólogo o fisiólogo, en tanto observador, enunciado en tercera persona (el dolor del paciente), se rigen por criterios distintos. De hecho, un neurólogo o fisiólogo es más competente que yo para determinar el estado de mi cerebro. Pero este neurólogo o fisiólogo tendría que confiar en mis declaraciones para saber si tengo dolor cuando me implanta un electrodo.

Tiene sentido que dos o más personas están observando el mismo fenómeno, pero no que dos o más personas están informados de la misma experiencia interna. Los términos mentales no solo no tienen una significación diferente de los términos neurofisiológicos, sino también una lógica diferente. Si yo afirmo sinceramente que no tengo dolor y otra persona se empeña en atribuírmelo observando mi cerebro, no estamos hablando de lo mismo. La palabra dolor habrá cambiado de significado en boca de esa otra persona. Que una propiedad llamada dolor distinta de lo que ahora entendemos por dolor fuese un estado del cerebro (o del cuerpo) puede tener un interés (objetivo y experimental) pero no una respuesta al problema de la naturaleza del dolor y lo mental (11).

En esta misma línea Damasio apunta “las imágenes conscientes solo pueden conocerse con la perspectiva de la primera persona del singular (mis imágenes). Las pautas neurales solo pueden conocerse con la perspectiva

de la tercera persona del singular” (12).

El fenómeno subjetivo no se agota en una visión biológico organicista. Como refiere E. Kandel (Premio Nobel de Medicina, 2010), recogiendo las tesis de Nagel y de Searle, “la ciencia carece de una teoría conveniente para explicar como un fenómeno objetivo, como son las señales eléctricas del cerebro, puede causar una experiencia subjetiva como el dolor” (o la belleza y el amor, añadiríamos)... “el cómo cada uno siente subjetivamente frente a un mismo registro cerebral y si es posible determinar cualquier característica de la conciencia que sea común a todos” (13).

El sufrimiento, el dolor del otro nunca tiene el mismo sentido para él que para mí, afirma Merleau Ponty, “para él, son situaciones vividas, para mí situaciones presentadas. Pablo sufre porque ha perdido a su mujer, yo porque Pablo sufre y está apenado” (14).

Las propiedades de la vida como la conciencia, los problemas neurológicos, pueden no tener sentido a escala molecular, afirma Etxenique (Premio Max Planck de Física, 1998), “podemos saber qué ley física gobierna la vida, pero no quiere decir que entendamos el amor, el sufrimiento, el pánico en un estadio o la belleza de un cuadro” (15).

De igual manera Rose (biólogo molecular y neurocientífico, director de investigación del cerebro y la conducta de la Open University de Londres) afirma: “la bioquímica y la biología molecular no son lugares donde buscar la sede del alma. Son necesarias estas ciencias que posibilitan los conocimientos de la actividad cerebral y mental, pero no contienen, ni determinan, nuestro pensamiento, ni muestran habilidad y capacidad para obrar... en el cerebro no hay ningún lugar donde la neurofisiología se convierte en psicología” (16).

La relación mente/cerebro es una realidad de dimensiones diferentes. Lo mental es un fenómeno emergente. Al igual que el agua es un fenómeno emergente de dos sustancias gaseosas diferentes, hidrógeno (H₂) y oxígeno (O₂), que tienen propiedades distintas del H₂O, la mente es un fenómeno emergente del cerebro con propiedades específicas.

En esta misma línea, el neurocientífico Joaquín Fuster afirma: “si yo me fijo en la estructura de la neurona para saber qué pasa por el conocimiento, no voy a ir muy lejos. Porque el código de la cognición es un código rela-

cional a nivel de la red. Es irreductible a las partes. Sería como pretender entender el significado de lo que dice una carta estudiando la composición de la tinta” (17).

Una escucha buscando una identidad diagnóstica o nosológica, no atiende la realidad biográfica que nos narra el sujeto. No va a construir la verdad que podría decir de sí mismo en el plano de su historia social y cultural. Se le va a atribuir una identidad que en palabras de Foucault “se le impone de forma canónica, administrativa y diagnóstica, que le da un cuerpo identitario y que el enfermo debe adoptar y confesar y en el cual debe reconocerse e identificarse si quiere curarse” (18).

En la clínica diaria resulta frecuente utilizar las coletillas “conciencia de enfermedad”, “principio de realidad”, “adherencia a la medicación” como reduccionismos cientificistas. Enfoques con los que se corre el riesgo de no entender de lo qué se trata, ignorando la realidad. En otras palabras, lo que Colina describe como la práctica del “calabozo de la química prescriptora y la mazmorra de la recuperación a cualquier precio” (19).

Cuando se hace una escucha recogiendo el decir, el relato, la palabra como si fuese un dato enumerable, un ítem, algo objetivable, estándar, análogo a una interpretación de una prueba radiológica o analítica, etc. donde el sentido nos viene establecido, fijado, es parametrable, codificado y objetivo; todo ello impone reducir la escucha a una lectura de código, de datos, como quién pretende interpretar un análisis de sangre, una radiografía, una prueba, una biopsia, etc.

Reducir la palabra a una mera señal u objeto, es una vana pretensión que intenta ignorar y desposeer a la palabra de su polisemia, de su creatividad, de lo metafórico, del sentido figurado, del argot, de lo simbólico, de la escisión constitutiva entre el sujeto del enunciado y el sujeto de la enunciación, de lo contextual, etc.

La información recogida y ordenada en la anamnesis y la historia clínica es un registro de datos imprescindible para el desarrollo de las funciones profesionales de los sanitarios. A nuestro juicio, se debería evitar caer en los peligros de la informatización en la salud, no tratando estrictamente de compilar datos, acumular información o sistematizar la recogida automática de ítems. Para dicha tarea son válidas herramientas como el big

data, los algoritmos, la informática, etc que logran sustituirnos y lo hacen con mayor precisión, eficacia y fiabilidad. Ya nos advertía Carr al respecto del fundamentalismo de los datos y las repercusiones de la digitalización e informatización en la clínica. En esta misma línea, está la estrategia de muchos- aviso a navegantes – para acercarse a la propuesta de Silicon Valley y sustituir a los médicos – si de recoger datos se trata – por robots, algoritmos, inteligencia artificial... (20).

Recientemente Martin y Sinsky criticaban en la revista *Lancet* lo que llamaban la “tecnogobernanza”, la burocratización de las historias clínicas informatizadas y digitalizadas, que suponen un empleo de tiempo mayor en escribir datos y registros burocráticos, que en atender y escuchar al paciente y establecer relaciones clínicas “un paciente es mucho más que un cuestionario de datos y cuadros a clicar...” (21).

Sorprende la falta de cuestionamiento, debates y reflexión por parte de los implicados (profesionales y usuarios) en lo relativo a cómo se están implantando modelos de informatización y digitalización de las historias clínicas en salud mental. Se intenta mimetizar sin tener en cuenta la especificidad de la salud mental, así como las consecuencias negativas de tanta burocratización y registro de datos, en detrimento de la escucha y atención al paciente y a su sufrimiento (se está más atento al ordenador que al paciente). No se tienen en cuenta las consecuencias que estas medidas puedan tener, tanto clínicas como deontológicas.

Byung-Chul Han, en su ensayo *Psicopolítica*, afirma que “los datos, los números, no cuentan nada sobre el yo, los datos son aditivos, enumerables, pero no narrables, por mucho que abarquen no proporcionan autoconocimiento, son mera enunciación y adicción de sucesos e información” ... “las correlaciones sustituyen a las causalidades... el yo se debe a una narración, a una historia, a una biografía, al encuentro de uno consigo mismo” ... “el big data, mecánico e instrumental, es ciego al acontecimiento” (22).

Los hechos vitales, los acontecimientos, al ser narrados se inscriben en una biografía, son singulares. No son órganos, vísceras, objetos. No son medibles, radiografiados, cuantificables en pruebas codificadas estandarizadas, mensurables, homologables y uniformes.

La interpretación lo es de la experiencia intersubjetiva con el paciente y no

de los datos obtenidos del paciente sin el paciente, sometido a un mero interrogatorio o cuestionario o test.

Es precisa una escucha que permita dar cuenta al paciente de sus deseos, su querer, su decir o su silencio... aquellas experiencias y acontecimientos que pasan por la mediación del lenguaje por la palabra, por la rememoración.

Hay que escuchar al paciente, además, porque para él, su sufrimiento, su locura, su decir, es lo más importante en ese momento, y a veces, lo único de lo que dispone en el intercambio emocional y de los procesos afectivos. Y cabe, quizás, que note, que por primera vez alguien en esa escucha está interesado por su sufrimiento psíquico.

El conocimiento de la medicina clínica a finales del s. XVIII y principio del s. XIX se asienta en una dicotomía entre la historia de los síntomas tal como eran narrados por el paciente y la inscripción de la enfermedad en la geografía del cuerpo. Más que escuchar al enfermo, el médico ve la enfermedad. Son dos formas sociales y culturales de entender la enfermedad, la una geográfica, la otra histórica. El médico lee el cuerpo como un mapa; el enfermo refiere sus males por el relato y el discurso (23). Pero no debemos olvidar que “el mapa – del registro clínico – no es el territorio – del padecimiento humano” (21).

Los dolores psicógenos, el sufrimiento, el delirio, etc. no están registrados en la geografía del cuerpo, remiten a un cuerpo simbólico, subjetivo, inscrito y atravesado por el lenguaje. De aquí la importancia de la biografía, la narración, el relato, la historia... la identidad narrativa. Hay una tendencia actual a estar más atento a los datos del ordenador y a las pruebas, que a lo que narra el paciente.

A nuestro juicio la buena praxis en salud mental implica necesariamente un compromiso con la práctica de nuestro trabajo. Toda escucha viene determinada y se sostiene en las formulaciones y presupuestos teóricos que cada uno sustenta, lo que indudablemente va a determinar lo que se escucha y lo que se hace con dicha escucha.

Ante el qué hacer con la escucha podemos seguir la dominancia del paradigma biológico, que amputa y reduce mecánicamente la escucha a ítems que encajan en un diagnóstico y remiten a un tratamiento ad hoc; o bien

plantearnos una forma de pensar la clínica basada en unos fundamentos que priorizan la escucha, el relato, la historia del sujeto y posibilitan un espacio donde realizar un proceso de reconstrucción y reformulación de su decir, de su experiencia. Esto permitiría al paciente construir una identidad narrativa y unas experiencias de subjetivización, de confrontación, de transformación de su malestar y de su existir. Espacio que no excluye otras intervenciones que facilitan dicha reconstrucción y transformación, sin perder así el rigor semiológico y clínico.

Incluso cuando se trata del debate diagnóstico, consideramos necesario señalar la importancia de realizar una escucha abierta al relato, evitando cometer el error de pontificar con una etiqueta o atribución diagnóstica exclusivamente. La introducción del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª edición (DSM-5), nos ha hecho reflexionar al respecto: “hay grupos de síntomas que están presentes en muchas categorías diagnósticas. De hecho, los límites entre las categorías diagnósticas son mucho más permeables de lo que figura en el texto” (24).

Foucault nos advertía al respecto, “la escucha es el primer paso, el primer proceder de la ascesis y la subjetividad del discurso de verdad, porque es lo que va a permitir recoger el logos, recoger lo que se dice de la verdad” (25).

Confiamos en haber conseguido mostrar, a través de este artículo, nuestro parecer al respecto, en una aproximación a lo que para nosotros es nuestra manera de poder trabajar, de pensar la clínica, a través de la narrativa.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BUNGE, M. Filosofía para médicos. Barcelona: Gedisa. 2012; p.15
- (2) CASTILLA DEL PINO, C. Historia de la psiquiatría del s. XX. Revista de la A.E.N. 2007; XXVII (99); 114-115
- (3) RICOEUR, P. La vida: un relato en busca de un narrador. Agora 2006, vol. 25, n° 2; 9
- (4) LYOTARD, J.L. La condición postmoderna. Madrid: Catedra 2016
- (5) BENVISTE, E. Problèmes de linguistique générale, 1. Paris: Gallimard 1966; p. 262
- (6) RICOEUR, P. Historia y narratividad. Barcelona: Paidós 2014; p. 25-26
- (7) ORTEGA Y GASSET, J. *Historia como sistema*. Madrid: Biblioteca Nueva 2007
- (8) PESSOA, F. *Libro del desasosiego*. Barcelona: Seix Barral. 2014; p. 153
- (9) SALAS, M. *Uso de (la) locura: hacia el reconocimiento de nuevas lógicas interpretativas del sufrimiento humano*. Salud colectiva 2017; 13 (4); p. 713-719
- (10) READ, J., MOSHER, L., BENTALL, R. *Modelos de locura*. Barcelona: Herder 2006
- (11) MOYA, C. *El sujeto enunciado. En tiempo de subjetividad*. Cruz, M. (Compilador). Barcelona: Paidós 1999; p. 168-169
- (12) DAMASIO, A. *La sensación de lo que ocurre*. Barcelona: Planeta 2018; p. 321
- (13) KANDEL, E. *En busca de la memoria*. Buenos Aires: Katz 2007; p. 438-439
- (14) MERLEAU PONTY, M. *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Península 1975; p. 367
- (15) ETXENIQUE, P.M. Entrevista diario *El Mundo*: 9 – XII – 2009
- (16) ROSE, S. *Tu cerebro mañana*. Barcelona: Paidós 2008; p. 172-186
- (17) FUSTER, J. Entrevista de E. Punset a J. Fuster. Emisión 110 (13-XI-2011) <https://www.redesparalaciencia.com/6374/redes/redes-110-el-alma-esta-en-la-red-del-cerebro>
- (18) FOUCAULT, M. *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal 2005; p. 150-151
- (19) COLINA, F. “Futuro del automatismo mental”. *Cuadernos de la psiquiatría comunitaria*. Vol. 13, n° 1, 2015; p.64
- (20) CARR, N. *Atrapados*. Madrid: Taurus. 2014
- (21) MARTIN, S., SINSKY, C. *The map is not the territory: medical records and 21st century practice* www.thelancet.com vol 383. October 22, 2016; 2053-56

- (22) BYUNG-CHUL HAN. *Psicopolítica*. Barcelona: Herder 2014; p. 90-105
- (23) RIVERA, I. "Dolor y muerte de la filosofía hegeliana". En: *Filosofía y dolor*. González, M. (compilador) Madrid: Tecnos 2010
- (24) DSM-5, American Psychiatric Association
- (25) FOUCAULT, M. *La hermenéutica del sujeto*. México: Fondo de Cultura Económica 2011; p. 318

Xoves 19 de abril de 2018 • IV Xornada de Psicopatoloxía e Cultura

Salón de actos do Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA). Rúa Dr. Ulises Romero nº 1, 27003 Lugo

DE LOBOS E HUMANOS



INSCRIPCIÓNS: SALUDMENTALLUGO@GMAIL.COM (Data Límite: 16/4/2018)

Carlos Casares contaba que as fábulas galegas, a diferenza doutros países nas que hai monstros horribles e dragóns, teñen como protagonista lobos e como moito leóns.

Tamén conta nun dos seus artigos "A Marxe" que el mesmo, cando era mozo, mirou na praza maior de Ourense un neno selvaxe que estivo abandonado no monte e pensou que foi criado polos lobos.

Pola outra banda, os contos de lobos do lucense Anxel Fole proporcionánnos unha dimensión realista, pero cos aspectos máxicos que forman parte do imaginario popular galego e que sabemos aparecen contidos nas vivencias de moitos doentes.

V. Risco, no seu discurso sobre a Lycantropía (1929) di que o ser humano leva con el tódalas tendencias dos seus ancestrs e que poden reaparecer perturbando a conciencia e provocando estados similares aos que parecían rexeitados pola cultura e a civilización.

Así pois a relación de Galiza co lobo no só é a nivel das lendas senon tamén da realidade.

Nesta IV Xornada de Psicopatoloxía e Cultura imos estudar estes aspectos tanto na súa vertente patolóxica como é o Delirio de transformación corporal coma as consecuencias psíquicas de crecer nun ambiente non humano e os aspectos etnográfico-literarios da cultura sobre o lobo en Galiza.

Programa

9.00 Presentación da Xornada

9.20 PROYECCIÓN PELÍCULA:
"EL PEQUEÑO SALVAJE" (1970) (85min)
Director: François Truffaut

11.00 Unha crianza entre lobos
DIEGO GONZÁLEZ (MIR, HULA)
SONIA GUERRA (PIR, HULA)

12.00 Descanso café

12.30 Desenvolvemento tardío da linguaxe
RAMÓN AREA (Psiquiatra)

13.15 A civilización do lobo amor
CARMEN BLANCO
(Escritora e Profesora USC)

14.00 Coloquio e peche das Xornadas
TIBURCIO ANGOSTO

Organiza: COMISIÓN DE DOCENCIA DA UNIDADE DOCENTE DE PSIQUIATRÍA E PSICOLOXÍA CLÍNICA DO H.U.L.A.
ASOCIACIÓN GALEGA DE SAÚDE MENTAL - AEN

Coordina: ELENA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ (Psiquiatra HULA) • TIBURCIO ANGOSTO SAURA (Psiquiatra Hospital Vithas Fátima de Vigo)
LUIS VILA PILLADO (Xefe de Servizo Psiquiatría HULA)

Entidades colaboradoras:



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

Xerencia de Xestión Integrada
de Lugo, Cervo e Monforte



Colexio Oficial
de Psicoloxía de Galicia

De Lobos e Humanos

Diego González Peña

MIR III Hospital Universitario Lucus Augusti

Correspondencia: diego-gonzalez.pena@sergas.es

O Lobo (*canis lupus*) é a especie animal máis cercana ao Can (*cannis lupus familiaris*) e da que descenden todas as subespecies do can común moderno, o gran compañeiro e amigo do ser humano. Interesantes cuestións xorden ao plantexarnos, cando e como comezou esta relación ancestral entre as dúas especies.

Francis Galton, en 1907 plantexaba a hipótese de que lobo fose domesticado polos humanos. Este proceso de domesticación, relacionábanse co proceso de establecemento sedentario dos humanos en comunidades ou aldeas, ás que os nosos antepasados levarían cachorros para vivir con eles e domesticalos.

En 1977, o descubrimento dun cachorro soterrado nos brazos dun ser humano baixo unha casa de 12.000 anos de antigüidade no norte do que hoxe chaman Israel, reforza esta teoría, segundo a cal a domesticación tería acontecido en Oriente Medio e Asia ligada ao proceso de sedentarización do ser humano.

A hipótese enunciada por Francis Galton, comeza a ser posta en dúbida cando os científicos se plantexan que o proceso de domesticación tivo que ser moito máis complexo do que comentaba Galton (coller cachorros para domesticalos e crialos como cans). Polo que se comezan a plantexar novas hipóteses.

Na década de 1950, Dmitri Konstantínovich Beliáyev (1917-1985, Director do Instituto de Cigoloxía e Xenética da Academia de Ciencias de la URSS) leva a cabo co seu equipo e a súa colaboradora Lyudmila N. Trut (Destacada xenetista, etóloga e evolucionista rusa, 1933-hoxe) unha serie de experimentos, nos que selecciona raposos prateados dunha granxa que os criaba pola súa pelaxe en función do comportamento que amosaban cara os humanos, liberando aos máis esquivos e agresivos, e cruzando aos individuos nos que primaba o comportamento de curiosidade e exploración, seleccionando cada vez máis o concretamente o carácter de achegamento voluntario ao humano. En só 45 xeracións, conseguiron raposos que se achegaban, subían enriba, solicitaban atención e comida, permitían que se lles rañase a tripa, que se lle collese no colo, acudían a chamada, mesmo movían o rabo e lambían as mans dos humanos amosando afecto.

O máis interesante do experimento é que non só mudou o seu comportamento, tamén as súas características físicas, presentaban un cráneo máis pequeno, rabos revirados, orellas gachas, distintas cores de pelaxe, un ouvido menos desenvolvido, as femias tiñan dous celos ao ano e menores niveis de adrenalina (que se pensou que poderían estar en relación a nivel bioquímico cos niveis de melanina, sustancia responsábel do cambio na pigmentación da pelaxe)...

Este descubrimento, segundo o cal a selección de características comportamentais inflúe na morfoloxía da especie, aportou novas ideas a pregunta sobre a domesticación do lobo, nacendo así a máis recente hipótese da auto-domesticación.

Esta hipótese indica que o reclamo que achegou os lobos ás comunidades nómades de humanos, foi a comida, os abundantes restos que deixarían nas súas cercanías, ás que os lobos se irían progresivamente achegando para comer. Xeración tras xeración, os exemplares con menos medo e máis confianza e atrevimento foron auto-seleccionándose (pois tiñan máis

dispoñibilidade de comida en tempos de escaseza e polo tanto máis supervivencia e máis crías) e achegándose até conviver máis estreitamente coas comunidades humanas.

Achádegos máis recentes de cranios de cánidos en covas xunto con restos humanos en Alemaña e Rusia, máis antigos caos atopados en Oriente Medio (de entre 18.000 e 32.000 anos de antigüidade), reforzan esta teoría e introducen a idea de que humanos e lobos domesticados, camiñaron xuntos en Eurasia cando aínda os nosos ancestros eran cazadores-recolectores.

Dende este proceso de domesticación e a separación específica entre lobo e cadelo, os camiños do lobo e o ser humano, teñen discurrido de forma separada máis paralela, volvendo a xuntarse ó través dos mitos, lendas, folclore e simboloxía e tamén da psicopatoloxía e das historias dos nenos salvaxes como as que estamos por contar.

HISTORIA E MITOS

Corresponde aquí, chegar unha ollada ao que dende a psicopatoloxía clásica se chamou Licantropía ou Delirio de Transformación Licantrópico. Para elo, faremos un breve repaso a través da historia e dos mitos relacionados con él.

Etimolóxicamente: Licantropía, do grego *lykánthropos*; *lýkos* (lobo) e *ánthropos* (humano), utilizada para referirse a persoas capaces de cambiar de forma e adoptala dun lobo. Está relacionada tamén co termo Terian-tropía do grego *therion* (animal salvaxe ou besta) pois son con frecuencia outros animais os implicados na transformación, como poden ser o raposo en Xapón, o tigre na India, o leopardo e a hiena en África, a onça en América do Sul, o tiburón na Polinesia, ou o crocodilo en Exipto.

Na mitoloxía clásica podemos atopar a Licaón, Rei de Arcadia, que segundo relata Ovidio na súa obra *As metamorfoses*, foi visitado por Zeus. Licaón, coa intención de desaprobalo a súa divindade, matou ao seu propio fillo e serviuno para a cea ofrecida a este deus. Zeus, indignado, convertiuno nun lobo rabioso. Tamén na *Odisea* de Homero, atopamos a Circe, que transformara en lobos e leóns aos homes que a rexeitaran, e que despois transformou aos homes de Ulises en cochos.

Por outra banda, atopamos referencias bíblicas, no libro de Daniel, o rei de Babilonia, Nabucodonosor II, que sofre un cadro de apariencia melancólica e contrae a licantrópía vagando durante 7 anos pola selva, supostamente como castigo e humillación de Deus pola súa soberbia.

Así mesmo Heródoto de Halicarnaso (historiador e xeógrafo grego 484-425 a. C.) describe algúns habitantes do Mar Negro como magos coa capacidade de tomar a forma de lobos, Plinio o mozo (avogado, escritor e xurista romano 61-112 c.) describe que o castigo por comer carne humana era pasar 9 anos baixo a forma de lobo.

Foron Marcellus de Sida (médico nado no primeiro século d.C.) e Paulo de Égina (Médico grego bizantino, e escritor da enciclopedia médica Compendio Médico en Sete Libros) os primeiros en abordar a licantrópía como enfermidade e relacionala coa melancolía.

Na Idade Media o trato que se lles daba aos enfermos e tolos consistía en ocasións en abandonalos extramuros, onde vagaban embrutecidos, podendo en ocasións ser inspiracións de relatos fantasiosos de homes-lobo. Dende a demonoloxía, a licantrópía foi entendida como un intento do diaño de atacar ao ser humano a través da transformación en lobo, animal devorador oposto a figura mística do año divino, e eran estudadas como metamorfoses ilusorias (enganos do diaño).

E xa na Ilustración refírese a Licantrópía como a falsa interpretación de alteracións médicas que producen cambios no aspecto corporal (deformacións faciais por gomas sifilíticas, lepra lepromatosa, lupus, neurofibromatoses, hipertricose, porfirias como a enfermidade de Gunther...).

DELIRIO LICANTRÓPICO

O delirio licantrópico, é unha presentación moi peculiar dun complexo sintomático no cal o individuo cre estar transformándose ou xa terse transformado nun animal.

Cómpre resaltar que en psiquiatría, o termo licantrópía úsase para designar o delirio de transformación en calquera animal.

Carga afectiva, idea delirante e sensación corporal anormal, influencia externa... Para situarmos o Delirio Licantrópico nalgún lugar da psicopatoloxía que nos permita a súa comprensión, debemos pensar na súa

composición, inicio, onde se deposita a carga afectiva e como é vivido.

Puidera ser (aínda que non é frecuente) unha ***ocurrencia delirante mono-sintomática***, pero sempre ou case sempre aparecen implicados neste complexo mecanismos alucinatorios corporais. Son alucinacións corporais? Non cumpren a definición de alucinación de Beck (percepción sen obxeto). Emporiso outros autores (como Leonhard) as denominan sensacións corporais anormais e resaltan o seu rol no cadro delirante.

Para Huber, ***a sensación corporal anormal e a idea patolóxica nacen unidas*** e inseparables, aínda que pode suceder que a carga afectiva esté depositada predominantemente na sensación corporal e que a idea patolóxica ocupe un lugar máis periférico ou o contrario.

Outra posibilidade é que ***o delirio xurde como explicación a estas sensacións***.

Se neste caso nos estivésemos referindo a unha alteración ***referida ao Eu***, entraríamos no terreo da depresión hipocondríaca.

E se a explicación é ***referida ao mundo externo***, estaríamos falando dun delirio hipocondríaco esquizofreniforme (de influencia externa).

Tamén deberíamos valorar o peso que ten o delirio de transformación corporal no cadro, se é o síntoma principal (ou o único) ou se forma parte dun complexo sintomático máis amplo.

Delirio licantrópico depresivo: Carga afectiva depositada na cenestopatía con escasa ideoloxía delirante. Explicación situada no Eu, sen influencia externa.

Ou como parte dun complexo sintomático da depresión hipocondríaca ou da depresión bipolar.

Delirio licantrópico esquizofreniforme: Carga afectiva situada no núcleo ideolóxico delirante, apoiado nas cenestopatías. Explicación situada no exterior, con influencia externa.

Ou formando parte dunha psicose esquizofrénica ou dunha parafrenia fantástico-hipocondríaca.

Ilusión catatímica de transformación do corpo: ás veces a idea delirante xurde cando o doente, ademais de sentilo ou sabelo con certeza, “ve” a súa transformación en animal. Así, hai casos descritos de doentes que manifestaban

que ao mirar unha parte do seu corpo podían vela como se fose dun animal (cara de can, patas de polo, mans con garras...). Non poderíamos falar aquí tampouco de alucinación, senon de ilusión, movida por un forte compoñente catatímico, un afecto de grande intensidade que fai que o individuo deforme a realidade e vexa o que o afecto lle move a pensar que é.

No caso do delirio licantrópico, falaríamos dun intenso afecto patolóxico depositado nunha sensación corporal anormal e nunha idea delirante hipocondríaco-fantástica.

A menudo este síntoma (a ilusión) pode aparecer, seguramente inluído pola capacidade de pensamento visual, a personalidade a carga cultural e a suxestibilidade da persoa afectada.

A vivencia de estrañamento, despersonalización e desrealización son outros síntomas que aparecen nos casos graves de depresión hipocondríaca.

Tamén aparece despersonalización nos delirios hipocondríacos das psicoses esquizofrénicas e da parafrenia hipocondríaco-fantástica, nas que o doente vive con angustia e disforia a forma na que o seu corpo se dispón para torturalo ou alteralo, sentíndose un obxecto en mans dunha vontade allea.

Encadres na psiquiatría

–**Robert Burton**, ao igual que os clásicos, relaciona Licantrópica e melancolía en : *Anatomía da Melancolía* (1621).

–Para **Sydenham** estaba incluída nas “demonopatías” e estados hipocondríacos delirantes.

–Os Alienistas: manteñen a relación da hipocondría coa melancolía, incluíndo forma delirantes, onde aparecen as posesións e as zoopatías.

–**Kahlbaum** (1893), describe a paranoia ou delirio sistematizado primario e distingue 3 grupos nos que atopa alteracións da conciencia do eu, a Paranoia Descensa (tamén a Ascensa e a Inmota), na que diminúe a concicencia do eu pola corrupción que produce a supersitción, sendo neste caso un dos exemplos a licantrópica.

–**Freud** (S. XX): “as antigas posesións demoníacas aparecen agora como hipocondría...”. Inclúe tanto a percepción falseada da saúde corporal como a interpretación dunha influencia externa sobre o sí mesmo. Para Freud o

Eu é ante todo un ser corpóreo.

–**Wernicke**: *separa os delirios hipocondríacos dos que involucran a identidade persoal.*

Os procesos de conciencia da personalidade, constitúen a autopsique, os da conciencia do propio corpo a **somatopsique**, e os que elaboran a información externa que captan os sentidos a **alopsique**.

Hai unha distinción clara da **experiencia somática** separada da **experiencia do eu** ou personalidade (persoa, non carácter).

Explica entón que a patoloxía afectiva pode ser causada por unha sensación anómala corporal (somatopsique) ou por unha percepción cambiada do Eu (autopsique).

E nas psicoses hipocondríacas aparecería un cambio na posición interna do suxeito (autopsique) en relación ao mundo externo, con manifestacións que tamén involucran ao mundo interno (basadas en alucinacións corporais, “somatopsicoses”).

–**K. Leonhard**, estuda as chamadas psicoses endóxeas referíndose a: síntomas, evolución, estado terminal e bipolaridade. Mantendo a separación sintomatolóxica e etiolóxica entre a hipocondría e a despersoalización.

Destaca as descripcións de sensacións alteradas nas depresións hipocondríacas igual que nas esquizofrenias hipocondríacas, pero sitúa a diferenza na orixe das sensacións (influencia externa, que é o que decide o diagnóstico).

Despersoalización e síntomas hipocondríacos aparecen conxuntamente, sentíndo a persoa “a conclusión de que a mesma (personalidade) convertiuse noutra, non sendo eles mesmos o que eran antes”.

Pero neste caso, sen progresar ata a crenza de quen os ocupa agora é un animal.

–**Henry Ey** e o modelo órgano-dinámico: **a hipocondría** alcanza unha maior amplitude, incorporando dentro das súas presentacións clínicas as de influencia (posesión) e incluíndo alteracións sensoriais cenestopáticas, vivencias neuróticas e delirios. **Clasifica estos trastornos hipocondríacos en: trastornos cenestopáticos, preocupacións hipocondríacas e delirios hipocondríacos.**

Aparecen delirios de prexuízo corporal (delirio postoperatorio), de transformación corporal, cambios na sustancia do corpo (pedra, madeira.... negación/ausencia de órganos e funcións) ou de agresión corporal dentro dun delirio de persecución con sensacións de correntes eléctricas, queimaduras, ... e tamén delirios de posesión, embarazo e *zoopatía*.

–Keck (1988), desenvolveu os criterios diagnósticos para a *licantropía clínica*:

1. O doente refire verbalmente durante un momento de claridade ou a posteriori ser un animal.
2. O doente compórtase dun xeito que semellante a un animal determinado.

–DSM-V: Síntomas somáticos e trastornos relacionados.

O Corpo interno e externo

K. *Jaspers* atopa cadros de tipo psicótico, con *conciencia corporal alterada*, “hai un distanciamento entre ser unha mesma cousa-connosco”.

A análise fenomenolóxica de sentirse un a sí mesmo segundo Rojo Sierra, lévanos a diferenciar varios conceptos:

Anatosoma, un “que”, *vivencia obxetal* do noso corpo.

Eidosoma, un “quen”, presenza dun alguén no noso corpo, unha percepción corporal polo tanto activa.

Max Scheler introduciu o termo *persoa* para referirse a unidade concreta de tódolos actos e sentimentos. A persoa, activa, singular, concreta, é a que proporciona esa nota de “alguén” ou “presenza” inherente ao eidosoma.

Na *despersoalización licantrópica*, o conxunto *eu-persoa-eidosoma-anatosoma*, desarmonízase. Hai unha *perda progresiva da identidade de referencia* (Eu), a aparición dun medo angustiante a que un poida non controlar os seus actos, dirixidos por outro eu (animal). Pode sentirse na *percepción corporal interna “animalizada”* e/ou o *corpo externo cambiante* ou en transformación.

O suxeito non consegue vivenciar a súa singularidade dun xeito integrado.

P. Janet considera este delirio de transformación dentro do delirio de persecución, pensando que os doentes sitúan aos seus perseguidores no corpo.

Corpo e identidade nas psicoses

Nas psicoses o corpo sofre alteracións de diferentes xeitos e expresións clínicas, algunhas das cais supoñen unha falla no sentimento de identidade. E aparecen:

Na catatonía: unha alteración da psicomotilidade.

Na hipocondría delirante: unha alteración da cenestesia que se pode presentar nas depresións, esquizofrenia e parafrenias.

No delirio de posesión externa: unha alteración da vontade e intencionalidade das representacións conscientes do propio corpo que se poden presentar en psicoses históricas (individuais e colectivas) e en delirios agudos e crónicos.

Nos trastornos da conduta alimentaria: Trátase dunha alteración da imaxe corporal que pode aparecer tanto na anorexia como na bulimia.

Nos delirios de transformación corporal: Trátase dunha alteración da imaxe corporal (corpo externo, anatosoma, somatopsique) e da identidade (personalidade, eidosoma, autopsique) que poden presentar delirios de Sosías, a identificación delirante dun mesmo (Capgras) e de zoantropía (licantropía).

Aportes da Fenomenoloxía

Xa **William James** (previo a fenomenoloxía) toma como parte central e máis constante da conciencia do Eu, o sentimento do propio corpo. Corpo, que ao longo da vida, e na súa constancia, está sometido a mutacións. A posesión dos mesmos recordos é o que teñen en común esos cambios do sentimento do corpo (esos “corpos”). A esto chamámoslle Identidade Relativa.

Agora ben, podemos atopar “enganos patolóxicos” nos que falla o recoñecemento do propio eu.

Se de James pasamos a **Jaspers**, esta Identidade Relativa poderíase asimilar a Conciencia de Personalidade (eidosoma, autopsique). Se nos achegamos xa a Fenomenoloxía podemos (falta texto)

E para falar de **Jaspers** (pero antes) debemos referirnos brevemente **Husserl**, para quen o fenómeno é simplemente, o que é manifesto en tanto se manifesta na miña conciencia e tamén a **W. Dilthey** e a súa psicoloxía descriptiva.

O obxectivo de **Husserl** é “unha ciencia absoluta, onde absoluto é un coñecemento que recae sobre un obxecto que está ao alcance de todos sen

discusión, e que ademáis sobre ese obxecto vanse tendo coñecementos xustificados con plena evidencia pola propia índole del”.

Buscan entón a esencia dos obxectos (o universal dos mesmos, o que se mantén a pesar dos cambios), deixando de lado os prexuízos, isto é a “conciencia pura” de Husserl.

Dilthey observa unha realidade ontolóxica dual, o ser é natural e espiritual. O ser humano é un individuo situado na historia, e a súa vida transcorre nun mundo simbólico e cultural. O ser humano é un ser global e só pode ser mirado dende a súa cultura e circunstancia. Diferencia entón os métodos de explicación (ciencias naturais) dos métodos de comprensión (ciencias espirituais). O método compresivo é atopar as conexións de sentido do individuo na súa historia persoal e na historia na que está inserido.

Jaspers centrase na descrición de *fenómenos reais que teñen lugar na conciencia real*.

Introduce así a problemática forma-contido (Eu-personalidade), importante para tratar a licantrópia.

Describe feitos illados (elementos) ou vivencias, onde é importante aquí o instante vivido, sen referencia pasada nin futura e os estados do conxunto da vida psíquica (estados de conciencia), e neles as vivencias anómalas e sentimentos cualitativamente alterados, deixando de lado ideas e teorías previas.

Coa Psicloxía Comprensiva esixe a conexión entre vivencias. Empírica, descriptiva. Contido, forma e autorreflexión.

Conciencia do Eu e conciencia de obxecto. A partir de aquí podemos diferenciar entre trastornos da identidade, aqueles producidos por posesión externa e polas cenestopatías.

O noso Eu é consciente de si mesmo. (KS: Conciencia do Eu é sobre todo conciencia de personalidade.)

Caracteres formais:

–Actividade do Eu (KS vivencia de pertenza a min): Sentimento e conciencia da actividade (Orixinaria e incomparable) ao que chama “personalización”. Despersoalización é entón todo o propio sentido como extraño, dende a obsesión ata un delirio de ser controlado.

–**Unidade do Eu:** Eu son un, neste momento. Vivencia que pode alterarse (escindir-se) normalmente brevemente. Se é duradeira, desdobra-mento, en series simultáneas de procesos psíquicos enfrentados. *A licantrópía podería ser unha alteración desta forma da conciencia do Eu “ser un lobo e un home ao mesmo tempo”.*

–**Conciencia da identidade:** Eu son o mesmo sempre. Idéntico no tempo. *Estaría alterada na licantrópía se dixese “son e sempre fun un lobo”.*

–**Conciencia do Eu en oposición ao externo e os outros:** Separación do Eu e do ambiente.

–**Conciencia da Personalidade:** a conciencia formal do Eu, e chea de contido, é a conciencia de personalidade, é o modo no que o ser hu-mano se apodera da súa vivencia. Como me sinto, como me penso, como me refiro (Eu) a min mesmo.

Kurt Schneider, (Discípulo de Jaspers) mantén as formas de ser consciente do Eu pero denomina estes caracteres formais como personalidade. *A per-sonalidade non é un contido das diversas formas do Eu, senon que é o Eu. Considera a vivencia de transformación un trastorno da identidade pero sen que desapareza o Eu. A afirmación “Eu son... un lobo” implica un Eu.* Agrega a conciencia da existencia, como unha vivencia incesable en tanto hai conciencia.

Afirma que esta conciencia de identidade non se altera no tempo, continúa o Eu a pesar da transformación. A conciencia da actividade do Eu chamalle “vivencia de pertenza a min”, é meu o que ten carga afectiva, coa vivencia do corpo pasa o mesmo, o corpo é meu canto máis intenso é contido sen-sitivo e máis completo o contido afectivo, por exemplo na dor.

Para Kurt Schneider entón o delirio de transformación non altera o Eu senón a identidade.

Ao referirse as alteracións das sensacións corporais Kurt Schneider di que son inespecíficas e poden aparecer en diversos cadros (ciclotimia, esqui-zofrenia...).

Para **Maurice Merleau Ponty**, na súa posición *existencialista* en Fenomeno-loxía da percepción, apunta: *o corpo como un “para”, non está dentro do espacio nin dentro do tempo, habita o espazo e o tempo, está movido a*

acción, é o vehículo de estar no mundo, continuamente emprender algo. Ser un lobo, ter o corpo dun lobo, non só cambia él mesmo, senon que cambia o mundo, sendo agora, o mundo dun lobo.

Se a fenomenoloxía estuda o Eu como experiencia conciente e a identidade aparece ligada a unha forma (conciencia do Eu), *a psicoanálise interésase polo significado dos seus aspectos inconscientes e a identidade aparece como un produto resultado dun proceso de desenvolvemento.*

Partindo da base de que o ser humano é indefenso e dependente ata o extremo cando nace, e que esto fai da relación co obxecto materno durante o primeiro período simbiótico algo fundamental, especialmente o contacto corporal e o simbolismo do corpo. *De esta simbiose cara a separación, aparece a identidade individual*, que na patoloxía pode ser inestable, ata o falseamento delirante da mesma a través de mecanismos defensivos de *proxección* (sentimentos de vergoña e culpa como un castigo divino), *externalización* (de sentimentos sexuais ou violentos a través do animal), *identificación* (con rasgos do agresor) como unha experiencia alucinatoria dentro dun trastorno da identidade do sí mesmo, como unha estratexia de *defensa psicótica*. Os conflitos poden simbolizarse a través da escolla do animal.

Entón, é o delirio de licantrópía un delirio hipocondríaco, un delirio de posesión ou de influencia externa?

Parece que non, que na súa esencia máis orixinal, é un delirio que ven a referirse a identidade, a unha transformación da mesma a través da experiencia do cambio corporal, do modo de ser (habitar) no mundo. “Eu son un lobo” é unha declaración de identidade, e as actitudes, vivencias e condutas do suxeito reafirman esta afirmación, que abandona as características do ser (e obrar) humano, para adquirir as do animal, para “ser lobo”.

A licantrópía como enfermidade médica

Tamén se ten postulado a posibilidade de que determinados casos de licantrópía que contribúisen a alimentar o mito, fosen debidos persoas con enfermidades somáticas, e que estas foran as que explicarían algunhas das principais características dos licántropos.

- Unha hiperpilosidade ou hirsutismo e unha “facies lúpica”.
- Unha vida nocturna e a evitación dos raios do Sol.

–Trastornos do comportamento con posibles agresións a outros individuos.

A hipertricose. Unha enfermidade pouco frecuente na que o corpo aparece coberto de pelo.

A raiba: A transmisión desta enfermidade pola mordedura dun animal (can, raposo...) as alteracións da conduta na fase furiosa, a hidrofobia e a imposibilidade de deglutir, os espasmos dos músculos faciais, a inversión do ciclo circadiano, son varios dos síntomas que poderían recordar ao comportamento dun animal salvaxe.

As porfirias como unha explicación de certos casos de licantrópía son suxeridos xa por Illis do Guy's Hospital de Londres en 1964, baseando a súa hipótese nas descripcións antigas de Oribase, Marcellus de Sida, Paulo de Égina, que describen individuos pálidos, cos ollos hundidos, a lingua seca, sen bágoas, vagando pola noite nos cemiterios, coas pernas marcadas con cicatrices polas caídas, e reclusos durante o día...

O tratamento destes individuos consistía en sangralos ata que se desvanecían.

Jean Bodin autoridade no tema da bruxería, no século dezaseis, reporta numerosos casos de transformacións “incompletas”, afectando esencialmente ás mans e os dentes.

Boguet, un xuíz francés que queimou máis de 600 persoas por bruxería e licantrópía no século dezaseis, describe aos licántropos como individuos de pel pálida, cicatrices e excoiacións e atribúelles ataques contra humanos e o feito de vivir con lobos.

As excoiacións, os dentes e os beizos vermellos son características recorrentes en descripcións de épocas e lugares distintos.

As porfirias constitúen un grupo de enfermidades heteroxéneas do metabolismo do grupo hemo. Teñen manifestacións sistémicas e cutáneas que cadran coas descripcións antigas e medievais da licantrópía:

Fotosensibilidade, que incita a unha vida noturna e que de haber contacto co sol aparecerán erupcións, erosións e cicatrices.

Ademáis, as porfirias hereditarias poden explicar os casos familiares, locais ou rexionais.

A porfiria cutánea tarda pode ser adquirida.

As erosións, cicatrices, atrofia cutánea, pigmentación e hipertricose malar correspondense coas descripcións.

A forma máis severa, a enfermidade de Günther (porfiria eritropoiética conxénita), afecta ás crianzas con síntomas impresionantes como ouriños e dentes vermellos, e cicatrices severas.

Os nenos que sobrevivisen ata a idade adulta serían seguramente vítimas de supersticións.

Os trastornos da conduta poderían explicarse pola enfermidade mesma pero tamén por unha adaptación ao contexto socio-político-cultural, á marginación, a persecución e acoso ao que podían estar sometidos pola poboación e as institucións (Igrexa).

Trátase claro de porfirias sen tratamento e evolucións que non semellan nada ás actuais. Aínda que non explican por sí soas o imaxinario simbólico e cultural que ocupan os licántropos na historia das sociedades, poden darnos unha explicación plausible de como acabaron numerosos enfermos nas fogueiras dos cazadores de bruxas.

Una crianza entre lobos: “Los niños selváticos”

Sonia Guerra Álvarez

PIR Servicio de Psiquiatría, HULA

Correspondencia: sonia.guerra.alvarez@sergas.es

La lista de nombres con los cuales se ha designado aquellos casos de niños que han crecido solos, aislados de cualquier contacto humano, criados o amamantados por animales, que han sido capaces de subsistir por sus propios medios, es larga y complicada; eso sí, existe una característica a destacar en todos los casos, la “excepcionalidad”.

El primer nombre utilizado fue el de “*Homo Ferus*” (*Hombre fiera*), en el sentido de salvaje. Más reciente es el de “*niños selváticos*”, en el sentido de silvestre, salvaje, falto de cultivo.

Clásicamente se han descrito algunas características generales en los niños selváticos: *Linné* (científico, naturalista, botánico y zoólogo sueco, considerado uno de los padres de la ecología) destacaba las siguientes:

- Caminar a cuatro patas (tetrapos)
- No hablar, ser seres privados de palabra (mutus) y
- El hecho de ser peludos (hirsutus).

Malson, destaca en estos niños, la capacidad de adaptación extraordinaria de los sentidos al medio particular en el que tuvieron que adaptarse para sobrevivir. Siendo la capacidad de adaptación lo que habría que destacar por encima de cualquier otra cualidad que presentan los niños selváticos, una adaptación que se dificulta a la hora de la reeducación.

Este autor (Malson) también señala el carácter tosco de sus emociones, la tendencia inhibida a relacionarse con otros seres humanos, acentuando su simpatía hacia los animales. La ausencia del llanto o la risa en estos niños,

vendría a confirmar la necesidad de un entorno social. Señala también la indiferencia sexual del “homo ferus”. En cuanto al sentimiento de pudor, en algunos de estos niños, se va despertando a medida que se va afianzando su readaptación. También se ha mencionado la dificultad para convertirse en adultos, a pesar de su capacidad de autosuficiencia, así como la dificultad para entender el sentido de la propia vida.

Bruno Bettelheim propuso un enfoque particular en el problema de los niños selváticos; para él el niño selvático es en definitiva un niño autista con la forma más grave de autismo infantil. Éste acepta la posibilidad de una vida selvática y solitaria del hombre criado entre animales, pero no por los animales.

El hecho de que una de las características generales de los niños autistas fuera el rechazo del niño por parte de los padres, le hace preguntarse sobre las causas del abandono. El abandono se produce en unas circunstancias socio-económicas determinadas, la actitud moral y afectiva de los padres hacia sus hijos no es la misma en situaciones de pobreza que en ambientes económicos más elevados. Señala que en poblaciones sumidas en la miseria el desentendimiento requiere maniobras menos complicadas, se abandona al niño o simplemente se deja que se pierda. Son frecuentes los casos de niños salvajes siempre que la pobreza hace estragos entre la población.

