

64
65

SISO • SAÚDE

Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental

INVIERNO
2019



• EDITORIAL • LA OTRA PSIQUIATRÍA • ORIGINALES Y REVISIONES • A PROPÓSITO DE...
XXVIII JORNADAS NACIONALES DE SALUD MENTAL AEN • EVENTOS... • LIBROS •
NORMAS DE PUBLICACIÓN

SISO SAÚDE

Nº 64-65 · Inverno 2019

BOLETÍN DA ASOCIACIÓN GALEGA
DE SAÚDE MENTAL - AEN

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

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

COMITÉ ASESOR EXTERNO

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

ANNA MIÑARRO
Psicóloga clínica- psicoanalista.
Talaiar Salut. BCN

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

IRIA PRIETO
Psiquiatra
Equipo Asertivo Comunitario de
Camden-Londres

RAMÓN ESTEBAN
Psiquiatra
Valladolid

PRESIDENTE: Ramón Area Carracedo

VICEPRESIDENTA: Irene Martínez Montero

SECRETARIA: Carmen Armas Barbazán

TESOUREIRO: Raimundo Mateos Álvarez

VOGAIS:

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

COMITÉ DE PUBLICACIÓNS:

DIRECTORA: Chus Gómez Rodríguez

VOGAIS:

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

COMISIÓN DE CONTROL E GARANTÍAS:

Fernando Márquez Gallego

RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN:

Raimundo Mateos Álvarez

IMAXE DE PORTADA:

Florencia
Autoría: Chus Gómez

PRODUCCIÓN EDITORIAL:

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

SUMARIO

EDITORIAL

Editorial

Ramón Area Carracedo

LA OTRA PSIQUIATRÍA

- 15 *El afecto y las modalidades de la negación:
la desmentida en la clínica analítica.
Argumentos contra la estática clasificatoria*
Ignacio Iglesias Colillas
- 25 *Cuerpos*
Hernán E. Lago
- 33 *Tristeza de hoy y de ayer*
Carlos Fernández Atiénzar
- 43 *Angustia y tigres de papel*
Fernando Martín Aduriz

ORIGINALES Y REVISIONES

- 47 *Consumo de drogas en la población LGB*
Beatriz Rodríguez Paz
Markel Mahillo Gutiérrez
- 71 *Conciencia y naturaleza
Los límites del Fisicalismo*
Esther Benzaquén de Hevia

- 91 *Efectos del mindfulness sobre el dolor y la clínica psiquiátrica asociada a pacientes con diagnóstico de fibromialgia.*
Una revisión sistemática
Javier Vicente Alba
María Vidal Millares
Ana Gago Ageitos
María José Durán Maseda
José Berdullas Barreiro
Javier García Campayo
- 107 *De las locuras puerperales a la salud mental perinatal (Historias gallegas de los siglos XIX-XXI)*
David Simón Lorda
Jessica Otilia Pérez Triveño
Cristina Carcavilla Puey
María Victoria Rodríguez Noguera
Elisabeth Balseiro Mazaira
Manuel Fernández de Aspe
- 123 *Un recorrido, à batòns rompus, de la marquetería al surcamiento*
Rubén Touriño

A PROPÓSITO DE...

- 141 *Salud mental en la sociedad actual.*
Relación entre salud mental y arte: Arte Brut
Alcira Cibeira Vázquez
Antón Casais Lestón
- 169 *El autoritarismo científico en Medicina*
Javier Peteiro Cartelle
- 179 *Medios digitales y malestar actual*
Adrià Casanovas Fernández

COMUNICACIONES

- 185 *Fibromialgia, ¿La única rebeldía posible?*
Maria Luisa Costa Ferreira da Silva
Lisi Amaya Lega
Carolina Cabrera Ortega
- 195 *Fronteras y factores psicosociales en salud mental*
Florencio Moneo Martín
- 209 *Injusticia testimonial:
atravesando las fronteras epistemológicas en Salud Mental*
Álvaro Cerame del Campo
Anthyma Violeta Franco Soler
Paloma Coucheiro Limeres
- 225 *La hospitalización domiciliaria en salud mental: una estrategia de
intervención en crisis para personas con problemas de salud mental*
Iria Domínguez Vázquez
Alba Luque Tintó
Carmen Hidalgo Arjona
Mar Bodas Martínez
Antoni Corominas Díaz

PONENCIAS

- 239 *Dolor y fronteras*
David Le Breton
- 253 *Arquitectura de los espacios comunitarios*
Manuel Gallego Jorroto
- 261 *Capitalismo y subjetividad*
Manuel Fernández Blanco
- 269 *Contextualizando el bienestar psicosocial a través de
la ciudadanía y los derechos humanos*
Francisco José Eiroa-Orosa

- 281 *Fronteras en los equipos asistenciales*
Ramón Ramos Ríos
- 301 *Fronteras, nómadas y naufragos: el laberinto institucional*
José Leal Rubio
- 313 *Transitar la Jubilación*
Anton Seoane-Pampin Montenegro
- 321 *Una intervención comunitaria*
Marta Carmona Osorio
- 331 *Una mirada feminista a la salud mental*
Guadalupe Jiménez-Esquinas