Considera que hay tres causas que han motivado la creencia de la existencia de los hombres criados por animales:

- El hecho de que no hablen, cuando pueden hacerlo,
- la aversión que tienen por los hombres, a los que rechazan, evitando su compañía y
- la ferocidad que caracteriza sus ataques.

Atribuye la supervivencia del mito a un simple problema de narcisismo humano por el cual “tenemos la necesidad de atribuir a fuerzas extrahumanas los aspectos indeseables de nuestra naturaleza o los aspectos latentes de la naturaleza humana que se han vuelto extraños a nosotros en el proceso de civilización, pero que reaparecen en determinados procesos psicóticos”. Uno de estos aspectos indeseables de la naturaleza humana es el hecho de que algunos padres hayan querido en ocasiones, por uno u

otro motivo, la muerte de su hijo, y que en lugar de hacerlo, hayan optado por el camino del abandono.

A la hora de abordar la problemática de los niños selváticos, nos encontraríamos con tres posiciones diferentes:

- Los que ven al niño selvático como un no-hombre, con la posibilidad de reeducar algunos aspectos de su personalidad.
- La de los que ven un problema de autismo infantil, con posibilidades de reeducación y
- La de los que ven la posibilidad de llenar el vacío de identidad al que hace referencia Malson, de otra entidad propiamente no humana.

En cuanto al problema del retraso mental que aparece en la mayoría de los casos estudiados, es una realidad cuyo problema está en el origen. Si éste es una causa del abandono o consecuencia del mismo, de la vida solitaria y salvaje. En el caso de Víctor de Aveyron, Pinel pensaba que se trataba de un retraso congénito, aunque Itard nunca lo aceptó. Tampoco lo aceptaron Malson ni Gesell, ya que consideraban que solamente una inteligencia normal o bien dotada podría sobrevivir las dificultades del aislamiento o de la vida solitaria y salvaje. Muchos de los autores que han estudiado este tipo de casos, coinciden en destacar en ellos el placer por aprender y la capacidad de superación, así como un empeño por alcanzar la condición de adulto, lo que consideran un indicio de que su retraso mental no tenía fundamento en ninguna insuficiencia cerebral.

Se considera que se han podido encontrar dos tipos de niños selváticos claramente determinados y definidos:

- Los que han sido adoptados por uno u otro animal, con el cual han convivido. (Caso de Kamala) y
- Aquellos que habiendo sido abandonados cuando ya tenían algunos años, han conservado una serie de aprendizajes, posiblemente, los que han tenido que practicar en su nueva situación, mientras que los que habían adquirido en la vida civilizada, y que no han tenido que practicar, como es el lenguaje, se han debilitado o han desaparecido.

En cuanto a la captura, el problema no es solamente sentirse capturados sino que en muchas ocasiones esta se convierte en una autentica cacería,

con escopetas y perros de caza. Además esta se produce en un momento crucial y que estará en la base de toda su vida posterior, sobre todo a la hora de cuestionarse la integración o la recuperación.

El primer trabajo que ha intentado estudiar todos los casos conocidos de niños selváticos es el de L. Malson (París, 1964). Llega a reunir 53 casos, siendo el primero descrito el del niño-lobo de Hesse descubierto en 1344, cuando tenía 7 años. Este autor destaca 3 casos ejemplares en cuanto a su capacidad a la hora de recibir educación, a la hora de evolucionar por el camino del conocimiento y en la afectividad. Esta selección nos encara a la triple problemática en la cual desembocan la mayoría de los casos estudiados y nos ofrece las tres vertientes de la exclusión social:

La del niño solitario (Víctor de Aveyron)

La del niño encerrado en una habitación (Kaspar Hauser) y

La del niño criado por animales (Kamala de Midnapore).

Víctor de Aveyron:

Es visto en los bosques de Lacaune en 1797, siendo capturado el 9 de enero de 1800. Se cree que había sido abandonado cuando tenía 4-5 años. Tras su traslado a París, Pinel informa que su retraso mental no era consecuencia de su vida solitaria, falta de las influencias de la civilización y la cultura. En contra de las opiniones de Pinel, Itard, se hace cargo de él en la institución de sordo-mudos en la cual ejercía como médico. Considera que la causa de la insuficiencia mental de Víctor era el asilamiento, la falta de una relación cultural. Itard elabora un plan de educación, en definitiva se trata de un plan de integración en la sociedad que se resume en 5 puntos:

- Que paulatinamente se fuera aficionando a la vida entre los hombres, haciéndosela más dulce y llevadera de lo que había sido hasta ese momento y sobre todo más afín a su silvestre existencia previa.
- Que a través de estimulantes y de vivas conmociones de su alma, se fuera restaurando su embotada sensibilidad nerviosa.
- Ampliar el radio de sus ideas, extendiéndolo a un campo de necesidades nuevas y aumentando sus relaciones con el prójimo.
- Que bajo la imperiosa urgencia de la necesidad se viese obligado al ejercicio de la imitación, a fin de conducirlo al don de la palabra.
- Que se emplease durante un cierto tiempo en proyectar las más sim-

ples operaciones anímicas sobre los objetos inmediatos de sus necesidades, para sustituirse los más adelante por objetos de enseñanza.

Itard en un informe realizado en 1806 resume algunos aspectos positivos y negativos de su trabajo en este caso:

Entre los negativos señala que:

La educación de Víctor era todavía incompleta y lo sería siempre, debido a la nulidad casi absoluta de los órganos de la audición y la palabra.

Como consecuencia de la larga inactividad, sus facultades intelectuales estaban sujetas a un desarrollo lento y penoso, siendo necesario poner en juego los medios más poderosos para conseguir el efecto más simple.

Las facultades afectivas se encontraban subordinadas a un profundo sentimiento de egoísmo.

Y entre los aspectos positivos destaca:

El perfeccionamiento de los sentidos hace que se multipliquen las sensaciones y las ideas de Víctor, contribuyendo al desarrollo de sus facultades intelectuales.

Debido al desarrollo de las capacidades intelectuales, aparece la capacidad de conocer los signos del pensamiento y de aplicar este conocimiento en la designación de objetos, de sus cualidades y de sus acciones, de donde se deriva su capacidad de ampliar su círculo de relaciones, la facultad de manifestar sus necesidades y de establecer un libre y continuado intercambio de pensamientos.

A pesar de su afán de libertad y de indiferencia ante los placeres de la vida social, Víctor se sentía agradecido por el cuidado y el esfuerzo que el hombre le prodiga, siendo capaz de sentir una amistad afectuosa, sensible al placer de hacer las cosas bien, avergonzándose de sus errores y arrepentido de sus excitaciones.

Recomienda sobre Víctor la atención de los expertos solicitando a la administración gubernamental su protección.

Víctor muere en 1928, con cuarenta años.

Kaspar de Nüremberg:

Nacido el 30 de abril de 1912, aparece en Nüremberg en mayo de 1928. No era capaz más que de decir algunas palabras y unas pocas frases hiladas. Se le describe como dócil, quejándose solamente del abandono, consciente de no ser igual que los demás, solía preguntar por qué no tenía padres como otra gente. Sus recuerdos se limitaban a mencionar que había vivido en un agujero o prisión, que nada más comía pan y agua, que una persona a la que llamaba “el hombre” a veces le hacía hacer dibujos, números y letras. Tras una agresión previa, fallece asesinado a punto de cumplir 22 años.

Kamala de Midnapore:

Amala y Kamala, fueron descubiertas en 1920 viviendo con 3 lobos adultos y 2 lobeznos. La mayor tenía 8 años y medio (Kamala) y la pequeña (Amala) 1 año y medio. Fueron trasladadas al orfanato de Midnapore. Presentaban ftofobia, dormían unas cuatro horas al día, presentando ambas dos tipos de marchas diferentes, una sobre codos y rodillas para desplazamientos cortos y otra sobre manos y pies para desplazamientos largos y la carrera. Lamían los líquidos y comían casi exclusivamente carne. Amala murió un año después de su captura, Kamala lo hacía 8 años más tarde. Su motricidad se fue volviendo humana muy lentamente, era capaz de alargar la mano para pedir comida, de asearse y seguir algunas órdenes simples. Kamala, llora por primera vez tras la muerte de su hermana, rechazando alimento y bebida durante dos días, solía oler su rastro desde un rincón. A los tres años de estar en el orfanato, comienza a tener miedo de la oscuridad y buscar compañía, sobre todo por las noches. A los seis años se sentía integrada en el grupo de niños del hospicio.

Entre los factores que pueden haber contribuido a la multitud de casos de niños que han permanecido en condiciones de aislamiento social, cabría citar:

La guerra y sus consecuencias.

La miseria.

La super-población.

El afán por esconder un hijo cuyo nacimiento supone una vergüenza para la familia. El rechazo familiar.

La explotación y la utilización del trabajo de aquel ser que lo mantiene aislado.

El caso de Marcos:

Marcos Rodríguez Pantoja, nació el 7 de junio de 1946 en Añora (Córdoba). Era el mediano de tres hermanos. Su madre fallece como consecuencia de complicaciones durante el parto de su hermano menor. Recuerda los malos tratos por parte de su madrastra y cree que su padre lo vendió. Como vemos, en este caso se dan las condiciones anteriormente mencionadas. Cree que tenía 7 años cuando se produjeron estos hechos. Fue encontrado por la Guardia Civil, doce años después, en 1965 en Sierra Morena, tenía 19 años. Convivió durante algún tiempo, se cree que unos meses, con un cabrero que le enseña a defenderse en aquel entorno natural.

En base a los testimonios recogidos y a su propio relato se pueden destacar los siguientes aspectos:

- Como consecuencia del rechazo familiar, Marcos es abandonado en plena Sierra Morena, con la finalidad de que allí vigile un rebaño de cabras.
- Un pastor anciano, le introduce en el medio, durante un periodo breve de tiempo.
- El aislamiento y el abandono son casi absolutos.
- Este aislamiento dura entre 10-12 años, probablemente entre 1953 y 1965.
- Los testimonios que lo trataron durante los primeros meses de la vida en sociedad, destacan el carácter selvático: el desconocimiento absoluto de la vida social, las dificultades del lenguaje (sobre todo el desconocimiento de los nombres de las cosas), el caminar extraño y la ingenuidad.
- También coinciden al destacar la cualidad de su inteligencia y los conocimientos que había adquirido por su cuenta, referentes al medio natural en el que había tenido que desarrollar su existencia.

Cuando Gabriel Janer Manila, antropólogo Mallorquín, comienza el estudio de este caso sobre el que realizaría su tesis doctoral, había transcurrido ya 10 años. Mantiene con él sesiones diarias de una hora, durante 5 meses, desde noviembre del 1975 a abril de 1976.

Este caso, es el que más se acerca al caso de Víctor de Aveyron, aunque existen importantes diferencias.

Marcos es abandonado en la naturaleza a una edad imprecisa, pero con la

diferencia con respecto a Víctor, de que cumplierse una función. En los dos casos en la base del abandono están los estragos de una guerra y el rechazo familiar, pero Víctor es únicamente abandonado, mientras Marcos es abandonado con la intención de extraer provecho de su abandono.

El hambre, la escasez y la miseria en esos años, la emigración de sus padres a Madrid, la muerte de su madre, la separación y repartición de los 3 hermanos, la nueva situación familiar tras el nuevo casamiento del padre con una mujer que también aporta un hijo, las relaciones con la madrastra, el retorno de nuevo a su tierra, donde trabajan como carboneros, forman parte de la situación socioeconómica que está en la base de la historia de Marcos, en la que creció durante los primeros años de su vida y se va a forjar buena parte de su personalidad.

De los primeros años de su vida, que pasó en familia, Marcos es consciente de que era un estorbo, que su presencia era una carga, esta sensación es clara si tenemos en cuenta que siempre ha creído que su padre lo había vendido. Por otra parte el abandono no le produjo ningún tipo de frustración, incluso estaba satisfecho de vivir en la sierra. Refiere que nunca deseo ni intentó el retorno. El abandono en su caso parece que más que un trauma, significó en cierta manera una liberación.

Entre estos primeros recuerdos está la familiarización de Marcos con las bellotas, que recogía para dar de comer a los cerdos que criaban sus padres, por tanto existía una familiarización con un recurso antes del abandono, al que no dejaría de acudir posteriormente en muchas ocasiones. En el momento en que se produce el abandono, Marcos portaba una carga de experiencias que haría servir después, de alguna manera en la vida salvaje. Hay que señalar que no recuerda haber ido nunca a la escuela, el abandono por tanto, no venía a suponer una ruptura absoluta si se tiene en cuenta que su familia vivía en el campo haciendo carbón. Marcos debió aprovechar todo cuanto su experiencia había asimilado dentro del ámbito de la vida familiar, a la hora de desarrollar su acción selvática. Su vinculación con la naturaleza llega a ser tan fuerte que se siente un elemento más de aquella realidad, a la cual le había introducido la convivencia con el cabrero. Su vida selvática debió estar fuertemente influenciada por la relación y la convivencia de los primeros tiempos, y buena parte de las cosas que hacía

tuvieron que estar evidentemente influenciadas por la enseñanza de aquel hombre anciano, además del bagaje cultural que portaba.

El retorno hacia la vida de los hombres se inicia de una manera violenta, siendo capturado por la guardia civil. No sabía quién eran ni entendía lo que le decían. Es arrebatado de su medio de forma violenta, sin tener en cuenta su voluntad, de la misma forma que se había producido su abandono. El trauma de la captura ha condicionado de algún modo su capacidad de integración en el mundo de la cultura, y sobre todo ha favorecido la mitificación de la relación con los animales, durante el tiempo que vivió solo en la sierra. Destaca su inhibición a la hora de relacionarse con otros hombres; esta inhibición ante el contacto humano es una tendencia general en los niños selváticos, presentando por contra una clara tendencia al contacto con animales.

En la sierra no tenía frío y continúa resistiendo el frío con facilidad, muestra una especial predilección por el agua pura. Ha descubierto la capacidad de emocionarse y ha comprendido que no llega a conseguir, a pesar de intentarlo, establecer una verdadera relación afectiva.

Después de la captura, Marcos vivió durante algunos meses en Lopera, cuidando rebaños de ovejas. Durante este tiempo comienza una cierta reeducación a cargo de un seminarista. Se traslada a Madrid, donde trabaja en una empresa de construcción para después cumplir servicio militar en Córdoba. De regreso a Madrid, pasa algún tiempo en la Clínica La Paz, permaneciendo un tiempo en una residencia de convalecientes, recuperándose de dos intervenciones quirúrgicas. Más tarde se traslada a Mallorca donde comienza a trabajar en hostelería.

Marcos ha tenido que esforzarse para adaptarse a la realidad de la vida de los hombres, a través de esta diversidad de situaciones. A su llegada a Lopera, es incapaz de respetar las reglas del juego con los otros chicos del pueblo. Él había descubierto unas reglas de la vida, casi unas leyes que atribuía a la comunidad animal, siendo incapaz de comprender que hay unas reglas del juego y que hay que respetarlas. Pero, por encima de esta situación, se van marcando ideas y consignas de conducta social que adquiere en todos los lugares por los que va pasando, sobre todo cabe destacar aquello que le enseña el seminarista y los consejos de las monjas durante su convalecencia.

Entre los hombres Marcos descubre la vergüenza, y se desvela el sexo, aunque éste tarda en comparecer. Itard había observado este mismo retraso en Víctor. A Marcos no le es fácil adaptarse a la vida social, a las reglas que rigen la convivencia humana, acostumbrado como está a observar las reglas que condicionan la vida animal. Es consciente de la dificultad que le supone integrarse, por eso piensa que la vida entre los hombres es peor. El mismo dice no saber si le han hecho bien o si le han hecho mal al capturarlo y el afán de retornar a la soledad de la selva, surge una y otra vez, cuando observa que no llega a adaptarse en las mismas condiciones que lo hacen los otros en la vida de los hombres. Y por ello, puede ser, ha idealizado aquel mundo del cual fue violentamente arrebatado. Con frecuencia acude a la exhibición de aquello que aprendió durante su vida solitaria con la finalidad de superar el sentimiento de inferioridad que le condiciona. (*Vídeos).

En cuanto al tema del retraso mental, en este caso, es indudable que si Marcos no hubiese tenido una inteligencia normal, no hubiese sobrevivido en este medio hostil al cual se vio forzado a habituarse. Su afán por aprender que ha caracterizado su vida posterior a la captura, al igual que los casos de Víctor y Kamala, junto con los resultados en los test de inteligencia, confirman la hipótesis de la capacidad intelectual de Marcos. A pesar de ello presenta un ligero retraso mental en estos test, lo que hace cuestionar la eficacia de éstos a la hora de medir la capacidad intelectual de niños excepcionales, así como la incapacidad para desembarazarse de factores culturales que condicionan los resultados.

Durante la exploración psicológica que se llevó a cabo entre los meses de abril y mayo de 1977, se destaca su actitud de extraordinaria disposición y concentración, así como su colaboración. Se caracteriza esencialmente por su vacilación e inseguridad, tanto como por la autorreferencia continuada a su vida selvática, así como la extrema lentitud en dar respuesta, sin que exprese ninguna preocupación en ningún momento por el tiempo.

En la aplicación de los distintos test de inteligencia, no se aprecia falta de comprensión lógica sino lentitud. Esto podría estar condicionado por la percepción temporal que se formó el tiempo que vivía en la sierra. La conclusión a la que se pudo llegar es que se trata de una persona de inteligencia normal, no muy elevada, pero indudablemente más alta de la

que resulta de los test psicométricos. La lentitud de las respuestas y la necesidad de una mayor cantidad de tiempo para resolver los ítems llevan a pensar en una estructuración de la percepción temporal aplicada a la inteligencia, diferente a la de las personas que siempre han vivido en la sociedad, estructuración que ha estado condicionada por el aislamiento.

En cuanto a la exploración de la personalidad, las conclusiones fueron que la discrepancia entre los resultados de los test de inteligencia y las apreciaciones cualitativas de la inteligencia, llevan a considerar por un lado un posible bloqueo de la afectividad y por otra parte, por insuficiencia cultural. Es una inteligencia que tiende hacia los estereotipos, como pudo observarse en la perseverancia del contenido, centrado en el ambiente natural en el que ha vivido. Vive las cosas y no le falta sentido de la realidad, pero no abandona su vida interior creada y sostenida en un subconsciente que es el repertorio de vivencias de años de soledad, en un amplio escenario natural. En su vida en sociedad, el hombre realista comparte el comportamiento con el idealista. Se trata de una necesidad de contacto de su mundo interior que lucha por adaptarse al mundo exterior, y de aquí, su tragedia íntima. Contempla el mundo exterior y pugna por adaptarse sin conseguirlo suficientemente, intenta dar todo cuanto puede con afán de superación, con una total voluntad e ingenuidad, pero la inseguridad interior, su mundo fantasioso, en lucha con la realidad de un mundo exterior que es capaz de captar, lo desmoronan, presentando dificultades para dominar suficientemente sus reacciones y se autosugestiona en relación a la insuficiencia de sus fuerzas psíquicas.

En cuanto a las posibilidades de reeducación de los niños selváticos, habría una serie de condicionamientos básicos que habría que tener en cuenta en el momento de plantear un proyecto de reeducación: estos serían

- La historia particular del individuo de los años que precedieron al abandono.
- Las circunstancias en que se produjo el abandono.
- El tiempo transcurrido de aislamiento y soledad.
- El grado más o menos riguroso de este aislamiento.
- Las condiciones en que se ha desarrollado su vida después de la captura.

No se trata únicamente de facultades embotadas, sino que es toda la personalidad, en el caso de Marcos, la que se va a determinar, condicionada por la vida salvaje, en contacto con los animales de la sierra. No ha habido indeterminación de facultades o embotamiento, lo que ha sucedido es que Marcos ha desarrollado unas determinadas estructuras de pensamiento a otro ritmo y de una forma diferente que si lo hubiese hecho en el seno de la colectividad humana. Y esto lleva al problema de la irreversibilidad de unos determinados aprendizajes, cuando se han producido en un momento concreto de la vida del hombre.

La inserción en la sociedad vendrá dificultada por:

- La determinación que obtuvo de la sierra y la influencia de la vida de los animales.
- El trauma de la captura.
- Las dificultades que surgen de la misma sociedad.

En el caso de los niños criados en aislamiento selvático, la mayoría de autores coinciden en la imposibilidad de una absoluta integración y creen que la socialización nunca sería perfecta.

Esta historia demuestra la dificultad inmensa del hombre de vivir humanamente, al margen de la sociedad y como la marginación lo determina en un sentido difícil de borrar.

A civilización do lobo amor: vermella con lobo

Carmen Blanco

Escritora

A BOA ATRACCIÓN DO SALVAXE: OS PRINCIPIOS VITAIS

A ciencia, o pensamento e a creación máis humanistas sempre coñeceron e recoñeceron a importancia da atracción do salvaxe e do primitivo nas persoas, nos animais, nas plantas... dentro dun medio natural dominado por unha “civilización” que esquecera os principios vitais básicos dos mandados da materia. Esta ciencia, este pensamento e esta creación denunciaron no seu saber as lacras dese malestar desmemoriado dos corpos e fixeron memoria do íntegro benestar da vida boa.

A LUCIDEZ DA LOUCURA: A HARMONÍA HUMANA

Dita corrente humanista tratou de propiciar, na teoría e na práctica, a civilización da harmonía do ser humano integral, da súa mente e do seu corpo compasados no universo e soubo ler a lucidez da loucura que iluminaba na noite para alcanzar os desexos necesarios.

Rosalía de Castro lémbra-nos no seu último libro, *En las orillas del Sar*, a infelicidade de quen vive sen soñar e recoñécese nun eu poético lunático de tola soñando coa eterna primavera das flores e dos campos. A publicación periódica plurilingüe “A tola soñando” de Claudio Rodríguez Fer sigue este

ronsel de soños que o mellor da vangarda histórica surrealista nos recordou e recorda sempre.

Na creación e na ciencia próximas e universais máis liberadoras tense denunciado a tortura institucional da relixión, da medicina ou da política e a tortura do sistema cultural tradicional e da vida pública e privada en nome dunha “normalidade” dominante contraria aos principios vitais básicos dos corpos, os cerebros e os corazóns.

A LOBA AMOR E A LICANTROPÍA: CREACIÓNS E CIENCIAS

Nos nosos contextos culturais máis inmediatos os lobos e as lobas son a encarnación real e imaxinaria dos principios vitais do salvaxe, temidos e odiados ou desexados e amados.

Estes contidos múltiples están gardados na rica memoria das linguas, dos relatos e dos ritos. Así nolo din os nomes emblemáticos de dous dos animais tótem e tabú, o lobo e a raposa, chamados respectivamente Xan e Pedro. As denominacións opoñenos como o Lelo e o Listo, o Bo e o Malo ou o Oprimido e o Opresor. Xan e Pedro levan sinais da inxenuidade e a astucia ou das boas e as malas artes, ademais dos valores, prototipos e estereotipos humanos. Así nolo mostran tamén historias, lendas e mitos, como os da Loba e a Lupa da fundación das cidades de Roma e Compostela, as vidas dos santos Froilán e Francisco, a banda galaica da bandoleira Pepa a Loba, os contos populares de animais ou as fábulas de Esopo. E así nolo recordan as pinturas e as accións das máscaras das vestimentas das representacións parateatrais do entroido.

Na ciencia e na creación galegas tanto os lobos e as lobas, as relacións entre estes animais e os seres humanos como o mito da licantropía gozan dunha xa longa historia. Como mostra citaremos os casos clásicos de Vicente Risco, seu fillo Antón Risco e Claudio Rodríguez Fer, que se poden seguir a través do libro de metodoloxía integral de análises de textos *Comentarios de textos populares e de masas* de 1994 do que é editor Rodríguez Fer. Esta obra contén o comentario literario feito por Antón Risco do conto popular recollido da tradición oral polo seu pai, Vicente Risco, que coñecemos como “A muller loba” e que trata o tema da muller que vive cos lobos no

monte, da muller que manda na manda dos lobos, ou peeira dos lobos, e da muller que se transforma en loba a consecuencia dunha maldición.

O fillo, Antón Risco, analiza, desde a ciencia literaria –con referencias a R. Kipling, o creador de Mowgly no *Jungle Book*, entre outras–, o caso que o pai, Vicente Risco, estudou, desde a ciencia antropolóxica, en numerosas ocasións, como no seu discurso de ingreso na Real Academia Galega ou no apartado dedicado á etnografía da *Historia de Galicia* dirixida por Ramón Otero Pedrayo, e tamén recreou literariamente en obras narrativas e ensaísticas, desde o relato *O lobo da xente* a numerosos ensaios como “Mito y estética del lobo en Galicia” ou “El niño-lobo” que se poden ler nas súas *Obras completas*.

Claudio Rodríguez Fer tamén estudou a importante presenza do lobo na montaña de Lugo nos relatos do escritor Ánxel Fole na súa edición *Contos de lobos* deste autor lugués publicada en 1985. Rodríguez Fer recreou igualmente o lobo e o mito da muller loba con significados libertarios en verso e en prosa. O lobo no libro de poemas *Tigres de ternura* –ilustrado e manuscrito por min nas súas primeiras edicións de 1981 e 1982–, onde este animal aparece xunto a outros fermosos emblemas da beleza do salvaxe, o tigre e a tigresa, e a licantrópia feminina no conto “A muller loba” recompilado en *Contos e descontos* en 2011, onde se fai unha recreación feminista do mito.

En confluencia coa obra de Claudio Rodríguez Fer están as miñas recreacións libertarias de lobas, lobos e licantrópia en verso e prosa recollidas no libro de versos *Lobo amor* de 2011 e nos libros de prosas *Vermella con lobos* ou *Atracción total* de 2004 e 2008, respectivamente, ou en ensaios como como “A señora dos grandes ollos destece o arco iris”, recompilado en *Sexo e lugar* de 2006, así como os estudos dos poemas de lobos presentes no ciclo de *Os eidos* de Uxío Novoneyra analizados no libro *Novoneyra: un cantor do Courel a Compostela. O poeta nos lugares dos seus libros* de 2011. A libre recreación do conto *Carapucha vermella*, incluída na citada obra *Vermella con lobos*, xa fora presentada na IX Xornadas psiquiatría, psicanálise e literatura organizadas pola A.G.S.M. en 1999 e publicada no volume *La ausencia / As emerxencias* en 2001.

A CIVILIZACIÓN DO LOBO AMOR: VERMELLA CON LOBO

“Queridos lobos, queridas lobas, lobo querido, ámovos”, teño que dicir eu tratándose destes animais e dos mundos, cantos, contos, mitos e ritos que os envolven, tanto os pertencentes ás creacións sacras e á literatura tradicional como ás grandes obras de autoría coñecida, porque amo profundamente estas creacións. E amo estas creacións e recreacións animais de dúas maneiras, como deben ser amadas, coa intelixencia racional, polas profundas verdades que gardan, e coa intelixencia irracional do sentir, polos múltiples soños que acochan.

Eu vin o lobo no monte de nena indo co meu pai, a miña nai contaba os contos tradicionais e os *Contos das mil e unha noites* e eu lía *A sereíña*, *Peter Pan* e os dous libros de *Alicia* e medrei namorada do lobo, de Simbad o mariño e de Peter Pan e sendo Carapucha Vermella e sendo a Bela Dormente do bosque e sendo Alicia no país das marabillas e sendo Simbad e sendo Tigridia. Co tempo coñecín tamén as historias das sereas galaicas, das capitás ou das peirras dos lobos, todas as historias reais e fantásticas dos lobos e da licantropía, de todas as sereas do mundo e das mulleres e dos homes que andan, corren e bailan cos lobos e recreei amores de sereas e lobos mariños, de nenas e mulleres que dormen cos lobos e de lobos libres e mulleres libres que se aman e de sereas libres que se encontran con Ulises libres. Cando tiveren a miña filla e lle contaba os contos clásicos tiña que irlos cambiando seguindo unhas novas historias cada vez máis libres, libertarias e liberadoras, porque ela quería e porque quería eu: aínda conservamos algún conto editado cun final cambiado engadido por min a man.

Os contos clásicos naceron para cumprir unhas determinadas necesidades creativas, tanto persoais como sociais e sobreviviron porque seguían cumprindo algunhas desas mesmas necesidades vitais, aínda que só fosen as máxicas ou as estéticas. De feito, os relatos tradicionais fóronse transformando segundo as distintas vontades de tempo e lugar ata que permaneceron fixados polas versións escritas. Mais a infinda diversidade duns e doutras pasou a formar parte do noso imaxinario occidental, como os mitos, e deron lugar a moi diversas versións e recreacións artísticas, tanto das artes clásicas como das novas artes que foron facendo cos avances da tecnoloxía: cine, vídeo...

Os clásicos sono se son e están vivos e son e están vivos se se recrean. A maneira primixenia de recrealos é contalos e recontalos sendo fieis a unha versión ou adaptándoos ás máis diversas necesidades comunicativas. Por suposto, o xeito máis doado de recrealos é lelos sen máis nas súas varias versións. Mais un dos modos máis creativos de darlles vida é reescribilos ou refacelos en calquera outro soporte artístico. Estas últimas recreacións, como as orais, poden ir desde a mera adaptación ata a crítica subversión, pasando pola simple homenaxe, aínda que toda recreación sexa sempre unha homenaxe, incluída a que dinamita a idea matriz.

En *Vermella con lobos* quixen facer por enriba de todo unha homenaxe a algúns dos contos clásicos que máis me gustaban, pero, por suposto, unha homenaxe todo o subversiva canto son eu, unha homenaxe intelectual a todas as profundas verdades que contiñan. *Carapucha Vermella*, *Peter Pan*, *As mil e unha noites*, *A sereíña*, *Bucles de ouro* ou *Os tres osiños*, *Brancaleves*, *A bela dormente do bosque*, *Cincenta*, *Barba azul* e *Alicia no país das marabillas* son, coa máis absoluta liberdade, contados, cantados, desencantados e voltos a encantar por min para que encanten de novo nuns novos tempos libres de poderes opresivos. Foron feitos para min e pensando en min, para liberarme dos poderes impostos que tratan de impedir que poda vivir en liberdade; mais sobre todo foron feitos pensando na miña filla e en todas as mozas e os mozos merecedores dun mundo novo con contos novos no que os contos vellos se contan, lean e coñezan como as persoas ateas contamos, lemos e coñecemos a Biblia, como un marabilloso conto vello. Eu quixen facer unha homenaxe que o fose ás profundas verdades humanas que eses contos contiñan sobre o amor e a liberdade, e, de feito, *Vermella con lobos* reúne dez contos de amor e liberdade. Mais en moitos casos esas verdades estaban ocultas, amordazadas polas súas contrarias, o odio e a escravitude. Entón eu tiven que desconstruír, coa intelixencia do cerebro e do corazón, co pensar e co sentir, as historias, desde as súas máis remotas orixes, para desenterrar a súa verdade enterrada, que así saía, subversiva, á superficie, como a lava dun volcán en erupción, mostrando as cinzas desfeitas do poder opresor que a ocultaba e brillando nela vermella a liberdade, que non pode existir sen amor.

Así *Vermella con lobos* contén dez contos libertarios contra todo poder e, polo tanto, tamén dez contos liberadores da vida humana contra o poder

sexual e dez contos que falan, entre outras moitísimas cousas, de posicións de homes e mulleres no patriarcado no que aínda vivimos, por moito que loitemos contra el e os seus velenos cada segundo das nosas vidas. *Vermella con lobos* denuncia, con amor, o maltrato e o asasinato e contén parábolas liberadoras de todas as persoas.

O conto tradicional de *Carapucha Vermella*, por exemplo, trata os temas do deber, do pracer e do perigo, tal como os vía unha sociedade patriarcal, cristiá e agrícola que temía ao lobo e que vía nel o demo. Comprendemos o conto porque coñecemos como era e como é aínda esa sociedade residual, mais está claro que non produce os mesmos efectos que producía, polo menos non os produce no contexto dunha sociedade de civilización dominante urbana e mentalidade ecoloxista na que o lobo é considerado un animal que debe ser protexido da extinción, de gran valor vital e enorme atractivo, como moitos outros animais salvaxes. Mais, o conto é moi complexo e contén contos anteriores que trataban da relación de nais e fillas e da relación de avoas e netas, así como da chegada á puberdade das nenas e da súa educación represiva, en fin, da conflitividade das relacións das mulleres de distintas idades e do seu control dentro do patriarcado e, a un tempo, da conflitividade das relacións dos homes entre si e das mulleres e dos homes entre si e do seu control dentro do patriarcado. Eu, muller libertaria do meu tempo, collín todas estas historias e fixen un conto de amor entre Carapucha e o lobo, unha historia que exalta o pracer, unha historia na que a avoa lle dá a coñecer ese pracer á neta, unha historia na que a nai non lle prohibe o pracer á filla, unha historia na que os amantes se aman libremente mais coñecendo todos os riscos do amor, unha historia de amor aos lobos na que se lembran os nomes eufemísticos que a nosa lingua lle deu a este noso tótem e animal tabú e dánselle nomes novos: Tigre ou Doce Lobo. Mais fixen deliberadamente unha historia con dúas partes moi distintas para contar tamén outras historias de amor de final non feliz, porque é imposible o entendemento dos amantes sen liberdade total na relación, se non se dan a plena liberdade mutuamente, unha liberdade difícilísima de acadar no patriarcado que nos ata. E fixen ademais unha historia tremendamente ambigua que contivese posibles historias de amor e pracer polimorfos e fixen que puidese ser a historia de moitos diversos amores.

Os clásicos están vivos se valen para a vida boa e valen se os revivimos con amor mirándoos de novo cos nosos ollos libres. En *Vermella con lobos* mireinos cos meus ollos amorosos e escribinos de novo con verdades vivas de ficción preñadas de soños. Penso que neles as verdades resplandecen con soños profundos de amor e liberdade. E quero que eses soños propaguen a liberdade da civilización do lobo amor: Amor / lobo branco / tigre branco / todo branco.

CONTRASTES



**IV XORNADAS
AGSM-AEN**

**FERROL
16-11-2018**



**ASOCIACIÓN
GALEGA
DE SAÚDE**

Ferrol, 16 de novembro de 2018

Bioética y duelo

Jesús Alberdi Sudupe

Iñigo Alberdi Páramo

Eva Fontenla Vivanco

Sonia M^a Gómez Pardiñas

Psiquiatras. A Coruña

Correspondencia: jesus.alberdi.sudupe@sergas.es

(Ponencia presentada en Ferrol a la Reunión de la AGSM-AEN, del 16 de Noviembre de 2018, “Contrastes” IV Xornada AGSM-AEN. Hemos modificado algunas expresiones orales al estilo escrito. Hemos prescindido de algunas imágenes que acompañaban la exposición hablada).

INTRODUCCIÓN. ¿QUÉ TIENEN QUE VER DUELO Y BIOÉTICA?

El Duelo, el proceso de duelo, ya que el duelo es un proceso vital dinámico, y no una experiencia solamente puntual, es un acontecimiento biográfico en las personas que se desarrolla a lo largo de un tiempo, y que requiere de unas capacidades de adaptación a alguna pérdida que han experimentado en sus vidas. Es algo común a todas las personas, en distintos momentos de sus vidas.

Como tal proceso adaptativo a una pérdida, es una experiencia vital relacionada propiamente con la muerte, en sentido estricto, como paradigma

de pérdida definitiva. Pero más en general, puede hacer referencia a la experiencia de vivir una pérdida real o imaginaria, no necesariamente a la muerte, sino a una separación, a un distanciamiento, respecto a otras personas, o incluso a objetos, con los que tenemos una vinculación afectiva de un carácter positivo, o al menos ambivalente.

Ocurre que aquello a lo que estamos vinculados afectivamente en nuestra vida, de un modo que envuelve lo que podemos llamar una estimación¹, se aparta del curso de nuestra vida y da lugar a una fractura o herida, a un daño, cuya reparación es lo que llamamos el proceso de duelo.

No sólo es ausencia de la persona perdida, su lugar vacío. El lugar que queda vacío es también algo interior a la persona que sufre el duelo, un proceso de experiencia vital, existencial, inherente a la propia vida de uno, que revela en última instancia un vacío sí mismo, y en él la propia inestabilidad y vulnerabilidad de nuestras existencias.

En última instancia, somos temporalmente finitos, limitados, frágiles, dependientes de otras personas, vulnerables en una palabra. No podemos evitar heridas y pérdidas que el paso del tiempo trae en la vida. La cuestión es como afrontarlas, cicatrizarlas, e integrarlas en cada uno y con las personas más próximas para poder seguir dando a la vida algún sentido y así seguir viviendo.²

La Bioética ha supuesto un cambio en las actividades profesionales sanitarias desde la década de los años setenta del siglo pasado. Ese cambio tiene que ver con la intención explícita de prestar una mayor atención a los valores personales que, involucrados en los actos sanitarios, se presentan manifestados tanto por parte de los profesionales, como por parte de los pacientes y de sus familias. Y también por parte del entorno social en el que se desarrollan los actos sanitarios. Porque todo acto sanitario tiene

1 SCHNEIDER K. (1973). Esbozo de una patopsicología de los sentimientos y de las pulsiones. En: *Patopsicología clínica*. (4ª edición). Madrid, Ed. Paz Montalvo. pp. 197-223.

ALBERDI J. (2000). ¿Qué son los sentimientos? La definición de los sentimientos en la psicopatología fenomenológica. *Siso Saude*, nº 33, pp.29-39.

2 FREUD S. (1993). Duelo y melancolía (1915). En: *Obras Completas*. Vol. XIV. Buenos Aires, Amorrortu Editores.

ALBERDI J. (2008). *Ensayo sobre la melancolía*. Barcelona. Euromédice.

lugar en un marco social y jurídico concretos, que determina algunas características de su desarrollo.

La Bioética seguramente nació en gran medida como reacción a una serie de errores y abusos tanto en la asistencia sanitaria como en la investigación³. Entre otros muchos ejemplos, se suele citar como un hito destacable el estudio de Tuskegee (aprox. entre 1932 y 1972), en Alabama, USA. Fue un trabajo de investigación financiado en parte con fondos públicos, en el que estudiaron la evolución natural de la sífilis en trabajadores del campo, personas de clases sociales pobres (unos 400 pacientes infectados, y unos 200 pacientes en el grupo control), reclutados con una escasa información previa sobre el estudio, cuando no una información sesgada y falsa, y con información y recursos de tratamiento ocultados durante el desarrollo del estudio. Fueron pacientes a los que no se proporcionó tratamiento con penicilina cuando ésta salió al mercado y estaba disponible para su uso con eficacia solvente, y los investigadores decidieron en no tratar y poder observar la evolución natural sin tratamientos.

La noticia sobre este escándalo apareció por primera vez en el diario *Washington Star* el 25 de julio de 1972, e inmediatamente en la portada del *New York Times*.

El impacto de este estudio condujo al nombramiento de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, y a la redacción del National Research Act en Estados Unidos. En 1978, la National Commission publicó el documento “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”. Fue llamado Informe Belmont, redactado en el Centro de Conferencias Belmont, donde la Comisión Nacional se reunió para elaborar este primer informe. La publicación de este Informe puede considerarse como el nacimiento oficial de la Bioética.

El Informe Belmont explica y unifica los principios éticos básicos de diferentes informes de la Comisión Nacional, y añade las regulaciones que incorporan sus recomendaciones. Los tres principios éticos fundamentales para

3 Es un clásico en la literatura bioética el artículo pionero de BEECHER HK. (1966). *Ethics and clinical research*. N Engl J Med, Jun 16, 274 (24): 1354-1360.

usar sujetos humanos en la investigación, a los que poco después se añadió el cuarto, son: la autonomía, beneficencia, justicia, y no-maleficencia.⁴

Posteriormente, y a partir de los años setenta del siglo pasado, la Bioética ha evolucionado por distintos caminos. Algunos de ellos se orientan hacia una ética deliberativa, que tiene en cuenta los principios bioéticos, pero las decisiones no se apoyan tan solo en el cumplimiento de unos principios, sino que la Bioética tiene también en cuenta las consecuencias de los distintos cursos de acción. Y, en tercer lugar, además de principios éticos, y de las posibles consecuencias conocidas o esperables, da una gran importancia a la deliberación entre los actores intervinientes en las decisiones sanitarias. Ya que, según distintos valores personales en juego, las decisiones son distintas de unas personas a otras. Las deliberaciones bioéticas requieren de la participación de los profesionales sanitarios, de los pacientes y de sus familias, y todos ellos han de adecuarse a las condiciones que establece el marco socio-cultural y político en el que se desarrolla la atención sanitaria.⁵

El Duelo y la Bioética confluyen en la asistencia sanitaria de los pacientes que acuden a tratamiento por su proceso de duelo. No todos ellos requerirán un tratamiento formal, ya que el duelo entendemos que es un proceso vital común a las personas e inherente a las particularidades que depara la existencia. Y por ello, es un proceso que las personas han de resolver e integrar en su personal biografía. Son personas a las que el profesional puede ofrecer apoyo, acompañamiento, orientación. Pero no necesariamente tratamiento en sentido estricto. En ocasiones requerirán un tratamiento profesional médico y psicológico específico, sobre todo cuando el duelo rebasa una intensidad, algunas cualidades de la elaboración de síntomas, o una duración, que se valoran desproporcionadas⁶.

4 SEOANE JA (2013). La construcción jurídica de la autonomía del paciente. *Eidon*, 39, pp.13-34.

Seoane JA (2015). Confidencialidad. *Biodiritto*, Dic, 2015, pp.5-33.

Simón Lorda P. (2000). El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica. Madrid, Triacastela.

5 GRACIA D. (2004). Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid, Triacastela.

GRACIA D. (2008) Fundamentos de bioética. Madrid, Triacastela.

GRACIA D. (2015). La bioética en el horizonte del siglo XXI (I). *Eidon*, 43, pp.64-72

6 The Lancet (2012). Editorial: Living with grief. 379, 9816, Feb. 18, 2012.

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DEL ACTO SANITARIO PROFESIONAL

Ricoeur⁷ considera que, desde el punto de vista de la Ética Médica, el acto profesional sanitario puede ser conceptuado como el establecimiento mutuo entre los actores intervinientes (profesionales sanitarios, paciente en primera instancia, pero también en otro plano los familiares) de un “pacto de cuidados”. Ricoeur habla de los médicos como profesionales sanitarios. En nuestro caso, podemos hacer extensivas sus palabras a otros profesionales de la salud mental: psicólogos, profesionales de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc.

Para Ricoeur se trata de un pacto de “cuidados”, no necesariamente, no lo es en la mayor parte de ocasiones, un pacto que implica “curar”. El profesional dispone de unos conocimientos y de unas técnicas. Desde esa posición de saber, de saber y de saber hacer, ofrece “cuidar” al paciente, acompañarle, apoyarle, orientarle. Cuidar es en última instancia ayudarle a encontrar un curso de vida sin el sufrimiento que trae a consulta. O un curso de vida con el sufrimiento inevitable que trae a consulta (como es en el caso de la pérdida en el duelo) pero admitido de otra manera, de una forma que el paciente no sabe hacer por sí mismo sin ayuda. Y el paciente pide y acepta recibir los cuidados, ofreciendo su lealtad en el cumplimiento de las indicaciones que el profesional pueda darle, o manifestándolas honestamente si discrepa de ellas.

Para Ricoeur, “...todo ser humano tiene el derecho a ser cuidado, (...), es incluso la norma de las normas” (Ricoeur P, 2008, p.198). Es un principio discutible y que desde otras orientaciones éticas, más consecuencialistas, e individualistas, no sería aceptado con tanta generosidad como lo hace Ricoeur. Pero que en una sociedad que aspira a un grado de justicia social, parece interesante recordarlo.

A veces se puede pretender curar, pero, en opinión de Ricoeur, los profesionales sanitarios no pueden garantizar la cura, cuando a veces los pacientes acuden pidiendo poco menos que la inmortalidad que resuelva

7 RICOEUR P. (2008). Los tres niveles del juicio médico. En: RICOEUR P. (2008). Lo justo.2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada. Madrid. Trotta. pp.183-196

RICOEUR P. (2008). La toma de decisiones en el acto médico y en el acto judicial. En: RICOEUR P. (2008). Lo justo.2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada. Madrid. Trotta. pp.196-204.

cualquier problema de salud que se pueda plantear.

En cualquier caso, y en resumen, se trata de que en el acto asistencial médico o sanitario se establece un “pacto de cuidados”, intentando obtener los mejores resultados posibles. El paciente que sufre acude a exponer su malestar y su queja, y el profesional que “sabe” y “sabe hacer” y que ofrece sus cuidados, intenta dar una solución a esa queja. El pacto de cuidados se sustenta en la confianza mutua que tanto el profesional como el paciente habrán de mantener. El profesional está obligado a proporcionar información al paciente y en general a solicitar su consentimiento ante las medidas que vayan a adoptarse. Al paciente se le pide su lealtad debida.

El saber y el saber hacer del profesional provienen de distintas fuentes. Primero, unos conocimientos generales acerca del malestar y de la enfermedad. Segundo, un marco general del conocimiento de las obligaciones deontológicas del acto sanitario. Y, en tercer lugar, unos criterios generales de salud pública como marco general de actuación sanitaria.

En primer lugar, unos conocimientos y unas técnicas de carácter general. La motivación primera del progreso de los conocimientos no tiene que ser el aliviar el sufrimiento, puede ser la curiosidad por el saber en sí, el saber sobre el organismo y la mente.

En segundo lugar, unas normas generales que regulan el acto sanitario profesional. La primera norma es el secreto médico o secreto del acto sanitario. Regula las relaciones del profesional sanitario con el paciente (incluyendo las excepciones). Da forma de derecho al pacto de confianza (confidencialidad) entre profesional sanitario y paciente. La segunda norma es el derecho del paciente a conocer la verdad. La revelación de la verdad por parte del profesional sanitario está regulada por la prudencia, y ha de ser proporcional a las demandas del paciente y a su capacidad para recibirla y aceptarla. La tercera norma es el desarrollo del consentimiento informado, como compromiso de las normas anteriores.

En tercer lugar, la aceptación de los criterios de salud pública. Si por un lado el sufrimiento y el dolor, y el deseo de curación o de alivio, son privados; tienen también una dimensión pública que concierne a la sociedad en la que se vive. Depende del tipo de padecimientos. Por ejemplo en el caso

de epidemias infecciosas, parece bastante evidente su repercusión sobre otras personas. Además está la variable del coste económico de la salud, la salud puede no tener un precio económico para un sujeto necesitado, pero para la sociedad siempre lo tiene y la sociedad ha de gestionar y administrar recursos.

Los tres tipos de conocimientos y de normas se aplican en cada caso al paciente individual y conducen a decisiones concretas. Es la cuestión metodológica de la aplicación de los conocimientos generales a cada caso individual.

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DEL ACTO SANITARIO PROFESIONAL DESDE LA BIOÉTICA. LA DUALIDAD ENTRE HECHOS Y VALORES

Si el conocimiento profesional científico y técnico trata de “hechos”, de datos que por su propia naturaleza pueden ser analizados por distintos observadores y por lo tanto pueden ser objetivados en gran medida, la Bioética se centra sobre todo en lo que se llaman “valores”. A diferencia de la deseable objetividad de los hechos, de los valores se dice normalmente que son “subjetivos”.

Las definiciones de valor son distintas según distintas corrientes de pensamiento⁸. Desde valores formales, a valores de contenido material, desde valores objetivables a valores de un gran contenido subjetivo.

En general, a diferencia de los hechos, que en gran medida son objetivables, se puede decir que los valores son en primera instancia “subjetivos”. Tienen más que ver con algo así como la repercusión de los hechos en la vida de las personas y los motivos por los que las personas se guían en sus decisiones. Por tanto, en una acepción bastante laxa, podemos decir que el binomio entre hechos y valores tiene que ver con la dualidad objetivo y subjetivo, respectivamente.

Para algunos autores, entre los grandes méritos de la influencia de la

8 SCHELER M. (2000). *El formalismo en la ética y la ética material de los valores*, Madrid, Ed. Caparrós.

Bioética en la práctica sanitaria están la protección de los pacientes, sobre todo de los pacientes más vulnerables, y el respeto a los valores de los pacientes. Más allá de las indicaciones de tratamiento, el paciente puede aceptar o no las propuestas de tratamiento según sus valores personales y sus expectativas en la vida. En última instancia, se tiende a procurar respetar los valores personales de los pacientes.

DUELO Y MELANCOLÍA O DEPRESIÓN

Para Freud, en *Duelo y melancolía*⁹, el duelo es un proceso biográfico de las personas que sufren una pérdida significativa, y que no requiere tratamiento. Por lo tanto, son personas que no tienen por qué ser remitidas a tratamiento en Salud Mental.

Cuando el duelo presenta algunas características desproporcionadas es cuando puede pensarse que se trate de una melancolía, a la que el paciente hubiera podido también llegar probablemente en otras circunstancias distintas a las de la actual pérdida que ha vivido. Y que de ser así, además de con la pérdida sufrida, se entiende que tiene que ver con la propia personalidad del paciente.

A pesar de las grandes distancias que puedan pensarse, temporales y conceptuales, estas apreciaciones de Freud, con algunas variaciones en la terminología, son muy parecidas a las del DSM-5¹⁰. En el apartado titulado “Afecciones que necesitan más estudio” (pp. 789-792), por lo tanto, sin ser incluido propiamente en la clasificación, aparece el llamado “Trastorno de duelo complejo persistente”.

El duelo “normal” no es considerado como entidad diagnosticable. El duelo, tal como hemos adelantado al comienzo de la exposición, es un

9 FREUD S. (1993). *Duelo y melancolía* (1915). En: *Obras Completas*. Vol. XIV. Buenos Aires, Amorrortu Editores.

RICOEUR P. (2008). La diferencia entre lo normal y lo patológico como fuente de respeto. En: Ricoeur P. (2008). *Lo justo*. 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada. Madrid. Trotta. pp. 173-183.

10 Asociación Americana de Psiquiatría (2014). “Afecciones que necesitan más estudio”. En: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pp. 789-792.

proceso vital habitual en las personas y que no requiere una calificación psicopatológica.

Pero cuando ese proceso de duelo reúne algunos criterios como son una duración excesiva (más de 6 meses en niños, más de 12 meses en adultos), o criterios clínicos en los que predominan a juicio del clínico la intensidad excesiva de algunos síntomas, puede ser diagnosticado de un proceso patológico, que en la terminología de Freud se podría llamar melancolía, y en la del DSM-5 puede constituir un síndrome depresivo mayor, a veces con síntomas psicóticos.

Si no reúne estos criterios de patología, el duelo no debería recibir en principio tratamiento especializado en Salud Mental. Conviene matizar esta afirmación.

Ya hemos indicado que las características del acto sanitario según Ricoeur no tienen que ver tanto con “curar” un sufrimiento como con los “cuidados” de ese sufrimiento. Si bien puede no haber una indicación de “curar” el duelo, sino que hay que respetar su evolución, puede ser también conveniente no rechazar la petición de ayuda, el pacto de “cuidados”, y aunque no se haga indicación de tratamiento específico, puede ofrecerse apoyo al paciente. No tratar inmediatamente el duelo, pero sí ofrecer un apoyo, un acompañamiento, o una orientación.

¿Apoyo y acompañamiento, hasta qué punto? Porque también conviene observar que a veces lo indicado es precisamente no tratar, para así respetar los valores del paciente y promover la madurez de sus propios recursos personales para resolver un periodo de sufrimiento que es algo consustancial a la vida. Hay que procurar no favorecer en exceso la actitud regresiva de los pacientes y no atender en exceso a sus tendencias a la infantilización y a la búsqueda de amparo incondicional. En estos casos, las medidas que inicialmente puedan ser de protección y ayuda, a la larga no harían sino impedir al paciente que a través de una experiencia personal de cierto sufrimiento pueda madurar en su personalidad. Tratar en el sentido de aceptar las demandas regresivas de un paciente sería tratar incorrectamente, hacer más daño que ayudarle.

CONCLUSIONES.

La Bioética ofrece unas opciones de análisis sobre los actos profesionales sanitarios, en las que prima la protección de los valores personales de los profesionales sanitarios y de los pacientes, y tiene especial atención en la protección de las personas más vulnerables.

Las personas que sufren una pérdida importante en sus vidas y están en proceso de duelo son personas con un sufrimiento y vulnerables que acuden a solicitar atención sanitaria en salud mental.

Tanto Freud como el DSM-5 están de acuerdo en estimar que el proceso de duelo normal no es algo que necesite un tratamiento psiquiátrico o psicológico específico, y que por el contrario, se contempla como una experiencia inherente a la vida de las personas, que en su trayecto vital han de ir asimilando y adquiriendo como vivencia que forma parte de la maduración de su personalidad.

El acto sanitario en salud mental (Ricoeur lo dice de la medicina) no busca “curar”, sino más bien y cuando menos, también apoyar, acompañar, y sobre todo “cuidar”.

La persona en proceso de duelo puede no necesitar un tratamiento específico, pero se puede beneficiar del apoyo, el acompañamiento y la orientación que le podemos ofrecer para su cuidado. Sin que estas medidas de ayuda supongan promover una excesiva infantilización o regresión de esa persona que acude en busca de ayuda. Reforzar su capacidad de asimilar el sufrimiento puede ser de mayor ayuda que otras medidas.

Es difícil discernir claramente dónde está el límite de la ayuda que se pueda ofrecer, y hay que valorarlo individualmente en cada caso concreto, guiados sobre todo por la prudencia. La prudencia es una forma de razón práctica, ampliamente analizada en Aristóteles, cuyas decisiones han de ser tomadas con cierto grado de incertidumbre. En todo caso, ateniéndose lo mejor posible a lo que conocemos de la situación concreta en la que decidimos, un conocimiento siempre limitado e insuficiente, y teniendo presentes las posibles consecuencias de los cursos de acción que podamos tomar.

BIBLIOGRAFÍA.

- ALBERDI, J. (2000). ¿Qué son los sentimientos? La definición de los sentimientos en la Psicopatología fenomenológica. *Siso Saude*, nº 33, pp.29-39.
- ALBERDI, J. (2008). *Ensayo sobre la melancolía*. Barcelona. Euromédice.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- BEECHER, H.K. (1966). Ethics and clinical research. *N Engl J Med*, Jun 16, 274 (24): 1354-1360.
- FREUD, S. (1993). Duelo y melancolía (1915). En: *Obras Completas*. Vol. XIV. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- GRACIA, D. (2004). *Como arqueros al blanco*. Estudios de bioética. Madrid, Triacastela.
- GRACIA, D. (2008) *Fundamentos de bioética*. Madrid, Triacastela.
- GRACIA, D. (2015). La bioética en el horizonte del siglo XXI (I). *Eidon*, 43, pp.64-72
- RICOEUR, P. (2008). La diferencia entre lo normal y lo patológico como fuente de respeto. En: Ricoeur P. (2008). *Lo justo.2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid. Trotta. pp. 173-183.
- RICOEUR, P. (2008). Los tres niveles del juicio médico. En: Ricoeur P. (2008). *Lo justo.2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid. Trotta. pp.183-196
- RICOEUR, P. (2008). La toma de decisiones en el acto médico y en el acto judicial. En: Ricoeur P. (2008). *Lo justo.2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid. Trotta. pp.196-204.
- SCHELER, M. (2000). *El formalismo en la ética y la ética material de los valores*, Madrid, Ed. Caparrós.
- SCHNEIDER, K. (1973). “Esbozo de una patopsicología de los sentimientos y de las pulsiones”. En: *Patopsicología clínica*. (4ª edición). Madrid, Ed. Paz Montalvo.
- SEOANE, J.A. (2013). La construcción jurídica de la autonomía del paciente. *Eidon*, 39, pp.13-34.
- SEOANE, JA (2015). Confidencialidad. *Biodiritto*, Dic, 2015, pp.5-33.
- SIMÓN LORDA, P. (2000). *El consentimiento informado*. Historia, teoría y práctica. Madrid, Triacastela.
- The Lancet* (2012). Editorial: Living with grief. 379, 9816, Feb. 18, 2012.

El T.D.A.H. y el enfoque analítico

M^a Antonia De Miguel García

Psicóloga clínica. Psicoanalista ELP. Vigo

Correspondencia: demiguelantonia@gmail.com

Al empezar a escribir para poder hablar hoy durante el tiempo estipulado para mi intervención he tenido –previamente– que apaciguar, que dar sosiego a la lectura y relectura casi compulsiva de textos y más textos sobre el tema.

He tenido que seleccionarlos y entonces volver a ellos con más calma y menos afán de acumular saber, que es tan sintomático, como no querer saber nada.

Mi posición en esta mesa es hablar como psicoanalista en este sentido, tendría que dejar de lado los aportes neurológicos y farmacológicos sobre el tema.

No he querido hacerlo así, he vuelto también a ellos para acercarme lo suficiente, lo necesario para percibir –y así darme tranquilidad– de que las dudas acerca del tratamiento más extendido para este mal, la respuesta casi automática en la mayoría de los casos que es –después de un diagnóstico fundamentado en la observación de la conducta de un niño y en las encuestas a padres y profesores– la prescripción de un psicoestimulante, esta respuesta, está también puesta en cuestión, por quienes tienen más en su mano esta prescripción: pediatras, neuropediatras y sobre todo psiquiatras infantiles.

“Hacia una medicina basada en la prudencia”, extraigo esta frase del epígrafe de un apartado, el último del artículo de Luis Carlos Saiz Fernández, recogido en una revista de la AEN, volumen 38, número 133 de Enero a Junio de 2018.

Este trabajo incluye también en su título: “Psicoestimulantes para el T.D.A.H., análisis integral para una medicina basada en la prudencia”, este término: PRUDENCIA

Pues bien, la lectura que cada uno hace de cualquier texto está siempre sesgada por sus intereses, en el mejor de los casos, esos intereses los anima el deseo, el deseo de saber.

Durante muchos años, en los inicios y más tiempo aún, mi práctica clínica como psicóloga y sobre todo como psicoanalista estuvo capitalizada por mi atención a niños. En aquel entonces a los niños apenas se les medicaba, en general casi nunca (no recuerdo haber tenido largos debates sobre este punto: conveniencia a no de instalar una medicación), a los niños se les hablaba, se les escuchaba, se les reeducaba, se orientaba a su familia o a la escuela, pero apenas se les prescribían fármacos.

Trabajar con niños enseña mucho a un psicoanalista, ellos, como en los casos más graves de daño psíquico, nos dan algo del inconsciente a cielo abierto, nos permiten acceder a su inconsciente de manera más limpia aunque también por esa razón nuestras intervenciones como ocurre con la intervención en los casos de psicosis ha de ser también más cuidadosa, más prudente. Intervenimos más como testigos, como acompañantes en un proceso de elaboración de su relación con el mundo en ocasiones doloroso y desordenado, que interpretando.

Hasta aquí todo esto para decir ¿Qué? Pues que al trabajar con niños inevitablemente trabajé también mucho con los cuentos de infancia, los bien o mal llamados “Cuentos de hadas”, sorprendente si tenemos en cuenta la crudeza o supuesta crudeza de la mayoría de ellos. Pero en los cuentos de infancia, a poco que entremos en ellos encontraremos su inspiración... ¿Dónde se inspiran?, pues en las teorías sexuales de los niños, son “productos del niño intérprete”, del niño que trata de responder al enigma de la vida: ¿De dónde venimos? ¿Qué soy para el Otro? ¿Qué quiere de mí? Con sus teorías él trata de responder al enigma del deseo o no que le trajo al mundo.

Freud en un corto texto de 1908 “Sobre las teorías sexuales infantiles” considera al niño como un científico que para responder a los enigmas de la vida y por tanto del sexo, para responder a esa pregunta ¿De dónde vienen

los niños? o ¿Qué es la relación entre los progenitores que le han traído al mundo?, responde elaborando teorías a la manera de un filósofo, de un científico, y lo hace con sus pulsiones, con las pulsiones que animan su cuerpo: lo oral, la voz, la anal, la mirada, lo fálico.

J. Lacán en “La proposición del 67 sobre el psicoanalista de la Escuelas”, hace también un paralelismo entre Cantor, inventor de los números transfinitos, y el niño que inventa sus teorías ante el enigma de la vida y el sexo.

Los cuentos de infancia están sostenidos en estas teorías y los niños por esa razón se fascinan, gozan o sufren con ellos, pero sin duda les tocan en su afecto más íntimo.

Ahora bien ¿Por qué toda esta introducción en este foro y sobre este tema?. ¿Acaso voy a situar el cuento en su valor terapéutico frente al fármaco? ¿donde quedaría una práctica psicoanalítica basada en la prudencia?.

Evoco los cuentos porque sin dudar de su uso terapéutico, además he encontrado en el artículo nombrado de Luis Carlos Saiz una referencia a un curioso libro de relatos infantiles que no conocía y que ahora ya sí conozco: el cuento lleva por título –en la traducción que he encontrado en la editorial Impedimenta en la edición de Octubre del 2015– *Pedro Melenas y Compañía*.

El libro está escrito por el psiquiatra Heinrich Hoffmann a finales del siglo XIX.

Luis Carlos Sainz en el apartado “Un trastorno con historia inestable” dice: “que se ha reclamado para el T.D.A.H. un origen antiguo como entidad clínica, remontándose incluso antes del siglo XX, a finales del siglo XIX en la figura del médico Heinrich Hoffmann, añadiendo que las obras de este y otros autores distan mucho de justificar la concepción actual del trastorno”.

Pero cuando a continuación evoca que “Hoffmann escribió el libro de cuentos Struwwelpeter para su hijo con un objetivo aleccionador, describiendo comportamientos inadecuados desde una óptica adulta...”, comprenderán que esa lectura sesgada por el deseo, que siempre conlleva cualquier lectura, me hizo ir a buscar ese libro, para mí desconocido y –como yo les he dicho– lo encontré, lo encontré primero en una versión alemana ilustrado,

pero no siendo lectora de alemán seguí buscando y allí estaba editado por Impedimenta, en el 2015.

Lo leí claro y leí sobre él y encontré además, y en él me detuve, un artículo, interesante, ilustrativo también en la revista de la AEN volumen 32, de 2012.

El artículo en cuestión se llama: “Pedro Melenas el terror de las neuronas” el autor es un psicoanalista: Carlos Rey.

Empezaré por decirles que información sobre este libro hay muchas: tiene en la red varias entradas, escogí una de ellas www.prestejuan.com. En ella se sitúa al Dr. Hoffmann en la navidad del 1844, en Frankfort buscando en las librerías un libro ilustrado para regalar a su hijo de tres años y medio. Al no encontrar nada satisfactorio decidió escribirlo él e ilustrarlo también: una historia en sencillos versos con dibujos a tinta coloreada.

Del éxito que tuvo con su hijo, del aprecio que le dió su entorno hasta hacerse un libro con centenares de ediciones y traducciones no diré mucho, no es necesario, pueden encontrarlo consultando sobre él –si es de su interés– pero si quiero resaltar algo que se dice del autor: “un gran conocedor de la mentalidad infantil que supo tratar el tema clásico del niño desobediente, del niño que va por su cuenta (podríamos decir en tono más ligero y divertido: del niño atolondrado) con un estilo caricaturesco y divertido, mezcla de la literatura tradicional y “nonsense” (genero jocoso, figura literaria que puede ser expresado en verso, prosa de modo libre normalmente buscando generar juego) sinsentido, la literatura que juega con el sinsentido, y esto posibilitó la identificación del pequeño lector con los cómicos protagonistas de la historia”.

Hay que pensar que el niño es o se presenta en determinadas edades o momentos de la vida, como el paradigma del sinsentido. Este pequeño alocado (del que Freud nos habla en “El chiste y su relación con el inconsciente”, de 1905), correteando de un lado a otro y profiriendo sonidos, palabras, que no tienen más objetivo que alcanzar un efecto placentero: “experimentar jugando”, alcanzar con estas palabras sin sentido el afecto placentero del ritmo de la rima.

Los protagonistas del libro de Hoffmann son un elenco singular de niños.

- desgreñados y con las uñas largas.
- que arrancan las alas a las moscas y cortan rabos a las lagartijas.
- que al quedarse solos en casa, es el caso de Paulina, la única niña que protagoniza una de las historias – en lugar de jugar con las muñecas juega con las cerillas.
- que se ríen de los niños de color.
- que se chupan los dedos incansablemente.
- que no quieren comer la sopa.
- que se sientan mal en la silla, la mueven y terminan tirando mantel y vajilla.
- que se caen al charco por ir mirando a las musarañas... etc.

¿Qué hace de este libro de cuentos ilustrados para unos el encuentro con una de las primeras referencias a la hiperactividad como trastorno y para otros, un valioso, divertido, subversivo libro de historias infantiles que permitirían al niño identificarse de manera liberadora y por tanto ser un elemento terapéutico?

Vuelvo al artículo de Carlos Rey que acabo de citar: “Pedro Melenas, el terror de las neuronas”.

La persona del Dr. Hoffmann nos aparece en este artículo tratado con respeto y afecto; como tienen la referencia no voy a leer más que un poquito de él: Carlos Rey nos presenta a Hoffmann como “un médico humanista y un ciudadano comprometido con la ciudad y su tiempo. Sus dotes artísticas las empezó aplicando en su quehacer como médico de familia, para tranquilizar a los asustados niños que no se dejaban auscultar. Dibujándoles una hoja a un niño con las uñas muy largas y el pelo sin arreglar (un auténtico desmelenado diría yo), conseguía reducir sus resistencias a la exploración clínica y posterior cura”... hasta aquí les he leído.

Cada quién verá en este clínico y su famoso libro de cuentos el precedente de un descriptor de la hiperactividad o el predecesor del extraordinario clínico que es Bruno Betelheim, psicoanalista paradigmático del uso de los cuentos de hadas como forma de terapia y de conocimiento en la infancia.

¿Qué ilustra, qué describe en sus sencillos versos el Dr. Hoffmann en su

libro de cuentos? ¿Describe a un niño trastornado por su hiperactividad o describe a un niño?

Porque un niño también es o preferentemente es: desaseado, desobediente, algo mentiroso, torpón y atolondrado. Chupa, muerde, patalea, rompe y tira. Sin duda todo eso irá ordenándose en su vida de formas diversas y frente a su ser pulsional el mismo niño, con el sostén de quienes lo trajeron al mundo, establecerá sus propias defensas, pero a estos niños de Hoffmann los niños pueden identificarse y aliviarse quizás también de este cuerpo desordenado pulsional que en el desarrollo pasará por pérdidas y encuentros, padeciendo estas pérdidas y estos encuentros de manera sintomática o no..., y en algún lugar habrá que colocarse para acompañarlos: como padres, como profesores, como terapeutas.

La identificación es la matriz que él niño tendrá para irse constituyendo desde su nacimiento: desde la identificación primordial hasta las identificaciones secundarias la criatura humana que nace en el desamparo y está sujeto a los cuidados del Otro pasará por diferentes fases que la pulsión dominante en cada una de ellas protagonizará. Y si el niño ha de plegarse a pérdidas y satisfacciones compensatorias, el adulto acompañante también tendría que estar dispuesto a plegarse a esas pequeñas invenciones o síntomas y dar también respuestas que no son uniformes, iguales para todos porque cada uno hace un camino singular.

Si nos situamos del lado del psicoanálisis casi cada respuesta es un síntoma, si entendemos que el síntoma es una formación de compromiso entre pulsión y defensa.

Es a partir de aquí que voy a desarrollar la segunda parte de mi trabajo de hoy.

T.D.A.H - COMO SÍNTOMA

Los psicoanalistas cuando tenemos que definir el síntoma seguimos siendo tan clásicos que volvemos al texto de Freud 1924 “Inhibición, Síntoma y Angustia”.

No voy a considerar o no me detengo en la consideración del T.D.A.H como un respuesta angustiada, a pesar de que creo que podríamos hacerlo

¿ Por qué no?

Tampoco como una inhibición -que también podría serlo- inhibición de la capacidad para atender, en el sentido de un fuerte bloqueo.

Así que iré al síntoma.

El síntoma para el psicoanálisis -según definición freudiana que no ha cambiado- es: una satisfacción pulsional desplazada. No se opone al principio del placer al que satisface de manera desplazada y esto es lo que hace su peculiaridad, su rareza y también su singularidad.

Es una formación de compromiso y como formación de compromiso, satisface a la pulsión y a la defensa.

–Recortando entonces: el síntoma es signo y sustituto de una satisfacción, pulsional que no ha tenido lugar porque la defensa la ha desviado.

–La siguiente pregunta es: ¿Cómo el analista va a escuchar el T.D.A.H, cuál es su acceso a este síntoma y los límites de su acceso a esta forma de hacer de un niño, forma que se ha denominado **trastorno**?

–Muchas tareas aparecen.

–Habría que declinar para poder despejar el término trastorno.

–Habría que situarse ante el síntoma –versus trastorno- o dicho de otro modo escuchar el síntoma como lo hace el psicoanálisis en su singularidad mas allá de la fenomenología general manifiesta en el trastorno.

–Pero para esto sería imprescindible, acercarnos mínimamente al término **pulsión**.

–Pero en el síntoma, la pulsión no va sin la defensa, y la pregunta siguiente es ¿De qué se defiende el niño con su desmedida actividad y su permanente inatención?

–Se defiende del saber ¿No es así?. ¿Del saber sobre sí mismo, del saber reglado, del saber sobre los otros? De cualquier forma es: un **exiliado de saber**.

–Y ahora entonces:

–¿Existe una pulsión de saber y si existe qué busca saber?, ¿qué la ordena?

–Dejaremos a un lado el término trastorno en tanto se declinaría como padecimiento del cuerpo que no tiene nada que decir y es tan solo un

déficit a corregir, a normalizar. Normalizar este estado físico o mental de quien –por trastornado– no es responsable de sus actos.

–Nosotros situamos el síntoma – en el psicoanálisis – como el padecimiento de un sujeto que hace de ese síntoma una pregunta y una respuesta a un tiempo.

–Y vuelvo a Freud. Ya he dicho, en la primera parte, que el niño es un intérprete –por eso en el psicoanálisis de niños, a veces la interpretación del analista está de más–, el niño es un intérprete del deseo del Otro al que se supone que en el mejor de los casos, está sujeto.

En el incomparable texto –ya nombrado– para los analistas del niño *Las Teorías Sexuales Infantiles*, Freud dice que todas las innumerables y variadas preguntas de los niños, especialmente recurrentes en determinadas etapas de su vida y su crecimiento tienen una matriz, un eje y esta matriz a la que todas remiten es la pregunta fundamental:

¿De dónde vengo?, es la pregunta sobre el origen y podemos complicarla, de qué deseo soy fruto, o de qué error, o de qué... y aquí sitúa la pulsión del saber.

También ya he dicho que el niño responde elaborando teorías al modo de un filósofo, de un científico. Teorías recogidas por la pulsión dominante en una etapa o la pulsión polimorfa... oral, anal, fálico –castrado, voz, mirada.

–Pero ese saber con el que él elabora sus teorías habrá de ser cedido en el crecimiento y puesto en algún momento al servicio del saber reglado. Y esto entraña dificultades que siempre harán síntoma, si por síntoma entendemos respuesta pulsional, para entender la vida, recortada por la defensa para instalarse en ella –en la vida– de la mejor manera posible. Cuando el síntoma excede, cuando hace sufrir, cuando la pulsión sobrepase a la defensa –hablamos de lo patológico.

La patología T.D.A.H. es sin lugar a dudas una patología enredada en la cuestión del saber, en el deseo que a él se liga, en el goce que también el saber puede producir.

Los padres, la escuela son el primer gran Otro, adulto a quien el niño va a preguntar y desde un lugar y otro tiene el derecho –casi el único– de ser escuchado ya que por su edad de la acción está limitado.

Me iré a dos textos uno muy pequeño de Freud, otro más extenso encontrado de nuevo en la revista de la A.E.N.

El de Freud es muy corto y es tan solo una aportación sin un despliegue, el texto es de 1910, *Contribuciones para un debate sobre el suicidio*. No hay que desechar el texto por su título, sino valorarlo por su lúcido contenido:

Freud dice que la escuela tendría que conseguir algo más que empujar a sus alumnos a “Lo peor”, debe incitarles al goce de vivir y proporcionarles apoyo, en una edad en que por las condiciones de su desarrollo se ven precisados a aflojar sus lazos con el hogar, la casa familiar...

La escuela no puede olvidar nunca que trata con sujetos todavía inmaduros, a quienes no hay que impedirles permanecer en ciertos estadios del desarrollo aunque sean desagradables.

No puede asumir solo el carácter implacable de la vida. (hasta aquí Freud).

100 años después en un magnífico artículo a mis ojos –publicado en la revista de la A.E.N. nº 32, año 2012, y del que son autores Fernando González Serrano, Xavier Tapía, Manuel Hernanz, y Francisco Vaccari–, se recoge la misma idea.

–El texto mucho más largo que el de Freud, tiene como título: *Desarrollo psíquico temprano y aprendizaje*.

–Les remito al texto completo y me limito a extraer de él –aquí y ahora– algunos de los aspectos importantes señalados como condiciones en el proceso de aprendizaje (por supuesto hay mucho más en este artículo).

–Señalan los autores los avatares por los que el niño tiene que pasar antes y después de llegar a la escuela, lo condenso:

–“El niño tiene que hacer un pasaje, y este pasaje lo hace acompañado de sus padres y las representaciones conscientes e inconscientes que estos tienen frente a los aprendizajes y la institución escolar”.

–Si por alguna razón la especial dificultad para aprender que recoge como entidad clínica el denominado T.D.A.H, reduce al niño a “alumno”, y este papel de alumno invade casi exclusivamente su espacio identitario el de hijo, el sufrimiento será mayor... y su acción limitada aunque desmedida.

–La criatura humana nace en el desamparo, a merced de los cuidados de Otro que por ser un Otro del lenguaje también es un intérprete –más o menos acertado– de sus necesidades y que, inevitablemente interpreta con su inconsciente. El paso de organismo sujeto a necesidades a sujeto que tiene un cuerpo regido por el deseo, el goce y sus límites tiene un largo camino y la criatura humana necesita tiempo.

–Un tiempo que pasa por pérdidas y compensaciones.

–Este ex “perverso polimorfo” que va a ir dejando zonas de predominio de placer para sustituirlas por otras aún sin abandonar las anteriores, este pequeño que ha elaborado para entender el mundo sus teorías sexuales infantiles, que también abandonará (dejando huellas) en sus avances en el saber, tiene por eso que poder ser escuchado y esperado.

–No hace muchos días una madre me decía, que presionada por el colegio había acudido a un neuropediatra para diagnosticar y medicar a su hijo pero que cuando ella le preguntó si estaba preocupado por lo que le pasaba, el pequeño había contestado que sí, que estaba preocupado, pero no por el colegio, sino por otra cosa que no sabía que era, no sabía por qué.

Pues bien, frente a ese saber que falta no hay una única respuesta.

Quizá, en este siglo y ante este síntoma lo más extendido sea:

1- Que esa falta es un déficit, un trastorno dado que funciona fuera de la norma.

2- Que la causa es localizable como alteración genética o del desarrollo, inmadurez neurológica y su tratamiento está a mano: un fármaco específico.

Para el psicoanálisis la falta en cualquiera de sus manifestaciones es un localizador, una guía que se eleva a la dignidad de una pregunta y que a veces cubierto por el exceso pulsional –claramente manifiesta en el llamado T.D.A.H.– dificulta el planteamiento de la pregunta por el ser ¿Qué soy además de una T.D.A.H.?

¿No es lícito permitir a un niño su búsqueda identitaria, una identificación abierta, a veces confusa, otras veces dolorosa, en ocasiones desconcertante,... pero necesaria?

Si los cuentos infantiles entusiasman a niños y adultos es porque suscitan a un tiempo miedo y asombro, y permiten extraer placer al dolor.

B. Bettelheinn decía de ellos: que enseñan a los niños a hacer frente a las fuerzas del mundo mítico, con astucia y energía.

Abren las puertas a todo tipo de avatares: allí está el lobo que devora, la mujer que concibe por la boca, el niño que nace como un excremento, los hijos abandonados que tiene que buscar su sustento, el pequeño que vence al Ogro con engaños o que engaña y consigue la fortuna, el valiente que tiembla y el cobarde, que se convierte en héroe.

“Nos transportan por todo esto a una realidad familiar en los dos sentidos de la palabra: es profundamente personal y a la vez allí están la familia y sus conflictos, más que lo que está en juego en el mundo en general” y aún cuando el niño, tampoco el adulto, tenga las palabras para expresar todo este enredo de afectos tiene el cuerpo.

Si el niño juega, como el adulto fantasea y el poeta crea para poder hacerse con la vida, no creo que tengamos ningún derecho a no dar al niño la posibilidad de sentirse mejor también con el uso de estos medios.

El juego, el relato, la conversación siguen siendo para el analista de niños un recurso técnico en la cura.

¿Cuentos, juego frente a fármacos?.. No, no es eso, medida. Los fármacos tendrán su lugar pero ese lugar no es el de cubrir por completo la falta.

Prudencia entonces y en este siglo marcado por la hiperactividad, no como patología, sino como forma de vida, un lugar para la escucha y la palabra, un lugar para la espera, hay que resguardarlo.

Proscribir el psicoanálisis del lugar que después de años de mostrar su eficacia terapéutica merece, tampoco es prudente.

Un psicoanálisis sostenido con prudencia, pero no exento de coraje para reclamar el lugar que le pertenece.

Vigo, 16 de noviembre de 2018

Mindfulness: moda, fe e ideología en psicoterapia

Jesús García González

FEA Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

correspondencia: jesusgarzonz@yahoo.es

RESUMEN: La palabra mindfulness, traducida habitualmente al castellano como atención plena, se ha popularizado en las últimas décadas como referencia de identidad de programas psicoeducativos, intervenciones psicoterapéuticas, panacea frente al malestar y entrenamiento para el éxito mundano. El número creciente de artículos publicados en revistas especializadas en ciencias de la salud, neurociencia básica y ciencias de la educación se acompaña de un notable eco en los medios de difusión general, literatura de autoayuda, aplicaciones en el mundo empresarial (emprendimiento, liderazgo, gestión del estrés), e iniciativas políticas. En contraste con el tono entusiasta con el que se publicitan los efectos beneficiosos de estas prácticas, los meta-análisis más recientes señalan posibles sesgos de publicación, resultados pequeños o moderados, y controversias sobre el hipotético ingrediente activo y la definición del propio constructo mindfulness. La literatura científica omite sistemáticamente los aspectos históricos e ideológicos muy relevantes del mindfulness.

PALABRAS CLAVES: atención plena, meta-análisis, sesgos, ideología

ABSTRACT: The word mindfulness, usually translated into Spanish as “atención plena”, has become popular in the last decades as a reference of identity of psychoeducational programs, psychotherapeutic interventions, panacea against distress and training for worldly success. The growing number of articles published in specialized journals in health sciences, basic neuroscience and education sciences is accompanied by a remarkable echo in the general media, self-help literature, applications in the business world

(entrepreneurship, leadership, management of stress), and political initiatives. In contrast to the enthusiastic character with which the beneficial effects of these practices are exposed; the most recent meta-analyzes point to possible publication biases, small or moderate results, and controversies about the hypothetical active ingredient and the definition of the mindfulness construct itself. The scientific literature systematically omits the very relevant historical and ideological aspects of mindfulness.

KEYWORDS: mindfulness, meta-analysis, skews, ideology

DEL BUDISMO A LA TERAPIA

El budismo es complejo de visiones del mundo que han evolucionado a lo largo de aproximadamente veinticinco siglos en un amplio territorio geográfico, adaptándose, redefiniéndose y recreándose como respuesta a diferentes influencias culturales. Las enseñanzas (Dharma) atribuidas al Buda (literalmente, “despierto”) circularon durante algunos siglos en forma oral, se dice que fielmente transmitidas. En el s. I a.C. fue compilado el Budadharma por escrito en Ceilán (Sri Lanka), en una lengua indoeuropea llamada pali, que sigue usándose como lengua sacra en Sri Lanka, Myanmark, Tailandia, Camboya y Laos. La tradición llamada theravada considera apócrifos los sutras que aparecieron después y no formaban parte de esa compilación del Canon, llamado en pali Tipitaka (1).

Un funcionario inglés llamado Thomas Williams Rhys Davids que había estado destinado en Sri Lanka, fundó en 1881 la Pali Text Society (2), dedicada a los estudios orientales, y, fundamentalmente, el budismo. Con la finalidad de traducir el Tipitaka era necesario elaborar un diccionario pali-inglés, que fue culminado por William Stede en 1921 y, en la actualidad, puede consultarse online (3). De acuerdo con The Pali Text Society’s Pali-English Dictionary, la palabra *sati* significa, entre otras cosas *memory, recognition, consciousness, intentness of mind, wakefulness of mind, mindfulness, alertness, lucidity of mind, self-possession, conscience, self-consciousness*; además forma parte de palabras compuestas que añaden nuevos significados. Con el tiempo, la palabra *mindfulness* se convirtió en el término más empleado para traducir *sati* en los textos budistas en lengua inglesa.

La polisemia de sati produce dificultades en la traducción e interpretación de los textos. Un reciente artículo publicado por Byran Levman en *Journal of the Oxford Center for Buddhist Studies*, señala un deslizamiento desde el significado de sati como recuerdo o memoria al significado de mindfulness como atención o conciencia. Levman considera que el recordar constituye el núcleo connotativo y denotativo de la palabra sati, derivada del sánscrito smirti (recuerdo, memoria, tradición) (4). Sin embargo, Bikku Analayo, que disiente del punto de vista de Levman; argumenta que lo esencial de la meditación mindfulness es mantener la atención en el presente, más que recordar el pasado (5). Hay una cuestión que inclina la balanza hacia la propuesta de Levman y tiene que ver con la práctica de ciertos tipos de meditación (anapanasati, por ejemplo), contexto en el que la función de recordar no se refiere a evocar el pasado, sino a mantener la atención en el objeto de meditación, que lleva implícito el recuerdo de la tarea. De hecho, en este caso, recordar es también “tener presente”. El debate filológico y conceptual permanece sin ser zanjado, lo que constituye una buena razón para dudar de la utilidad práctica basada en una traducción sobre la que hay controversias.

Las prácticas de meditación en el budismo han evolucionado, y de eso hay testimonios documentales a lo largo de la historia. No hay forma de saber cómo meditaban los primeros seguidores del Buda, pero sí podemos conocer las referencias que aparecen en el Tipitaka. En el s. V d.C., el tratado de Buddhagosa titulado *Visuddhimagga* (El Camino de la Purificación), redactado en Sri Lanka, entiende la meditación (bhavana) como un método para purificar la mente de aquellos obstáculos que se oponen a un conocimiento perspicaz y certero de la realidad. Buddhagosa enfatizó la importancia de la concentración (samadhi) y la sabiduría (panna); describió cuarenta objetos de concentración y una serie de estados de absorción meditativa (jhanas). En el *Visuddhimagga* se describen varios tipos de temperamento y los objetos de meditación más favorables en función del temperamento del practicante (6). Las tradiciones que siguen el método expuesto en el *Vissuddhimagga* y fieles al Tipitaka entienden que la meditación (bhavana) incluye, por una parte, la práctica de la concentración (samadhi) o meditación de serenidad (samatha bhavana) y, por otra parte, esa práctica se complementa con la sagacidad o visión penetrante (vipassana) (7).

Para comprender cómo surgió el constructo mindfulness es esencial conocer que, dentro de una de las corrientes del budismo, llamada theravada, y, en especial en Birmania (Myanmar), la interpretación de la doctrina budista y de la meditación cambió a partir del s. XIX bajo la influencia colonial europea. En parte, la aparición de una clase media instruida y occidentalizada, y en parte, la presencia de misiones protestantes, propiciaron una reforma que culminó en el s. XX con lo que podríamos llamar un budismo modernista de orientación racionalista. La versión birmana del budismo modernista destacó la importancia del Satipatthanasutta (Discurso de los fundamentos de la atención, que en inglés traducen como Discourse on the Foundations of Mindfulness o Discourse on Establishing Mindfulness). Se considera que este discurso, atribuido al mismo Buda, instruye específicamente sobre la práctica de la meditación de la visión profunda (vipassana bhavana); que ahora, y a pesar de las pruebas documentales que indican lo contrario, se presenta como el núcleo o práctica fundamental, al tiempo que se denigran las prácticas de meditación de serenidad (samatha).

Las reformas condujeron a la apertura de la práctica meditativa a la población laica, que tradicionalmente practicaba la religión a través de ritos, cumpliendo preceptos éticos y sosteniendo económicamente a la comunidad monástica. Un amplio y documentado trabajo de Bikku Sujato, monje y erudito de la tradición theravada tailandesa explica y aclara los pormenores de este sesgo sectario (8). A pesar de su reduccionismo, o, quizá precisamente por él, el enfoque vipassana birmano fue ampliamente aceptado en Estados Unidos y Europa. El monje budista de origen alemán Siegmund Feniger (1901-1994) vendió con éxito *The Heart of Buddhist Meditation* (1965), un texto divulgativo sobre vipassana que sigue reeditándose (9). Mucho más erudito y fundamentado, el *Manual of insight* de Mahashi Sayadaw (1945), monje, reconocido estudioso y desarrollador de una potente variante de la meditación vipassana, cuyos discípulos formaron a la llamada primera generación de maestros estadounidenses de vipassana (Joseph Goldstein, Sharon Salzberg y Jack Kornfield). Aunque esta meditación se difundió como *Insight Meditation*, ya encontramos en las obras de estos autores una marcada acentuación del concepto mindfulness (“atención plena” en castellano) (10) (11).

En resumen, una reforma, inspirada en parte por la colonización europea,

condujo a reducir el amplio panorama de la meditación budista a un tipo de meditación, llamada vipassana o Insight Meditation; y dentro de ese contexto, por factores que incluyen el efecto transformador de cualquier traducción, un realce de eso que se llamó mindfulness o atención plena. De este modo, si la vipassana se presentó como corazón de la meditación budista, mindfulness es el elemento nuclear de vipassana.

David L McMahan, profesor de estudios religiosos en el Franklin & Marshall College de Pensilvania describe en *The Making of Buddhist Modernism* (2008) el fenómeno más amplio de construcción del relato híbrido, desde el punto de vista cultural, del budismo moderno, del que forma parte el proceso que hemos sintetizado hasta ahora. Ya desde finales del s. XIX, quienes presentaron el budismo en Estados Unidos y Europa crearon la imagen de que el budismo es compatible con la ciencia, más una filosofía que una religión, democrático, socialmente comprometido, racional y orientado al autoconocimiento más que a los rituales. Para muchos occidentales, esa imagen, propiciada por obras divulgativas y semi-especializadas, se acompaña de la creencia de que la meditación es método de autoconocimiento que puede practicarse con provecho sin ser budista (12).

Hay un proceso histórico con sus dialécticas ideológicas que preparó el terreno para que un camino espiritual orientado a la liberación completa del sufrimiento, se viese reducido a una técnica para aliviar el estrés e incluso tener éxito en el mundo capitalista. El suelo fértil de Occidente fue preparado por sus propias crisis económicas y de valores a lo largo del s. XX. Cabe preguntarse si hay un programa oculto o simplemente una ingenuidad bienintencionada, o, tal vez ambas cosas. Lo cierto es que los líderes budistas más populares parecen contribuir a esa idea del budismo como terapia o de que hay algo así como un budismo genuino y unificado, en lugar de innumerables versiones, algunas contradictorias, otras complementarias entre sí (13).

LA CONSTRUCCIÓN DE UN DISCURSO TERAPÉUTICO Y UTÓPICO

Algunos artículos presentan las intervenciones basadas en mindfulness como una creación original de una persona, Jon Kabat-Zinn. Ya tenemos un con-

texto histórico previo favorecedor, que, a principios y mediados del s. XX, incluye crisis financieras, dos Guerras Mundiales, la Guerra de Vietnam, la Contracultura, la moda de los enteógenos, y la llegada de gurús que hicieron mayor o menor fortuna en los Estados Unidos, popularizando el yoga y gran variedad de formas de meditación. Con esos precedentes, Jon Kabat-Zinn inauguró en 1979 el primer programa de reducción de estrés basado en mindfulness (MBSR) con un grupo de pacientes que sufrían dolencias relacionadas con el estrés (14). El MBSR es un producto que materializa la ideología del budismo modernista, claramente impregnado de utilitarismo y secularizado: una intervención psicoeducativa realizada durante ocho semanas, con una sesión grupal semanal y tareas para realizar en casa durante 45 minutos al día, seis días a la semana. La meditación vipassana se convierte en meditación mindfulness, la atención a la respiración (anapanasati) en mindfulness of breathing, la observación atenta de las sensaciones corporales (kayanupassana) en body scan. Se enseñan también mindful eating, mindful walking, es decir, a realizar sin distraerse acciones comunes y un poco de hatha yoga. En 1990, Kabat-Zinn publicó, en forma de manual, su descripción del MBSR, con el título *Full Catastrophe Living* (15).

Kabat-Zinn propuso lo que llamó una definición operativa de mindfulness: “la conciencia que emerge al prestar atención a las cosas tal como son de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar” (16). Además, empezó a usar la palabra como término aglutinador de las prácticas de su programa (el “ingrediente” común); y, ya puestos a aglutinar, consideró que mindfulness incluye la totalidad de las enseñanzas budistas, el dharma, escrito con minúscula por razones que desconozco. El propósito de J. Kabat-Zinn y sus colaboradores fue, y es, introducir “el corazón de la meditación budista” dentro de la corriente dominante o de moda de la medicina, el cuidado de la salud y de la sociedad, con un lenguaje no budista, que consideran universal (17). No es una interpretación de intenciones, es lo que Kabat-Zinn ha escrito en varios lugares, y se incluye explícitamente en el apartado Principles & Standards en la formación de instructores acreditados de MBSR y Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (18) por parte del Center for Mindfulness de la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts (19).

En la versión Kabat-zinniana, el mindfulness es un estado mental y también la práctica que permite entrenar dicho estado mental, y un compendio de la totalidad de las enseñanzas budistas formulado en términos no religiosos; aunque las personas que aspiran a recibir la acreditación oficial, independientemente de que sean budistas o no lo sean, deben comprometerse a estudiar la versión de las enseñanzas budistas (dharma) que los líderes del Center for Mindfulness consideran adecuada. Por supuesto, la idea de principios o valores universales tiene toda la subjetividad que acompaña a tal tipo de afirmaciones y sólo adquiere sentido si tenemos en cuenta el movimiento global del budismo modernista con su componente de budismo occidental.

La influencia y repercusión pública de las intervenciones basadas en mindfulness han tenido eco en una iniciativa política de miembros de los dos partidos representados en el Parlamento Británico (20). Este grupo de parlamentarios ha publicado en 2015 el documento *Mindful Nation UK*, en el que se lee que hay pruebas sólidas sobre los beneficios terapéuticos del mindfulness que justifican la dedicación de recursos al estudio de tales prácticas y a la implementación de intervenciones basadas en mindfulness en el sistema público de salud (21). El documento *Mindful Nation UK* es la materialización de lo que se podría considerar vocación misionera del mindfulness, en la que subyace la creencia de que un mundo en el que todos practicasen la meditación se transformaría en un lugar de felicidad y plenitud.

LAS PRUEBAS CINETÍFICAS Y LAS CRÍTICAS

Lo primero, ya comentado, que mindfulness es un término de enorme ambigüedad, incluso a pesar de dar definiciones orientadas a la investigación. Unas veces se usa en el sentido de una capacidad mental, sin que quede claro si es la conciencia o la atención; otras veces es un estado mental; o un proceso; o la meditación que sirve para cultivar lo que quiera que sea el mindfulness (22). Desde mi punto de vista, lo más razonable sería desechar la palabra mindfulness del ámbito de la clínica y la investigación científica. La imprecisión conceptual no va a mejorar por muchas escalas psicométricas que se introduzcan; entre otras cosas, porque ni siquiera hay consenso sobre cuales son las variables que deben incluir.

Uno de los argumentos más poderosos con los que se le da publicidad al *mindfulness* consiste en la supuesta orientación empírica y científica. Se menciona una y otra vez que los estudios confirman la utilidad del *mindfulness* en la medicina, la salud mental, el rendimiento empresarial y el bienestar. Después de varias décadas de que circule la más entusiasta propaganda, un equipo de la McGill University en Montreal (Canadá) ha publicado un estudio que destaca la existencia de sesgos de publicación en los ensayos clínicos sobre intervenciones de salud mental basadas en *mindfulness* (23).

El meta-análisis realizado por Bholmeijer et al. (2010) sobre MBSR y MBCT encontró que estos programas tienen un efecto pequeño sobre la depresión, la ansiedad y el malestar psicológico en adultos con enfermedades crónicas. Las enfermedades crónicas habían sido precisamente uno de los campos en los que el *mindfulness* se comenzó a aplicar (24).

El estudio de Gotink et al. (2015) encontró que MBSR y MBTC mejoraban síntomas depresivos, ansiedad y calidad de vida de forma estadísticamente significativa; con un tamaño de efecto entre pequeño y moderado al comparar al grupo que recibía la intervención con el grupo de lista de espera, o con pacientes que recibían tratamiento habitual. Señalan también la necesidad de que los controles sean activos, ya que los pacientes en lista de espera no están recibiendo una intervención que genere expectativas de obtener resultados, a diferencia de lo que ocurre en los ensayos con placebo a doble ciego (25).

Goyal y su equipo llevaron a cabo una revisión y meta-análisis de programas para tratar el estrés y generar bienestar. Se buscaron ensayos en los que se empleasen grupos de control activo y se emplearon medidas para el tamaño del efecto. Encontraron pequeñas mejoras en ansiedad, depresión y dolor. En la reducción del estrés y mejora de la calidad de vida, el tamaño de efecto fue pequeño, y el grado de “evidencia” moderado. No encontraron pruebas de que el *mindfulness* mejore la sensación de bienestar ni la calidad de vida; además, pocos estudios incluían el registro sistemático de efectos adversos. No obstante, concluyen que los programas de meditación pueden reducir las dimensiones negativas del estrés psicológico (26).

Supuestamente, el ingrediente activo de los programas basados en *mindfulness* es la práctica de la meditación. Sin embargo, la revisión de Lloyd et al. (2018) constató que la monitorización de la práctica en el domicilio

es un aspecto descuidado en los ensayos controlados sobre prácticas basadas en mindfulness. Tras una búsqueda que finalizó en junio de 2016 sólo se encontraron 14 estudios en los que hubiese un registro de la práctica en el domicilio. De estos sólo 7 estudios examinaron la relación entre la práctica en casa y los resultados clínicos. Únicamente cuatro estudios encontraron pruebas de que la duración y frecuencia o regularidad de la práctica predecían los resultados. En el único estudio que intentó medir la relación entre mantener la práctica durante 12 meses y la puntuación de la Mindfulness Awareness Scale (MAAS) no encontraron diferencias entre quienes mantuvieron la práctica durante 12 meses y los que no. Además, los recursos proporcionados para la práctica en casa y la forma de monitorizarla fueron heterogéneos. Lloyd et al. consideran que hay dudas en cuanto a la fidelidad con la que se aplican las recomendaciones de los manuales. (27).

Quizá uno de los trabajos más interesantes y sistemáticos es el de Nicholas T. Van Dam et al. (2018), cuyo título, “cuidado con las exageraciones”, ya advierte sobre lo desproporcionado de la propaganda en comparación con las pruebas. Van Dam et al. destacan las frecuentes deficiencias metodológicas de los estudios, escasez de ensayos aleatorizados con controles activos, pobreza de resultados cuando las intervenciones basadas en mindfulness se comparan con intervenciones terapéuticas habituales, sesgos de publicación, contradicciones y controversias en las definiciones básicas del mindfulness, ausencia de control sistemático de efectos adversos, y deficiencias en la interpretación de pruebas de neuroimagen y neurofisiológicas (artefactos, problemas de calibración, metodología transversal). Esta revisión subraya que la exageración de los potenciales beneficios y la información poco rigurosa pueden conducir a decepciones e incluso daños, en tanto que el entusiasmo puede conducir a la omisión en la utilización de terapias de eficacia más contrastada y comprobada. Hay que añadir que el estudio incluye propuestas metodológicas y recomendaciones de cara a futuros proyectos de investigación sobre el mindfulness (28).

CONCLUSIONES

Una parte de la publicidad del mindfulness sugiere que se trata de una propuesta que ha actualizado y mejorado el aspecto más empírico del bu-

dismo, la meditación, para proporcionar prácticas científicamente fundamentadas con aplicación en la psicoterapia, el cuidado de la salud general e incluso la mejora de algunas capacidades como la resiliencia, la autoconfianza, la creatividad y el liderazgo. Hay una clara trayectoria que lleva desde los orígenes del budismo hacia una hibridación cultural e ideológica de gran magnitud, favorecida por el colonialismo europeo en Asia en siglos pasados, y consolidado por el proceso actual de globalización. Como resultado de esos complejos procesos emerge un budismo modernista, cuyo discurso selectivo parece encajar con ciertos ideales y valores occidentales, en tanto que aporta una imagen del budismo como un sistema religioso, e incluso filosófico, compatible con la ciencia, igualitario, dialogante, socialmente comprometido, benévolo y valioso incluso para quienes no se reconocen como budistas.

Del mencionado proceso se destila un enfoque de la meditación, que, sin ser nuevo, porque ya se menciona en las escrituras budistas más antiguas, se presenta como el corazón de las enseñanzas, en las que cobra un papel central el confuso y ambiguo concepto de *mindfulness*. La materialización práctica, los programas basados en *mindfulness*, han logrado una enorme popularidad, a pesar de que los resultados concretos no son espectaculares cuando la metodología se emplea con rigor. El contraste entre el discurso entusiasta y los resultados sugiere que la retórica y la ideología tienen un papel importante en el fenómeno. Esa ideología se revela como el proyecto de introducir cierto budismo secularizado en la medicina, el cuidado de la salud y la sociedad en general; quizá con buena intención o con buena fe.

Se pone da manifiesto la importancia de disponer de una perspectiva filosófica más amplia que ayude a reconocer la inconsistencia y contradicciones internas de un discurso que pretende orientarse a los valores de la ciencia y el empirismo para encubrir intenciones y creencias religiosas. El budismo modernista, del que hemos hablado, como producto híbrido, contiene ideas tomadas de la filosofía occidental; que, en parte, dan una apariencia de familiaridad y, en parte, lo desvirtúan. Lo sorprendente no es que el budismo evolucione y se adapte, sino que una parte de la comunidad de profesionales de la salud mental en todo el mundo parezcan no percatarse de la ideología subyacente al *mindfulness*.

En lo que tiene que ver con las pruebas científicas se constata que aparecen estudios que reclaman un mayor rigor metodológico; lo que puede connotarse positivamente, ya que la ciencia no es algo que ya esté hecho, sino algo que continúa haciéndose. Quizá lo más razonable sería estudiar la aplicación de las técnicas de meditación y no algo tan ambiguo como el mindfulness; pero siempre con claridad en cuando a los planteamientos filosóficos y metodológicos. De todos modos, los intereses creados en torno a la faceta mercantil de mindfulness y su incipiente estatuto de materia universitaria sugieren que será un término objeto de nuevas redefiniciones en lugar de ser desechado por inoperativo.

REFERENCIAS

- (1) TRAINOR K. “Las tres canastas”. En: TRAINOR K. *Budismo. Principios, práctica, rituales y escrituras sagradas. Aspectos históricos, religiosos y sociales*. Barcelona: Blume, 2006; 178-87.
- (2) Pali Text Society [<http://www.palitext.com/>]
- (3) The Pali Text Society’s Pali-English Dictionary, disponible en: <http://dsal.uchicago.edu/dictionaries/pali/>.
- (4) LEVMAN B. Putting smirti back into sati (Putting remembrance back into mindfulness. JOCBS 2017; 13: 121-49
- (5) ANALAYO B. *Once Again on Mindfulness and Memory in Early Buddhism*. Mindfulness 2018; 9: 1-6
- (6) BUDDHAGOSA. *Visuddhimagga. Le Chemin de la Pureté*. Paris: Fayard; 2002.
- (7) GUNARATANA H. *La meditación budista*. Barcelona: Kairós; 2013
- (8) BIKKU SUJATO. *A History of Mindfulness. Santipada*; 2012 [disponible en: http://santifm.org/santipada/wp-content/uploads/2012/08/A_History_of_Mindfulness_Bhikkhu_Sujato.pdf].
- (9) THERA N. *El corazón de la meditación budista*. Librería Argentina; 2017
- (10) SAYADAW M. *Manual of Insight*. Somerville: Wisdom Publications; 2016
- (11) GOLDSTEIN J, KORNFIELD J. *Vipassana. El camino de la meditación interior*. Barcelona: Kairós; 1995: 120-26
- (12) MCMAHAN DL. *La construcción del budismo moderno*. Barcelona: Kairós; 2018
- (13) CORNU P. *Le bouddhisme une philosophie du bonheur?* Paris: Seuil; 2013

- (14) KABAT-ZINN J. *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós; 2007
- (15) KABAT-ZINN J. *Vivir con plenitud las crisis*. 5ª ed. Barcelona: Kairós; 2011
- (16) WILLIAMS M, et al. *Vencer la depresión. Descubre el poder de las técnicas del mindfulness*. Barcelona: Paidós; 2010: 75.
- (17) KABAT-ZINN J. “Prefacio”. En: Didonna F (Editor). *Manual clínico de mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brower; 2011: 33-45.
- (18) Center for Mindfulness. *Principles & Standards*. Disponible en: <https://www.umassmed.edu/cfm/training/principles-standards/>
- (19) Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society. Department of Medicine. Division of Mindfulness. University of Massachusetts Medical School [<https://www.umassmed.edu/cfm/>].
- (20) Mindfulness Initiative, disponible en <https://www.themindfulnessinitiative.org.uk/>
- (21) Mindful Nation UK, disponible en; https://themindfulnessinitiative.org.uk/images/reports/Mindfulness-APPG-Report_Mindful-Nation-UK_Oct2015.pdf.
- (22) CHIESA A., MALINOWSKY P. *Mindfulness-Based Approaches: Are They All the Same?* J Clin Psychol 2011; 67(4); 404-424
- (23) CORONADO-MONTOYA S. et al. *Reporting of Positive Results in Randomized Controlled Trials of Mindfulness-Based Mental Health Interventions*. PLOS ONE 2016 11(4): e0153220. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153220>.
- (24) BHOLMEIJER E. et al. *The Effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis*. Journal of Psychosomatic Research 68 (2010); 68; 539-44.
- (25) GOTINK RA. et al. (2015) *Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses of RCTs*. PLOS ONE 2015; 10(4); e0124344. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124344>.
- (26) GOYAL M. et al. *Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being. A Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA Intern Med. 2014;174(3); 357–68
- (27) LLOYD A. et al. *The Utility of Home-practice in Mindfulness-Based Group Interventions*. A Systematic Review. Mindfulness. 2018; 9; 673-92
- (28) VAN DAM N et al. *Mind the Hipe: A Critical Evaluation and Prescriptive Agenda for Research on Mindfulness and meditation*. Perspectives on Mindfulness and meditation. Perspectives on Psychological Science. 2018; 13(3); 36-61

OS EVENTOS CONSUECUDINARIOS QUE ACONTECEN NA RÚA

IV Xornadas AGSM-AEN. “Contrastes”. Ferrol

*Carmen Álvarez Fernanz
Belén Zapata Quintela*

MIR Psiquiatría, CHUO

Correspondencia: carmen.alvarez.fernaz@sergas.es

En las IV Jornadas de AGSM-AEN que tuvieron lugar en el Salón de Actos del Hospital Naval (EOXI Ferrol), se contó con la presencia de diferentes profesionales, invitados a hablar en dispaes y variadas mesas. El título de las jornadas fue “Contrastes”, lo que nos llevó a repasar la definición acordada por la RAE, disponiendo de varias acepciones.

El contraste es la oposición, contraposición o diferencia notable que existe entre personas o cosas; la marca que se graba en objetos de metal noble como garantía de haber sido contrastado; la persona que ejerce el oficio público de contrastar; la oficina donde se contrasta; el edificio público donde se pesaba la seda cruda para pagar los derechos por ella; la relación entre el brillo de las diferentes partes de una imagen; la relación entre la iluminación máxima y mínima de un objeto; en la imagen fotográfica o televisiva, la inexistencia o escasez de tonos intermedios, de tal manera que resaltan mucho lo claro y lo oscuro; la sustancia que introducida en el organismo hace observables, por rayos X u otro medio exploratorio, órganos que sin ella no lo serían; la contienda o combate entre personas o cosas; el cambio repentino de un viento en otro contrario.

Son demasiados los contrastes que vemos y experimentamos a lo largo de nuestro principal viaje, la vida. La tradición y el modernismo en un mismo

sujeto. Lo propio y lo extraño juntos en una misma puesta en escena. Lo diferente y lo común. El compromiso y la libertad. Lo positivo y lo negativo. El amor y el odio. El bien y el mal... Somos una suma de contrastes que nos enriquecen y nos completan, contrariando a los que quieren adivinarlo todo o clasificarnos en frías cifras y conceptos. Somos unos y otros, antiguos y modernos, propios y extraños. Somos así...

Nos alegramos de haber podido asistir a esta jornada, donde el contraste de opiniones fue fundamental para poder clasificar y ordenar todas las ideas allí planteadas. Aquí os dejamos nuestra reseña, mesa por mesa, a modo resumen de lo reflexionado en las mismas, bajo el punto de vista de dos residentes de psiquiatría.

MESA 1: INFANCIA E SAÚDE MENTAL

Traballo en Rede en Saúde Mental Infanto-Xuvenil. Ana Jiménez Pascual. Psiquiatra. La Mancha Centro.

En la primera charla de la jornada Ana Jiménez nos explicó cómo trabajan en red en el equipo de salud mental infanto-juvenil en La Mancha Centro. Incidió especialmente en el trabajo interdisciplinar, donde todos los profesionales implicados tienen la misma relevancia con sus distintas labores, siendo de vital importancia la coordinación entre los mismos. Hizo especial hincapié en el trabajo en red, la filosofía de equipo y la respuesta integrada (no solo coordinada). Nos expuso en varios casos clínicos ejemplos de cómo se sincronizan con los servicios sociales y de la importancia de tratar con las familias. A través del caso de un paciente con autismo que presentó una evolución diferente a la que ella anticipaba, recordó que un psiquiatra nunca debe de olvidar la subjetividad y la individualidad de la psicopatología humana.

A abordaxe do TDAH dende o punto de vista analítico. M^a Antonia de Miguel García. Psicóloga Clínica. Psicoanalista. Vigo.

En su defensa del psicoanálisis en el tratamiento del TDAH, la psicóloga clínica M^a Antonia de Miguel comenzó hablando de que en la actualidad el tratamiento farmacológico es la norma a la hora de tratar el TDAH. De Miguel considera que aunque el metilfenidato puede ser necesario en ciertos casos,

entiende que existen otros acercamientos, simultáneos o no a la respuesta inmediata farmacológica. Frente al paradigma actual de guiarnos por la medicina basada en la evidencia al igual que el resto de profesiones sanitarias y soportado por los avances tecnológicos, nos propone un análisis de la medicina basado en la prudencia. Nos invita a retomar ciertos cuentos de la infancia, ya que a través de ellos nos podemos acercar a las teorías sexuales, a los enigmas de la vida, a los miedos inconscientes, etc., y es que los niños son filósofos que responden con sus pulsiones... Centrándose en el valor terapéutico del cuento gracias a una identificación liberadora, se remonta a 1845 para introducirnos a Hoffmann, psiquiatra y escritor alemán, a quien se le ocurrió escribir e ilustrar un libro para regalar a su hijo por Navidad al no encontrar en las librerías el que creía adecuado. “Pedro Melenas” es uno de los libros de cuentos alemanes más exitosos y narra varios relatos protagonizados cada uno de ellos por un niño con algún vicio o mal comportamiento que conlleva a la desobediencia y, por tanto, a su consecuente y merecido castigo. Así nos encontramos a Pedro Melenas, que no cuida su higiene personal por lo que es bastante impopular, a Federico el Cruel, chico violento que aterroriza a las personas y, especialmente, a los animales, a Paulina, que juega con el fuego, a Felipe, el Berrinchudo, que tiene rabieta a todas horas, entre otros.

A la hora de enfrentarnos a un niño no debemos de olvidarnos de una cuestión esencial: ¿niño trastornado por su hiperactividad o niño? Como ser pulsional precisa un sostén y teje sus defensas... Siendo la identificación la matriz fundamental para constituirse. Invitándonos a retomar ciertos cuentos de la infancia y siendo conscientes del escenario en el que nos encontramos, es decir, un siglo marcado por la hiperactividad, M^a Antonia de Miguel nos anima a recuperar por tanto los cuentos, los juegos, la palabra, la espera, la escucha... En definitiva, la prudencia, a día de hoy tan olvidada y temida a nivel sanitario.

MESA 2: A CLÍNICA

Vídeo Duelo en psicose. M^a José Ramil Fraga. Psicóloga Clínica do Hospital de Día de Psiquiatría do CHUF. M^a Consuelo Carballal Balsa. Enfermeira

Especialista en Saúde Mental do Hospital de Día de Psiquiatría do CHUF.

Estas dos mujeres nos presentaron un vídeo cortometraje realizado en el Hospital de Día en el que trabajan, con la idea de dar voz y protagonismo a los pacientes del mismo. En él se plantean ciertas preguntas, tan necesarias como aparentemente básicas para lograr la empatía, teniendo la sensación de que cada vez se descuidan y obvian más en la práctica diaria... A través de cinco cuestiones tan directas como:

¿Cómo viviste tu ingreso?

¿Qué supone para ti que te diagnostiquen una enfermedad mental?

¿El estigma está afectando a tu recuperación?

¿Qué estrategias utilizas para superarlo?

¿Crees que has perdido algo?

los usuarios de estos grupos nos manifiestan sus miedos, preocupaciones, vivencias y conflictos, las barreras con las que se encuentran, señalando a título individual la culpabilidad, las pérdidas, el sentimiento de soledad, de vergüenza, los cambios, el sentirse señalado, el desequilibrio, el uso de las contenciones,... Creando lo que se percibe como un espacio seguro, los pacientes nos hacen partícipes de sus inseguridades, necesidades y expectativas, llevándonos a los espectadores a la reflexión con un afán de mejora en nuestra práctica clínica.

Bioética e Duelo. Jesús Alberdi Sudupe. Psiquiatra. CHUAC/Hospital de Oza.

Jesús Alberdi inició su ponencia con un repaso por ciertas generalidades del acto profesional y de la bioética. Nos adentró con Paul Ricoeur en la necesidad del Pacto de Cuidados, con base a dos de sus elementos constitutivos: la confianza y la alianza. En él se relacionan tres actores, el paciente (al que se cuida, no cura), el médico o profesional (ha de cumplir lealtad), y el medio sociocultural. La ética médica tiene su corazón en el Pacto de Cuidados que se establece entre dos personas: una que sufre, que expone su queja y pide ayuda, y otra que sabe qué hacer y ofrece sus cuidados. Repasó el acto de Consentimiento Informado y cuestionó la moralidad de algunos estudios y experimentos como el Tuskegee (sífilis), Milgram (obediencia a la autoridad), Eichmann (campos concentración). Nos re-

montamos al informe Belmont de 1978, redactado por la necesidad de imponer unos límites éticos y establecer unas pautas para la protección de los seres humanos en la investigación. Marcó el inicio de la Bioética y estableció los cuatro principios éticos básicos por los que nos regimos en la actualidad. Finalmente se inició un debate acerca del duelo patológico y de la idoneidad de la asistencia y tratamiento del mismo, donde se dio mayor importancia a la necesidad de organizar los tiempos de cada sujeto y de la elaboración de las pérdidas.

MESA 3: XÉNERO

Dedicada a las mujeres ferrolanas. Porque pocos saben, y nos incluimos dentro de las desconecedoras, que el Dique de la Campana del Arsenal Militar de Ferrol fue excavado por mujeres. Es la obra de ingeniería hidráulica más importante del S. XIX y detrás, está el trabajo de 200 ferrolanas que desde 1879 se pasaron años retirando 245.000 metros cúbicos de tierra y piedras, que transportaron en sacos sobre su cabeza. Eran “cargadoras” y por el mismo trabajo cobraban menos que los hombres. Antes de los bomberos, eran las aguadoras las que apagaban incendios, también fueron carboneras, lavanderas, inventoras, poetas, costureras, científicas, amas de cría o escritoras. Casi todas estas mujeres permanecieron invisibles en las páginas de una historia escrita en masculino. A Ángeles Alvariño, Concepción Arenal, Amada García, Mela, Ángela Ruiz Robles, Andrea y Rosa Montero, Amalia, a las mujeres del 72, a las que protagonizaron “a revolución das pedras”, y otras tantas mujeres, conocidas y anónimas, que configuran la propuesta de Ferrol en femenino.

Os malestares de xénero e a saúde mental das mulleres. Pilar Pascual Pastor. Codirectora da Escola de Espacio de Saúde Entre Nosotras e Profesora Experta en Psicoloxía de Xénero.

Pilar Pascual nos explicou como en dicho espacio, configurado por y para mujeres, trabajan desde hace 30 años con los malestares de género, empoderando a las mujeres, difundiendo y trabajando para la igualdad y erradicando la violencia de género siguiendo el modelo de Psicoterapia de equidad feminista. Reflexionamos acerca de las pautas básicas en la socialización de la

mujer: ser para otr@s, el sistema de dominación masculina y sumisión femenina, la educación diferencial de los afectos (la idea de amor romántico), la contradicción de diferentes modelos de mujer impuestos (mujer tradicional/ mujer moderna), la presión sobre el cuerpo estético, la maternidad "obligatoria" completa a la mujer... Y es que vivimos en una sociedad patriarcal y permisiva con la violencia de género... Como mujeres nos enseñaron a tener miedo a la libertad, a la toma de decisiones, a la soledad... Nos enseñan a protegernos en lugar de educar a los hombres para respetarnos. La ponente nos introdujo conceptos como el sincretismo de género, que resulta de la contradicción de modelos de mujer, de la parte tradicional y la moderna, con sus impactos en la vida cotidiana de todas las mujeres contemporáneas. Nos invitó a profundizar en la materia con lecturas de Marcela Lagarde, antropóloga e investigadora mexicana, autora de numerosos artículos y libros sobre estudios de género, feminismo, desarrollo y democracia, poder y autonomía de las mujeres, etc. También nos habló de los trastornos psicosociales de género, como la depresión de género y los síndromes de género, además de explicarnos cuáles son los momentos vitales de la mujer para los mismos.

De pioneiras a compañeiras: 30 anos da muller nas Forzas Armadas. Cristina Díez Fernández. Teniente Psicóloga do Corpo Militar Sanidade, Arsenal de Ferrol.

Los principios generales para el acceso de las mujeres a las Fuerzas Armadas son: igualdad en convocatoria, acceso a empleos, igualdad terminológica y promoción laboral. Cristina Díaz realizó un repaso de la historia de la mujer en el ejército. En 1988 el Gobierno publicó el Real Decreto que permitió ingresar a las mujeres en la milicia, incorporándose a determinados cuerpos y escalas militares (siendo diferentes las pruebas físicas según el género y excluyendo a las mujeres embarazadas). En el año 89 se limitaban los destinos femeninos por razones "fisiológicas". En 1992 se dio acceso a la mujer en la escala de tropa y minería, limitando ciertas unidades. En el año 99 se produjo la plena equiparación, aumentando progresivamente desde entonces el empleo femenino en las FFAA hasta hace unos años, estancándose y encontrándose en la actualidad en fase de meseta. Nos encontramos con un 12.7% de mujeres frente a un 87.3% de hombres.

La distribución de la mujer en cuanto a los distintos cuerpos del ejército es la siguiente: las mujeres están mayoritariamente en las fuerzas de tierra, le sigue la armada, las fuerzas del aire y por último las comunes (entre ellas las sanitarias). En el año 2005 se decretó la ley de promoción de acceso a las Fuerzas Armadas y ciertas medidas de igualdad. Se crearon el observatorio de la mujer, programas de centros infantiles, juntas de evaluación, se realizaron adaptaciones regulares, así como programas de prevención del acoso sexual y adaptaciones de infraestructuras. Desde el año 2016, las Fuerzas Armadas cuentan con una serie de Unidades de Protección frente al Acoso, cuya labor es prevenir la toxicidad y potenciar la “tolerancia cero”, donde un equipo ajeno a la cadena de mando asesora a las personas afectadas. Por aquel entonces el porcentaje de empleo femenino en las FFAA españolas es del 12%, la media de la OTAN se situaría en el 10%.

Para la teniente Díaz, el mayor escollo que queda por solventar es la mejora en la conciliación laboral y familiar, que explicaría por qué existe una escasez de altos mandos femeninos: actualmente en España hay 3 coroneles femeninos frente a 1043 masculinos, y una mujer que aspira ser general de las FFAA. Matizó que también influye el hecho de que no ha dado tiempo a que asciendan a los más altos rangos militares desde que se produjo la plena incorporación de la mujer.

Aún falta camino para conseguir la igualdad efectiva y plena entre mujeres y hombres en las Fuerzas Armadas, como en todos los órdenes de la sociedad, correspondiéndonos a todos, mujeres y hombres, luchar por alcanzarla. La integración femenina en los ejércitos, al igual que en muchas áreas del trabajo o la cultura, es reflejo de la evolución de la sociedad, pero también es fruto de la valentía de muchas mujeres que han pasado a convertirse en verdaderos referentes para todas. Algunas de las mujeres que han protagonizado esta historia son: la Teniente Coronel Médico Ana Betegón Sanz, primera mujer al mando de una unidad operativa del Ejército del Aire, la Sargento Jefe de sección Isabel Cristina Vélez Echeverri, la Coronel del Cuerpo de Ingenieros Politécnicos de Tierra Patricia Ortega, primera mujer que ingresó en las Fuerzas Armadas y primera mujer con el empleo de coronel, Rosa María García-Malea, Capitán del Ejército del Aire y primera mujer en pilotar un caza de combate e ingresar en la patrulla acrobática Águila.

Y es que ser feminista no es solo cosa de mujeres, como dice Chimamanda Ngozi “*todos deberíamos ser feministas*”.

MESA 4: A XEOGRAFÍA DA ENFERMIDADE

Historia, experiencia e prospectiva en Saúde Mental. Fernando Márquez Gallego. Psiquiatra. A Coruña.

Fernando Márquez realizó un resumen de la historia de la Salud Mental en Galicia. Nos remontó a principios de los años 70 cuando los dos principales psiquiátricos en Galicia, el de Conxo en Santiago de Compostela (con 1650 camas, siguiendo el modelo italiano de atención al enfermo psiquiátrico) y el de Toén en Ourense (con 160 camas, siguiendo el modelo franco-canadiense) eran llevados por el PANAP. En 1985 se publicó el “Informe de la Comisión Ministerial de la Reforma Psiquiátrica”, impulsado por el que fue en ese momento ministro de Sanidad, Ernest Lluch. Un año después, la Ley General de Sanidad, recogía la esencia de lo recomendado por esta Comisión, liderada por un amplio grupo de psiquiatras que reclamaban un cambio en el modelo de atención a la salud mental: pasar de un modelo centrado en el hospital a uno más comunitario, enfatizando la coordinación con Atención Primaria y Servicios Sociales. El artículo 20 de la Ley General de Sanidad, aprobada en 1986, dictaba que “*la atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y domiciliario*”. Esta ley marca un punto de inflexión histórico en la atención sanitaria en nuestro país y su artículo 20 sobre salud mental más aún, ya que se encontraba marginada de la atención sanitaria general. Precisamente esta ley corrige aquella situación, integra la salud mental en el sistema sanitario y equipara los derechos de las personas con problemas de salud mental con los del resto de usuarios del Sistema Nacional de Salud, resultando por tanto equivalentes al de otros servicios y especialidades. El decreto de Salud Mental de 1994 fue la piedra angular normativa del proceso de la reforma psiquiátrica en Galicia, lo que significó el fin de los “manicomios” y que el trastorno mental grave estará destinado a medios residenciales/comunitarios, estableciéndose como dispositivos complementarios las unidades hospitalarias de

rehabilitación psiquiátrica. La Declaración de Helsinki de 2005 y la Estrategia de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud del 2006 insistían también en este aspecto.

Según el Dr. Márquez quedan aún ciertas necesidades en Galicia, como favorecer el impulso de la red de Salud Mental, la creación de especializaciones en Psiquiatría Infanto-Juvenil y en Psicogeriatría, la necesidad de aumento de centros residenciales y pisos protegidos, y una mayor inversión en la psiquiatría comunitaria.

Finalmente se realizaron intervenciones acerca del Plan estratégico gallego de Salud Mental, en las que se objetivó cierto pesimismo, se habló del fallo de otros programas y del deterioro de la atención a la salud mental desde que finalizó el anterior plan estratégico en 2011. Queda aún mucho por hacer y por hablar, pero cuando la burocracia se transforma en “burrocracia”, el desarrollo se hace imposible... A día de hoy parece que seguimos situando el centro del discurso en la política y ciertos intereses ya creados, en vez de colocarlo en el paciente y su dignidad.

MESA 5: A CIENCIA

Resintonizando neuronas, novas ferramentas de neuromodulación na saúde mental. Juan Casto Rivadulla Fernández. Profesor Titular UDC, Departamento Medicina Área Neurociencias.

Juan Casto inició su presentación apostando por la necesidad de investigar y construir conocimientos. Con una imagen de una neurona y su sencilla comparación con una pila nos explicó la importancia de las conexiones neuronales. Basándose en que los circuitos neuronales modulan nuestra conducta (principio en que se basa la Terapia Electroconvulsiva), la Neuromodulación consistiría en una técnica no invasiva cuya finalidad es reducir o aumentar la actividad neuronal. Existen dos posibles procedimientos, mediante corriente continua de baja intensidad o mediante magnetismo. En estudios realizados con animales se ha comprobado que la Estimulación Magnética Transcraneal (EMT) reduce la probabilidad de sufrir una crisis epiléptica. Las posibles aplicaciones de esta práctica en Salud Mental serían el tratamiento de la depresión refractaria, la reducción de fenómenos alucinatorios en la esquizofrenia,

la prevención de recaídas en adicciones, la corrección de oscilaciones en ciertas alteraciones del sueño y para frenar el deterioro cognitivo. Nos explicó que ya están siendo utilizadas por un buen número de deportistas de élite, sobre todo en Estados Unidos, para disminuir la fatiga y mejorar el aprendizaje... Y que el fácil acceso a estos equipos por internet, donde es posible conseguir uno por aproximadamente 400 euros, podría ayudar a que los adolescentes mejorasen sus marcas en los videojuegos... Pese a que también en personas sanas mejorarían las capacidades cognitivas, el ponente recomendó siempre usar estos aparatos bajo control médico.

Contrastes na ciencia: aportación da Ciencia da Ocupación aos desafíos contemporáneos en saúde mental. Natalia Rivas Quarneti. Profesora Axudante Doutora, Facultade de Ciencias da Saúde, A Coruña.

Es innegable el peso de lo social en la Salud Mental y, como ejemplo de ello, la Organización Mundial de la Salud trató el tema de la crisis económica en España en 2013 como causante de patología. Las prioridades de acción en Salud Mental según Natalia Rivas serían: reforzar el liderazgo, el ámbito comunitario, la prevención y la investigación. La formación tradicional en investigación es la estadística o cuantitativa, y la ponente apuesta por combinar la investigación cualitativa con la ciencia de la ocupación. La investigación cualitativa se encarga de estudiar eventos, normas y valores desde la perspectiva de las personas que lo viven en su vida diaria. Las conclusiones de este tipo de investigación son la incorporación de las voces y acciones de las personas implicadas, el abordaje de la complejidad del contexto y la práctica basada en la evidencia. Algunos trabajos realizados en investigación cualitativa son la prevención de caídas en ancianos, los embarazos en adolescentes y el *sinhogarismo* (Housing first).

A partir de la observación sistemática del impacto que tienen los cambios del mundo moderno sobre la vida y la salud de las personas, surgió y se consolidó la Ciencia de la Ocupación. Ha instalado un nuevo paradigma que está impulsando el desarrollo de la Terapia Ocupacional, lo que ha venido a ampliar la mirada que se tenía del hombre como sujeto biológico, psicológico, espiritual y social. Desde esta perspectiva renovada, cada individuo es definido hoy como un ser ocupacional. La Ciencia de la Ocupación constituye una nueva manera de aproximarse al hombre

contemporáneo, sus redes de subsistencia, relaciones y sentido de vida. Este enfoque está en línea con la base filosófica que dio inicio a la Terapia Ocupacional a principios del siglo XX, y reafirma la concepción holística con la que la profesión se aproxima a la búsqueda del bienestar y la salud de las personas. En base a este enfoque, la ponente reivindicó la necesidad de que existan un mayor número de terapeutas ocupacionales que se encarguen de buscar soluciones a nivel laboral y social, como medio para promover la salud y el bienestar en la comunidad a donde van dirigidos nuestros esfuerzos y nuestros servicios.

MESA 6: A CREATIVIDADE

Mindfulness: Moda, fe, fantasía e ideoloxía en psicoterapia. Jesús García González. Psiquiatra. CHUF.

Jesús García nos aproximó al Mindfulness, que basado en las tradiciones budistas y en técnicas de meditación tibetanas, se introdujo en el mundo Occidental en los años 70 gracias en su mayor parte al médico estadounidense Jon Kabat-Zinn. A principios de este siglo vivió un repunte de popularidad y en la actualidad sigue siendo una técnica que da lugar a numerosas publicaciones y estudios en psicología clínica y psiquiatría. Existen dos tipos de mindfulness: las técnicas meditativas (MBSR, MBCT, TCCM...) y las no meditativas (ACT, DBT). Los defensores de esta práctica alegan que disminuye el estrés y aumenta la creatividad, la concentración y la felicidad. Sin olvidar que el mindfulness, al originarse de una religión, trae consigo elementos propios de las religiones tanto positivos como perniciosos. Mindfulness... ¿por qué no yoga y meditación? ¿por qué está tan de moda?

El mindfulness o atención plena consiste en tomar conciencia del entorno y de las experiencias que la persona vive en el momento actual. Las distintas variantes del mindfulness se han utilizado en el tratamiento de múltiples patologías: ansiedad, estrés, dolor crónico, depresión, abuso de sustancias, conductas suicidas, psicosis, trastornos de personalidad, etc. Sin embargo, ¿se ha llegado a demostrar su eficacia? El Dr. García se muestra crítico con esta práctica y nos expone sus conclusiones a partir de un metanálisis de

estudios de mindfulness. En dicha revisión comprobó que existe un sesgo de publicación a favor de estudios con resultados positivos, deficiencias metodológicas, pobreza de resultados, contradicciones en definiciones básicas y fallos en la interpretación de datos neurocientíficos. Por ejemplo existen estudios realizados con MBSR y MBCT que parecen mejorar la ansiedad o la depresión, pero con tamaño del efecto modesto en estrés y calidad de vida. Los estudios con mindfulness se encuentran con varias dificultades importantes, como la falta de un grupo control con una actividad de intensidad similar, la falta de registro de posibles efectos adversos de dichas técnicas y la falta de unificación de criterios (formación del terapeuta, número de sesiones, etc.). Además no se descarta que el poder de persuasión del terapeuta y la sugestionabilidad de los sujetos jueguen su papel en el éxito de la terapia.

La conclusión personal del ponente es que el mindfulness se basa en técnicas de meditación que se simplificaron en exceso con el fin de que fueran asimilables para el público de Occidente. Es una terapia difusa, controvertida y en la que se mezclan intereses económicos. Tal vez resulte útil en determinadas patologías, pero en la actualidad no se aplica adecuadamente ni con rigor científico.

Persoas con trastorno mental severo sen fogar. Se so sabemos usar o martelo trataremos ás persoas como cravos, ¿está entón a resposta fóra dos servizos de Saúde Mental? Marcos Luengo Castro. Psicólogo Clínico. Hospital Universitario Central Asturias.

En la última charla de las Jornadas Marcos Luengo nos explicó que el sinhogarismo no solo consiste en la carencia de un espacio físico propio, sino que también implica una ruptura en las relaciones sociales y con el pasado. En España se cifra en 40000 las personas que viven en esta situación, de las que entre un 40-50% sufren problemas por consumo de alcohol y otras sustancias, el 30% padecen trastorno mental severo y el 11% están diagnosticados de esquizofrenia. Existen tres subgrupos de personas con sinhogarismo: con problemas económicos, con abuso de alcohol y con problemas de salud mental o física. Pero igual que nos seguimos planteando el inmortal dilema del huevo y la gallina... ¿es una situación social complicada la que favorece el desarrollo de una enfermedad mental o qui-

zás es la persona con trastorno mental grave la que finalmente acaba en la calle? Se consideran factores de vulnerabilidad los acontecimientos traumáticos en etapas previas, la soledad y ausencia de apoyo familiar, el sexo femenino y sufrir algún tipo de discapacidad.

La situación actual y modelo de atención a las personas sin hogar en nuestro país es un modelo en escalera, en el que acceden a diferentes “escalones” que la persona tiene que ir superando hasta conseguir una vivienda: de la calle se pasa a un albergue, del albergue a un alojamiento temporal y después a la vivienda permanente. Es un proceso largo y difícil de superar para todas las personas, que en cualquier momento, pueden volver a la calle. Este modelo de intervención tradicional es especialmente difícil de superar para aquellas personas que tienen adicciones, enfermedades graves y/o discapacidades físicas o intelectuales, por las barreras derivadas de los propios problemas de Salud Mental, del aislamiento social, de la pobreza y de las estructuras y modelos de los servicios.

Algunos datos de la experiencia de Marcos Luengo en el albergue municipal de Avilés son que el 70% presentaban enfermedad grave (28% trastorno mental, 38% adicciones, 34% patología orgánica) y dentro de las intervenciones, el 52% requirió algún tipo de atención sanitaria, siendo el 39% intervenciones de índole administrativa o social.

El ponente nos explicó el modelo estadounidense de “Housing First”, que ofrece a la persona sin techo un hogar individual desde la calle, sin tener que pasar por alojamientos temporales previamente. Este modelo nació en Nueva York de la mano del psicólogo Sam Tsemberis y consiste en facilitar un domicilio permanente acompañado de un apoyo personalizado intenso. La metodología “La vivienda primero” es especialmente adecuada para intervenir con personas sin hogar con enfermedades mentales graves, adicciones y/o discapacidad. Ha ganado apoyo como alternativa a la forma tradicional de intervención, dado que los primeros presentan tasas significativamente más bajas de consumo y abuso de sustancias y son significativamente menos propensos a abandonar su programa, ya que en los países donde se ha aplicado el 85% de las personas no vuelve a la calle. El impacto positivo de este programa contrasta con las dificultades para retener a los pacientes a los que se les da primero el tratamiento para su enfermedad y

evita el incremento del uso de sustancias y la posible recaída. Los principios de este modelo son el alojamiento, el acompañamiento, el compromiso, la separación de la vivienda y los servicios sociales y sanitarios de tratamiento, facilitar la integración en la comunidad y promover la recuperación. Nos presentó datos del programa Hábitat en el que los resultados tras un año mostraron que el 100% mantuvieron la vivienda y el 80% de los usuarios referían una menor sensación de soledad y contar con apoyo. Se identificaron mejoras en las relaciones familiares, beneficios en la salud general, un refuerzo de su seguridad junto con una mayor satisfacción vital (Quality of Life Inventory (QoLI)).

Finalmente Marcos Luengo se mostró crítico con los utópicos programas comunitarios y reflexionó sobre la necesidad de una plena integración de los Servicios Sociales y de Salud Mental y no seguir trabajando como sistemas paralelos. El profesional no debe ver a un enfermo a curar, sino ver y trabajar con una persona y su sufrimiento, sus circunstancias, sus problemas, sus objetivos y sus recursos. Para despedirse nos mostró una imagen de la escultura de Gijón “*La lloca del Rinconín*” o “*La madre del emigrante*”, con la que el autor intentó plasmar el sufrimiento de muchas madres asturianas separadas de sus hijos, que partían a un futuro incierto en busca de una vida mejor... Se podría pasar por delante de ella y pensar que simplemente es una loca, por su pelo revuelto, su vestido andrajoso, sus pies descalzos, ese gesto mirando al mar, con su brazo en alto, demostrando su dolor sin que nada ni nadie le importe... ¿cuántas veces por la calle habremos visto a un loco donde lo que había es una triste historia?

Presentación del libro:
FREUD, UN NUEVO DESPERTAR DE LA HUMANIDAD
de Vilma Coccoz
(Editorial Gredos - Colección ELP)

Javier Peteiro Cartelle

Cualquier presentación de un libro parte, obviamente, de su lectura sosegada y crítica. Esto resulta un tanto difícil para mí al no estar inmerso en el discurso psicoanalítico. Mi perspectiva es de atracción hacia algo muy noble y desde ella intentaré mostrar el valor que para mí personalmente y espero que para muchos más tiene este texto.

Un libro se empieza a leer por su título. Y su título ya da que pensar. Pero iniciaré, en cambio, mi presentación, por el contenido, dejando una breve reflexión sobre el título para el final.

1) A todas luces, parece que el interés de la autora es indirectamente biográfico, haciendo más bien una lectura personal de la obra de Freud que es sostenida por un gran trabajo clínico y reflexivo. Empezando por “La interpretación de los sueños”, vamos viendo cómo los casos más conocidos de Freud son retomados bajo una luz lacaniana, que muestra los felices hallazgos pero también las dificultades con que se fue encontrando Freud en esa interacción entre una clínica y una teoría que fue construyendo y modificando a la par.

Ante eso estamos ahora, ante un Freud retomado y mejorado y la autora nos va mostrando cómo eso ha sido no sólo posible sino necesario. Sería impropio tratar de hacer una síntesis de lo que es análisis. El libro

requiere ser leído, no resumido. Su lectura no es, no puede ser por su propia naturaleza, fácil. Hablar del ser hablante supone un esfuerzo lingüístico considerable y ante ese reto limitante estamos.

Se trata de un libro personal, singular. Y singular será también la lectura que cada cual haga. Y siempre habrá cosas que resuenen de modo particular para cada uno. Por ejemplo, en contraposición a la promesa de cura del trastorno psíquico ofrecida por tantas variantes médicas, psicológicas y hasta paranormales, se nos recuerda que ***“no interesa curar el síntoma rápidamente sino entender la función que tiene para el sujeto”***, a la vez que leemos que ***“algo de la angustia permanece en su función real, sin ser simbolizable”***. Este aspecto me parece especialmente importante porque apunta al reconocimiento de un límite y precisamente en una época en la que esa palabra está tan en desuso. Un psicoanálisis no es una radiografía ni una imagen de resonancia magnética funcional. Algo no decible quedará. Quizá exagerando, esto me hace evocar una afirmación de Thomas Ligotti, según el cual ***“Lo que resulta más siniestro del yo es que nadie ha sido aun capaz de mostrar la menor prueba de su existencia. El yo puede sentirse, pero nunca encontrarse”***. Es probable que el concepto del yo de Ligotti no sea precisamente freudiano, pero él también apunta al límite. Que haya límite no implica que no se intente tocarlo aun cuando no sea posible. Eso también ocurre en la Ciencia. Al final, nos topamos con un real aproximable pero no alcanzable. Si el síntoma no es lo prioritario, si no se cede ante lo que se suele llamar furor sanandi, surge el planteamiento por un atreverse a saber de lo realmente importante, algo que tomará su tiempo.

Otro aspecto que quiero destacar es que el texto habla de amor. No sorprende porque Freud, a quien tantas veces se ha reducido del modo más vulgar, escribió sobre el amor y la muerte, vivió una vida plena y supo morir con dignidad. La autora se confiesa lacaniana y milleriana. Estos días, de modo casual, como suelen ocurrir estas cosas, precisamente en un texto de Jacques-Alain Miller que me llegó por la web redpsicoanalitica.org, se planteaba un interrogante, *¿Qué debe pasar al final del análisis?* La respuesta de Miller es muy clara, o muy oscura, según dónde se esté. Dice que *“Es posible cambiar la condición de amor”*. Parece, pues, que esa sería la gran posibilidad, no concebida a priori, la de una reubicación vital que precisa de

un atrevimiento a saber de uno, de sus determinantes y pulsiones para lograr una perspectiva vital amorosa en el sentido más auténtico del término.

Una curiosa forma de amor es recordada por Vilma. Lo hace en el capítulo dedicado a la joven homosexual. Se trata del amor cortés medieval sobre el que retoma una afirmación de Lacan indicando que *“El amor cortés es una manera muy refinada de suplir la ausencia de relación sexual fingiendo que somos nosotros los que la obstaculizamos”*. Philippe Ariès y Rougemont hicieron sendas historias de la muerte y del amor en Occidente. El sexo y la muerte parecen ser percibidos y tener influencia en nosotros de modo cambiante a lo largo de la historia. Amor cortés, amor romántico, amores de conveniencia, sexo robotizado... En ese mismo capítulo surge una breve afirmación que me parece especialmente interesante. Se dice que en el amor es esencial la dimensión del “no hay”. No sé hasta que punto eso, que parece absurdo, ha sido bien narrado por un amigo de Freud, Stefan Zweig, en su breve relato *“La estrella sobre el bosque”*, en el que se nos muestra un amor imposible del que la amada misma, una condesa, no sabrá. Sólo podrá intuirlo por el supremo regalo de un hermoso jarrón lleno de flores cuidadosamente elegidas por su anónimo admirador, un camarero, que se suicidará arrojándose a las vías del tren en el que ella se aleja para siempre de la ciudad. Un amor imposible pero que, a diferencia del cortés, no impulsa a grandes hazañas caballerescas, sino que se hace letal para quien lo sufre. La falta, lo que no hay, puede crear el ciclo artúrico o no ver otra salida que la propia muerte.

2) Pero vayamos al título del libro. *“Freud. Un despertar de la humanidad”*. Todos los términos están perfectamente elegidos. Hablamos de Freud y hablamos de un despertar, no del despertar. Y es que despertares ha habido alguno más y previo a Freud. Lo fueron el filosófico y el científico. Creo que no sería adecuado atribuir a estos despertares íntimamente relacionados la habitual consideración de un paso del mito al logos. No lo creo porque el mito siempre permanece, lo precisamos por ser simbólicos, porque el lenguaje no agota el ser. Pero sí. Con Freud se dio un despertar, de tal magnitud que suele situársele al lado de otros dos grandes revolucionarios, Copérnico y Darwin. Con Copérnico dejamos de considerarnos el ombligo del Universo. Darwin mostró la importancia

creadora de lo contingente (Stephen Gould lo ilustra crudamente diciendo que sólo somos una ramita del árbol de la evolución). Y Freud abrió las puertas a lo que nos es más ignoto, nosotros mismos, permitiendo que cobre sentido el viejo mandato delfico.

El despertar freudiano no sería factible sin el acontecer de los previos. Freud mismo fue hijo del positivismo científico y también bebió de fuentes filosóficas.

Hay algo que me parece interesante destacar. Freud quiso ser médico pero no inició sus estudios universitarios con disciplinas médicas, sino bebiendo de fuentes humanísticas como le confesó a su amigo Silberstein, según nos cuenta Peter Gay, también citado en el libro de Vilma.

Y esto no sólo es interesante para contextualizar a Freud, que se topó con lo inconsciente tras un largo periplo iniciado en un laboratorio. Me parece que es la vía que deberían seguir los estudiantes de Medicina. Las prisas se pagan. Sería mucho más interesante para ser buen médico saber si uno lo quiere ser realmente y no en función de haber obtenido una buena nota de corte. Y para ello, más que la anatomía o la biología molecular, son prioritarios los contextos humanísticos que enseñan lo que es en realidad la Medicina, mucho más limitada de lo que se nos dice. Un primer año de licenciatura en el que se atendiera a la Literatura, la Filosofía y la Historia de la Medicina, acompañado de prácticas consistentes sólo en visitar enfermos (niños con leucemia, viejos dementes, pacientes oncológicos, psicóticos, etc.) facilitaría saber si uno tiene o no eso tan anticuado y, a la vez, tan importante, llamado vocación, para ya, en el segundo año de licenciatura, ponerse a aprender Medicina si es su deseo.

3) Aunque he intentado hacerlo hasta ahora, quiero finalmente destacar tres elementos por los que considero este libro especialmente importante.

–Aunque no es una biografía de Freud, lo sitúa, recordándonos que ha sido uno de los grandes hombres de la Historia. Lo sitúa releyéndolo, repensando, reanalizando sus casos más conocidos.

–No sólo se refiere al Freud que murió en 1939. Muestra la vigencia de su vasta obra a la que ha contribuido de un modo especialísimo su gran lector Lacan y la vitalidad de la escuela lacaniana. Obras como la que

hoy presentamos sugieren fuertemente que el psicoanálisis no es cosa del pasado, sino actual y floreciente, facilitador del entendimiento no sólo de los analizantes sino de la sociedad en la que estamos inmersos. Si en su día Einstein se dirigió a Freud con la pregunta sobre la guerra, esa y otras muchas cuestiones, bastantes de ellas novedosas por el avance tecnológico, requieren también de la reflexión analítica. Simplificando, podría decirse que el mundo está loco y es bueno mostrar por qué y qué se puede hacer, siempre en el ámbito singular pero que es también por ello, si aceptamos la afirmación aristotélica, ámbito político.

—Es especialmente oportuno en un tiempo en el que se traiciona al conocimiento y se ataca a la libertad. La ciencia o, más bien un lamentable modo de concebirla, facilita su adoración como si de un nuevo dios se tratara. Abundan los nuevos sacerdotes en forma de comités de expertos que no tienen el menor rubor en criticar desde la ignorancia lo que perciben que no es ciencia. Y bien es cierto que el Psicoanálisis no lo es, pero tampoco la Medicina. Estamos viviendo algo muy parecido a una deriva inquisitorial en nuestro propio país que, en vez de fomentar la educación humanística y científica, intenta neutralizar libertades. En nombre de la ciencia, no sólo el psicoanálisis es o será perseguido; en nombre de la ciencia, la ciencia misma ha sido atacada al reducirla a productividad bibliométrica y a una financiación por protocolos, cerceando algo que mencioné antes, el afán de saber que implica la curiosidad y el amor al conocimiento por el conocimiento mismo. Y, sin embargo, es ese conocimiento amoroso del mundo y de nosotros lo que facilitará que la vida prevalezca sobre ese demonio que llevamos incrustado y al que conocemos como pulsión de muerte.

Cosas que tu psiquiatra nunca te dijo

Javier Carreño y Kepa Matilla. Xoroi Edicions

Carlos Rey

Psicólogo Clínico y psicoanalista. Barcelona

Correspondencia: carlosry@copc.cat

LO QUE LOS FOCOS NO ILUMINAN

Se cumplen cuarenta años de la celebración en Barcelona del II Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica, donde su presidente, el Dr. Obiols, marcó la política a seguir: «La Psiquiatría Biológica no aspira a ser una parte de la Psiquiatría, sino Toda la Psiquiatría». No es poco lo que ha conseguido durante todos estos años: copar la Academia y Clínica oficiales; sin embargo, sus méritos no son otros que haberlo conseguido por devenir en una disciplina de poder. En paralelo, son muchas más las psiquiatrías y psicologías que se están desmarcando del reduccionismo biológico como pensamiento único.

Como prueba de que hay conocimiento más allá de los discursos oficiales, se presenta la publicación por Xoroi Edicions de un nuevo libro de su colección La Otra psiquiatría –dirigida por J.M^a. Álvarez y F. Colina– y que lleva por título *Cosas que tu psiquiatra nunca te dijo*. En este trabajo, escrito al alimón por Javier Carreño y Kepa Matilla, no hay puntada sin hilo en beneficio del rigor de las ideas a las que van llegando, tras el estudio de la historia y clínica de las sintomatologías psíquicas. Son ideas li(e)bres. Ideas libres que corren como liebres. Ideas liebres porque corren libres de grasa ideológica y conflictos de intereses extra clínicos. Ideas libres porque son



como liebres: pura fibra para huir veloces de las servidumbres del cientificismo, pues son ideas que van más allá de las guías clínicas oficiales y protocolos de obligado cumplimiento que amordazan el criterio propio de la experiencia clínica. Los autores quieren «mostrar lo que tu psiquiatra no te dice, pero sí publica en las revistas científicas más prestigiosas. Por tanto, solo intentamos acercar a un público más general las conclusiones de dichos trabajos que, precisamente, ponen en cuestión las supuestas certezas y evidencias del campo de la psicopatología».

J. Carreño y K. Matilla sostienen que «la locura y la neurosis son defensas ante la angustia, formas de estar en el mundo, en el lenguaje y la cultura». Posiciones subjetivas, más o menos estables a lo largo de la historia, que manifiestan el malestar inherente a la condición humana. Malestar que ha sido relatado, estudiado e interpretado por tirios y troyanos. Montaigne, por ejemplo: «Entre otras pruebas de nuestra flaqueza, no olvidemos ésta: el ser humano no es capaz, ni siquiera con el deseo, de encontrar lo que necesita; no ya con la posesión sino ni siquiera con la imaginación, podemos ponernos de acuerdo en qué precisamos para darnos por satisfechos». En el capítulo II nos refieren la inconsistencia de los diagnósticos de nuevo cuño –«etiquetas top», escriben los autores– en las que han sido agrupados –con más ideología que teoría/ clínica– las manifestaciones sintomáticas del malestar. En los capítulos III y IV se cuestiona la aplicación de la medicina basada en la evidencia al estudio y tratamiento del padecer subjetivo, cuyo resultado es la ciencia ficción que pretende dar carta de naturaleza a las 500 enfermedades mentales que figuran en el nuevo DSM. En el capítulo V, los autores nos refieren otros posibles diagnósticos más acordes con la fragilidad del ser humano. Y en el capítulo VI se dedican a la elucidación de los tratamientos: los ansiolíticos, los neurolépticos, los antidepresivos, la Terapia Electroconvulsiva y, finalmente, nos hablan sobre la eficacia de las psicoterapias, centrándose en el psicoanálisis por ser la referencia teórica y clínica de los autores.

Rebobinando. De los síntomas históricos que expresan la aflicción consustancial de la vida, nuestros autores destacan la locura, la tristeza y la angustia, y nos refieren cómo su psiquiatrización los ha elevado a la categoría de enfermedades mentales que requieren ser medicalizadas. Dicho y hecho. El remedio, los antidepresivos, por ejemplo, han conseguido llamar depresión a la tristeza, incluso cuando no se supera y ya es melancolía. Otro tanto ha pa-

sado con la angustia que se ha diluido en la ansiedad porque el remedio se llama ansiolítico. Sin embargo, como señalan los autores, la angustia ha sido siempre la protagonista de toda la psicopatología. Se expresa en el cuerpo, en la obsesión, en las fobias, en la anorexia, la bulimia y los suicidios. Cito a los autores: «Es frecuente y conocido desde la antigüedad que enfermedades de la piel como la psoriasis, los eccemas, las dermatitis suelen estar desencadenadas y mantenidas por la angustia. (...) También la piel de dentro, el ectodermo de las mucosas del aparato digestivo o incluso el epitelio de las vías respiratorias son nichos para la angustia. Famosas son las gastritis, las colitis, el asma o el reciente síndrome de colon irritable que florecen con la angustia. Lista a la que podemos añadir las cefaleas, los dolores genitales, los dolores generalizados y las contracturas musculares e incluso la fibromialgia, un dolor absoluto, errante, fluctuante, irregular... ».

Las «etiquetas top», a las que se refieren nuestros autores, son los nuevos nombres de enfermedades mentales o sambenitos que, lejos de estar en la naturaleza del ser humano han salido de la chistera de la ideología biomédica: esquizofrenia, trastorno bipolar, TDAH y la patología dual. Dicen nuestros autores: «La llamada esquizofrenia con la que nos formamos, la de los pacientes crónicos que atendemos desde el principio de nuestra práctica, no es en realidad el verdadero rostro de la locura, sino el rostro de una locura maquillada de neuroleptosis. Una locura barnizada con el colorete de lo colinérgico, los labios de la acatasia y el rímel del aturdimiento. Una locura de un déficit provocado por los cosméticos. Una enfermedad no hereditaria sino adquirida... ».

¿Dónde está la evidencia científica en hacer de cada síntoma y síndrome una enfermedad mental con marcadores biológicos no demostrados? Para argumentar las posibles respuestas, Carreño y Matilla nos dicen que han recurrido a los estudios publicados en las revistas más prestigiosas de las psiquiatrías. «Nuestra sorpresa ha sido mayúscula cuando hemos comprobado que gran parte de las opiniones imperantes en las psiquiatrías, que tanta evidencia habrían encontrado, también atesoran otros tantos estudios que demuestran que dichas opiniones no son más que falacias. Estas son las cosas que tu psiquiatra nunca te dijo, aquellos estudios que ponen en cuestión la ideología vigente». Analizando las escalas, los ensayos clínicos, la supuesta fiabilidad de los diferentes DSM, así como la trastienda de los

consensos entre sus redactores, nuestros autores llegan a la conclusión de que «no podemos decir que los DSM estén sustentados en la evidencia científica (...) En psiquiatría no hay pruebas de laboratorio mediante las que decidir si alguien padece o no un trastorno. Todos los estudios sobre marcadores biológicos han resultado ser una pérdida de recursos y de tiempo. (...) Esto hace que los diagnósticos dependan de juicios subjetivos fácilmente influenciados por diversos grupos de presión».

Respecto de la elucidación de los tratamientos, los autores nos recuerdan que no curan porque no restablecen equilibrio químico alguno, ya que no existen desequilibrios en las causas sino en las consecuencias de paliar los síntomas con dosis de fármakon que no tienen en cuenta la lábil frontera entre remedio y veneno. A esta iatrogenia inicial hay que sumarle la que se deriva de los tratamientos de por vida. Tratamientos que, no simplemente cronifican el malestar sino que ignoran el abc de toda droga: su principio psicoactivo es puntual y a partir de allí cada vez hay que tomar más para sentir cada vez menos. En el decir de los autores: «Los antipsicóticos, incluso los modernos, provocan la misma anormalidad en el cerebro que la droga conocida como polvo de ángel».

Del estudio de los trabajos publicados sobre los neurolépticos, Carreño y Matilla nos refieren que existen muchos mitos en el tratamiento de la locura: el mito de la base biológica de la locura, el mito del desequilibrio químico, el mito de la evolución deficitaria, el mito de que los antipsicóticos facilitaron el vaciado de los manicomios cuando es a la inversa, el mito de la eficacia de los antipsicóticos, el mito de la medicación a largo plazo. Después de la lectura de lo que sus autores llaman «la verdad de los efectos secundarios», se evidencia que hay un mayor conocimiento de las nefastas consecuencias de los remedios que de sus causas, pues los efectos biológicos negativos de los psicofármacos son un hecho comprobado y comprobable, es decir, un hecho científico; mientras que la causalidad biológica de la psicopatología sigue sin serlo. A lo sumo es una expectativa de la medicina basada en mitos con la que se pretende vender la piel del oso antes de cazarlo.

«Como resume Bentall, –escriben los autores– si los antipsicóticos producen gravísimos efectos secundarios, si a muchos pacientes con un primer episodio les va bien sin medicación, si otros tantos no responden a ella a

pesar de que se aumente y si los pacientes que la toman durante años se han vuelto mas sensibles al estrés, ¿por qué los servicios psiquiátricos modernos siguen teniendo tanta fe en los antipsicóticos? (...) Los clínicos deberían valorar la utilidad del efecto sedativo de los neurolépticos en determinadas circunstancias, limitar su uso en el tiempo y, sin duda, explorar el camino de la psicoterapia y la cura por la palabra».

Sobre los antidepresivos, y al hilo de las investigaciones analizadas, nuestros autores llegan a la evidencia de que hay dos hechos incontestables: no hay pruebas científicas de que el síndrome depresivo se deba a ningún estado deficitario y, por lo tanto su medicalización no restablece el equilibrio químico sino que lo altera, «abriendo la posibilidad de un enorme efecto rebote tras la retirada del fármaco», y no como recaída del paciente por desadherirse del remedio que no es tal, pues su efectividad es equivalente al placebo e inferior a la psicoterapia. «Pero además, –cito a los autores– al ser drogas activas, tienen una serie de efectos secundarios un tanto desagradables como la tensión, la extrañeza, la agitación y la inquietud que pueden llevar a un sujeto a cometer actos violentos como el suicidio o el homicidio». En paralelo, la medicalización sine die del síndrome depresivo, está generando un nuevo problema de salud pública al hacerse refractario al tratamiento, más cíclico y, por lo tanto, crónico.

Puestos a ficcionar un manual que refleje la realidad de los nuevos problemas psiquiátricos, los autores consideran que bien podría escribirse un «Manual xenodiagnóstico de trastornos en homo sapiens», con un importante subgrupo: «Trastornos debidos al consumo de psicofármacos en humanos». Un trastorno grave sería «la neuroleptofrenia. Es decir, un cuadro abigarrado de psicosis crónica, distonías, discinesias, aumento de peso, bradipsiquia y apatía fruto del mantenimiento sine die de tratamientos neurolépticos y el trato institucionalizado». En segundo lugar figuraría el «trastorno mundo benzo», basado en «problemas de memoria, abulia, torpeza y sedación... ». Además de las benzodiacepinas también entrarían en este trastorno «los antidepresivos más sedantes participando en el cortejo sintomático con una suerte de anorgasmia, disfunción de la libido y anestesia afectiva». Un subgrupo podría denominarse «benzo en abuelas. Una pléyade de caídas, deterioro cognitivo, torpezas, fracturas de cadena, agitaciones y alucinaciones se han cebado con

los mayores siendo en ocasiones peor el remedio que la enfermedad. (...) En tercer lugar, la extraña proliferación de desórdenes afectivos unidos a tratamientos. Se podría llamar el trastorno tripolar, ya que por encima de la clásica división manía-depresión ha sobrevenido sobre la especie humana cuadros de cicladores rápidos, reacciones maníacas, cuadros mixtos e intentos de suicidio extemporáneos quizás cebados por antidepresivos, litio y sus combinaciones a veces enloquecidas». Como dijo Abel Novoa desde la plataforma NoGracias: «La biomedicina se ha convertido en un enorme fracaso social y en un problema de salud pública».

De perdidos al río podría ser el subtítulo del capítulo que los autores dedican a estudiar las posiciones a favor y en contra de la Terapia Electroconvulsiva. Resulta paradigmático que oficialmente se diga que la química es efectiva pero que si no lo es se pruebe con la seguridad y efectividad de la física. Máxime cuando «muchos de los promotores de la TEC tienen vínculos económicos con empresas que fabrican estas máquinas». Después de la investigación realizada, nuestros autores concluyen diciendo: «Nos cuesta trabajo comprender cómo en la actualidad, en la mayoría de los hospitales, al menos en nuestro país, se sigue aplicando con gran entusiasmo. Está claro que siempre se aduce un criterio pragmático basado en la experiencia práctica de quienes la utilizan: “cuando nada funciona con determinadas personas, la TEC produce efectos extraordinarios”. Sin duda, hemos mostrado cómo la pérdida de memoria y la deshumanización gracias al daño cerebral que provoca, parece ser la responsable de que uno se olvide incluso hasta del dolor que le produce la existencia. Por eso, resulta sorprendente que con estos datos encima de la mesa se siga pensando que puede ser mínimamente beneficiosa».

A la hora de medir la eficacia de las psicoterapias, y en especial la del psicoanálisis, hay que tener en cuenta dos preliminares. Uno: la metodología científica aplicable a un fármaco no tiene tan fácil traslación a las terapias de la palabra. La subjetividad es de cada cual y no tiene cabida en las escalas, los ensayos y las mediciones. Dos, y en el caso concreto del psicoanálisis, ¿cómo compararlo con los tratamientos biomédico-congnitivos-conductuales, si no parte ni comparte con ellos que la eficacia clínica se acote a la eliminación sistemática de los síntomas? Sin embargo, nuestros autores aportan los estudios que demuestran la eficacia del psicoanálisis en el tra-

tamiento de todo tipo de síntomas psíquicos, incluida la psicosis. Al tiempo que desmontan las críticas de que es un tratamiento caro y largo: «El NIMH, por ejemplo, comprobó que si bien la medicación y dos tipos de terapia breve resultaban beneficiosos, con el paso del tiempo ese beneficio iba decreciendo», mientras que el psicoanálisis es eficaz a largo plazo. «Cuando se ha comparado la psicoterapia psicoanalítica a largo plazo con el psicoanálisis, se ha descubierto que la primera producía mejores resultados tras tres años mientras que el segundo mostraba ser superior después de cinco años de seguimiento. (...) El trabajo que se realiza sesión tras sesión suma para que en un futuro las cosas que le puedan ocurrir al sujeto las viva de otra manera». El trabajo requiere tiempo, pero no porque el tiempo lo cure todo, sino porque toda cura necesita tiempo. Y en nuestro quehacer psi ese tiempo, por excelencia, es el tiempo de elaboración.

En sus palabras finales, Carreño y Matilla nos dicen que esperan que su libro quede «como un informe en minoría que junto a otros trabajos pueda ir configurando una opinión mayoritaria para la construcción de una disciplina más humana y sensata». Teniendo en cuenta la muy extensa bibliografía de la que han tomado los hilos argumentales para construir, puntada a puntada, un discurso propio, bien puede decirse que ni están solos ni en minoría, ya que, por nombrar a los más críticos con lo que los focos no iluminan, les acompañan D. Healy, J. Read, L.R. Moshier, R.P. Bentall, J. Moncrieff, S. Timimi, G. Berrios, R. Whitaker, P.C. Gotzsche, J. Friedberg, P.R. Breggin, H. Sackeim, R. Warner, I. Kirdch, etc., así como a los que reconocen como sus maestros: Chus Gómez, J.M. Álvarez y F. Colina. Y como dicen éstos dos últimos en el prólogo de este libro, «son cada vez más los estudios que denuncian la falacia del discurso cientificista en el terreno psi. Todos sus principales apoyos son cuestionados y se cimbrean más de lo previsto: unos denuncian el artificio de las clasificaciones internacionales, otros la turbiedad de las investigaciones neurobiológicas y la mayoría ponen en entredicho la prometida eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos y cognitivos».

Alberto Manguel, en su ensayo *La ciudad de las palabras. Mentiras políticas, verdades literarias*, nos anima «a seguir el consejo de Kafka de aspirar sin poseer, de construir sin trepar a la cima: es decir, de saber sin exigir la posesión exclusiva del conocimiento. Quizá seamos todavía capaces de tales cosas».

Do Quiqui bar... a Castromil

Francisco Macías
Edicións Positivas. 2017

Rubén Touriño

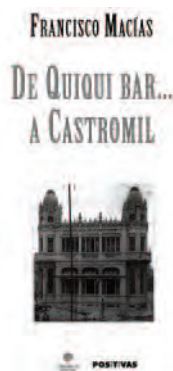
UN GPS BAIXO TRANFERENCIA

Merquei este libro á saída dunha entrevista de traballo. Foi aquel un encontro cru, coma o sushi, pero desprovisto de semblantes, nada de palillos chineses na mesa, sobre o que días despois se daría a coñecer a resolución: “non apto”.

Ese enunciado negativo situado na boca dun outro, tornárase nun poder dicir non a unha estrada baleira de marcas de desexo, o que xunto con outras continxencias, algún bandazo inevitable e baixo a cobertura da transferencia permitiu localizar ó xeito dos GPS as muxicas das balizas do desexo, inda que ora o vento non empuxa moito e parece que esmorecen, ora escorregan en canto un se achega e marchan cara outro lado, como se alguén anduvera a mover os marcos! mais en calquera caso sinalando un camiño. Vamos, que ás veces unha negativa permite afirmar o que un non quere.

Hai algo da crudeza e do desexo nas notas de Francisco Macías. Tal vez por unha e outra cousa me fixei neste libro á saída daquela entrevista.

Freud tiña interese nos restos arqueolóxicos e nalgún momento pensounos como un modo de aprehender a lóxica do inconsciente ó xeito das ruínas sobre as cales se van engandindo outras construcións, mais finalmente advertindo a inadecuación da comparación: o tempo do inconsciente, non é o tempo arqueolóxico (1). En calquera caso, poden considerarse as ruínas como un texto a ler que contén as marcas do que se perdeu, do que xa non está nin



estará; marcas dunha satisfacción que como aquilo que as causou non se recuperara, pero o seu efecto persiste e transmítese na memoria.

Non son as ruínas sepultadas o que este libro nos ofrece, senón outro tipo de pegadas ó xeito das mnémicas as que se refería Freud apuntando sen sabelo os desenvolvementos posteriores da lingüística: as pegadas significantes.

“Lembrar e, xa de paso, saber máis para así coñecer mellor Compostela” é un dos fíos que propón o autor para a lectura da obra. E lembrar, en palabras de Claude Lanzmann, supón un auténtico traballo: “a memoria non xurde soa, ten que se construír” (2).

No traballo que nos ocupa, trátase da memoria dun edificio dos anos 20 mais demolido no 75, “que naceu como Quiqui Bar e acabou sendo coñecido como Edificio Castromil”, no lugar que actualmente ocupa a Praza de Galicia.

Uns promotores que frecuentaron París, un café onde se instalou a primeira porta xiratoria da capital e onde as mulleres podían entrar soas a tomar o aperitivo ou o té da tarde, o modernismo, a chegada dos aires do jazz; a construción dun aparcadoiro subterráneo, o ensanche, os arquitectos, o concello, ... son algúns dos personaxes que participan nesta obra.

Pero o que me resulta verdadeiramente destacable en canto coido continúa remitindo á época actual, non son xa os apuntes sobre a biografía dos promotores e donos que acompañaron ó edificio durante a súa vida, senón o percorrido polas respostas e os argumentos que se artellaron para opoñerse ó derribo e a posibilidade de manobra co poder municipal cando este se presentou tamén un tanto cru, como aquilo que remitía ó inicio desta reseña, sen outro semblante mais quizabes ante as decisións descarnadas de quen o ostenta.

Sorprendente neste ámbito o manifesto firmado por decenas de arquitectos españois contrarios ó derribo e a favor da súa conservación, chegando incluso a iniciarse un expediente para a declaración como monumento de interese artístico nacional; a presentación do “primeiro proxecto arquitectónico redactado completamente en galego” no que se propoñía un uso cidadán do espacio a debate destacando a capacidade para acoller unha biblioteca, hemeroteca,

salas de exposicións, auditorio... e todo esto máis de dúas décadas previas ó inicio das obras da chamada 'Cidade da Cultura', como se esta xa non tivera cabida na urbe actual igual que moitos dos seus habitantes e houbera de mudarse a unha cidade dormitorio ó lado dunha autoestrada... interpretando o moderno como tirar co vello.

Nun artigo publicado na prensa no ano da demolición, a propósito da recensión dun libro sobre a obra de Rafael González Villar (arquitecto do Edificio), Carlos Casares apuntaba o seguinte, case tan demoledor como o derribo que acontecería naquel 1975:

“(...) obra que a piqueta vai reducir pronto a nada, nun alarde máis de despotismo e de soberbia. A este paso, sexan cales sexan os méritos e o valor do edificio condenado, aquí non quedará mais que a mostra dunha época que ha ser considerada como un exemplo claro de mediocridade e de barbarie. O que se leva feito, o que se está facendo e o que aínda se ha facer co patrimonio artístico de Galicia e co seu espacio urbano resulta xa un peso coutante que vai empequenecer demasiado a habilidade futura dun país que non necesitaba de moitos esforzos para continuar sendo un lugar fermoso e agradable para vivir. ... En poucas creacións de Galicia da postguerra aparece máis evidente a deserción da burguesía galega, o seu comportamento colonial e o raquitismo das súas pautas culturais miméticas”.

Gusto de pensar que é unha certa pesquisa do desexo a que percorre este traballo de Paco Macías, o que sitúa unha certa posición ética, na que se gaña e se perde, mais sen a trampa canalla coma se un nunca se xogara nada; partida ética esa na que non resulta doado estar á altura.

Barcelona, xullo 2018.

NOTAS

1. Laurent, E. “Ciudades psicoanalíticas”. *Virtualia* N° 8, xuño-xullo 2003, p. 2-10.
<http://virtualia.eol.org.ar/008/default.asp?notas/elaurent-01.html>
2. Vicente, A. (6 de julio de 2018). Muere Claude Lanzmann, cineasta de la memoria. *EL País*. Recuperado de: <https://bit.ly/2MRU7Su>

El Caso Anne

Gustavo Dessal

Interzona editora. Buenos Aires. 2018

Xaqueline Estévez

El Caso Anne es un libro que te golpea, golpea mediante sus palabras.

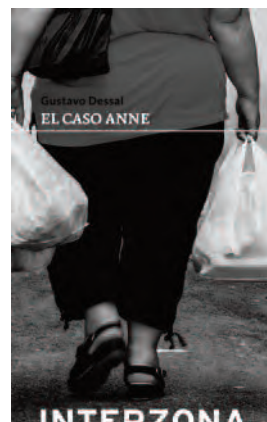
Esto es lo que también hace el Dr. Palmer a través de su terapia, un psicoanalista que trabaja en Estados Unidos con pacientes mentalmente muy graves y que se han visto de una u otra manera implicados en procesos judiciales. Así, llegan a él en búsqueda de algún avance, derivados por su íntimo compañero y amigo (ya añoso y a punto de jubilarse), el juez Delucca.

Esta es la trama, quizás lo que menos importa, aunque el vehículo espléndido para mantener la intriga de querer devorarlo, motor conductor de un pasaje por las profundidades humanas.

Se trata del último libro de Gustavo Dessal, un autor al que no conocía previamente pero que tras leer su libro, crees ya conocer o acercarte un poquito. Eso es lo que pasa con un buen libro, que te sumerge con lo que importa y te engancha al mundo, a las personas o personajes que has creado y con los que has mantenido una relación imaginaria a través de la literatura. Esa potente herramienta que sobre todo nos conecta con nosotros mismos y con los demás.

No es una lectura oscura. No. Es un libro que invita a la reflexión y que te da luz. Pero habla de atrocidades.

Como decía al principio, no se trata de un golpe inmediato o inesperadamente



incómodo, es un golpe que se va presentando de forma progresiva y que se va digiriendo a medida que avanzas en la lectura. Esos son los buenos golpes, los que tardan, pero perduran. Y digo golpe, en toda la calidad de la palabra. Implacable, agudo, demoledor, penetrante, que alcanza las profundidades de lo que realmente importa, que te llega al alma. Así es como se expresa, sentencia sin tapujos. Pero con elegancia y delicadeza, porque si no, no llegas. Lo hace de forma que en ocasiones se te oprime el pecho y sabes que lo que estás leyendo te es difícil, trágico y terrible. Pero es una opresión en el pecho que avisa de hacia donde se está dirigiendo. Y no por ello, un golpe mortal. Si no que más allá de lo aparentemente imaginado, uno inmediatamente se da cuenta de que por ahí van los tiros, por totalmente lo contrario, el golpe se dirige hacia un halo de vida máxima, de esperanza y de reivindicación hacia lo majestuoso que es esto de vivir. Con toda su tragedia más inmundada de lo humano y con todo su esplendor.

Y ese es el precio que hay que pagar para subir a ese tren.

En esto radica el libro, en esta dualidad continua en la que parece sostenido esto de la existencia y la realidad. Ni más ni menos. Doloroso, mucho, pero vital. Quizás solo de la tragedia aparece lo más bello y singular.

Creo que ese es uno de los mensajes para mí más importantes. Se acerca a lo que importa, aquello que da mucho miedo y de lo que nos gustaría inicialmente escapar, porque pincha, pero que una vez mantenida la dificultad, se descubre lo bueno.

La sorprendente combinación entre lo atroz y lo curativo.

Comencé leyendo el libro por encomienda, mis propósitos iniciales eran más bien académicos, pero me encontré al poco doblando páginas de frases que me gustaban inmensamente. Hasta que ridiculamente casi tenía la mitad del libro doblado, disfrutando de la lectura. Soy una psiquiatra joven, aun con poca experiencia y sabiendo que me quedan muchas cosas por aprender. Quizás por ello, el tema me interesa más, porque habla de la locura y encuentras paralelismos. Te desengrana y disecciona las emociones y la forma de proceder de la locura con una lucidez casi total. Pero también habla de la vida. Más bien, habla de la vida, con toda su vertiente más grotesca, y utiliza como vector la locura.

Me interesó especialmente el estilo de la presentación. Es un estilo peculiar. Entremezcla personas, reflexiones, lugares, tiempos, conversaciones y diálogos, sin previo aviso, sin guiones, en las que en las mismas líneas, a veces, no sabes bien quien está hablando. Esto merece atención y concentración. A veces te descolocas y piensas que te has perdido. Es muy interesante y muy apetecible. Supongo que tiene una intención, la de descolocarte, la de tener que volver a encontrarte. Símil de la propia ingeniería mental, que vomita pensamientos y emociones de forma singular y humana. Un poco como el guión de la vida, que te coge de forma imprevista y lo tienes que ubicar.

Supongo también que es una potente forma de mantenerte enganchado. Porque sí, engancha, y quieres saber más de lo que les pasa a sus personajes.

Los protagonistas son Anne, la paciente y el Dr. Palmer.

Anne suponemos que es la de la portada, otra cosa que me gusta. Uno piensa en sus elucubraciones más inmediatas, solamente por la imagen claro está (y en el mundo en el que vivimos concluimos cada vez más a través únicamente de la imagen) que se va a adentrar en el mundo de una mujer obesa con muchas bolsas de comida y sus dificultades, por ejemplo. Pero no, nada más allá de lo aparente. Ese es el intringulis. No nos debemos quedar nunca en lo aparente. Este dice, pero no dice nada.

Anne debe ser esa mujer, que a la mitad del libro ella misma describe algo así como que la locura es como un guión que no está escrito bien, como cuando vas a la compra y tratas de comprar algo que quedó omitido en la lista y tratas de adivinar eternamente qué podrá ser. Anne está sumergida en las profundidades del delirio y la paranoia tras una vida de mucho sufrimiento, y no por ello o por ello, manifiesta una lucidez implacable y una lógica rígida e insalvable.

Por otro lado está el Dr. Palmer. De forma totalmente abrupta se intercalan sus reflexiones más filosóficas y existenciales en medio de la terapia con Anne, como si de una excusa se tratase o de un continuum indisoluble de lo mismo en diferentes versiones.

Entre los dos se establece una especie de simbiosis, en el que cada uno bebe de lo que necesita del otro, en sinergia.

En eso también radica el libro, en dignificar y reivindicar lo espléndido de la locura. En eso, y en el oficio del terapeuta. Te va desvelando pistas e ingredientes del proceder de hacer terapia. Algo que también reivindica. Eso, y su desprecio hacia el capitalismo feroz, que margina lo humano, pero a la vez justifica cualquier “locura de normalidad”.

Ese es el otro protagonista, el tiempo y su moda, donde se encuentran los dos protagonistas ubicados. El Dr. Palmer es un nostálgico, alguien con experiencia que echa de menos lo pasado y teme por el futuro. Lo reivindica también.

Toda una declaración de intenciones de la vida, presentada como una novela excelentemente intrigante, articulada y atractiva.

Hablemos de la locura

José María Álvarez. Xoroi Edicions

Carlos Rey

POR UNA CLÍNICA DE LA LOCURA

Hablemos de la locura es el nuevo texto de José María Álvarez y el séptimo título de la colección *La Otra psiquiatría*, editado por Xoroi Edicions y con prólogo de Fernando Colina. Si en su anterior libro: *Estudios de psicología patológica*, Álvarez nos decía que «la inercia de la retórica de las enfermedades mentales es tan potente que conviene combatirla rebajando la densidad y el poder de los términos que emplea», en las palabras previas del libro que se presenta nos dice que hablemos de *locura* no de *enfermedad mental*, pues aunque *psicosis*, *locura* y *enfermedad mental* remiten a un referente común, tenemos que tomar partido a favor del término que menos perjudique a quien la padece, pues como cita el autor el decir de un paciente: «bastante tengo con estar loco, como para aguantar además que me llamen enfermo mental».

Varios son los motivos que nuestro autor esgrime para que nos posicionemos a favor del término *locura*, como por ejemplo: «que no hay *locura* sin razón ni razón sin *locura*»; que la *locura* –como la razón– siempre es parcial porque ambas: *locura* y *cordura*, forman parte de la condición humana en una proporción variable que depende en y de cada sujeto, pues no hay *pathos* sin *ethos*, es decir, sin responsabilidad subjetiva en la elección de la *locura* como remedio de lo peor, ya que «la *locura* es ante todo una defensa necesaria para sobrevivir».

Hablemos de la locura, escribe Álvarez, para mantener vivo el interés por el



estudio de la locura ayudados de la historia, la epistemología y la clínica del día a día. Clínica no tan polarizada como el pensamiento binario sobre el que se ha construido la psicopatología. Clínica en diálogo y transferencia con el loco que nos permite saber sobre la lógica y la función del delirio. Lógica del contrabalanceo del loco dentro de su locura y la función estabilizadora de su delirio. Casos como el de Schreber, Wagner y Aimée le sirven al autor para mostrarnos con nitidez «ese movimiento que parte de la maldad del Otro y se dirige hacia la asunción de una misión por parte del sujeto».

Las diferentes posiciones subjetivas del sujeto no pueden ser consideradas enfermedades mentales, alegando un determinismo neuroquímico y genético inexistente. En palabras del nuestro autor: «se necesita mucha osadía para explicar cómo una alteración de la química cerebral hace a aquel loco oír tal palabra y no otra, o a ese fóbico angustiarse ante las cucarachas y no ante las culebras»; o para publicar perlas científicas (ver la revista digital Sanitaria) como estas: «Vinculan la placenta con el desarrollo de la esquizofrenia y el TDAH (...) Revelan 50 regiones del genoma implicados en el desarrollo de esquizofrenia». Por mucho que insista la *invidencia* científica, la realidad clínica es más tozuda y evidencia que los sambenitos psiquiátrico-psicológicos no se basan en el código genético de los pacientes sino en su *código postal*.

En resumen y como dice Álvarez: «Solo a condición de considerarla un oxímoron, la expresión “enfermedades mentales” puede usarse de forma cabal». Ídem de ídem para lo que diantres signifique *salud mental*. Sigamos pues, hablando de la locura, tal y como hace nuestro entorno cultural, aunque nuestro lenguaje esté excesivamente medicalizado y sea más bio, menos psico y menos social. En este sentido, dice Colina en prólogo de este libro: «Es lamentable, pero es un síntoma revelador de lo que está sucediendo, que hasta la Real Academia de la Lengua se permita una definición de la palabra *esquizofrenia* realmente tendenciosa.(...) En vez de definirnos la palabra, como es su cometido, nos da una lección más propia de un manual que de un diccionario de la lengua. Y encima lo hace recurriendo a los antojos más gratuitos sobre la enfermedad, como son sostener que es propia de la pubertad, que genera demencia y que es incurable».

Mejor sigamos hablado de locura como lo hace la filosofía, la literatura y el decir de los pacientes; o como nos propone Álvarez: de la relación entre la locura, la libertad y la creación; de la lógica y función del delirio: del caso

Wagner, el impuro; de Aimée, la elegida; de las fronteras de la locura o de si son tan antagónicas la neurosis y la psicosis; de la locura normalizada; y finalmente, del trato con el loco y el tratamiento de la locura.

LOCURA, LIBERTAD Y CREACIÓN.

Álvarez sintetiza las divergencias y convergencias entre locura y libertad en lo dicho por Henri Ey, para quien el loco es un enfermo privado de libertad – y nunca mejor dicho –, mientras que para Lacan «el loco es el hombre libre», aunque su decisión de serlo sea insondable. Epicuro, Spinoza y Freud son para nuestro autor pensadores que «se decantan hacia el determinismo pero que a la vez salvaguardan un espacio irreductible a la capacidad de decisión, es decir, a la subjetividad». María Zambrano lo dijo así: «Las circunstancias no fuerzan sino al que ya ha elegido». La aportación de Álvarez a esta cuestión viene de la mano de F. Colina. Juntos y por separado hace ya veinte años que empezaron a pensar «los cambios de posición subjetiva o cambios que el loco realiza dentro de los tres polos esenciales de la psicosis. (...) Esta aportación no despeja por completo “la insondable decisión del ser”, pero ilumina la presencia de un sujeto en la locura, un sujeto al que se le pueden seguir los pasos de sus decididos movimientos en busca de equilibrio». Y cita como ejemplo el caso Schreber en el que se puede seguir su paso de la melancolía a la esquizofrenia, después a la paranoia y de nuevo a la esquizofrenia. Para las espaldas plateadas de la psiquiatría biológica y la psicología que le da coba, se trataría de alguien que tiene tres enfermedades: depresión mayor, esquizofrenia y trastorno de ideas delirantes. Para Colina y Álvarez implica que el loco «es capaz de decidir y elegir, al menos un poco, sea para bien o para mal. (...) Bien es cierto que quien elige eso, a menudo es para escapar de algo peor».

Sobre las relaciones entre la locura y la creación, nuestro autor repasa a quienes nos han precedido y encuentra pensadores que destacan la relación positiva entre ambos términos. Séneca, por ejemplo: «No hay gran fuerza imaginativa sin mezcla de locura». Así lo dijo Zaratustra: «Hay que llevar verdaderamente el caos dentro de sí para poder engendrar una estrella danzarina». La visión negativa estaría representada por las especulaciones de Cesare Lombroso, para quien el genio es un enfermo, un degenerado genéticamente tarado; sin más. Y una tercera visión considera que «no se puede estar loco y al mismo tiempo ser un creador, y menos aún un genio». Álvarez considera

que «el tormento anima a la creación» y se alinea con lo dicho por Colina en su potente trabajo de investigación: *Locas letras (Variaciones sobre la locura de escribir)* donde evoca la función de la escritura como *pharmakon*. Y nuestro autor concluye diciendo que, aunque ignoramos la quintaesencia de la creación, conocemos la capacidad creativa del loco, sea a través de la escritura, el delirio o de lo que sea, y que más allá de su valor estético la creación tiene una función equilibrante para el loco.

LÓGICA Y FUNCIÓN DEL DELIRIO

«Nuestra clínica está ligada a las buenas preguntas», nos dice Álvarez. Y a las que nos propuso en su anterior libro antes citado: «de *qué* sufre/goza (síntoma); *cómo* y *dónde* se manifestó (coyuntura, contexto y trama); por *qué* sufre/goza de eso y no de otra cosa (elección del síntoma conforme a la historia subjetiva); para *qué* le sirve ese síntoma del que se queja y goza (función)»; en esta ocasión añade una nueva para guiar nuestra escucha: «*cómo* se explica el paciente lo que le sucede». Para saber de la lógica y función del delirio, nuestro autor retoma la pregunta que se hizo Achille Foville y su posterior debate: *¿por qué muchos perseguidos se vuelven megalómanos?* La respuesta que se da Foville en forma de silogismo: *si me persiguen es porque soy alguien importante*, no está a la altura de la hondura de la pregunta, nos dice Álvarez, quien añade: «no se trata de una mera transformación del tema del delirio, como proponía Foville y discutieron Garnier y Séglas, entre otros. Lo que pretendo mostrar es que la invención delirante puede proporcionar un cambio de la posición del sujeto, es decir, el paso de un estado pasivo de objeto de goce de la maldad del Otro a un estado activo en el que asume una misión, a menudo salvadora». Para nuestro autor «la persecución y la megalomanía corresponden a esos dos extremos del columpio que representa el polo paranoico de la psicosis», cuyo contrabalanceo puede suponer una mejoría si el cambio de posición subjetiva es más sufrible. Fue Freud, nos dice Álvarez al analizar su interpretación del caso Schreber, quien confió en los efectos terapéuticos del delirio, «cuando la locura dejaba de ser una afrenta y se convertía en una misión»; y lo hizo pensando a contracorriente de lo que se sostenía en su tiempo: «el mal pronóstico derivado de la expansión del delirio y la incurabilidad de la paranoia». Y es que, como dice Carl E. Schorske en *Viena fin-de-Siècle*, Freud «comenzó separando los fenómenos psíquicos de los amarres anatómicos a los que la ciencia de su época los había atado».

Veinte años después de lo escrito en el prólogo del libro *El caso Wagner*, de Robert Gaupp, y de las vueltas de tuerca que le dio en *Estudios sobre la psicosis* y otros textos, Álvarez vuelve con nuevos argumentos para mostrarnos «la mixtura melancólico-paranoica del caso». Hasta ahora, nuestro autor había destacado la importancia de que Gaupp defendiera la paranoia de Wagner, porque la existencia clínica de «formas delirantes que sobrevienen a consecuencia de avatares vitales, que pueden comprenderse, tratarse y algunas hasta curarse», cuestiona la transformación de la locura tradicional en enfermedades mentales. Del análisis de los escritos donde Wagner plasmó sus experiencias, Álvarez evidencia que éstas «oscilan entre las autoacusaciones (melancolía) y las autorreferencias (paranoia)». Esta locura sin elaboración delirante es la que hace de Wagner una persona aparentemente *normal*, antes y después de su paso al acto criminal. Necesitó años para construirse el delirio de que el escritor Franz Wefel le plagiaba. Que éste fuera judío y que en esos años se apostara por la pureza de la raza, sin duda ayudó a que Wagner se hiciera con un delirio paranoico a la medida de su impureza melancólica, que Álvarez sitúa en la impureza de sus pulsiones y la impureza del dialecto suabo familiar. Luchar contra la judaización de la literatura alemana y a favor de la pureza de la lengua alemana le supuso una misión redentora y una mejoría. Para nuestro autor, el caso Wagner nos enseña además: «que toda locura discurre sobre las negras aguas de la melancolía. Y de este fondo turbio e inerte, el sujeto trata de emerger braceando hacia la esquizofrenia o hacia la paranoia».

Con respecto a Aimée, la elegida, también por Lacan para elaborar su tesis doctoral sobre la paranoia de autocastigo, Álvarez va más allá, lo vuelve a analizar y lo interpreta siguiendo el esquema anterior, es decir: la parte ruidosa de la locura corresponde al contrabalanceo de la persecución: «quieren matar a mi hijo» a la megalomanía: «una misión que suaviza la verdad insoportable propia del axioma delirante».

De la otra parte de la locura no ruidosa por silenciosa, discreta, no desencadenada, ordinaria, o como le gusta decir a nuestro autor: locura normalizada, nos hablará en el capítulo VIII para recordarnos que sigue siendo un proyecto de investigación, y que por lo tanto, en ausencia de una semiología clínica que permita un diagnóstico diferencial, hemos de ser cautos a la hora de decantarnos por la locura, justamente cuanto más se acerca a la normalidad. Mejor reconocer los límites de nuestro saber que forzar diagnósticos y fronteras.

FRONTERAS DE LA LOCURA

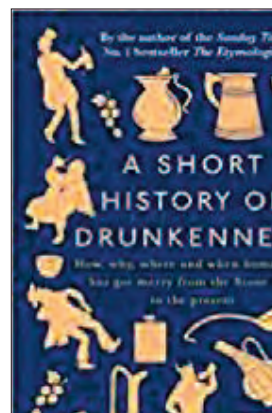
Se/nos pregunta nuestro autor si la neurosis y la psicosis son tan antagonistas como nuestra percepción binaria de la realidad. Parece ser que el saber sobre el pathos se ha edificado sobre «pares antitéticos propios del pensamiento binario. (...) De los antiguos binarios como locura general-locura parcial, manía-melancolía, agudo-crónico, hemos pasado a neurosis-psicosis, neurosis de transferencia-neurosis narcisistas, histeria-obsesión, paranoia-esquizofrenia, etc. (...) La inercia de esta modalidad de elaboración ha contribuido a concebir como pares opuestos ciertas realidades clínicas que, aun siendo diferentes no son antagónicas». ¿Acaso todo lo que no es blando es negro? La cuestión es que seguimos sometidos al pensamiento binario: cordura-locura, cuando solo admitimos un sí o un no a la pregunta de si alguien está loco, aun y cuando, según el experimento de Rosenhan, no sabemos distinguir a los cuerdos de los locos, como lo demuestra que los diagnósticos sean estadísticos y no clínicos, y a resultas de que el binomio cordura versus locura dio paso a cordura versus enfermedades mentales, al negar la existencia de las locuras parciales. En paralelo, Freud construyó con términos ya existentes, aunque redefiniéndolos, el binomio neurosis-psicosis. «En el ámbito de la neurosis –dice Álvarez– se ha consolidado hasta el presente, sobre todo en el mundo psicoanalítico, el antagonismo entre histeria y la obsesión; y en el de la psicosis, la disparidad se establece entre las locuras de la razón (paranoia-esquizofrenia) y las del humor (melancolía-manía)». Para nuestro autor la diferenciación entre neurosis y psicosis «debe mantenerse y perfeccionarse, puesto que este binomio es preferible a la inclusión de un tercer elemento y preferible también al corrimiento arbitrario de la frontera, movimiento al que se recurre cuando el oxímoron de la locura normal amenaza con echar por tierra el edificio. (...) Sin embargo, aún siendo partidario de mantener la frontera artificial que separa la cordura de la locura, o la neurosis de la psicosis, no lo soy de establecer dentro de ellas barreras infranqueables». Sin duda, la concepción unitaria de la psicosis y la neurosis permite escuchar los pasos de quien se mueve en busca de su equilibrio y no tomar por opuesto lo meramente disímil.

Como se lee, queda mucho por saber. Mejor seguir hablando, escribiendo y debatiendo sobre la locura, es decir: sobre nuestra compleja, plural y mestiza condición humana.

***A SHORT HISTORY OF DRUNKENNESS:
How, why, where and when the humankind has got
merry from the Stone Age to the present.***

Mark Forsyth. Penguin Random House. 2017

S.L.C.



A Mark Forsyth, nacido en Londres en 1977, le gustan los diccionarios desde que le regalaron una ejemplar del *Oxford Dictionary* en su bautizo, un regalo prematuro o un bautizo tardío hay que suponer. De ese regalo, dice, le viene su afición a las palabras que hicieron que su libro *The Etymological Dictionary* fuera número 1 en ventas o que su breve charla en Ted.com *What's a snollygoster*¹ tenga más de medio millón de visitas. En esa charla, cuenta Forsyth los curiosos avatares del título de Presidente con el que Georges Washington fue honrado, palabra que por entonces designaba a todo aquel que presidiera una reunión que podía ser de vecinos o a un capataz. Presidente, es ahora el título del jefe de gobierno de la nación más poderosa del mundo y el de otras tantas menos poderosas que lo imitaron por lo que Forsyth piensa que, aunque los políticos procuran elegir con cuidado sus palabras para darle forma al mundo con ellas, es la realidad quien cambia a las palabras más que estas a ella.

Su familiaridad con los diccionarios no impide (más bien alienta) que la prosa de este libro sea a veces vulgar por su frecuente recurso al *slang*. Es

¹ *Snollygoster*: político deshonesto.

probable, no las conté, que utilice más de veinte palabras diferentes para referirse a la embriaguez, la mayoría tomadas del habla coloquial, lo que exige la consulta de diccionarios no habituales. El recurso a ese tipo de expresiones para hacer ameno un libro no suele conseguir lo pretendido. Vulgariza el texto sin hacerlo más legible pero, ese es, al parecer, el estilo del autor y ese estilo sitúa el libro en un lugar que, por el interés de lo que trata, su amenidad e información, no es el suyo. Algo parecido ocurre con su humor, terreno en el que sus ocasionales excesos no siempre son acertados. Con esas advertencias por delante lo que cuenta Forsyth es a veces sorprendente, a veces inquietante y casi siempre, interesante.

Deben ser muy pocas las culturas que no conozcan la embriaguez y Forsyth las recorre sino todas, casi todas². En sus páginas iniciales hay algunos avisos. Reconoce no saber lo que es la embriaguez (*dos gin-tonics alteran sus reflejos; una docena le impiden permanecer de pie; un número indeterminado, que no deseo investigar, lo matarán*); algunos de los efectos del alcohol no son producidos por el alcohol (*si usted viene de una cultura donde se supone que el alcohol lo volverá agresivo, usted se volverá agresivo; si viene de una cultura donde el alcohol se supone que lo hará religioso, será religioso*; a igual cantidad de gramos de alcohol su conducta variará dependiendo de la clase de bebida que esté tomando (*los ingleses se vuelven agresivos después de unas pintas de cerveza; si beben vino, que está asociado con sofisticación o pijaería, se volverá recatado y urbano. Por eso tenemos patanes agresivos por cerveza pero no vándalos por vermut ni polemistas por Campari*). Es, esta última, creo, una afirmación discutible.

Un mono aullador que vive en una isla de Panamá tiene el hábito de la embriaguez. Come los frutos caídos de una palmera del género *astrocaryum* que al fermentar en el suelo producen alcohol en abundancia. La dosis habitual de estos aulladores equivaldría en los humanos a beber dos botellas de vino en media hora con resultados muy parecidos. A la musaraña arbórea de Malasia que se alimenta también de frutos muy maduros de las palmeras con alto contenido alcohólico, la evolución la ha dotado de una increíble tolerancia al alcohol. Puede beber el equivalente a nueve vasos de vino sin problema alguno. En el laboratorio, las ratas a las que se les su-

2 Los norteamericanos y los australianos nativos no bebían pero sus colonizadores, sí.

ministra alcohol lo beben pero con una curiosa característica. Las colonias de ratas tienen un macho alfa dominante. Este macho, es abstemio. Solo beben las ratas de menor estatus lo que sugiere algunas ideas para aplicar al mundo de los humanos.

Forsyth piensa que los hombres están diseñados para beber y adopta para explicarlo la *Teoría del Mono Borracho*³ de Robert Dudley que no es compartida por muchos biólogos que proponen como hipótesis más probable que el consumo de alcohol entre humanos tiene una antigüedad de apenas 9.000 años y está vinculado al comienzo de la agricultura. Dudley piensa que hace millones de años, cuando nuestros ancestros bajaron de los árboles, descubrieron que en el suelo había muchos frutos muy maduros llenos de azúcar y alcohol. El olor del alcohol era la pista que llevaba a la fruta pero podía ocurrir que el homínido se encontrara con cantidades de frutas que no podría comer de una vez. El alcohol estimula una neurona especial del hipotálamo, la AgRP⁴ que es la misma que se activa cuando estamos muy hambrientos, así que el alcohol de la fruta madura hacía que nuestros antepasados se sintieran hambrientos y siguieran comiendo sin sentirse saciados y almacenaran esas excesivas calorías en forma de grasa que quemarían después en época de escasez. Es el *efecto aperitivo* del alcohol que se produce incluso cuando se inyecta por vía intravenosa. Evolutivamente no era una solución perfecta ya que dejaba indefenso al homínido embriagado ante los predadores. La mutación posterior ocurrida hace 10 millones de años que activó la alcohol-dehidrogenasa hepática nos permitió a nuestros ancestros metabolizar el alcohol diez veces más rápido mejorando sus posibilidades de sobrevivir. En términos evolutivos, disfrutamos del alcohol porque es la recompensa por consumir las calorías que almacenamos como grasa que ayudarán a nuestra supervivencia pero nuestros antepasados bebían socialmente porque los protegía de los depredadores: *un borracho sólo, es presa fácil para un tigre de dientes de sable; ante veinte humanos borrachos un hambriento tigre de dientes de sable se lo pensará dos veces...*

Desde esos tiempos prehistóricos los humanos no dejaron nunca de beber.

3 Teoría propuesta por Robert Dudley en *The Drunken Monkey: Why We Drink and Abuse Alcohol*, University of California Press. 2014.

4 Proteína r-agouti. Neuropéptido de 132 aminoácidos.

Bebían y se emborrachaban los sumerios y los babilónicos (cerveza); bebían los egipcios que tenían su Fiesta de la Borrachera en honor de la diosa Hathor a la que el dios Ra había encargado matar a multitudes de egipcios para después arrepentirse y detener las matanzas engañando a la diosa llenando los campos de cerveza teñida de rojo que la diosa bebió pensando que era sangre. Borracha, se durmió olvidando la misión encargada por Ra.

Bebían vino los griegos que rebajaban con agua (dos o tres partes de agua por una de vino) lo que igualaba los grados de alcohol del vino a los de la cerveza. Los griegos sabían que el vino podía ser peligroso y su mitología acogía a un dios, Dionisio, que rodeado de animales y de ménades despedazaba a quien no aceptase su divinidad o fuese abstemio. Ese poder del vino, capaz de convertir en bestias a hombres y mujeres, los hizo “filosofar” y diseñar un modo de beber más o menos controlado: el *symposium*. Era una reunión de hombres dirigida por un symposiarca que decidía la dilución del vino, los temas de conversación y el número de obligadas libaciones. Platón en el *Symposium*, también Jenofonte, dedicaron obras a esta reunión ritual. Platón decía que quien beba mucho y se comporte bien es un hombre ideal porque muestra auto-control incluso en esa situación y añadía que, si bebemos con él y vemos que controla sobre sí mismo, podemos confiar en él en cualquier circunstancia lo que, añade Forsyth, nos lleva a una lógica conclusión: *no se puede confiar en un abstemio*.

Los romanos de los primeros tiempos republicanos se afeitaban, llevaban el pelo corto, eran militaristas y despreciaban a los barbudos y hedónicos griegos y a su aprecio por el vino. Había tres cosas malas para estos romanos: la noche, las mujeres y el vino, así que cuando un griego en 186 a.C introdujo el culto a Dionisio entre las mujeres, el Senado persiguió a sus seguidores de manera brutal deteniendo a 7.000 personas de las que muchas fueron ejecutadas. Cuando años después los romanos tuvieron su imperio, las cosas cambiaron de manera radical. El dinero que llegaba a Roma desde los lugares más apartados del imperio trajo con él la corrupción y la ostentación propia de los nuevos ricos. El *convivium*, variante romana del *symposium*, fue un producto de ese imperio. Era menos una oportunidad de conversar, recitar poemas o bailar como hacían los griegos, que una escenificación de jerarquía y dominancia. Los romanos bebían tumbados

en grupos de tres sobre sofás dispuestos alrededor de una gran mesa que tenía una de sus lados libres para que los esclavos depositaran las bandejas y las retirasen. A la izquierda de esa zona libre de la mesa, estaba el anfitrión y su familia; a su izquierda los invitados importantes; a la derecha los invitados sin relevancia o gorriones a los que servía vino de ínfima calidad que debían soportar además las burlas del anfitrión. El vino se rebajaba con agua como los griegos, pero caliente.

En el Antiguo y Nuevo Testamento las referencias al vino no son pocas. Noé, después del diluvio, plantó viñas. Un día se emborrachó y quedó tendido desnudo en su tienda. Su hijo Cam avisó a sus hermanos Sem y Jafé que entraron de espaldas en la tienda y cubrieron con un manto a su padre sin ver su desnudez. Al despertar, Noé maldijo a su hijo Cam y le profetizó que sería esclavo de sus dos hermanos. Después de la destrucción de Sodomá y Gomorra, Lot marchó a vivir con sus hijas en un lugar apartado. Sus hijas preocupadas por no tener maridos que les dieran hijos emborracharon a Lot y yacieron con él cuando estaba inconsciente y tuvieron dos hijos sin que en el Génesis se haga ninguna condena de ese incesto. El *Libro de los Proverbios* es más cauteloso y menos tolerante con el vino y sus posibles consecuencias:

Pendenciero es el vino y tumultuosa la bebida alcohólica. Quienquiera que se entregue a ella no es sabio... a los reyes no conviene beber vino... No mires el vino: ¡qué rojo es!... ¡Cómo centellea en la copa!... ¡Cómo fluye suavemente!... Pero al fin muerde como una serpiente y pica como una víbora. Tu corazón hablará sin ton ni son... Tus ojos verán cosas extrañas...

Juan el Bautista era abstemio como lo eran todos los naziritas (como Sansón) pero Jesús que hace el milagro de transformar el agua en vino en las bodas de Canán y establece la eucaristía en la última cena pidiendo a sus discípulos que bebieran su vino-sangre pudo, quizás, ser un bebedor excesivo pues se ve obligado a defenderse de esa acusación (en Mateo 11; 16-19). Los apóstoles predicaron una religión que exigía beber vino en su liturgia y no siempre los fieles lo hacían con moderación. San Pablo en sus epístolas advierte a los cristianos contra esos excesos. Lo cierto, es que la cristiandad en sus comienzos fue fácilmente caricaturizada por sus enemigos como una secta de borrachos, una versión del culto de Dionisio-Baco

porque desde su nacimiento, la cristiandad no puede ser completamente abstemia. La comunión requiere vino y a donde quiera que fueran los cristianos debían llevar vino con ellos por eso, dice Forsyth, convertir Yorkshire era difícil pero Islandia, una pesadilla.

En mitologías politeístas como la griega, había un dios superior Zeus, y un dios menor del vino, Dionisio, supeditado al superior que controlaba los excesos de su Dios subalterno. Entre los vikingos era su dios supremo, Odín, el borracho al que nadie podía controlar. Odín sólo bebía vino. No comía nada. El vino en las tierras nórdicas era un producto de importación muy caro y su dios supremo no podía beber otra cosa que la bebida inalcanzable para los mortales que debían conformarse con el hidromiel producido por la fermentación de la miel o la cerveza. Los héroes de las sagas beben hidromiel y todo jefe debería tener un espacio especial para agasajar a sus invitados con esa bebida si quería mantener su prestigio aunque era la cerveza la bebida cotidiana.

En la Inglaterra medieval había *Inns*, *Taverns* y *Alehouses*, nombres que hoy persisten casi siempre confundidos. *Inn* es lo que en español sería una posada, una venta o un mesón. Un lugar que da alojamiento para personas con establos para sus caballerías. Era cara, solo al alcance de nobles y gentes con dinero. Servían comidas y bebidas. En las *Taverns* se vendía vino que tenía que ser importado y era caro. Sus clientes eran adinerados. Shakespeare y el doctor Johnson, bebedores de vino, fueron clientes asiduos. Hay más de cien referencias al vino en las obras de Shakespeare y muy pocas a la cerveza. Falstaff bebía *cups of sack*, es decir, vasos de Jerez, no de vino de Canarias o vino añejo como es frecuente que se traduzcan al español esos *cups of sack*. En la época en la que transcurren muchas de las obras de Shakespeare, no se cultivaba vino en Canarias pero sí Jerez que se exportaba a toda Europa. Las *alehouses*, verdaderas antecesoras de los *Pubs*, vendían cerveza que se elaboraba in situ, era barata, duraba tres o cuatro días y era la bebida popular.

Sin que se puedan determinar las causas, Inglaterra y Francia enloquecieron por las bebidas destiladas en la segunda mitad del siglo XVII. Francia por el brandy; Inglaterra por la ginebra que no era otra cosa que alcohol destilado aromatizado por enebro. Había que beber mucha cerveza y gastar bastante

dinero para emborracharse hasta perder la conciencia pero con la ginebra bastaban dos o tres tragos y además era muy barata pues no pagaba impuestos. Cuando los ingleses en 1688 importaron un monarca holandés para gobernar el reino, el nuevo rey, Guillermo III, trajo con él la ginebra que gustaba y bebían los holandeses y los soldados destacados en Europa a los que les proporcionaba una valentía conocida como *dutch courage*. En todas partes había hambre cuando las cosechas eran malas pero no todos sufrían igual. Los granjeros tenían pocos problemas. En años buenos producían grano para todos pero no producían más de lo necesario porque los excedentes, cuando los había, no se vendían. Las malas cosechas subían el precio del grano de modo que los cultivadores ganaban lo mismo con menos trabajo pero el gobierno tenía que afrontar las quejas de los pobres y los motines que eran los que su-



frían la situación. A Guillermo III se le ocurrió que podía destilar los restos de las buenas cosechas y hacer esos destilados muy asequibles a los desfavorecidos en los años de escasez. Eliminó los impuestos y los controles de tal modo que el consumo de ginebra se hizo masivo. Durante sesenta años, de 1690 a 1751, la *Gin Craze*, la ginebra devastó Londres. En 1720 las calles de Londres estaban llenas de borrachos inconscientes y desnudos que habían vendido sus ropas para comprar ginebra. El gobierno ensayó varias medidas legislativas para moderar el consumo pero resultaron fallidas casi todas. Exigía una licencia cara para la venta y los vendedores se hacían clandestinos;

recompensaba a los que denunciaban a los vendedores ilegales, a los llamados *rats*, y los vendedores contrataban matones para perseguir a los chivatos; la norma legal exigía que el chivato tenía que identificar con su nombre al vendedor y estos burlaban la ley sirviendo la ginebra de manera anónima a través de tubos que salían de gatos modelados en las paredes de las casas que servían de aviso a los bebedores. La ginebra fluía por esos tubos cuando se depositaba una moneda en la boca del gato. Nada parecía funcionar para detener la locura de la ginebra hasta que alrededor de 1750 la moda fue desapareciendo no sin que antes Hogarth ilustrara con sus famosos dibujos el Londres del *Gin Craze*. La epidemia había pasado pero, escribe Forsyth, las clases gobernantes se habían asustado de los modos de beber de los desfavorecidos, de sus vidas al margen de las leyes y de sus motines. Su solución fue la deportación a Australia que se pretendía que fuera una colonia seca y sin dinero para así, pensaban los gobernantes, rehabilitar a los deportados y acabar con el crimen. La ingenuidad del proyecto rehabilitador era evidente y su fracaso previsible. El ron, ilegal, se convirtió en la moneda oficial. Gobernadores, soldados, marinos, convictos, propietarios libres... Todos organizaban sus vidas y trabajos alrededor del tráfico y la venta del ron. Todos bebían.

En 1914, en los inicios de la Gran Guerra y años antes de la prohibición americana, el zar Nicolás II prohibió el vodka en Rusia. Era una decisión arriesgada. De un lado, Rusia había perdido varias guerras porque los soldados estaban borrachos. Del otro lado, $\frac{1}{4}$ de los ingresos del estado venían del vodka. No faltan analistas que digan que la revolución soviética triunfó por esas dos razones, la pérdida de los necesarios ingresos para el estado que proporcionaba el vodka y la falta de ese lubricante social que permitía que los rusos no se enteraran de lo que su gobierno hacía con ellos. Lenin mantuvo la prohibición que fue levantada por Stalin en 1925 no se sabe si porque se disponía a hacerle al pueblo cosas todavía peores de las que le habían hecho los zares.

Hay una vieja historia apócrifa que cuenta que en el año 987, Vladimir el Grande, invitó a tres representantes de las grandes religiones para elegir una que conviniera a su pueblo. Rechazó el judaísmo porque los judíos no tenían patria; a los musulmanes porque prohibían el alcohol y los rusos no podían prescindir de ese place así que Rusia sería desde entonces cristiana.

Ivan el Terrible, en 1552 para celebrar la conquista de Tatar en Kazan, nacionalizó todas las tabernas rusas que fueron desde entonces gestionadas por empleados del gobierno. La recaudación por los impuestos era muy elevada y el gobierno alentaba el máximo consumo posible. Cualquiera que promoviera la abstinencia era arrestado. El estado se volvió dependiente de los impuestos del vodka lo que significaba que el estado era dependiente de la dependencia de su pueblo. Pedro el Grande (1672-1725) bebía mucho y obligaba a los demás a beber. Medía dos metros y era muy fuerte pero aun así las cantidades que se le atribuyen parecen muy, muy exageradas: una pinta de vodka y una botella de Jerez con el desayuno y ocho botellas más durante el día. Tenía costumbres bárbaras. En una ocasión pidió que trajeran a su presencia 20 prisioneros y 20 bebidas. Cada vez que bebía una de las 20 copas decapitaba con su espada a un prisionero y animaba al embajador de Prusia, presente en el acto, a que lo acompañase en las decapitaciones.

A los rusos no solo les gusta beber. Les gusta hacer que otros beban y para eso tienen desde hace siglos los brindis que no son como los acostumbrados en otros países (al final de la comida) sino numerosos y antes de las comidas. Stalin convocaba sin previo aviso a los miembros de su gobierno y los obligaba a beber mientras él, se dice, bebía agua. De ese modo incitaba a unos contra los otros y conseguía soltar sus lenguas. Nadie podía rechazar la orden de beber, ni siquiera los aliados extranjeros. El pacto germano soviético de la II Guerra Mundial entre von Ribentropp y Molotov fue celebrado en una cena en la que hubo 22 brindis (obligatorios) antes de que fuese servida la cena.

En 1985 Gorbachov lanzó una campaña contra la alcoholización en Rusia. Habló en la televisión afirmando ante la intervención de un espectador que se quejaba de que las bebidas eran caras, que el alcohol no era una necesidad. Pocos años después no estaba Gorbachov ni estaba el comunismo pero el vodka seguía. Hoy, dice Forsyth irónicamente, todo ha cambiado en Rusia. El consumo medio para cada hombre ruso es de media botella de vodka al día (!) y en 2010 el ministro de finanzas Aleksei Kudrin, anunció que la mejor manera de resolver el problema de las finanzas en Rusia era que la gente fumara más y bebiera más. Todo un programa de salud sin duda.

En 1797 la mayor destilería de Norteamérica producía 11.000 galones de whiskey al año. Su dueño era George Washington. Era un negocio próspero. Entre 1790 y 1830 el consumo de whiskey se dobló. La causa fue la marcha hacia el Oeste. Quienes se atrevían a emprender esa marcha y deseaban disponer de alguna bebida alcohólica, la mayoría, tenían un problema. Un barril de cerveza es pesado, ocupa mucho espacio en el carromato y dura poco tiempo. Un barril de whiskey permite transportar mucho más alcohol y más duradero con el mismo peso así que quien emprendía ese viaje a lo desconocido siempre llevaba un barril de whiskey con él. En el Este se seguía bebiendo principalmente cerveza pero cuanto más se alejaba uno del Este en su camino hacia el Oeste más se encontraba con que la cerveza era remplazada por el whiskey. En contra de lo que se cree el Oeste era rico y los salarios altos. Se tratase de *booms* mineros, de pieles, o de ganado, había hombres con dinero que no tenían donde gastarlo pues no había carreteras, ferrocarriles, jueces ni bares. Las demás ausencias se resolvieron más tarde pero los bares llegaron muy rápido. Al principio fueron tiendas que se asentaban en los poblados de trabajadores que construían el ferrocarril o en los poblados mineros. Después, cuevas, más tarde, edificios, los salones, que sin que se sepa la razón, en sus comienzos tenían falsas fachadas con falsas ventanas que instalaban prefabricadas. Hollywood mitificó estos salones sin que pueda decirse cuanto hay de verdad en sus recreaciones. El mostrador de maderas nobles con una barra de latón al pie y numerosas escupideras (se mascaba tabaco) con un gran espejo detrás se convirtió en tradicional así como las puertas batientes a media altura que no existieron jamás. Estos salones, sin mujeres, podían tolerar algún negro, los indios por ley tenían prohibida la entrada y sin ley ni motivo alguno, a los chinos se les prohibía el acceso por odio. En los salones, se bebía whiskey. Podía beberse cerveza pero con problemas y aunque el tabernero tenía algunas botellas de champán y vino en las estanterías el polvo que las cubría indicaba que eran pura decoración. Son estos salones los que terminada la expansión al Oeste se volverán urbanos y provocarán contra ellos la *Ley Seca*.

En contra de lo que se supone la *Ley Seca* americana, dice Forsyth, funcionó bien. El mito popular dice que la *Prohibición* fue introducida en 1920 por un grupo de mezquinos conservadores a los que no les gustaba el alcohol; que la mayoría de la población acudió inmediatamente a los bares clandes-

tinios en Nueva York donde bebían el doble que antes de la Prohibición; que una de sus consecuencias fue el gansterismo representado por Al Capone y sus ametralladoras; que en 1933 todos se dieron cuenta de la estupidez de la ley y la revocaron y que todo lo anterior es una muestra de la estupidez americana.

Forsyth refuta este mito ya que la Prohibición no fue obra de los conservadores sino un movimiento feminista y progresista que no iba contra el alcohol sino contra el *saloon*. Los hombres gastaban la mayor parte de sus salarios en el salón, volvían a casa borrachos y muy a menudo pegaban a sus mujeres que vivían con miedo y sin los ingresos para mantener el hogar. Las mujeres, sobre todo en el Medio Oeste se organizaron y como aún no tenían derecho al voto ni podían entrar en los salones, territorio exclusivo de los hombres, se manifestaron en las calles y fundaron organizaciones por la templanza. Las mujeres luchaban no contra el alcohol sino contra un patrón de conducta asociado con los hombres y el *saloon*. Antes de la prohibición existían ya muchos estados «secos» y de hecho, en 1913, la mayoría de los norteamericanos vivía bajo algún tipo de prohibición. En 1914, al inicio de la Gran Guerra, se prohibió la destilación ya que era necesario disponer de reservas abundantes de grano lo que favoreció a los partidarios de la Prohibición. En contra estaban además los alemanes con sus saludables cervezas que ahora eran enemigos pero que mantenían la calma porque la prohibición no era contra el alcohol sino contra las borracheras, los salones y la violencia y solo hacía ilegales las bebidas «intoxicantes» que para los cerveceros era el whiskey. El problema fue que la *Volstead Act* que complementaba la ley consideraba «intoxicantes» las bebidas con más de 0,5 % de alcohol y en ese ínfimo nivel entraban también la cerveza y el vino.

La verdad es que el consumo se redujo a la mitad y sobre todo y lo más importante, hizo desaparecer el *saloon*. A los bares ilegales de las grandes ciudades, carentes de tradición y prohibiciones machistas, acudían también las mujeres y los negros y eso fue una victoria de la ley seca. Tampoco es cierto, dice Forsyth, que se multiplicaran los asesinatos. En el Chicago de al Capone había 10,4 asesinatos por armas de fuego por cada 100.000 habitantes. En 2016, había 27,9. Mucho peor fue la corrupción que se hizo tradicional y necesitó años para sino eliminarla, moderarla sensiblemente. La ley seca aportó

un invento que llegó a nuestros días. El alcohol de ínfima calidad y horrible gusto, a veces venenoso, necesitaba una bebida auxiliar que disimulase su sabor. Los cócteles y combinados nacen en ese período. La Coca Cola incrementó sus ventas de manera increíble lo mismo que la tónica o la *ginger ale* pero la industria de la cerveza, el vino y el whiskey desapareció y fueron necesarios muchos años después de la revocación de la ley para que los norteamericanos fuesen capaces de producir bebidas «decentes» y bebedores refinados, pues después de trece años de seca y los años de malos productos que le siguieron nadie recordaba el gusto de una buena cerveza.

En el epílogo escribe Forsyth: *Dondequiera que los humanos hayan vivido se han reunido para intoxicarse. El mundo experimentado en sobria soledad no es y nunca ha sido suficiente. Las drogas, por supuesto, varían pero siempre están ahí.* No hay muchas conclusiones en el epílogo. Hay hombres fuertes que pueden beber y beber y nunca se emborrachan (Sócrates, Confucio, quizás Stalin) y hombres fuertes que estuvieron borrachos todo el tiempo (Pedro el Grande, Alejandro Magno). Bebemos para movernos de un estado al otro, para marcar el fin de la jornada diaria o semanal de trabajo, en las bodas, cumpleaños o en los funerales. Cada vez que bebemos en estas situaciones algo viejo se fue y llega algo nuevo. Bebemos también como un escape pero hay culturas que no beben. Bebemos para huir del aburrimiento pues los humanos nunca se aburren cuando se emborrachan. Willian James lo decía así: *la sobriedad disminuye, discrimina y dice no. La embriaguez expande, une y dice si.* Forsyth añade:

La embriaguez es un cúmulo de contradicciones porque dice «si» a todo: nos hace cantar y dormir, es una prueba de auto-control (griegos) o la fuente de la poesía (nórdicos), es la alegría de los reyes y la causa de su caída, el consuelo de los pobres y la causa de su pobreza, prueba de virilidad y motivo de su pérdida, una peste y un don de los dioses, un asesino y la sangre del Mesías...

Para campañas contra el abuso de alcohol no parece este libro de Forsyth muy útil a pesar de que no elude las consecuencias nocivas de la embriaguez. Para información sobre los usos del beber a lo largo de la historia, para intentar comprender el por qué, quien, cuanto, cuando, como y demás preguntas posibles sobre la embriaguez, tiene su interés.

En fin...

THE CODDLING OF THE AMERICAN MIND:
How good intentions and bad ideas are setting up a generation for failure. Greg Lukianoff and Jonathan Haidt. Penguin Press. 2018.

DEMENCIA DIGITAL:
El peligro de las nuevas tecnologías. Manfred Spitzer. BSA. 2013.

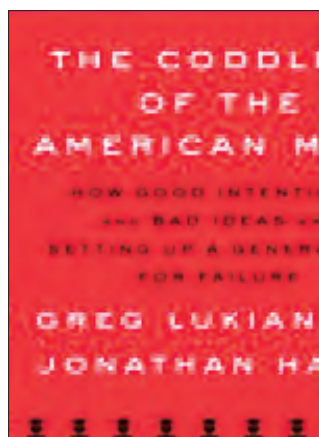
EN DEFENSA DE LA CONVERSACIÓN.
El poder de la conversación en la era digital. Sherry Turkle. Ático de los libros. 2017.

I GEN:
Why today super-connected kids are growing up less rebellious, more tolerant, less happy and completely unprepared for adulthood. Jean Twenge. Atria Books. 2017.

S.L.C.

1. Allen Kay, que fue ingeniero de Apple, dijo hace años que la escuela no podría resolver con el ordenador ninguno de los problemas que no haya sido capaz de resolver sin él. Sus colegas parece que toman en serio su opinión pues mantienen a sus hijos alejados de los dispositivos con acceso a internet el mayor tiempo posible. Los autores de estos cuatro libros comparten, con matices, ideas semejantes sobre el ordenador, los teléfonos inteligentes y la escuela pero añaden otros muchos problemas relacionados con el uso masivo de los «nuevos medios» digitales y advierten de como estos medios están afectando a la vida cotidiana. Nadie niega los beneficios de estas tecnologías que son numerosos, pero las consecuencias no deseadas no lo son menos. Mak Bauerlein, en su libro no reseñado aquí, *The*

dumbest Generations: how the digital age stupefies young americans and jeopardizes our future, (*La generación más tonta: como la era digital vuelve estúpida a la juventud americana y pone en peligro nuestro futuro*), lo avisa ya desde su título apocalíptico, (en la vieja terminología de Umberto Eco), pero ese es más o menos, el tono de todos los otros libros de los que aquí se informa. En una cínica entrevista de 2017, Sean Parker, primer presidente de Facebook, explicaba como diseñaron Facebook para apoderarse del mayor tiempo posible de la atención de los usuarios: *Necesitábamos disponer las cosas de tal manera que usted recibiera un chute de dopamina de vez en cuando*



(y eso ocurría) *porque alguien comentaba que le gustaba la foto, el texto o cualquiera otra cosa que usted colgase. Eso haría que usted añadiera más y más contenidos... y recibiera más comentarios. Ese chute era el «like»*

2. Después del decorativo e innecesario capítulo inicial donde los autores recrean un viaje imaginario actual a la cueva de un sabio griego en el Monte Olimpo, *The coddling of the american mind* anuncia y denuncia las tres peligrosas mentiras, falsedades o no verdades que en los últimos años desde los campus universitarios americanos han colonizado, para mal, buena parte de la sociedad americana y en menor medida, la europea:

1.- La mentira de la fragilidad (*todo lo que no te mata te debilita*) que contradice la antigua sabiduría en los textos de varias culturas; 2.- La mentira del razonamiento emocional (*confía siempre en tus sentimientos*) que se opone a la investigación actual sobre la psicología del bienestar; 3.- La mentira de, nosotros versus ellos (*la vida es una batalla entre buenas y malas personas*) que daña a los individuos y comunidades que la comparten.

El resultado, dice Haidt en una entrevista reciente, *es que muchos jóvenes nacidos después de 1995, los que han ido llegando a las universidades a partir de 2013, son frágiles, hiper-susceptibles y maniqueos. No están preparados para encarar la vida, que es conflicto, ni la democracia, que es debate. Van de cabeza al fracaso... Y además, infelices. A intentar demostrarlo dedican su libro Haidt y y Lukianoff.*

A mediados de los años 90 se encontró que cuatro de cada mil niños americanos eran alérgicos a los cacahuets cuando antes de esa fecha los casos eran muy pocos. En 2008 los casos se habían triplicado y nadie sabía por qué. Los padres y autoridades escolares decidieron prohibir los productos con cacahuete y los frutos secos en las escuelas para prevenir posibles daños a los niños. Era una decisión razonable pero equivocada. Se descubrió que el incremento de niños alérgicos se debía a la protección que padres y maestros había impuesto. Se hizo un estudio con 640 niños menores de cuatro años que presentaban riesgos de desarrollar alergia a los cacahuets en el futuro. Se los dividió en dos grupos, uno sin exposición a los cacahuets y productos derivados, otro, con exposición controlada a los mismos. Al cabo de unos años el 17 % de los niños protegidos eran alérgicos frente al 3% de los expuestos. Era la misma lógica que la de las vacunas. El sistema inmunológico requiere ser expuesto a una serie de bacterias, alimentos o parásitos para desarrollar su capacidad de respuesta a las posibles amenazas y evitar esa exposición lo hace vulnerable, «frágil». Nassim Taleb, en su libro *Antifrágil*, distingue tres tipos de cosas: la porcelana china se rompe fácilmente y no se repara si misma (es frágil); las tazas de plástico no se rompen cuando caen al suelo (son resistentes); un tercer tipo de cosas son anti-frágiles. Requieren desafíos para aprender, adaptarse y crecer y se vuelven rígidas ineficientes y débiles cuando esos desafíos no están presentes. El sistema inmune es así pero también los músculos y huesos que inmóviles pierden su fortaleza o los niños que sin retos en su aprendizaje se volverán frágiles. El viento apaga una vela, dice Taleb, pero aviva un incendio. La sobreprotección paternal y escolar al evitar el contacto con estos desafíos hace lo contrario de lo necesario: *prepara el camino para el niño no el niño para el camino* dice un antiguo consejo pedagógico. La moderna obsesión de sobreproteger a los niños es una de las causas del incremento de depresiones, ansiedad y tendencias suicidas entre los adolescentes.

3. En el siglo XX, la palabra seguridad (*safety*) significaba seguridad física. Las normas y leyes sobre asientos de seguridad para niños en los coches o para hacer juguetes más seguros fueron logros importantes de esa preocupación pero en los inicios del siglo XXI el significado de la palabra seguridad en los campus universitarios comprendía también la seguridad emocional. Era una muestra más del deslizamiento conceptual (*concept creep*) que el psicólogo

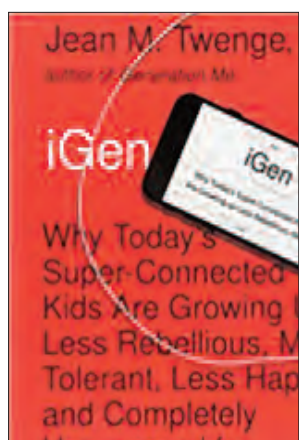
australiano Nick Haslam había estudiado. Conceptos como abuso, acoso, prejuicio o trauma, se habían expandido en dos direcciones desde los años 80: hacia abajo para nombrar situaciones menos severas y, hacia arriba, para abarcar nuevos fenómenos. Trauma, en el DSM III, era un daño causado por una experiencia extraordinaria y terrorífica capaz de producir síntomas de *distress* en cualquier persona y que no debería basarse en *subjective standards*. Guerra, violación o tortura eran «traumas». Divorcios, duelos o enfermedades eran partes normales de la vida, situaciones tristes y dolorosas pero no traumas y las personas en esa situación podían (y lo hacían a menudo) recuperarse sin intervención profesional. De hecho, también lo hacían la mayoría de los que sufrían traumas. A comienzos del nuevo milenio trauma incluía ya un daño físico o emocional y la experiencia subjetiva del daño era criterio suficiente para diagnosticarlo. Trauma, se volvió una palabra de uso común y si ahora alguien informaba de que un acontecimiento personal había sido traumático para él a pesar de que podía ser algo trivial para los demás, era su experiencia subjetiva la que bastaba para confirmarlo. Si la seguridad emocional (definida subjetivamente) se sentía amenazada por una situación (y había multitud de situaciones amenazantes posibles) el remedio era disponer de espacios seguros. Ya no se trataba solo de proteger de posibles acosos, violaciones o agresiones sino también de las ideas subjetivamente perturbadoras que pudiesen ser evocadas por ciertos estímulos o situaciones. Por ejemplo: el estudio de una obra literaria en la que se relataran situaciones que pudiesen evocar antiguos traumas en los estudiantes, y eso podía incluir violaciones, acosos, suicidios, racismo o incluso ideas no compartidas, hizo nacer las *trigger-warmings*, las advertencias previas del contenido de esa obra y al mismo tiempo los espacios seguros (salas con galletas, pompas, mantas y videos de gatos) donde podían refugiarse los que se sintieran perturbados por esos relatos. El problema es que, como sabe cualquier psicólogo, evitar los estímulos relacionados con un trauma es un síntoma del trastorno por stress posttraumático y no su tratamiento que consiste en la exposición repetida y tutelada a los estímulos provocadores hasta que desaparezcan. Haidt y Lukianoff enumeran en su libro las distorsiones cognitivas con las que trabaja la psicoterapia cognitiva y muestran como estas distorsiones están presentes en muchos de estos comportamientos en los campus americanos (no solo americanos).

Las llamadas *microagresiones* y las cancelaciones de conferencias (*desinvitations*) forman parte del mismo cuadro. Una microagresión era en su primera definición, una *brief and commonplace daily verbal, behavioral, or environmental indignities, wheter intentional or unintentional, thath communicate hostile, derogatory or active racial slights and insults toward people of color...* Hoy tiene un significado mucho más amplio que incluye «desaires» que eran triviales no hace mucho. Preguntarle en un campus a cualquiera que no posea rasgos «caucásicos» de ¿dónde eres? es una microagresión y lo es al margen de que la intención de la pregunta haya sido bien intencionada. El problema es que lo no intencionado, por definición, no es agresión, pero el *unintentional* convierte en agresivo incluso, por ejemplo, decirle a un estudiante asiático que «debe ser bueno en matemáticas» o preguntarle como se dice en su lengua nativa alguna palabra. Son preguntas que molestan a algunos asiáticos y a otros no. Incluso decir que «los trabajos deben ser para los más capacitados» puede ser considerado ofensivo aunque en este caso las «discriminaciones positivas» allí donde estén implantadas pueden tener algo que ver. Enseñar a las personas a ver agresiones y ofensas o a sentir emociones negativas en relaciones ambiguas como son las habituales en sociedad, no es, dicen los autores, acertado ni sabio y es también contrario a las metas de una buena psicoterapia y de una saludable vida académica. Lo mismo pasa con los boicots o la exigencia de cancelaciones de conferencias que defiendan puntos de vista alternativos a los de una parte del estudiantado que podrían sentirse perturbados al escuchar ideas que contradicen las suyas.

Haidt, en un artículo anterior que comenta Zugasti en su excelente blog *Libros de Holanda*, analizaba las microagresiones en las universidades anglosajonas, como el paso de una «cultura de la dignidad» a una «cultura de la victimización», una mezcla de cultura de honor y cultura de la dignidad en la que se anima a las personas a responder a las más leves ofensas, tal como ocurre en una cultura de honor pero con una diferencia relevante. En una cultura de honor esas pequeñas ofensas son respondidas por uno mismo con sus propias fuerzas mientras que en esta «cultura de la victimización» no se apela a las propias fuerzas, sino que se busca la ayuda de otros con poder como los gerentes de las universidades, lo que crea, según Haidt, una «dependencia moral» de las víctimas y una hipersensibilidad nunca vista hacia las ofensas: «A medida que se progresa hacia una sociedad más

igual y humana, se necesita una ofensa cada vez más pequeña para desencadenar un alto nivel de indignación».

En esta «cultura de la victimización», resume Zugasti, la más ligera apreciación identificable con un trato no igualitario, en los términos aceptados por el grupo que detenta la moral más virtuosa, puede originar una verdadera persecución ideológica, moral o legal contra los autores de una pretendida ofensa y, añade Zugasti, «me excuso de poner ejemplos pues están al alcance de cualquiera».



4. Para explicar como se llegó a esta situación Haidt y Lukianoff recurren al libro *iGen* de Jean Twenge, una psicóloga social, que llama así, *iGen* (*Internet generation*), a la generación que creció con internet en su teléfono inteligente (desde 1995 hacia adelante). Las generaciones precedentes, la X o los *Millennials*, podían buscar música, películas o informaciones en sus ordenadores pero no existían, o las que existían apenas se usaban, las aplicaciones hoy accesibles en los teléfonos inteligentes que permiten participar en las redes sociales. Twenge es tajante: un motor de búsqueda no cambia las relaciones so-

ciales; las redes sociales, si. *Facebook* y demás aplicaciones no despertaban demasiado interés hasta que en 2007 se hicieron populares los *smartphone*. Desde entonces proliferaron las aplicaciones (*twitter*, *Instagram*, *snapchat*...) y la vida de los adolescentes cambió. Los *iGen* son la primera generación que pasó sus años de formación inmersa en un gigantesco y comercial experimento de medios sociales.

Twenge estudió muchas variables en el comportamiento adolescente. Desde los años 80 hasta el 2012 los cambios eran poco relevantes pero a partir de esa fecha las variables presentaban picos ascendentes y descendentes abruptos. Algunas de las tendencias eran positivas: los *iGen* bebían y fumaban menos, conducían de modo más prudente, se iniciaban sexualmente más tarde y crecían más lentamente. Los 18 años de un *iGen* equivalían por ejemplo, a los 15 años de la generación precedente. Mucho más

protegidos en su infancia que sus predecesores y con mucho menos tiempo libre sin supervisión, los iGen que llegaban a los campus eran mucho más sanos que sus predecesores pero mucho más vulnerables. Twelge encontró que desde 2012 en adelante las tasas de depresión y ansiedad en adolescentes se habían multiplicado sobre todo entre el sexo femenino y para Twenge, después de descartar las numerosas y posibles correlaciones espurias en juego, la causa principal de la crisis en salud mental que comienza en 2011, era la rápida difusión de los teléfonos inteligentes entre los adolescentes. Después de eliminar las posibles correlaciones espurias, Twenge encontró que hay dos actividades que correlacionan con depresión y tendencias suicidas: el uso de dispositivos electrónicos (teléfono, tableta, ordenador) y mirar la televisión. Hay cinco actividades que correlacionan inversamente: los deportes, la asistencia a servicios religiosos, la lectura de libros, las interacciones sociales cara a cara y el trabajo doméstico. La diferencia entre las dos listas es obvia: *pantallas versus no pantallas*.

El estudio de Twenge se basa en el análisis de once millones de encuestados a lo largo de los años por cuatro organismos oficiales, lo que le permitió comparar diferentes generaciones de la misma edad. Se acostumbra a distinguir al menos cuatro de estas generaciones: *Boomers*, nacidos después de la II Guerra Mundial (1946-1964), Generación X (1965-1979), *Millennials* (1980-1994) y los Z o *iGen* (en la terminología de Twelge (1995-2012). Los *iGen* crecieron con un teléfono inteligente en las manos, tenían una página en *Instagram* y *Facebook* antes de llegar al instituto y no podían imaginar un tiempo anterior sin internet¹.

Son diferentes, muy diferentes a las generaciones anteriores. Un adolescente americano de hoy pasa una media de seis horas al día delante de alguna de las pantallas de las que dispone: algo más de dos horas tecleando y recibiendo mensajes, (no hablan por teléfono, «textean» (*texting*); una hora y media con

1 Hace meses le pedí a un amigo profesor de instituto que hiciera un experimento: pedir a sus alumnos que describieran la vida cotidiana de un adolescente de su misma edad en 1955 teniendo en cuenta que no existían los teléfonos móviles, los fijos eran muy escasos, no había televisión ni ordenadores, los viajes eran largos, caros y lentos, etc. Los resultados fueron absolutamente irrelevantes y vagos. Les resultaba muy difícil entender que en ese tiempo los adolescentes se divertían mucho, probablemente mucho más que ellos y lo hacían sin dispositivos electrónicos, sin supervisión y sin tutelas de modo autónomo.

videojuegos, dos horas en internet y media hora en videochats. Hay que añadir una hora más de televisión pero como multitarea ya que al mismo tiempo que ve la televisión consulta su teléfono y envía mensajes. Todo ese tiempo es tiempo de ocio que las generaciones anteriores disfrutaban de otro modo. Los *iGen* no van al cine, no trabajan en el verano, no se reúnen en vivo con sus amigos como hacían muchos adolescentes de las generaciones anteriores. En 1975 la mayoría de los adolescentes leían un libro o una revista todos los días. En 2015 solo lo hace el 16% para los libros (no cuentan los libros de lectura obligatoria en la enseñanza) y apenas el 10 % para las revistas. Los libros son lentos, exigen atención continuada y los *iGen* los encuentran aburridos y eso vale para los *e-book* que después de tener un pequeño ascenso volvieron a niveles mínimos cuando aparecieron los teléfonos inteligentes. Una viñeta, quizás del *New Yorker*, mostraba a un librero entregándole un libro a un *iGen* diciéndole: «Es como un largo mensaje de texto». Hace años corría por Internet un anuncio paródico al que Umberto Eco dedicó uno de sus artículos. El anuncio ofrecía un dispositivo tecnológico *sin hilos, sin batería, sin circuitos eléctricos, sin interruptor, compacto y portátil que puede utilizarse en cualquier parte, compuesto por una secuencia de hojas numeradas de papel reciclable conteniendo cada una de ellas miles de bits de información dotado de un comando «browse» que permite ir hacia adelante y atrás con un simple movimiento y dotado también de una herramienta llamada «dedo índice» que permite encontrar el tema deseado ...* Tal vez presentado así, podría alentar a esta nueva generación a volver a los libros (es dudoso).

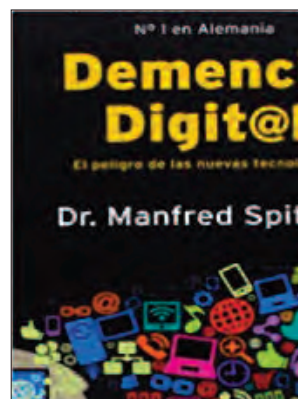
En lo campus americanos (y europeos) las *refutaciones* están siendo substituidas por las *retractaciones*. Ante un determinado artículo o ensayo «perturbador» para algunos alumnos, y esos estímulos perturbaciones pueden ser «cualquier cosa», se exige mediante cartas, manifestaciones o boicots que se sea retirado y borrado de los registros de las revistas ya que la disponibilidad del contenido puede provocar daños a ciertos grupos o personas aunque es habitual que esos daños casi nunca sean nombrados de manera explícita. Haidt, considera que el *sesgo de confirmación*, en su idea el más maligno de los sesgos, (la tendencia a buscar evidencias que confirmen nuestras creencias y evitar las que las puedan desconfirmarlas) es una calamidad. Una universidad cumple su función cuando existe en ella la desconfirmación institucionalizada, es decir, un número equilibrado de profesores que defiendan ideas alternativas pero esa deseable y necesaria diversidad ha seguido el mismo ca-

mino que el de los alumnos. Hasta 2011 la relación entre profesores progresistas y conservadores era de 2.1. Ahora, es de 17 a 1 en algunas disciplinas sociales y solo en economía la ratio es de 4-1.

Los capítulos finales, tal vez los menos interesantes del libro, los dedican Haidt y Lukianoff a las alternativas y «tratamientos» posibles.

5. Manfred Spitzer, psiquiatra, psicólogo, filósofo, autor de un muy interesante libro, *The mind within the net*, es, de los cuatro, el que más se ocupa de las bases cerebrales implicadas en el uso masivo de todo tipo de medios digitales y sus programas y aplicaciones: videojuegos, televisión, tabletas, ordenadores, teléfonos inteligentes, Facebook, twitter...

Desde la primera página su irritación con pedagogos y políticos defensores de estos medios en el aprendizaje escolar es evidente y se propone «defender a sus hijos y a los de los demás», de estos irreflexivos predicadores. No es un ludita y aunque reconoce no tener simpatía por la televisión usa su ordenador, su teléfono y su «maravilloso» GPS habitualmente pero sus temores están en el aprendizaje. Los nacidos antes de Internet que aprendieron y se relacionaron entre ellos cara a cara en su juventud pueden, según Spitzer, utilizar esos dispositivos como utilizaron en su momento el Fax o los ordenadores, como una herramienta auxiliar en su trabajo. No es ese el caso de los nacidos a partir de los años 90 del pasado siglo. Además de las advertencias de Twelge, Haidt y Lukianoff, que comparte, el énfasis de Spitzer está en los posibles efectos adversos sobre el aprendizaje.



Como todos sabemos las neuronas procesan informaciones a través de impulsos eléctricos que terminan en sinapsis. ¿Por qué hay sinapsis? Se pregunta Spitzer. Porque las sinapsis se transforman constantemente dependiendo de si se utilizan o no. Crecen, multiplican sus conexiones y mueren si no son utilizadas. El hipocampo produce de manera constante nuevas neuronas pero estas neuronas nacientes deben conectarse a las demás en redes y solo sobreviven, dice Spitzer, si se las pone a prueba.

Leamos la siguiente lista de palabras:

Arrojar, MARTILLO, iluminar, BROSTAR, correr, SANGRAR, PIEDRA, penar, COCHE, garrapata, AMAR, nube, BEBER, ver, libro, FUEGO, HUESO...

Tres tareas: indicar las mayúsculas y minúsculas; indicar cuales son sustantivos y cuales verbos; indicar las que designan algo animado o inanimado. Las dos primeras son fáciles. La tercera no es difícil pero exige pensarla más. Cuando se hicieron estas pruebas se les pidió a los participantes que recordaran el mayor número de palabras de la lista varios días después. Resultó que cuanto más intensamente se había tenido que reflexionar (la tercera tarea) más palabras se recordaban. Esta tercera tarea exigía más profundidad de procesamiento, mayor número de sinapsis implicadas de ahí que las huellas de memoria quedasen grabadas de modo más eficiente. Identificar palabras en una pizarra digital o formar frases desplazándolas con las manos es mucho menos «profundo» y mucho más superficial en términos de aprendizaje que copiarlas en un papel escribiéndolas. Los dispositivos digitales dejan huellas de memoria superficiales que además se confían a la nube para que las almacene y se sabe desde los tiempos de la Gestalt que las tareas inacabadas, las no almacenadas, son las que mejor se recuerda y de modo más duradero: *Justamente porque los ordenadores nos quitan trabajo mental, los portátiles y las pizarras digitales tan elogiadas... para su utilización en la escuela... no sirven para un aprendizaje de mayor calidad...*

Spitzer es tan reticente como los demás autores reseñados en las consecuencias nocivas de los medios digitales, de Facebook, Twitter, Instagram y otras aplicaciones. Llega a decir que existe el peligro de que Facebook y compañía, a la larga, conduzcan a la atrofia de nuestro cerebro social, a ansiedades, depresiones, soledad, etc. Sus ideas son las mismas que las de Twelge o Haidt pero su énfasis es otro. Utiliza en sus críticas numerosos experimentos y recurre al funcionamiento cerebral para explicarlos. Sus polémicas con el progresista Ministerio de Enseñanza alemán fueron y son continuas y serias y su irritación creciente cuando a sus 400 experimentos citados le responden con dos libros de divulgación de ínfimo nivel: *Quienes propagan la utilización de ordenadores en la infancia no han aportado hasta la fecha ninguna prueba de los beneficios que dicha utilización comporta...* (ni probaron que) *los supuestos beneficios superen a los inconvenientes que si existen*

con certeza. Hace unos años había recurrido también a numerosos trabajos científicos para afirmar en su libro *¡Ojo a la pantalla!*, con idéntica no respuesta ministerial que está demostrado que un grado elevado de violencia en los medios vuelve violentos a los jóvenes

6. El libro de Sherry Turkle, como los demás, es un aviso de los imprevistos peligros que estas nuevas tecnologías esconden bajo su evidente progreso. Es un libro que recoge, cientos, tal vez miles, de entrevistas y encuestas con jóvenes alumnos de institutos y universidades. En 1995, Turkle había publicado un libro, *La vida en la pantalla*, donde analizaba las inmensas posibilidades que aportaban las nuevas tecnologías de la comunicación pero ya en 2006, en una conferencia TED², advertía a los presentes de su error. Turkle, en 1995 aplaudía la llegada de un mundo donde correo, imágenes, noticias y conversaciones, se hacían en la casa con el ordenador mientras que la calle seguía siendo el mismo espacio público y real de siempre. Los teléfonos inteligentes llevaron esas actividades domésticas a las calles. Ahora, conversaciones, correos, imágenes, y demás, están también en no importa que lugar en un fluir sin pausa. Turkle avisa: *Los dispositivos que todos llevamos en el bolsillo tienen tanta fuerza psicológica que no solo cambian lo que hacemos sino que cambian lo que somos*. Ese cambio, y en eso coinciden todos los reseñados, no es bueno o al menos no tenemos datos para asegurar que lo sea como pretenden muchos pedagogos y políticos *modernos* pero poco prudentes.



Es una escena que desde hace años nos es familiar a todos. Cientos de personas caminan por las calles con la cabeza inclinada sobre sus teléfonos en los que reciben o envían mensajes. No hay una parada de autobús en la que los que esperan no saquen sus teléfonos y no veremos ningún grupo de adolescentes en un parque o en un café que no estén inmersos en teletextos, juegos o exploraciones en sus teléfonos. Hoy, a las 9,30 de la mañana,

2 En TED.com. Tienen subtítulos en español.

en la cafetería donde desayunaba, entró un padre con dos hijos de 8-10 años cada uno con su tableta debajo del brazo. Les pidió bollería industrial que los niños comieron sin levantar los ojos de las tabletas mientras tecleaban con una mano y el padre consultaba su teléfono.

Según Sherry Turkle, los dispositivos móviles hoy de uso común, parecen concedernos, como el genio de la lámpara de Aladino, tres deseos: siempre seremos oídos, siempre podremos concentrar nuestra atención en aquello que queramos y nunca estaremos solos. Además, tendremos una recompensa añadida: jamás nos aburriremos.

Las encuestas entre adolescentes americanos, y no hay motivos para suponer que sea muy diferente entre nosotros, inquietan: una cuarta parte se conectan a un dispositivo durante los cinco primeros minutos después de despertar; la mayoría, envían más de cien mensajes de texto al día; el ochenta por ciento duerme con sus teléfonos debajo de la almohada; el cuarenta y cuatro por ciento nunca «desconecta» ni siquiera durante los servicios religiosos o cuando practican deporte... Porcentajes semejantes se pueden leer en los otros libros reseñados

No hace muchos años, el sonido del teléfono de alguno de los asistentes a una reunión interrumpía la conversación. Ahora, es la conversación la que «interrumpe» el flujo de mensajes al menos para muchos adultos no nativos digitales porque para los jóvenes, la «interrupción» no es vivida como tal sino como una nueva conexión y envían y responden con mensajes mientras están ocupados en otras tareas. Estas multitareas, escribe Thurkle, no mejoran su capacidad de hacer varias cosas a la vez sino que incrementan el deseo de hacer varias cosas a la vez.

Entre los usuarios conscientes de que algo no iba bien e intentar mantener un mínimo de conversación aparecieron unos nuevos modos corteses grupales. Por ejemplo: la «regla del tres» establece que en una reunión se puede consultar un mensaje y contestarlo cuando hay al menos tres personas que no lo están haciendo, número mínimo para que la conversación real se mantenga. Los más radicales recurren a la «torre de teléfonos»: en una reunión o en una comida, se ponen todos los teléfonos sin apagar encima de la mesa. Quien conteste, paga la comida. Lo que no sabemos es si después de que alguien no resista y asuma la factura, los demás ya libres de esa «san-

ción» recuperen los mensajes. Un teléfono, incluso apagado, encima de la mesa, convierte cualquier conversación en trivial. Hoy en día, muchos adultos, jóvenes e incluso niños, se angustian sino reciben un flujo constante de estímulos on-line y sacan el teléfono en cuanto tiene un momento de aburrimiento en el que no pasa nada. Este deseo de estar siempre conectados que supuestamente hará que desaparezcan los sentimientos de soledad es engañoso porque la realidad es lo contrario: «Si no somos capaces de estar solos terminaremos llevando vidas más solitarias». El temido aburrimiento, una pausa en el flujo *on line*, está, dice Thurkle, directamente relacionado con la creatividad y la innovación.

Los jóvenes prefieren mayoritariamente los mensajes de texto a la conversación en vivo o telefónica, porque, dicen los encuestados, los mensajes les permiten presentarse como el Yo que quieren ser. La conversación en vivo es imprevisible y peligrosa, «ocurre en tiempo real y no puedes controlar lo que vas a decir». Los mensajes puedes editarlos, modificarlos y enviarlos cuando desees. El resultado es emocionalmente plano y para suavizar esa sequedad emocional aparecieron los emoticones que no suplen la conversación cara a cara. Un «Lo siento» enviado como *whatsapp*s no es una disculpa verdadera. Falta el contacto visual y la réplica en tiempo real imprevisible y «sin editar».

Las antiguas alarmas ante la introducción de la escritura frente a la oralidad de la que advertía Platón, debería hacernos prudentes sobre las consecuencias futuras inducidas por estas nuevas tecnologías que han venido para quedarse. Twelge escribe que el futuro puede ser bueno si las páginas web se complementan con largos pasajes de texto en *e-books* y con toda la información que necesitemos disponible en los ordenadores. No necesitaríamos reciclar papel ni transportar cajas de libros cuando nos mudemos pero puede resultar mal si el resultado es una generación que carece de la paciencia necesaria para estudiar las cosas que importan con profundidad.

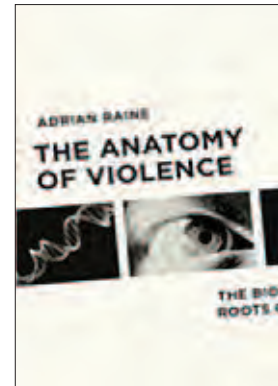
Hace años, un grupo de intelectuales que viajaron a China le preguntaron al Primer Ministro, Chu-En-Lai, que opinaba de la revolución francesa (1789): Chu respondió: *Es demasiado pronto para dar una respuesta...* A fin de cuentas solo habían pasado doscientos años.

No creo que en este caso se necesiten tantos.

THE ANATOMY OF VIOLENCE.
The biological roots of crime.
Adrian Raine. Penguin Books. 2015.

S.L.C.

El estudio científico de la criminología biológica nació en una fría mañana del mes de noviembre de 1871 en Pesaro, en el sur de Italia, cuando el médico militar italiano Cesare Lombroso encontró durante la autopsia de rutina del bandido calabrés Giuseppe Vilella, una anomalía en la base de su cerebro. A partir de este hallazgo y de sus estudios posteriores, Lombroso desarrolló una teoría con dos puntos principales: había una base para pensar que el crimen tenía un origen cerebral y la había también para pensar que los criminales eran un retroceso evolutivo a especies más primitivas, retroceso que podía ser identificado a través de ciertos estigmas atávicos como la frente inclinada o la existencia de un único pliegue palmar. Lombroso, que era un militante socialista, midiendo esos rasgos *atávicos*, estableció una jerarquía evolutiva que situaba a los judíos e italianos del norte en lo más alto y a peruanos, bolivianos e italianos del sur en lo más bajo. Era partidario de la rehabilitación de los criminales pero siguiendo al Próspero de *La Tempestad* de Shakespeare que pensaba de Calibán que, *a devil born devil, upon whose nature nurture can never stick*, era partidario de la pena de muerte en estos casos. Quizás por estas ideas, escribe Raine, el nombre de Lombroso se volvió algo infamante en los anales de la criminología pues sus ideas ayudaron a la expansión de los movimientos eugenésicos y sirvieron de base científica a las leyes anti-judías de Mussolini que invirtieron



la jerarquía de Lombroso al colocar en lo más bajo a los judíos lo que no deja de ser paradójico, pues Lombroso era judío. De modo comprensible, las ideas de Lombroso fueron condenadas y remplazadas en las décadas siguientes por una perspectiva sociológica de la conducta humana, incluyendo el crimen, que es todavía hoy la dominante y que parecía una buena base para orientar el control y el tratamiento de los criminales. Dentro de esa perspectiva, no parecía haber espacio para una contribución biológica y genética pero los avances en genética de la conducta y neuroimagen hicieron nacer la nueva disciplina de la Neurocriminología y cambiaron las cosas hasta tal punto que, hoy, después de décadas (los 70 y 80 del siglo pasado) en las que cualquier investigación biológica de la violencia se consideraba determinista o racista, incluso la «Biblia» de los sociólogos americanos, el *American Social Review* está comenzando a publicar artículos sobre genética molecular en el crimen y la violencia. Para Raine, a pesar de sus tropiezos y de sus ofensivos estereotipos raciales, Lombroso había dado un paso hacia la verdad, afirmación que fue considerada «provocadora» por algún reseñador. La perspectiva sociológica no podía explicar porqué un recién nacido tiene 100 veces más probabilidades de ser asesinado el día de su nacimiento que en cualquier otro día de su vida o porqué la posibilidad de que un padrastro mate a un hijastro es 50 veces más probable que el que lo haga su padre biológico o porqué muchos hombres no solo violan a mujeres extrañas sino a sus propias esposas. Dos psicólogos evolucionistas canadienses, Martin Daly y Margo Wilson, demostraron que existe una relación inversa entre el grado de relación genética y la posibilidad de ser víctima de un homicidio: *Cuanto menos genéticamente relacionados estén dos individuos más probable es que ocurra un homicidio.*

Raine, en este «provocador libro» (como lo describe con razón Paul Bloom y unos cuantos reseñadores más en las citas del prólogo), se mueve en una perspectiva biológica evolucionista «fuerte» pero muy matizada. Hay que buscar las explicaciones de la violencia, dice, en las fuerzas oscuras de nuestro pasado evolutivo pero advierte que la violencia, de ningún modo puede ser explicada solo por la teoría evolucionista y existen explicaciones alternativas igualmente válidas. Para Raine, a la hora de explicar el crimen, los factores sociales son críticos tanto en su interacción con las fuerzas biológicas como en la producción de los cambios biológicos que predisponen a la vio-

lencia y su libro es un intento de demostrar esas interacciones no siempre fáciles de determinar. Los niños criados en un hogar pobre con padres maltratadores y consumidores de drogas comparten también los genes de sus progenitores de modo que saber a que atribuir un comportamiento posterior necesite de investigaciones como, por ejemplo, los estudios de gemelos dados en adopción separados al nacer. Que la tendencia hacia el comportamiento asocial correlacione con daños cerebrales o sea parcialmente heredada es algo aceptado pero algunos de los factores invocados por Raine y varios de sus datos son, cuando menos, sorprendentes y no son fáciles de aceptar.

La correlación entre una baja frecuencia cardíaca y violencia es uno de los aportes de Raine al parecer bien acreditado que por su sencillez no resulta fácil de aceptar. Los conejos agresivos y dominantes como otros mamíferos sociales tienen frecuencias cardíacas más bajas que los dominados pero si se manipula la jerarquía experimentalmente la frecuencia se ajusta a la nueva situación. Los estudios en niños y adolescentes han demostrado que una frecuencia cardíaca baja señala a los niños con probables conductas antisociales futuras. Una baja frecuencia cardíaca en reposo puede explicar solo el 5 % de la variación en la conducta asocial pero, esto, dice Raine, no es una correlación trivial. Es más fuerte que la que vincula el fumar con el cáncer. Al menos cinco estudios prospectivos han confirmado que una baja frecuencia cardíaca en la infancia es un predictor de conducta violenta o criminal posterior y al contrario: una frecuencia alta reduce la posibilidad de esa conducta posterior y estudios de seguimiento de adolescentes antisociales probaron que los únicos que abandonaron esos comportamientos fueron los que tenían frecuencia cardíaca alta. De los 48 predictores de violencia estudiados por David Farrington de la Universidad de Cambridge que incluían numerosos factores sociales y económicos solo dos estaban relacionados con la violencia futura: baja frecuencia cardíaca y falta de concentración. Raine avisa de que en una especialidad como la psiquiatría con muy escasos marcadores disponer de esta correlación al lado de las entrevistas y cuestionarios y demás factores no es para no tenerla presente.

El consumo de pescado es otro de los curiosos factores estudiados por Raine. Japón, Portugal o España, grandes consumidores de pescado, tienen tasas de homicidios muy bajas comparadas con los países poco o casi nada

consumidores, lo que se relaciona con las cantidades de omega-3 de la dieta que abunda en el pescado y tiene un papel relevante en la estructura y funcionamiento neuronal. También la falta de zinc, presente en el pescado, tiene su papel en la posibilidad de conductas violentas.

Otros datos son aun más sorprendentes. Por ejemplo: entre el 5 y el 6% de las mujeres violadas tienen orgasmos durante la violación a pesar de la firme resistencia que oponen y de la situación traumática vivida. Es probable que las cifras sean más altas por la resistencia y vergüenza de las mujeres agredidas a comunicarlo¹. No está claro si Raine incluye no solo las violaciones por desconocidos sino las de «amigos» y las intra-maritales ya que en estos casos la violación acontece en una relación aparentemente atractiva que el hombre convierte en una violación cuando es rechazado. La posibilidad de un embarazo como consecuencia de una violación es de 6,4%, el doble del de una relación sexual normal (3,1%) lo que puede deberse, según Raine, a que los violadores eligen casi siempre mujeres en el pico de su edad fértil. Entre el 10 y el 26% de las mujeres reconocen haber sido violadas durante su matrimonio casi siempre en un contexto de celos en los que la violación pretende ganar una guerra de espermatozoides compitiendo con el del supuesto amante. Se trata de casos, es la idea, no muy aceptada cuando no rechazada por otros investigadores, defendida por psicólogos y biólogos evolucionistas, en los que se busca el éxito reproductivo que en términos evolucionistas es la transmisión de sus genes a la siguiente generación. Los hombres tienen en ese sentido dos estrategias: una, invertir el esfuerzo parental en un pequeño grupo de descendientes a los que se protege y tutela hasta su madurez; otra, diseminar sus genes o más bien su espermatozoides, en la mayor cantidad posible de receptoras de las que no se ocupará en el futuro. Eso exige el engaño pues una vez fertilizadas, la mujer por su largo período de embarazo y crianza, necesitará el soporte de su pareja y no aceptará sin engaño a quien no se comprometa a dárselo. En estudios en varios países se encontró la misma pauta: los hombres soportan peor las sospechas de infidelidad sexual que la infidelidad emocional justamente la pauta contraria que se encuentra en mujeres que soportan peor la infidelidad emocional que la sexual.

1 Raine toma el dato de un artículo que no he podido consultar: Levin R.J & van Berlo (2004), «Sexual arousal and orgasm in subjects who experience forced or non-consensual sexual stimulation». *Journal of Clinical Forensic Medicine*.

En 1994 Raine publicó los resultados del seguimiento de más de 4.000 niños nacidos en 1959 en el Rigshospitale de Copenhage. El estudio intentaba correlacionar las complicaciones obstétricas (uso de fórceps, prolapso cordón umbilical, pre-eclampsia etcétera) y la posibilidad de conducta violenta años después. Un año después del nacimiento los trabajadores sociales entrevistaron a las madres en sus domicilios y les preguntaron tres cosas: ¿Fue un embarazo deseado?; ¿hizo algún intento para abortar durante el embarazo?; ¿entregó el niño por cualquier motivo a una institución durante al menos cuatro meses durante su primer año?. Clasificó entonces a los niños en cuatro grupos según existieran o no complicaciones obstétricas y/o rechazo maternal:

No rechazo maternal	No complicaciones
No rechazo maternal	Complicaciones
Rechazo maternal	No complicaciones
Rechazo maternal	Complicaciones

A los 18 años, el cuarto grupo, rechazo y complicaciones, tenía tres veces más episodios de violencia que los otros tres grupos. Es la hipótesis de *bad birth, bad mother* que fue replicada en estudios posteriores.

En la Biblia, Caín, que asesina a Abel, es condenado a llevar una marca indeleble en su cara, la marca de Caín. La búsqueda de esa marca fue una constante entre los criminólogos de los siglos pasados. Lombroso creyó descubrirla en las señales atávicas, como la existencia de una sola línea palmar en la mano (en lugar de dos), la implantación baja de las orejas, o una fisura en la lengua. Sus señales parecen hoy ridículas pero señales muy parecidas, las *anomalías físicas menores*, han revelado que había algo de verdad en lo que decía. Estas anomalías están asociadas con problemas durante el embarazo y son marcadores de alteraciones en el desarrollo fetal durante el tercer y cuarto mes del embarazo y se han asociado a conductas agresivas con sus pares ya a los tres años. Si esos niños crecen en hogares inestables el riesgo es mucho más elevado.

El mayor tamaño del dedo anular con respecto al índice en los hombres, es una de esas anomalías menores que correlaciona con mayor agresividad tanto social como doméstica. A mayor longitud relativa del anular sobre

el índice mayor agresividad que se atribuye a una exposición a niveles elevados de testosterona en el tercer trimestre del embarazo. La correlación es válida en mujeres si se estudian formas *softer* de agresión como el cotilleo o la exclusión grupal y que los hombres son *warriors* y las mujeres *warriors*. De entre las causas posibles de una mayor exposición a mayores niveles de testosterona en el embarazo se conoce al menos una: la nicotina. El alcohol durante el embarazo causa daños cerebrales peores que los de la nicotina que correlacionan con conducta asocial agresiva en los años posteriores.

Estos dos ejemplos son una muestra de cómo los factores biológicos (complicaciones obstétricas) se combinan con factores sociales (rechazo materno) para aumentar la posibilidad de conductas violentas en la edad adulta. Raine encontró, además, que cuando los dos factores están presentes el riesgo aumenta exponencialmente pero también encontró que un factor social puede moderar o cambiar las relaciones entre biología y violencia. Un buen ambiente familiar puede moderar un daño cerebral que facilita la violencia, de hecho en una de sus investigaciones, Raine encontró que los sujetos violentos estudiados que venían de buenos hogares eran los que mostraban más anomalías cerebrales en los estudios de neuroimagen funcional mientras que esas anomalías eran mucho menos evidentes en los que venían de hogares perturbados. Es lo que Raine llama, *Social-Push Perspective*:

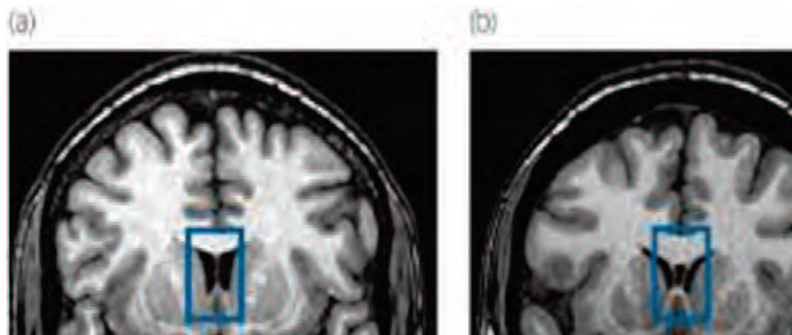
La emergencia de factores genéticos y biológicos para la conducta antisocial en medio de un ambiente familiar benigno es a lo que yo llamo la *Social-Push Hypothesis*. Cuando un niño antisocial carece de factores sociales que lo empujen (*push*) o lo predispongan a una conducta antisocial, entonces, los factores biológicos pueden ser la explicación más probable...

Una perspectiva que, dice Raine, no es común en la investigación a pesar de que sus datos comprobados pueden ayudar a muchas familias que a pesar de sus cuidados no entienden el comportamiento de un hijo rebelde

Los cuatro «Phineas Gage» que Raine pudo estudiar revelan la complejidad de los factores implicados. Gage es un caso famoso en la historia de la neurología. El estallido de un barreno impulsó la barra de hierro con la que estaba siendo introducido en la piedra a través de su cortex prefrontal. Gage cambió su comportamiento. Pasó de ser un hombre pacífico a un comportamiento psicopático con los síntomas habituales de escasa atención, difi-

cultad para mantener la tarea, etc. SPG, el caso español, intentando huir de sus perseguidores durante la guerra civil española en Barcelona, cayó sobre una puerta metálica con clavos. Uno de ellos atravesó su corteza prefrontal medial como en el caso de Gage pero SPG, que tenía una familia con recursos que lo empleó en su fábrica y se casó con su antigua novia, tuvo hijos y no desarrolló como Gage una conducta errática ni psicopática. Su medio familiar que lo protegió y le dio trabajo cambió el pronóstico. X era un psicópata asocial antes de dispararse un tiro en el lóbulo frontal jugando a la ruleta rusa. En su caso no hubo cambios de comportamiento. La hipótesis más reconocida es que el disparo lesionó lo ya lesionado. El cuarto caso, un hombre de conducta antisocial previa a la lesión, se disparó una flecha con una ballesta que lesionó la misma región prefrontal que en los otros tres casos. Sus tendencias agresivas desaparecieron de la noche a la mañana, se volvió un hombre alegre que mostraba cierta puerilidad jocosa inadecuada. La conclusión de Raine es sensata. La cautela es obligada en estos casos. No siempre el daño prefrontal produce conducta antisocial.

Nadie nace malvado, dice Raine, pero hay anomalías en el desarrollo cerebral en algunos casos que están relacionados con conductas antisociales. Es el caso del cavum en el septum pellucidum esa membrana formada por láminas de sustancia gris y blanca que separa los ventrículos laterales cerebrales. Durante el periodo fetal hay un hueco, un cavum entre esas dos capas que al desarrollarse las estructuras límbicas desaparece al ser comprimido por la presión ejercida sobre sus láminas al desarrollarse esas estructuras durante el segundo trimestre del embarazo. La fusión se completa a los tres-seis meses después del nacimiento. Si las estructuras límbicas no se desarrollan normalmente el hueco permanece.



Cavum en la figura B

Raine dedica varios capítulos a la correlación entre los asesinos, los psicópatas y las anomalías estructurales o funcionales de sus cerebros. Randy Kraft, un informático con un C.I de 129, torturó, violó y asesinó a 64 adolescentes y jóvenes entre 1971 y 1983. Fue detenido por azar al cometer una infracción de tráfico y descubrir la policía de carretera que había un cadáver maniatado en el asiento trasero. Kraft atraía a sus víctimas con disculpas varias y las drogaba antes de comenzar sus atrocidades. Después de asesinarlas las tiraba en la carretera. Su vida familiar fue normal en un condado de clase media alta y su escolaridad, normal. Su carrera comenzó después de que hiciera proposiciones homosexuales a un joven que resultó policía que lo denunció.

La mayoría de los asesinos no matan más que una vez. Bustamante, un hombre de conducta normal hasta que sufrió un traumatismo craneal, asesinó de modo impulsivo reactivo a un estímulo provocador a un octogenario que lo sorprendió cuando robaba en su casa. *Kraft, era un asesino en serie capaz de planificación, control, frialdad y engaño. Bustamante, no.* Raine, pudo estudiar con técnicas de neuroimagen a más de 40 de estos asesinos y los clasificó en dos tipos: *violentos proactivos y reactivos*. Los primeros, planean sus actos, rigen sus impulsos de manera controlada en busca de recompensas materiales externas o psicológicas internas. Los reactivos, no planifican, no controlan, Responden con violencia a ofensas reales o supuestas. La neuroimagen (PET) realizada mientras los sujetos realizaban una CPT reveló que su cortex prefrontal funciona de manera muy deficiente en contraste con los seriales en los que la actividad prefrontal es normal pero los dos grupos muestran una actividad exagerada en su sistema límbico.

Un pobre funcionamiento prefrontal reduce el control sobre el sistema límbico, donde se generan las emociones de rabia y cólera, facilita una conducta de riesgo e irresponsabilidad, aumenta la impulsividad, disminuye el autocontrol y la capacidad de inhibir las conductas inapropiadas resultando en un pobre juicio social y resolución de problemas. Estas anomalías predisponen a las personas a conductas violentas. Raine muestra que la correlación violencia-disfunción prefrontal no es un artefacto pero no todos los asesinos presentan esa disfunción. Los dos grupos proactivos y reactivos muestran en la PET una mayor activación en las regiones límbicas pero

no el mismo patrón prefrontal. Los asesinos de sangre fría como Randy, tienen suficientes recursos prefrontales para ejecutar sus agresiones de modo cuidadoso y premeditado manteniendo a raya sus perturbadoras emociones pero, dice Raine, las cosas son más complejas y podemos encontrar patrones PET como los de los asesinos en personas normales y asesinos que no presentan ese patrón. No son las únicas anomalías detectadas en criminales. El *gyrus angularis*, el hipocampo, la amígdala y el cíngulo posterior muestran también patrones anómalos. El cerebro antisocial, dice Raine, es un *patchwork* de sistemas neurales disfuncionales y nosotros solo estamos en el umbral de agrupar las piezas para entenderlo

Es, este de Raine, un libro lleno de datos de todos los campos que estudian la biología de la conducta humana criminal pero que se resiente de la aún borrosa reunión de todos esos datos en una teoría general y de hipótesis atrevidas. No es un reproche pues la complejidad de lo estudiado no permite de momento ese logro. Y sí... Tiene razón Paul Bloom: el libro es provocador y en muchas de sus observaciones nada fácil de aceptar.

Paul Bloom, recuerda en su crítica reseña del libro de Raine², que encontrar marcadores biológicos para el crimen es difícil porque la desgracia tiende a engendrar desgracia y causa y correlación se vuelven casi indistinguibles. Un hijo de padres criminales puede serlo por sus genes o por su crianza en un hogar «criminal» donde todo maltrato es posible. Con estas reticencias Bloom reconoce que no todas sus investigaciones son consistentes pero si lo es que ciertos factores genéticos, neurológicos o fisiológicos lo son. Algunos son obvios: ser hombre es un factor de riesgo pues la mayoría de los crímenes lo cometen hombres lo mismo que ciertos daños cerebrales y datos genéticos. Otros predictores son más sorprendentes como el consumo de pescado o la baja frecuencia cardíaca.

Si el catálogo de datos y teorías puede sorprender las propuestas de tratamiento intranquilizan un tanto. Para Raine tratar las causas físicas implicadas en la violencia (cuando existan tratamientos, claro) es mucho más rápido y eficiente que reparar los complicados factores sociales que contribuyen a la conducta violenta. A la hora de los posibles remedios Raine

2 En The New York Times, 21 de junio de 2013.

enfatisa la prevención temprana con recomendaciones que parecen triviales y forman parte de los consejos médicos habituales aunque no lo sean: evitar daños obstétricos, abstención de fumar y beber en mujeres embarazadas, proporcionar a los hijos una nutrición adecuada no tóxica y por supuesto incrementar hasta donde sea posible el consumo de pescado, pero, y es algo que de nuevo critica Bloom... ¿Que hacer en los casos ya avanzados en los que ya no es posible aplicar esas medidas?

Raine asegura que nunca es demasiado tarde para aplicar sus medidas preventivas, pero es menos claro cuando se trata de responder a la pregunta de Bloom, pero sí tiene propuestas, más bien, profecías para el futuro. En 2034 ya conoceremos las bases biológicas y genéticas de la violencia y también sus correlaciones con los factores sociales y tratamientos que permitirán reparar las proteínas anómalas responsables. Es el momento de aplicar el programa *Legal Offensive on Murder: Brain Research Operation for the Screening of Offenders* —es decir, el Programa Lombroso— y en una segunda fase, en 2049, con más conocimientos y experiencia, una especie de *Minority Report* (Raine lo escribe literalmente así) en el que en un futuro próximo además de tomar todas las medidas preventivas ya enumeradas a todos nos harán un scanner cerebral estructural y funcional y una determinación de ADN en el que se identificarán todos los genes de riesgo. Para Raine un programa así solo sería posible si se dispone de tratamientos que puedan resolver la conducta violenta que él considera un Trastorno Clínico. Si esos tratamientos existen, la justicia retributiva, tal como hoy la conocemos, no tendría sentido. Los que puntúen alto en la escala Lombroso, serán custodiados en lugares confortables abiertos a visitas y tratados con esos nuevos medios terapéuticos hasta que se pueda devolver a los potenciales criminales de nuevo a la sociedad. Aquí el futuro programa de Raine hace saltar varias alarmas éticas y jurídicas de las que él mismo es consciente. Los psiquiatras nazis de los que informa el libro de Edith Seffer reseñado aquí, daban razones muy parecidas basadas en los aún muy escasos conocimientos del tiempo... y a pesar de ello, los llevaron a cabo.

La analogía que propone, crimen como cáncer, está en la base de sus propuestas, ya que los dos, crimen y cáncer, resultan de una combinación de genes y ambiente y del mismo modo que hay medicamentos que pueden

modificar las alteraciones epigenéticas que cuentan en el cáncer, en el futuro se podrá disponer de medicamentos que hagan lo mismo con la conducta violenta. La analogía según Bloom, es errónea ya que el cáncer es algo que puede ser eliminado del mundo pero la violencia es parte de la naturaleza humana que compartimos con otros animales que evolucionó para castigo, defensa y predación.

Raine, dice Bloom, parece consciente de estos problemas ya que en su libro describe el caso de un hombre que creció con muchos de los factores de riesgo para volverse violento en años posteriores que él enumera. Complicaciones obstétricas, déficit de vitaminas en la infancia, baja frecuencia cardíaca en reposo, anomalías cerebrales en el scan cerebral del tipo de las observadas en un asesino en serie, etc. Parecía predestinado a convertirse en un criminal violento pero el resultado fue un científico llamado Adrian Raine.

En fin. Un libro «provocador» sin duda.

ASPERGER 'S CHILDREN:
The origins of autism in nazi Vienna.
Edith Seffer. Center Point. 2018.

IN A DIFFERENT KEY.
John Donovan and Caren Zucker. Penguin Books. 2017.

NEUROTribES.
The legacy of autism and the future of neurodiversity.
Avery. 2015.¹

S.L.C.

1. En los últimos años se publicaron tres libros sobre el autismo y los psiquiatras y psicólogos que lo definieron clínicamente, intentaron buscar sus causas y tratarlo: *In a Different Key*, de John Donovan and Caren Zucker, *NeuroTribes* de Steve Silberman y *Asperger's children: The origins of autism in nazi Vienna* de Edith Seffer.

Los tres cuentan con énfasis diversos, una historia germano-americana en la que profesionales judíos alemanes exiliados a Estados Unidos y psiquiatras nazis tuvieron comportamientos en los que convivieron la maldad, los errores de no menos malignas consecuencias y los aciertos y bondades. Como no podía ser de otro modo, Leo Kanner y Hans Asperger ocupan un papel relevante en los tres libros en los que son juzgados de manera diferente por cada autor pero son muchos más los psiquiatras, psicólogos, políticos, eugenistas y autistas y sus familias los que son citados por su contribución a la historia del autismo. Esa historia, en sus inicios, sea cual sea el libro, no es edificante.

En una reseña reciente combativamente titulada «Desnazificando el DSM», Andrew Scull, autor entre otros libros de *Madness in civilisation*, escribe a propósito de las relaciones de Asperger con los nazis:

1 Hay traducción española: *Una tribu propia*. Ariel. 2016.

Dos libros recientes sobre autismo *In different key* y *Neurotribes* proponen visiones radicalmente diferentes sobre el asunto. El primero denuncia a Asperger como un oportunista que fue cómplice en el asesinato de niños discapacitados... el segundo argumenta que era un clínico compasivo que en una situación extremadamente difícil y peligrosa intentó lo mejor para salvar a esos niños. Ninguno de ellos se basa en una cuidadosa revisión del registro histórico así que el debate era difícil de resolver. El libro de Seffer aporta mucho para resolver la cuestión y a la luz de sus hallazgos, la etiqueta de Síndrome de Asperger debería ser desechada después de todo.²

2. Edith Seffer, la autora de este último libro, es profesora de historia en Stanford y madre de un hijo diagnosticado de síndrome de Asperger. Su libro no se ocupa solo de la conducta de Asperger durante el nazismo. Es un muy documentado texto de como los psiquiatras infantiles austríacos y alemanes colaboraron con los programas nazis de esterilización y eutanasia y como proporcionaron a esos programas el soporte «científico» que los justificó.

«Autismo», como es sabido, fue un término introducido por Eugen Bleuler para describir a los pacientes que parecían vivir ajenos al mundo externo.



Leo Kanner y Hans Asperger utilizaron en los años 40 del pasado siglo el término como diagnóstico independiente para describir ciertos comportamientos de repliegue social que habían observado en un grupo de niños. Kanner, era un judío que emigró a los Estados Unidos en los años 20 del pasado siglo; Asperger, un católico que permaneció en Austria durante todo el período nazi. Los dos publicaron casi al mismo tiempo los estudios que definieron como entidad separada lo que se conocería como Autismo. Por razones obvias, sobre Kanner que era judío y vivía en Estados Unidos,

nunca hubo sospechas de colaboración o simpatías con el nazismo. Todo lo contrario. Ayudó a huir de Austria y Alemania a muchos colegas. No es el caso de Asperger sobre el que las acusaciones de colaboración en el pro-

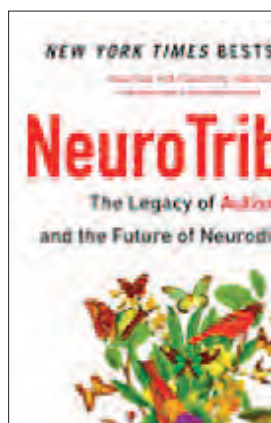
2 En Los Ángeles review of books. December, 10, 2018.

grama nazi de eutanasia que asesinó a miles de niños discapacitados, se acompañan de elogios de su actitud en defensa de esos niños.

3. Asperger nació en 1908 en una familia de granjeros. No se puede decir que su vida careciera de acontecimientos. Conoció la I Guerra Mundial y el desmoronamiento del Imperio Austro-Húngaro, el hambre e hiperinflación de la postguerra, la gripe española, la Viena Roja, el austrofascismo de Dollfus, la anexión de Austria al III Reich, la limpieza étnica, la II Guerra Mundial y la postguerra. Nunca se unió al partido nazi pero si a organizaciones relacionadas y siempre afirmó después de la guerra que había defendido a los niños de la persecución nazi y de ser exterminados en el programa de eutanasia. Silberman, en *Neurotribes*, comparte las palabras de Asperger y cree que en sus propios textos hay pruebas que las avalan. El 3 de octubre de 1938 pronunció Asperger una conferencia en el Hospital Universitario de Viena en la que por vez primera habló sobre sus psicópatas autistas. Poco antes se había producido la anexión de Austria a Alemania. En su conferencia decía Asperger: «Estamos en el medio de un enorme cambio en nuestra vida intelectual que afecta a todos los aspectos de la vida y no es el menos importante, la medicina». Reconocía también que el cambio de actitud que demandaba el Führer requería que los trabajadores médicos antepusieran las necesidades del *Volk* por encima de las de los pacientes pero, es Silberman quien lo dice, Asperger cambió su discurso en una inesperada dirección para afirmar que, «no todo lo que es anormal debe ser necesariamente inferior», añadiendo que la dificultad de esos niños en sus relaciones consigo mismos y con los demás era el precio que pagaban por sus especiales dones para terminar afirmando que ese autismo, que él y sus colegas habían aprendido a reconocer, no era algo raro: «Se encuentra en todos los grupos de edad y presenta un amplio rango de manifestaciones que van desde la incapacidad para hablar hasta la atención sin distracción sobre algunos asuntos que se mantiene largos períodos de tiempo». En otras palabras, dice Silberman: Era un *spectrum*.

Son datos como estos en los que Silberman basa su benevolente actitud hacia el supuesto colaboracionismo nazi de Asperger. Seffer en su libro tiene otra opinión. Para ella Asperger no estaba usando el diagnóstico de autismo como una lista de Schindler para enfatizando sus capacidades evi-

tar el exterminio. Asperger, según Seffer, participó en el programa de exterminio a varios niveles y envió a muchos de los niños a *Spiegelgrund*, la institución donde eran asesinados. Parece que los dos comportamientos eran ciertos. Protegió a los que tenían capacidades insólitas y enviaba al programa a los muy discapacitados.



4. En la Viena de los años 20 llena de soldados licenciados y de refugiados venidos de todas los países del antiguo imperio, con hambre en los hogares y miles de niños desnutridos y raquíticos en las calles, los socialdemócratas desarrollaron un ambicioso programa de bienestar social que incluía la construcción de cientos de viviendas sociales, escuelas, servicios médicos, piscinas, campos de juego, programas de higiene y atención a la infancia en un marco en el que la eugenesia, positiva y negativa, era algo aceptado y promovido por gentes de izquierda y de derecha mucho antes de los programas nazis. El mismo Julius Tandler, judío, socialista y principal responsable del programa, consideraba la esterilización forzada de los afectados por enfermedades hereditarias y de algunos criminales e incluso la supresión *de the life unworthy to life*. Se trataba de conseguir un pueblo sano y los trabajadores sociales se convirtieron en los vigilantes de ese programa que podía privar a las familias de sus hijos para ingresarlos en centros de acogida a poco que detectasen alguna negligencia. Eran ideas muy semejantes a las que eran habituales y populares en los Estados Unidos donde ya en 1906 había más de treinta estados con leyes de esterilización de débiles mentales y criminales. Escribe Seffer:

Cualesquiera que fueran sus fines políticos... es claro que la intervención del estado tenía tanto el potencial de ayudar a los niños como, a medida que Austria se deslizaba en el fascismo y en el III Reich, el potencial para un daño catastrófico...

5. En los primeros años 30 Europa se volvió autoritaria. La Gran Depresión llevó a Austria a un 25% de parados; las calles eran el escenario de enfrentamientos entre las milicias de los comunistas, nazis y socialistas cristianos.

En 1933 Dollfus, del Partido Social Cristiano tomó el poder, prohibió las demostraciones y desfiles paramilitares sin mucho éxito por lo que alentado por Mussolini suspendió el Parlamento y poco después prohibió el Partido Nazi que se exilió a Baviera desde donde realizaba atentados. En ese período, en realidad una Guerra Civil, Dollfus fue asesinado y poco después se produjo la anexión al II Reich.

Erwin Lazar, un pediatra progresista del Hospital Infantil de la Universidad de Viena, pensaba que el poder de los trabajadores sociales se basaba en evaluaciones rápidas y no científicas y pretendía que fuesen los expertos los que asesoraran a las autoridades y a estos trabajadores en sus decisiones. Consiguió de Clemens von Pirquet, el pediatra director del Hospital Infantil Universitario, de fama mundial por sus investigaciones y su liderazgo social, la creación de una clínica que estaba destinada a inaugurar un nuevo campo: la educación curativa (*Heilpädagogik*) o pedagogía terapéutica que integraría numerosas disciplinas (pedagogía, psicología, medicina) para estudiar y asesorar en la salud infantil y familiar. El principal interés de Lazar eran los niños disociales y su pretensión prevenir en ellos la criminalidad asegurando una vida productiva y respetuosa con la ley inculcando normas y obligaciones con el grupo y la sociedad. En ese tiempo los psicoanalistas habían abierto en varias ciudades europeas varias clínicas públicas abiertas y convivían, con reticencias cuando no con discrepancias irreconciliables con sus colegas en algunos centros como la Clínica Neuropsiquiátrica Universitaria que dirigía Warner von Jauregg que acababa de ganar el premio Nobel. Lazar se había formado en esa clínica. Afirmaba que mucho de su trabajo era deudor de Freud y Adler, pero esa convivencia terminó cuando en 1929 Clemens von Pirquet se suicidó a los 54 años con su mujer de 25 y se nombró a Hamburger, un nazi declarado, en el puesto que su muerte dejaba vacante. Hans Asperger, que había terminado su licenciatura con Chvostek, otro nazi, fue aceptado por Hamburger y nombrado poco después director de la Clínica de Educación Curativa al fallecer Lazar en 1932. Hamburger purgó el hospital de judíos y liberales y obligó a otros a renunciar. Alentó a sus subordinados a una práctica médica de utilidad social desalentando la especialización e incluyendo entre sus tareas la curación espiritual. La ideología era prioritaria y lo fue todavía más en los años que siguieron. Los nuevos miembros eran de extrema derecha y no eran selec-

cionados como en tiempos de Pirquet según sus méritos científicos sino por su ideología, que era en casi todos los casos, nazi. Entre los nuevos miembros del equipo estaba Erwin Jekelius, un nazi entusiasta que sería uno de los principales responsables del programa de eutanasia infantil. En



la clínica, la enfermera jefa, Viktorine Zak, había conseguido convertir la vida de los niños internados en algo muy parecido a un hogar. En el equipo, hasta su forzado exilio, trabajaban el médico Georg Frankl y la psicóloga Anni Weiss. Todo indica que fueron, con reservas, los verdaderos «descubridores» de lo que más tarde Asperger llamaría «psicopatía autista». Los dos publicaron artículos en los que se describía de manera precisa los síntomas y las habilidades de estos niños así como su inocencia e integridad. Ninguno de ellos citaba a Asperger a pesar de que era su jefe. Los dos eran judíos y emigraron a Estados Unidos. Weiss en 1934 y Frankl

en 1937, apoyado por Leo Kanner, con el que trabajó. Se casaron en Estados Unidos poco después de su llegada.

Kanner, nacido en Ucrania y formado como médico en Berlín, hablaba siete idiomas y tenía formación en filosofía. Pudo emigrar a Estados Unidos con el aval de un médico americano que lo había visitado en Berlín y le consiguió un puesto en uno de los grandes y téticos manicomios americanos de la época en Dakota del Sur, donde residió unos años. Contratado por el neurólogo suizo Adolf Meyer se trasladó a la John Hopkins de Baltimore donde Meyer le encargó la clínica infantil psiquiátrica.

Kanner, que fundó la psiquiatría infantil en Estados Unidos y editó el primer tratado sobre la especialidad en 1935, que tendría numerosas reediciones, fundó también con la ayuda de su mujer una asociación informal de ayuda a los profesionales judíos en el III Reich que consiguió traer desde Austria y Alemania a más de doscientos psiquiatras, médicos y enfermeras a los que proporcionó puestos de trabajo. Uno de ellos era George Frankl que trabajó con él varios años como especialista en diagnósticos y publicó varios casos semejantes a los que había tratado en Austria.

El primer artículo sobre el autismo infantil lo publicó Kanner en 1943 con referencias a las investigaciones de Frankl y Weiss que en ese momento llevaban años trabajando en Kansas y sin cita alguna de la tesis de Asperger que con casi certeza desconocía: «He seguido un número de niños que presentan un muy interesante, único y todavía no publicada condición que me ha interesado y fascinado durante algún tiempo...».

Lo de «único» y «no publicado» no era cierto. No reconocer como era de justicia los aportes de Frankl y Weiss no era muy ético. No citar a Asperger por desconocimiento era lógico. El primer artículo de Asperger era de 1938 y era una transcripción de una charla que no fue publicada en ninguna revista científica, pero Kanner tampoco citaba a Louise Despert, a Lauretta Bender o a Poter, tres psiquiatras americanos que publicaron casos muy semejantes a los de Kanner etiquetados, eso sí, como esquizofrenia infantil y tampoco a Grunya Sukhareva, (olvidada también por Asperger), una psiquiatra ucraniana judía que en 1925 en ruso (y en 1926 en alemán) había publicado los casos de seis niños con un comportamiento similar a los de Asperger y con idénticos logros en diferentes campos que agrupó, con reticencias, bajo la etiqueta de «trastorno esquizoide». Tal vez sea ella la que realmente merecía ser la autora de la primera descripción clínica del tras-



El equipo de la clínica infantil de la Universidad de Viena en 1933. Asperger, sentado en la “extrema derecha”. Es posible que en la foto estén Anni Weiss y Georg Frank que aún no habían emigrado pero no figuran sus nombres al pie de la fotografía para poderlos identificar.

La fotografía es del archivo de María Asperger.

torno. Despert y Bender por su parte escribieron a Kanner preguntándole si no conocía sus trabajos y negando lo de «único» y «nunca publicado».

6. En *Neurotribes*, Silberman es muy crítico con Kanner y más benévolo con Asperger. Tanto Kanner como Asperger se habían dado cuenta de que los padres de estos niños autistas con notables capacidades eran intelectuales con logros relevantes en sus campos, en algunos casos desde hacía varias generaciones. La idea de que era un trastorno heredado presente desde el nacimiento era una deducción lógica pero Kanner, que compartía esa idea, fue influido más tarde por las ideas de las «madres esquizofrenógenas» que por entonces proponían numerosos psicoanalistas americanos. Una generación de psicoanalistas judíos escapados de los nazis que los exterminaban por su raza en nombre de una genética sin remedio posible, era muy sensible a una causalidad genética y defendía una causa ambiental como etología que podría remediarse con tratamiento. Kanner adoptó esas teorías y atribuyó a las madres (y padres) fríos, «frigoríficos», la responsabilidad del autismo de sus hijos en una decisión que culpabilizaría durante años a los padres. En su favor, hay que decir, que años después cuando los padres de los niños autistas liderados por Bernard Rimland, un psicólogo judío, padre de un niño autista, se habían organizado en la NSAC (National Society for Autistic Children) Kanner se desdijo y «absolvió» públicamente a los padres y a si mismo de haber defendido esa teoría afirmando que había sido malinterpretado y que siempre había hablado de esa condición como «innato». Era una verdad a medias. Kanner había dicho las dos cosas.

Kanner no propuso ningún tratamiento para esas madres «frías». Bruno Bettelheim si. James Watson, el excéntrico codescubridor del ADN, padre de un hijo esquizofrénico, que defiende «peculiares» ideas sino racistas, casi racistas, definió a Bettelheim como el hombre más malvado después de Hitler. Bettelheim era hijo de un maderero vienés. Se licenció en Historia del Arte mientras se ocupaba del negocio familiar y se psicoanalizó en Viena. Estuvo once meses en los campos de Dachau y Buchenwald en 1939 cuando los campos no eran todavía de exterminio y fue liberado por medio de una petición de una asociación americana y obligado a abandonar Austria en siete días. El capitán del campo que firmó su liberación, era según Bettelheim, Adolf Eichmann pero Donvan y Zucker, creen que esa historia

como otras muchas historias de Bettelheim era falsa. A su llegada a Estados Unidos se convirtió en un licenciado *cum laude* en psicología, del que Freud supuestamente había dicho que era la persona adecuada para difundir el psicoanálisis. Nada era cierto. A Freud lo conocía de verlo pasear por la calle pero fue capaz de ser contratado por la Clínica Ortogénica de Chicago que organizó de modo acogedor para los niños pero donde puso en práctica siguiendo las ideas de Kanner, pero no sus instrucciones terapéuticas que Kanner nunca propuso, la *parentectomía* impidiendo las visitas familiares y anunciando unos resultados curativos que no eran ciertos. Tanto Silberman como Donovan y Zucker dicen en sus libros que, Bettelheim veía una correspondencia entre los síntomas de los prisioneros de los campos nazis y los niños autistas. Donde Kanner veía *madres frigorífico*, Bettelheim veía un campo de concentración con la madre como *Kommandant*. Al menos tres biógrafos de Bettelheim se hicieron la misma pregunta: ¿Cómo fue posible que un comerciante austríaco de maderas con un doctorado en historia del arte fuese reconocido como un eminente psicólogo infantil y un experto mundial en las causas del autismo?: la respuesta permanece elusiva, concluyen Donovan y Zucker. Bettelheim no se disculpó ni se desdijo de sus ideas como hizo Kanner. Aún en 1971 en una entrevista en televisión de las muchas a las que era convocado, mantuvo su idea de las madres frías y afirmó que en estos casos (niños autistas) no solo no hay nadie que los cuide (*care*) sino que hay el deseo de que sería mucho mejor si no viviesen³.

7. El III Reich, dice Seffer, era un régimen de diagnósticos. El estado estaba obsesionado con clasificar a toda la población dentro de alguna categoría como raza, política, religión, sexualidad, criminalidad, herencia o defectos biológicos. Estas etiquetas eran la base de la persecución y exterminio así que el resultado final era el extremo de una cadena que se iniciaba con el diagnóstico y en ese diagnóstico la mente era relevante. Raza y biología tenían que ser las adecuadas para unirse a la comunidad nacional pero el espíritu era también necesario pues la vitalidad del pueblo germano dependía de la capacidad de los individuos de mantener vínculos estrechos con esa comunidad, así que la sociabilidad de convirtió en una categoría a

3 «In the case of these extremely disturbed children, not only nobody cared, but there was a wish that it would be much better if the child wouldn't live».. Citado en Donovan and Zucker: pag 94.

investigar y perseguir cuando no estaba presente. Los colegas alemanes de Asperger desarrollaron el concepto de *gemüt*, una palabra alemana intraducible que de su borroso significado anterior de alma pasó a nombrar, además de otros aspectos, el espíritu social y la capacidad para establecer vínculos. Antes de que Asperger propusiera el término psicopatía autista ya se había inventado el trastorno *gemütsarm*, carencia de *gemüt* y Hans Heinze había publicado su libro sobre la fenomenología del *gemüt*. La cohesión nacional, la pertenencia al *Volks* exigía poseer ese *gemüt* del que carecían, decía Heinze, los asociales y criminales y los socialistas y comunistas. Paul Schöder, que dirigía la clínica psiquiátrica infantil de Leipzig, con el que Asperger estudió unos meses en 1934, entrenaba a sus discípulos a tener en cuenta la importancia del *gemüt* que se convirtió en un concepto recurrente en la psiquiatría nazi. Los niños sin *gemüt* se describían con comportamientos muy parecidos a los que Asperger años después describiría, así que la idea de autismo como patología ya estaba muy presente en la psiquiatría infantil de la Alemania nazi y Asperger tenía presente, consciente o inconscientemente, el concepto de *gemüt* cuando llamó a sus niños «autistas» cuando el nazismo llegó a Austria en 1938.

En la Viena nazi, purgada de médicos judíos obligados a exiliarse o llevados a los campos, siete de cada diez médicos no se afiliaron al partido nazi mientras que si lo hicieron el 50 % de los médicos alemanes. Las cifras indican que no era demasiado peligroso para Asperger no afiliarse y su conocido catolicismo tampoco despertó la suspicacia de los nazis que informaron favorablemente de que, a pesar de sus creencias católicas, era «de confianza». La purga había sido muy importante. En la Viena antes del nazismo el 10% de la población era judía (1 % en Alemania) y la mitad de los médicos eran judíos. Casi 5.000 de estos médicos judíos perdieron su trabajo. Tres cuartas partes de los médicos y psicoanalistas abandonaron Viena entre 1934 y 1940. La Viena a la que acudían médicos de todo el mundo para formarse, la Viena de la ciencia y la cultura, la de Rokitansky, Freud, Klimt, Schomberg, Mahler, Kokoschka, Schiele, Bilroth, Hiemloz, Karl Kraus, Freud, Schnitzler, Johan Strauss, Kriss, Gombrich, Schomberg, Musil o Stefan Zweig agonizaba.

8. En julio de 1939 Hitler convocó a la Cancillería a quince psiquiatras para

discutir el programa de asesinatos sistemáticos de niños. A diferencia del programa T4 de la eliminación de adultos se pretendía que el programa de eutanasia infantil estuviera basado en evidencias «científicas» y supervisado por la burocracia nazi. Inicialmente limitado a niños menores de tres años con diagnósticos borrosos de «idiocia» o «malformaciones», cada propuesta de los psiquiatras que eran incentivados económicamente era revisada por un Comité en Berlín que autorizaba el traslado a las instituciones encargadas de la eutanasia. Los «expertos» eran Heinze, el autor de la fenomenología del *gemüt* y Schroder, maestro de Asperger. De 1939 a 1945 entre 5.000-10.000 niños perecieron en estas instituciones. En Viena el *Asylum* de Steinhof, un complejo en las afueras de Viena de 42 pabellones de estilo *Art Nouveau* que había sido un agradable lugar de reposo y tratamiento, era una de las instalaciones para el programa de eliminación de adultos que debido a su eficiencia (7.500 muertes entre 1939-45) pronto dispuso de espacio para alojar a los niños de la Institución Municipal para el Bienestar de los Jóvenes en varios pabellones que serían conocidos como Spiegelgrund. Dirigido en los primeros años nazis por Jekellius, colega en la clínica dirigida por Asperger, se encargó de matar con barbitúricos a 789 niños oficialmente fallecidos por neumonía.

En 1940 la Sociedad Alemana de Psiquiatría Infantil y Educación Curativa celebró una conferencia en Viena a la que asistieron «todos». Escribe Seffer:

Los esfuerzos de los psiquiatras infantiles para transformar a los niños eran del mismo tipo que los esfuerzos nazis para transformar la humanidad... la exterminación de los niños supuestamente inferiores reflejaba... la exterminación de las naciones supuestamente inferiores...

Asperger no fue depurado después de la guerra. De hecho, después de las purgas de médicos judíos de los años 30, la mayoría de los médicos vieneses o eran nazis o habían simpatizado con ellos. De los 200 de la Escuela de Medicina de la Universidad, solo 19 estaban «limpios». Desnazificar dejaría a Viena sin médicos. La no afiliación al partido de Asperger le permitió continuar su trabajo en la postguerra. Hasta su muerte en 1981 no hizo investigaciones sobre sus niños autistas y aunque publicó más de 300 artículos muy pocos se ocupaban de su psicopatía autística. Esos pocos, eran resúmenes reciclados de sus publicaciones anteriores con algunos matices re-

levantes. Las referencias a Heinze o a Schroder desaparecieron; la idea del *gemüt*, fundamental en la psiquiatría infantil nazi, era ahora criticada por demasiado simple; las especiales habilidades de los niños autistas eran destacadas con mucho más énfasis que cuando, según decía, las empleaba para protegerlos en la época nazi; insistía en separar sus casos de los de Kanner que veía como próximos a la psicosis a diferencia de los suyos que eran originales de pensamiento y eran ahora considerados como una variante o

anomalía del carácter masculino y no como una psicopatía que implicaba conducta asocial.



Fue una psiquiatra inglesa, Lorna Wing, madre de un niño autista, la que recuperó la tesis de Asperger de 1944 y llamó a esos niños como el suyo, Síndrome de Asperger como homenaje a éste poco después de su muerte con la intención añadida de substituir el término «psicopatía» empleado por Asperger, por otro más neutral como «síndrome». Ese cambio de nombre, dice Seffer, «limpió» el contexto histórico que el término psicopatía como desviación social tenía en la época nazi y permitió que el Síndrome se difundiera y se hiciera conocido.

Uta Frith, nacida en Alemania y trabajando en Londres, tradujo al inglés la tesis de Asperger en 1991 suavizando también el contexto histórico del diagnóstico de Asperger y sin incluir el prólogo que lo relacionaba con los psiquiatras infantiles nazis.

Wing y Asperger solo se vieron una vez en la cafetería del hospital de Wing y discreparon de forma cortés de sus respectivas ideas. Wing había publicado e investigado mucho más que Asperger sobre estos casos pero quiso honrar a Asperger bautizando con su nombre el síndrome. Wing había leído la tesis de Asperger que su marido le había traducido del alemán y pensaba, que Kanner y Asperger estaban describiendo diferentes aspectos de la misma condición, idea que Asperger no compartía pues pensaba que los autistas de Kanner, muy discapacitados, no eran como los que él había

descrito. El autismo de Kanner, llamado en su momento «clásico» o «early infantile autism» tenía criterios diagnósticos restrictivos y era infrecuente: 1 de cada 5.000 niños. El de Asperger, mucho más amplio, pasó desapercibido hasta que Lorna Wing lo bautizó como Síndrome de Asperger. El DSM IV lo aceptó después de que los psiquiatras encargados de su posible inclusión llamaran a Lorna Wing para preguntarle si Asperger había sido nazi, cosa que Wing no creía. En el DSM 5 quedó integrado en la categoría de Trastorno del espectro autista. Desde su aceptación en el DSM IV los diagnósticos se multiplicaron y a los niños autistas de Kanner, bastante discapacitados, se añadieron los autistas de Asperger que podían incluir niños genios en matemáticas socialmente torpes. Ahora, 1 de cada 68 niños recibe un diagnóstico de trastorno del espectro autista lo que no impidió que Síndrome de Asperger siga siendo una etiqueta popular entre la gente común que a través de numerosas series de televisión y películas se familiarizó con estos casos (desde *Rain Man* con Dustin Hoffman, hasta *The Good Doctor* o la policía de *El Puente*).

Silberman, ya desde el título de su libro, *Neurotribes*, es partidario de la eliminación del término «trastorno» y la utilización en su lugar de neurodiversidad. El autismo como el TDH o la dislexia (o la homosexualidad) serían variantes normales. Es una historia que se repite con algunas entidades diagnósticas que después de su definición por los médicos, son contestadas por los padres de los afectados y en una fase posterior por los pacientes mismos. Fueron algunos miembros de la comunidad autista los que en los últimos años comenzaron a utilizar el término para referirse a ellos mismos llegando incluso a definir a los no autistas como afectados por un Síndrome Neurotípico: «Trastorno neurobiológico caracterizado por preocupaciones con los asuntos sociales, delirios de superioridad y obsesión con la conformidad. El trastorno no tiene cura». Además, el cerebro de estos neurotípicos es fácilmente distraído y sufre de un déficit de atención en lo que atañe a los detalles y a la rutina. El mundo neurotípico es vivido como caótico e impredecible, lleno de personas con poco respeto por el espacio personal. Se suele fijar el nacimiento de este movimiento en julio de 1993 cuando Jim Sinclair, que se definía a sí mismo como autista, se dirigió a los padres de niños autistas reunidos en una Conferencia para decirles que eran parte del problema y que dejaran de «llorar por ellos».

Lo que decía recordaba la desacreditada teoría de Bettelheim aunque sus razones eran otras. Cuando los padres decían que desearían que su hijo no tuviese autismo, decía Sinclair, estaban diciendo que preferirían que no existiese. Para Sinclair y años después para Ary Ne'eman (también autista) y sus seguidores, «ser» autista no era ninguna enfermedad sino otro modo de ser humano que no precisaba ser curado». Sus ideas no podían ser aceptadas por padres con niños autistas muy discapacitados que buscaban curas para ellos y que dudaban de que Sinclair y Ne'eman fuesen autistas aunque justamente esa falta de empatía hacia los padres con autistas muy discapacitados confirmaban paradójicamente el diagnóstico. La idea, aunque popular, sigue sin ser aceptada mayoritariamente al margen del grupo de autistas con altas capacidades.

Los tres libros se ocupan de muchos otros problemas que aquí no se reseñan por razones de espacio. Los capítulos que en especial dedican Donvan y Zucker a la historia y polémica de las vacunas y el mercurio como supuestos responsables del autismo merecería un largo comentario en un momento en que algunos políticos y figuras públicas defienden, contra toda evidencia científica, la nocividad de las vacunas apoyándose, como dijo una de sus promotoras, en «la universidad de Google».

En fin. Reseña limitada y tal vez no muy equilibrada de tres libros interesantes que merecen una lectura más detallada por los que se ocupan de estos casos.

O CORPO DE CRISTO

Bea Lema. Deputación da Coruña. 2018

Ramón Ramos Ríos

Bea Lema Rivera gañou o XII Premio Castelao de Banda Deseñada con esta novela gráfica na que relata a súa propia experiencia coa enfermidade mental da súa nai. Ao tratar o tema dende o punto de vista dunha nena procura restarlle dramatismo ao relatado. O silencio en torno a enfermidade da nai e os intentos da nena para axudarlle constitúen os temas fundamentais do cómic (1, 2, 3).



Os estudos sobre as repercusións nos fillos do trastorno mental dalgún dos pais, en xeral, centráronse na identificación de factores de risco para os nenos, foron observacionais e manexaron datos estatísticos. Se ben se detectaba que era maior a frecuencia de enfermidade mental ou trastornos condutuais e emocionais, chegando até o 50% en algunhas series, había unha importante porcentaxe que non presentaba alteracións. Isto fai necesario un enfoque positivo que estude os factores de resiliencia e preste atención ás experiencias dos fillos no afrontamento da enfermidade. Neste eido son valiosas as aportacións de deseños cualitativos (estudos transversais con grupos de fillos de proxenitores con trastorno mental ou entrevistas retrospectivas con adultos que tiveron esta vivencia) (4). Outros materiais subxectivos, coma este cómic, poden ser tamén de interese para

comprender estas experiencias. A dureza e a intensidade dos afectos que se mobilizan, ao cuestionarse a relación máis importante para o crecemento da personalidade, pode expresarse ao través do tamiz das imaxes e a súa aparencia ficticia. Nesta liña, sen ser eu un lector regular de cómics, lembraría tamén o capítulo de Maus no que o autor expresa como se sente en relación á enfermidade depresiva da nai e o seu suicidio, neste caso coa culpa e a carraxe como emocións predominantes (5). O relato de como a enfermidade inflúe na historia dunha familia tamén constitúe o argumento da premiada novela gráfica *Epiléptico, la ascensión del gran mal* (6).

A novela gráfica de Bea Lema ten o valor de mostrarnos esta experiencia ao longo do tempo, o que nos permite ver a evolución da relación entre nai e filla, dende os temores e inseguridades da nena á progresiva responsabilización nos coidados e por último a independencia da nai. Neste periplo van agromando algúns dos temas que outros testemuños xa mostraron, coa sinxeleza das imaxes, coa inocencia dunha nena que non pon apenas palabras, pero que na súa ollada consegue captar a intensidade emocional de diferentes momentos. O contrapunto é a frialdade do relato dos informes médicos que aparecen intercalados. A autora móstranos que o informe nos devolve unha caricatura, e a viñeta, a expresión artística, nos permite coñecer mellor a realidade.

Nos primeiros capítulos vaise debuxando como vive a nena a relación coa nai, coa familia e co mundo; atopamos a inseguridade, o silencio, a falta de explicacións, o aillamento, a exclusión de outros, a falta de rutinas, a desorganización, a ausencia de resposta das súas demandas pola nai. Cando a nai ocupa a escena predominan os medos, a desconfianza, hai que calar. A nena acompaña á nai na procura de solucións máxicas para o malestar, até que alcanza o seu propio criterio, separándose da nai coa dor da bofetada que lle propina. Na apertura ao mundo, a protagonista ten que vencer esa falta de interese da nai polo que a unha nena de nove anos lle preocupa e todas as limitacións que a paranoia impón na súa vida. Nese proceso a nena entende que as solucións e as atribucións que fai a nai os levan a infelicidade, busca explicacións e comeza a empatizar co seu sufrimento. Non hai apoio dun pai que parece ausente e excluído da relación. Tamén se toca o tema do estigma, da enfermidade da nai non se fala aínda que condiciona toda a vida da familia. Cara ao final, a protagonista, xa adolescente, parece

que consegue aceptar esta experiencia na súa vida, aínda que trata de compartir estes coidados co resto da familia, non o consegue. Ao final nai e filla teñen que ser independentes, diso trata o último capítulo “Soltar”.

A ironía no título, que resume a evolución da historia na que os remedios e rituais que lles impón á nai son substituídos pola comunión diaria que a filla debe encargarse de dar, non deixa de causar unha certa incomodidade nos que nos ocupamos de tratar persoas con enfermidade mental. Relatos e experiencias como esta deben facer que nos fixemos nas familias como conxunto cando intervimos con unha nai que sofre un trastorno mental grave (5).

REFERENCIAS

- (1) «Abordar el tema de las enfermedades mentales ha sido catártico para mí» (26 de marzo de 2018). *La Voz de Galicia*. Edición Carballo.
- 2 La lucha contra las enfermedades mentales, en dibujos (21 de marzo de 2018), *La Opinión de A Coruña*.
- 3 <https://bealema.com/>
- 4 RRAMOS RÍOS, R.; NÚÑEZ TATO, M.; PIÑEIRO OTERO, S.; MELLA LOUREIRO, S.; GARCÍA-LUENGO ÁLVAREZ, S.; CURRÁS CASTIÑEIRA, M.; VIZ OTERO, M. C. Maternidad y trastorno mental grave. *Norte de salud mental* 2016; XIV(55): 55-65
- 5 SPIEGELMAN, A. Maus. Barcelona: Reservoir Books, 2105. p. 102-105
- 6 BEAUCHARD, B. *Epiléptico: la ascensión del gran mal*. Madrid: Sins entido, 2009.
- 7 RULLAS TRINCADO, M. Roles parentales en personas con trastorno mental grave. En: Parentalidad, perinatalidad y salud mental en la primera infancia. PREGO DORCA, R.; ALCAMÍ PERTEJO, M.; MOLLEJO APARICIO, E. (Coords.) Madrid: AEN Digital, 2018. p. 105-123.

AVALIACIÓN ESTIMATIVA DO PLAN ESTRATÉXICO DE SAÚDE MENTAL 2006-2011

Asociación galega de saúde mental AGSM-AEN

XUSTIFICACIÓN

En vindeiras datas, publicarase o novo plan de saúde mental de Galicia após un período longo no que, ao primeiro, nada se dixo da vixencia do anterior plan, despois certificouse o seu abandono para, finalmente, permanecer durante anos sen planificación ningunha no eido da saúde mental en Galicia.

O desenvolvemento do futuro plan seguiu unha metodoloxía en base a grupos de traballo na cal a Asociación Galega de Saúde Mental participou xunto con outros colectivos. Namentres agardamos que nos sexa remitido para facer as oportunas alegacións, é necesario matizar que o proceso non podemos cualificalo de completamente satisfactorio, aínda que esperaremos á súa publicación antes de facer unha análise técnica detallada.

Porén, cremos necesario sinalar que até o de agora ningún fixo un estudo do grao de cumprimento do anterior plan que, por primeira vez en Galicia, resultaba dunha auditoría de recursos e de necesidades e dotábase cunha financiación clara e detallada.

Por tal motivo, dende a asociación consideramos necesario poñer en relación o plan estratéxico de saúde mental de Galicia actualmente en elaboración co plan 2006-2001, ao considerar que non existe unha avaliación oficial coñecida do mesmo. Cremos que esta ausencia creba a esencia mesma da planificación e contribúe ao mantemento dos problemas para unha atención acorde cos estándares e recomendacións de todos os organismos nacionais e internacionais relacionados coa saúde mental.

Malia os recortes e o detemento experimentado na axenda social e sanitaria derivado da xestión da crise económica, pode facerse unha aproximación avaliativa tomando como referencia datos do período posterior (2012-2017).

A información obtida permite unha estimación comparativa entre algúns dos datos máis relevantes así como das recomendacións propostas no 2006, fronte a situación do 2017, segundo datos do propio Sergas.

Entre os cambios máis significativos a partir de 2011 están os traslados dende os hospitais psiquiátricos a novas instalacións onde debora reestruturarse o funcionamento como unidades de rehabilitación psiquiátrica hospitalaria.

Os traslados estaban previstos no plan estratéxico 2006-2011 e producíronse no caso do Hospital Psiquiátrico de Toén (traslado ao Hospital de Piñor), o Hospital Psiquiátrico de San Rafael (traslado ao Hospital de Calde), Hospital Psiquiátrico do Rebullón (traslado ao Hospital Nicolás Peña, non previsto no plan), pero non así no caso do Hospital Psiquiátrico de Conxo.

A lóxica que debora presidir os cambios debora ser o peche de hospitais estritamente monográficos, a preferencia por unha menor dimensión pero con infraestruturas axeitadas e un maior achegamento á comunidade.

En segundo lugar, cómpre sinalar a apertura de dúas unidades de agudos de psiquiatría que substituíron ás anteriores, unha en Lugo (no hospital Lucus Augusti) e outra en Vigo (no hospital Álvaro Cunqueiro).

A avaliación farase atendendo ao esquema do plan do 2006 editado pola consellería de sanidade, atendendo aos datos que nos pareceron máis relevantes nos seus catro apartados.

1. OBXECTIVOS XERAIS

1.1. *Desenvolvemento do documento de bases para un plan de saúde mental de Galicia* partindo do decreto 389/1994 de 15 de decembro que regula a saúde mental en Galicia no marco do artigo 20 da Ley General de Sanidad, inspirado no informe ministerial para a reforma psiquiátrica e en sinerxia coa estratexia de saúde mental do sistema nacional de saúde do 2006.

1.2. Asegurar aos doentes e ao seu entorno familiar e de coidados a atención axeitada en tempo e forma así como o seu retorno (no caso que requiran hospitalización) á comunidade.

A tal efecto, potenciaranse os recursos asistenciais non hospitalarios, os dispositivos intermedios e o desenvolvemento dos programas de rehabilitación e recuperación comunitarios así como os programas de integración e inclusión social, potenciando os programas transversais e especialmente a coordinación sociosanitaria.

2. OBXECTIVOS OPERATIVOS.

2.1. Demora na resposta asistencial de 30 días para a atención ordinaria e de 15 días para a atención preferente.

Obxectivo moi lonxe de acadarse.

A situación en 2014 era de 4.000 doentes en listaxe de espera e no 2017 (cifras do Sergas) foi de 8.000 doentes (o 100% maior en tres anos, que ao mesmo ritmo, acadará entre os 9.000 e os 10.000 doentes en 2019).

A demora media no 2017 foi de 2 meses (tamén un 100% maior da proposta nos obxectivos operativos do plan 2006-2001) e, de non corrixirse, seguirá aumentando no 2019.

2.2. En todas as áreas sanitarias, realizarase a hospitalización psiquiátrica nas unidades de hospitalización psiquiátrica de hospitais xenerais ou complexos hospitalarios do Sergas.

Obxectivo logrado.

En relación co mesmo, detéctanse dúas desviacións que afastan o obxectivo da idea e o valor que o sustentaba. Dunha banda, a ubicación nalgúns áreas das unidades de hospitalización psiquiátrica nos hospitais máis periféricos dos complexos, con dificultades para o acceso a todos os servizos e especialidades do hospital xeral. Por outro lado, e ao igual que no resto da medicina en Galicia, asistimos a un retorno ao hospitalocentrismo, coa posta en funcionamento de dous megahospitais namentres a atención primaria perde recursos e protagonismo.

Así, as unidades de hospitalización psiquiátrica volven ser o eixo do sistema, atraendo outros dispositivos ao seu carón como hospitais de día ou unidades de saúde mental (que deberán situarse nos centros de saúde comunitarios ou centros de especialidades segundo o decreto).

2.3. En todas as áreas habrá unha cobertura de 365 días durante as 24 horas nas urxencias psiquiátricas, tanto hospitalarias como comunitarias ao través dos servizos de urxencias e de psiquiatría (gardas de especialistas) así como do 061 e PACS de Atención primaria, incluído o Programa Acougo do 061 con amparo xudicial e condicións de seguridade para o ingreso involuntario urxente.

Obxectivo basicamente logrado, aínda que pendente do desenvolvemento dun programa de intervención guiada e apoiada polo servizo de saúde mental (Acougo II).

2.4. En todas as áreas sanitarias habrá equipos de continuidade de cuidados en saúde mental que ofrezan servizos especializados a domicilio (incluíndo os residentes en pisos protexidos e residencias). Os equipos de continuidade de cuidados ofrecerán un programa de alta intensidade de atención a domicilio para aqueles pacientes que o requiran (hospitalización psiquiátrica a domicilio, HADO psiquiátrica).

En todas as áreas sanitarias habrá un programa ambulatorio específico dirixido ás persoas con trastorno mental severo.

Obxectivo parcialmente acadado. Dotáronse todas as áreas de equipos aínda que a estrutura, composición e funcionamento son heteroxéneos. Coa reestruturación do mapa sanitario, logo da última modificación da lei de saúde de Galicia, non todos os distritos dispoñen destes equipos e unha parte da poboación da comunidade fica sen acceso a estes dispositivos.

Os equipos non poden prestar cobertura a todos os doentes que viven en pisos protexidos ou residencias específicas, sendo entón supervisados dende as asociacións de familiares,

Existen tres equipos de HADO psiquiátrica diferentes (áreas de A Coruña, Ourense e Santiago) aos que se propuxeran no plan, dependentes das unidades de hospitalización psiquiátrica. Non coñecemos datos recentes sobre a súa

actividade ou funcionamento e o modelo semella máis pensado cara a diminuir días de hospitalización que a proporcionar unha asistencia e uns coidados no que a visita domiciliaria e o entorno do doente sexan axentes de mellora.

Non dispoñemos de datos suficientes ao respecto da posta en marcha de programas ambulatorios específicos para trastorno mental severo. Nalgunhas áreas, a organización só implica que as citas sexan máis frecuentes e cunha maior continuidade asistencial pero sen constatar a posta en marcha dun programa específico. Tampouco semella que se estea a avaliar nada ou que se xeren datos acerca de esta poboación e as posibles intervencións realizadas.

2.5. En todas as unidades de hospitalización psiquiátrica haberá programas e/ou unidades de Interconsulta e enlace así como de intervención en crise.

Obxectivo logrado para a interconsulta e enlace e sen acadar para as unidades de intervención en crise.

Esta discrepancia garda relación coa aposta por un modelo determinado ou, cando menos, pola preferencia na cobertura duns tipo de intervencións máis medicalizadoras (a urxencia) mentres se abandonan intervencións de corte psicosocial (a crise).

A cobertura mediática no caso de traxedias de grande magnitude, onde se amosa o despregue de todo tipo de medios e recursos asistenciais, agocha unha praxe diaria precaria e sesgada.

2.6. En todas as áreas sanitarias haberá unidades e programas de saúde mental infanto-xuvenil (15% poboación de 0-18 anos), unidade de hospitalización infanto-xuvenil de referencia autonómica, unidade de psicoxeriatria (25% da poboación maior de 25 anos), unidade de alcoholismo e outras dependencias legais.

As drogodependencias por substancias dependen do plan autonómico específico da consellería de sanidade (e non do Sergas).

Obxectivo basicamente logrado no caso das unidades de saúde mental infanto-xuvenil, parcialmente logrado na hospitalización psiquiátrica infanto-xuvenil, moi lonxe de acadarse nas unidades de psicoxeriatria e deficientemente logrado nas unidades de alcoholismo e outras dependencias, con moi importantes recortes (como no caso das drogodependencias e o

plan autonómico ad hoc).

2.7. En todas as áreas sanitarias habrá unidades de apoio comunitario, pisos protexidos e vivendas de transición, residencias específicas, centros e programas de rehabilitación psicosocial.

Obxectivo parcialmente acadado no caso dos pisos protexidos e vivendas de transición, claramente non alcanzado nas prazas de residencias específicas e claramente mellorable nas prazas de centros de rehabilitación psicosocial.

A normativa establecera unha diferenza entre pisos protexidos e vivendas de transición aínda que, a experiencia neste tipo de dispositivos, parece indicar máis ben a necesidade de precisar a intensidade do soporte necesario para os usuarios.

É preciso unha avaliación detallada destes recursos diante de dous tipos de riscos. Unha variación da lei de coidados inversos, onde os doentes con maiores problemas son excluídos diante dos criterios de admisión, que non son uniformes nin existe un mecanismo claro e equitativo para a solicitude. Ademais, debera tamén avaliarse a presenza dalgunhas dinámicas características dos antigos hospitais psiquiátricos e que poderían encadrarse no concepto de institucionalismo.

2.8. En todas as áreas disporase de unidades de rehabilitación psiquiátrica hospitalaria propia e/ou referencia tanto de coidados especiais como de rehabilitación propiamente dita.

Obxectivo insuficientemente acadado e que require unha avaliación do seu funcionamento previo á redefinición operativa das mesmas e á súa potenciación posterior.

3. LIÑAS ESTRATÉXICAS

Das liñas estratéxicas cómpre dicir que non se avanzou en ningunha, permanecendo no terreo das boas intencións. Algúns puntos, como a equidade, víronse significativamente afectados logo da perda no sistema sanitario da cobertura universal. A falla de coordinación socio-sanitaria botouse especial-

mente de menos durante os anos de grave crise económica. O modelo das unidades de xestión clínica foron paralizados pola problemática legal que presentou a súa maneira de desenvolvelas. A falla na protección activa da dignidade e dos dereitos dos doentes quedou reflectida no informe do *Defensor del Pueblo* en relación ao hospital psiquiátrico de Conxo.

3.1. Equidade: O desenvolvemento da asistencia neste período non camiñou cara a unha distribución equitativa de recursos ou programas de saúde mental. Como exemplos desta realidade pode volver citarse a situación dos equipos de continuidade de coidados, as diferencias na atención ao trastorno mental severo (Coruña, Pontevedra ou Ferrol non contan con unidades de coidados de rehabilitación próximas á poboación e ao resto de dispositivos), as unidades de psioxeriatría, as ratios de camas nas unidades de hospitalización de agudos nas distintas áreas ou a demora na dotación real de camas de hospitalización infanto-xuvenil no sur da comunidade.

Ademais, a distribución territorial dos CPRL e as vivendas protexidas depende de asociacións de familiares e outras entidades sen ánimo de lucro, da súa iniciativa, a súa capacidade para obter fondos e xestionarse, cunha grande variabilidade entre as diferentes comarcas.

3.2. Continuidade asistencial: Existen dificultades de coordinación dentro dos propios servizos de saúde mental y entre eles e a rede de servizos socio-sanitarios, con falla de espazos formais para a mesma en determinadas áreas.

A ausencia de plan específicos para as persoas con trastorno mental severo nos que se faga explícito a responsabilidade do seu seguimento dificulta a continuidade asistencial e, consecuentemente, fomenta a súa cronificación e fenómenos asistenciais ben coñecidos (porta xiratoria, ping-pong) que non mudaron nin melloraron durante o período analizado.

3.3. Accesibilidade: Este principio vulnerouse reiteradamente en varias áreas, en concreto no referente á atención psicolóxica, ao impedir o acceso a esta prestación mediante a derivación sen trabas dende a atención primaria ou outros especialistas.

3.4. Personalización da atención sanitaria: sen avances reais.

3.5. Innovación: sen avances reais.

3.6. Formación: sen avances reais.

3.7. Investigación: sen avances reais.

3.8. Transversalidade-coordinación (especialmente socio-sanitaria): Houbo un retroceso claro, instaurándose durante os anos da crise unha dialéctica entre o social e o clínico con importantes consecuencias na atención ás persoas.

3.9. Interdisciplinariade-equipointegralidade: Quizabes un dos aspectos do plan nos que se constata un maior retroceso, existindo en todos os dispositivos un malestar entre os profesionais diante da ausencia de espazos e tempos para a coordinación, sacrificada en aras de encher a axenda de doentes e así tentar diminuír as listaxes de espera.

Habitualmente, nas USM non se manteñen reunións de equipo nin intervencións coordinadas entre os diferentes profesionais, retornando de facto a un modelo de consulta-cupo ateigada de usuarios.

Na coordinación con primaria non se aprezan avances nin suxerencias algunhas, máis aló de intentar deseñar un modelo de interconsulta electrónica semellante ao existente para outras especialidades, por outra parte moi contestado polos propios profesionais de atención primaria..

A deriva pode caracterizarse por una progresiva burocratización que está a comprometer a eficacia real da rede.

3.10. Xestión clínica, clínica xestionada, gobernanza clínica: Malia a aparición dalgunhas guías clínicas (por exemplo a depresión no neno e adolescente) a organización dos servizos, a dotación de persoal, as demoras nas citas das axendas... convértenas en inaplicables, deixando como elección unha abordaxe exclusivamente biomédica que se alonga dos estándares deste tipo de documentos.

3.11. Coidado de coidadores: Ao marxe de programas como o PAIME, non se desenvolveron espazos para a supervisión clínica de casos e a supervisión

de equipos, mecanismos que teñen demostrada a súa eficacia na solución de conflitos e do estrés entre os traballadores.

Os programas dirixidos a familiares desenvolvéronse dende as asociacións, descoñecendo os datos sobre da súa extensión, aínda que é moi probable que moitos familiares e achegados de persoas con trastorno mental severo non teñan acceso aos mesmos.

3.12. Protección activa da dignidade e os dereitos dos doentes: os datos relativos aos ingresos involuntarios e as incapacitacións dan conta da carencia absoluta ao respecto de intervencións neste eido durante estes anos. A situación de FUNGA en canto dotación de persoal e número de usuarios ao seu cargo deixa ás claras como é a realidade diaria.

Cómpre sinalar tamén a ausencia de calquera programa ou intervención dirixida a diminuír as medidas coercitivas en saúde mental, en colisión coas recomendacións dos organismos internacionais con autoridade en relación aos dereitos de persoas con trastorno mental.

3.13. Participación de todos os implicados nos distintos momentos dos procesos de atención sanitaria de saúde mental: a participación dos usuarios nas políticas de saúde mental foi completamente inexistente.

Nas asociacións de familiares, transformadas forzosamente en prestadoras de servizos, a voz dos usuarios foi recollida dun xeito descontinuo e, en ocasións, de maneira puramente anecdótica. Ademais, ao incrementarse na súa complexidade de funcionamento e xestión, a participación das familias comezou a verse máis dificultada.

Por último, as comisión e grupos de traballo do novo plan que estaban relacionados coa participación cidadá e a dos actores implicados, non se continuaron reunindo.

4. DESENVOLVEMENTO DA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL, NORMATIVA E DE ATENCIÓN EN SAÚDE MENTAL

4.1. *Integración do subsistema de saúde mental no sistema xeral de información sanitaria.*

Basicamente conseguido.

4.2. Inclusión da saúde mental nos obxectivos estratéxicos do Sergas.

Acadado co plan 2006-2001, esluído dende o 2006 ao 2017 e pendente de recuperar ao través do novo plan.

4.3. Desenvolvemento normativo.

Orde de 12 de marzo de 2007 pola que se regula a integración funcional dos centros de alcoholismo e de atención ás drogodependencias non alcohólicas no servizo galego de saúde.

Orde de 29 de xaneiro de 2008 pola que se regulan as unidades de rehabilitación psiquiátrica na comunidade autónoma de Galicia.

Con estas dúas ordes remataba o desenvolvemento normativo do decreto de saúde mental.

4.4. Desenvolvemento da atención á saúde mental: dispositivos básicos e complementarios.

1. Unidades de saúde mental (U.S.M.)

Existentes: 34.

Recomendadas no plan: 44.

Actuais (2017): 38.

Déficit respecto a recomendadas: 6 unidades de saúde mental.

Recursos humanos necesarios: 12 psiquiatras, 6 psicólogos, 6 DUE, apoio administrativo.

Estimación presupuestaria: ver anexo

Cronograma: segundo a duración do plan estratéxico (remataba no 2011)

2. Hospitais de día (H.D.)

Existentes: 7.

Recomendados no plan: 9.

Déficit respecto a recomendados: 2.

Grao de cumprimento: Do total, 85%. Do incremento previsto, 0%.

Recursos humanos necesarios: 2 psiquiatras, 2 psicólogos, 2 DUE, 2

TCAE, apoio administrativo.

Estimación presupostaria: ver anexo

Cronograma: segundo duración do plan estratéxico.

3. Equipos de continuidade de coidados (E.C.C.)

Basicamente, de nova creación.

Recomendados no plan: 10.

Actuais: 10.

Déficit ao respecto dos recomendados: non no número de equipos, pero si encanto á súa composición. En concreto, 2 psiquiatras e dous profesionais con perfil de traballador social ou terapeuta ocupacional (para os equipos de Ourense e Pontevedra que só teñen equipo de enfermaría).

Ademais, tanto psiquiatras como traballadores dos equipos adoitan compartir esta actividade con outros programas dificultando un funcionamento eficaz e outorgándolle, de facto, un rol de complementario ou de segunda importancia diante das necesidades que, pola vía dos feitos, se colocan en primeiro lugar.

4. Unidades de hospitalización psiquiátrica no hospital xeneral (U.H.P.)

Existentes (camas): 211.

Recomendadas no plan: 265.

Actuais: 247.

Déficit ao respecto da recomendación: 18 (dúas camas de observación e intervención en crise en cada unha das 9 UHP).

Grao de cumprimento: 67%.

Recursos humanos necesarios: 9 psiquiatras, 9 psicólogos, 9 DUE.

Estimación presupuestaria: ver anexo

Cronograma: segundo duración do plan estratéxico.

5. Unidades de saúde mental infanto-xuvenil (USM I-X)

Existentes: 7.

Recomendadas no plan: 10.

Actuais: 7.

Déficit ao respecto do recomendado: 3.

Grao cumprimento: 70% do total previo. 0% en incremento.

6. *Unidade de hospitalización infanto-xuvenil (UHP I-X).*

Existentes: 0.

Recomendación no plan: 1 con 15-21 camas (de referencia autonómica).

Actuais: 1 de 7 camas na área sanitaria de Santiago.

Déficit ao respecto do recomendado: entre 8 e 14 camas.

Grao de cumprimento: entre 50 e 33%.

Recursos humanos: 1-2 psiquiatras, 1-2 psicólogos, 6DUE, 6 TCAE. 1 traballador social, 1 terapeuta ocupacional, apoio administrativo.

Estimación presupuestaria: Ver anexo

7. *Centro I/A para trastornos graves de conduta do Pedroso* (Santiago de Compostela): dependente da consellería de educación con apoio do Servizo de saúde mental-Sergas mediante convenio ad hoc.

Obxectivo acadado no primeiro programa e pendente para casos que requiran alteranativa residencial e terapéutica en fins de semana e períodos vacacionais en nenos e adolescentes que así o requiran.

Cómpre sinalar que o apoio de psiquiatría é realizado polo psiquiatra a cargo do equipo de continuidade de coidados, algo por fóra do sentido común.

O apoio de saúde mental debería realizalo a USM e/ou a USM I-X correspondente segundo a localización da residencia alternativa.

8. *Unidades de psicoxeriatría.*

Existentes: 1.

Recomendadas no plan: 7.

Actuais: 2.

Déficit ao respecto da recomendación: 5.

Grao de cumprimento: 29% total previo, 16% do incremento.

Recursos humanos necesarios: 5 psiquiatras, 5 psicólogos, 6 DUE, 6 traballadores sociais, apoio administrativo.

Comentario: A UPX de Santiago non ten DUE. A UPX de Vigo non ten traballador social.

9. *Unidades de alcoholismo e outras dependencias.*

Existentes: 6.

Recomendadas no plan: 7.

Déficit ao respecto do plan: 1 (Pontevedra).

Catro das unidades dependen de convenios que diminuíron ao redor dun 20% polo que debería reaxustarse ao alza a financiación.

10. Unidades de rehabilitación psiquiátrica hospitalaria.

Santiago: As únicas situadas nas instalacións dun antigo hospital psiquiátrico. As unidades nin sequera mudaron o seu nome permanecendo os carteis das antigas denominacións de acordo aos sectores.

Unidades de coidados de rehabilitación: 2 de 21 camas cada unha.

Unidades de coidados especiais: 3 de 20 (chamada UAE), 22 (chamada coidados totais) e 20 camas (chamada 1BM).

Unidades de coidados residenciais: 4 de 24 (5BH), 36 (URH), 22 (2BM) e 24 (1BH).

Ademais, existe unha unidade de somática con 20 camas na que, nestes anos, deixaron de ingresar os trastornos da alimentación que pasaron a unha unidade propia no hospital de Conxo.

Lugo: Tras o peche do hospital de San Rafael as unidades de rehabilitación trasladáronse ao hospital de Calde.

Unidades de coidados rehabilitación: 1 de 30 camas.

Unidades de coidados especiais: 1 de 28 camas.

Unidades de coidados residenciais: 1 unidade de 31 camas.

Ourense: No hospital de Piñor logo do peche do hospital psiquiátrico de Toén.

1 unidade de coidados especiais (21 camas).

1 unidade de coidados de rehabilitación (25 camas).

1 unidade residencial (24 camas).

Vigo: No hospital Nicolás Peña, con 68 camas.

2 unidades de coidados de rehabilitación.

1 unidade de coidados especiais.

1 unidade de coidados residenciais.

11 Unidades de apoio comunitario (UAC)

11. Centros de rehabilitación psicosocial e laboral (CPRL).

Existentes (prazas): 530.

Recomendacións do plan: 695.

Actuais: 934.

Déficit: non existe.

Grao cumprimento: >100%.

Estimación presupuestaria: 3000 euros/praza/ano.

Cronograma: finalizado.

12. *Pisos protexidos e vivendas de transición.*

Existentes: 112.

Recomendacións no plan:

-0.7/10.000 habitantes: 186.

-1/10.000 habitantes: 264.

Actuais: 166.

Déficit ao respecto do plan: de 20 a 38 segundo taxa.

Grao cumprimento: de 86% a 75% segundo taxa.

Estimación presupuestaria: 4.500 euros/praza/ano.

Cronograma: cumprimentado.

13. *Unidades residenciais.*

Existentes: 18.

Recomendacións do plan: 66 segundo taxa de 0.25/10.000 habitantes
ou de 133 segundo taxa de 0.55/10.habitantes.

Actuais: 65.

Déficit ao respecto das recomendacións: 1.

Grao cumprimento do plan: 99%.

Estimación presupuestaria: 14.500 euros/praza/ano.

Cronograma: cumprimentado.

CONSIDERACIÓNS FINAIS E CONCLUSIÓNS

A falla de execución do plan, sobre todo no que se refire ao incremento de recursos sanitarios para o tratamento e a rehabilitación dos trastornos mentais, deu lugar a un colapso da rede asistencial. O abandono das liñas estratéxicas xerou dinámicas causantes dunha práctica clínica e unha organización dos servizos afastada por completo dos obxectivos iniciais.

Unha das consecuencias máis graves derivadas do non cumprimento do

plan foi a laminación do modelo asistencial que emanaba do decreto que regula a atención á saúde mental en Galicia, con consecuencias graves tanto na asistencia aos usuarios como nas condicións nas que se viron obrigadas a exercer o seu traballo os profesionais, sen posibilidade real para os equipos e a interdisciplinariedade, con servizos cada vez máis autoritarios, xerárquicos e discrecionais encanto ás políticas asistenciais (incluíndo, con carácter xeral, todos os aspectos, dende os dispositivos considerados como prioritarios, o modelo asistencial favorecido ou mesmo as políticas de contratación de persoal).

Non só non se alcanzaron nin de lonxe as previsións do plan 2006-2011 senón que, non existiu planificación algunha durante os anos posteriores a 2011, cando se incrementaron as necesidades da poboación galega, no medio dunha terrible crise económica.

Así mesmo, desbotouse seguir as esixencias normativas da lexislación internacional e estatal, e as recomendacións dos organismos internacionais relacionados coa saúde, cando sinalaban a necesidade de priorizar o desenvolvemento da atención á saúde mental, con especial atención ao trastorno mental severo, a poboación infanto-xuvenil e a dignidade e os dereitos dos pacientes.

Nada se fixo e, dende a conxelación e posterior defunción do plan, os seguintes anos foron tempo perdido, situándose Galicia na cola en moitos indicadores de saúde mental: ratios de profesionais, taxa de suicidio, consumo de psicofármacos, etc.

Un novo plan sen dotación presupuestaria, sen énfase na necesidade dunha coordinación efectiva de todos os axentes implicados, que non defenda a dignidade e dereitos dos doentes de modo inequívoco e con garantía de seguimento e avaliación, non suporá máis nada que papel mollado e unha nova decepción para os profesionais, as familias e os usuarios da rede de saúde mental.

ANEXO PARA PRESUPUESTO RRHH SERGAS DE SAÚDE MENTAL

Facultativos: Psiquiatras y Psicólogos Clínicos : 2.300 euros/ mes (bruto)

DUE/Enfermeira especialista/ Terapeuta Ocupacional: 1.990 euros/ mes (bruto)

Traballadora Social:1.830 euros /mes (bruto)

TCAE: 1-250 euros /mes (bruto)

Administrativo: 1.270 euros/mes (bruto)

Asociación Galega de Saúde Mental-Asociación Española de Neuropsiquiatría

Santiago de Compostela, 5 de febreiro de 2019.

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/