TIBURCIO ANGOSTO SAURA: IN MEMORIAM

- 345 *Compañero del alma, compañero*
Antón Seoane
- 347 *El psiquiatra de rostro humano*
Víctor Aparicio Basauri
- 349 *Tiburcio Angosto*
Fernando Colina
- 351 *Palabras para Tibur*
Chus Gómez
- 353 *Homenaje a Tibur, un humanista*
Asociación Colombiana de Psiquiatría - ACP
- 355 *Los personajes heterónimos de Fernando Pessoa:
desequilibrio en la búsqueda de estabilidad*
Tiburcio Angosto Saura
- 379 *Amar la histeria*
Tiburcio Angosto Saura

LIBROS

- 393 *La ansiedad que no cesa*
Fernando Martín Adúriz
Rebeca García-Nieto
- 397 *Penúltimos días: mercancías, máquinas y hombres*
Santiago Alba Rico
Ramón Area
- 401 *El futuro es historia: Rusia y el regreso del totalitarismo*
Masha Gessen
Ramón Area
- 403 *Principios de una psicoterapia de la psicosis*
José María Álvarez
Carlos Rey

COMUNICADOS

- 411 *Comunicado da AGSM-AEN sobre a problemática das persoas sen fogar da cidade de Compostela*
- 415 *Valoración da AGSM-AEN en relación á ficha de seguimento da visita realizada ao Hospital Psiquiátrico de Conxo*

419 OBITUARIOS

Tiburcio Angosto Saura
José García González

429 PROSCRIPTUM: RELATOS VÍRICOS

Ramón Area Carracedo

447 NORMAS DE PUBLICACIÓN

Os plans estratéxicos adoitan ser definidos como un xeito de organizar un sistema complexo atendendo a dous conceptos-áncora: o tempo e o obxectivo. Hai xa décadas que os sistemas de saúde adoptáronos como fórmula maxistral para un axeitado funcionamento asistencial e en canto instrumento para a mellora dos servizos.

O esquema, como tantos outros esquemas mentais, asenta na racionalidade humana: análise da situación e das necesidades, definición de obxectivos, establecemento das medidas necesarias e un calendario para a súa implantación e, finalmente, avaliación dos resultados.

É esta mesma racionalidade quen obriga, de primeiras, a cavilar en tres cuestións relevantes. A primeira é o longo período no que a asistencia á saúde mental en Galicia ficou por fóra de calquera planificación, asunto que a día de hoxe segue sen recibir as necesarias explicacións.

A segunda refírese á financiación dos plans, xa que as vivencias das persoas que, dun ou outro xeito, estamos implicadas neste eido inclúe unha fin de historia repetida e que ten que ver coa ausencia crónica de presupostos axeitados, unha tendencia a que as cousas queden sempre a medio facer e longos períodos de desilusión e canseira.

A terceira refírese ás liñas crebadas co pasado, como se a saúde mental estivera atrapada nun bucle onde se repiten os mesmos problemas, os mesmos debates a as mesmas boas intencións. Neste senso, un plan novo que ignora o plan 2006-2011, debora ser un feito dos que cómpre interpretar, histórica, política ou mesmo clinicamente. Por tal motivo, a AGSM-AEN realizou hai meses unha avaliación estimativa do anterior plan que, ao noso entender, é un dos elementos cruciais para a consideración de calquera

nova estratexia. Así debe ser (na consulta e na asistencia) cando a historia conta unha tendencia á repetición, ao atoamento, e á ausencia dun cambio rotundo e verdadeiro.

Porén, máis aló desta racionalidade, en calquera plan estratéxico existen elementos cualitativos que son parte esencial das organizacións, do sufrimento e, con carácter xeral, dos seres humanos. Sucede que, en demasiadas ocasións, esta racionalidade xerencial sitúa esoutras ontoloxías nun segundo nivel, outorgándolle unha natureza accesoria ou de segundo orde cando, e máis na saúde mental, son cuestións absolutamente fundamentais.

O plan estratéxico é tamén un documento que deixa por escrito os compromisos coa cidadanía, nomeadamente con aquelas persoas nas que a súa voz corre o risco de permanecer silandeira. A redacción debера ser entón produto do diálogo entre moitos axentes ou, noutras palabras, para chegar á interdisciplinariedade e a alianza terapéutica (palabras que todos repetimos varias veces á semana), o proceso de escritura debe ser, obrigatoriamente, a varias mans. Sucede que, como en tantas outras cousas, este mecanismo de escrita corre o risco de ficar na pura imaxe, sen a pluralidade real na autoría que esixe o traballo de deseño dun plan estratéxico. Desta volta, contouse coa opinión de profesionais, asociacións, usuarios... Á espera da lectura do mesmo, observaremos con minuciosidade se o documento transpira esoutros autores que ditan frases dende os intereses políticos e económicos ata erguerse nese autor único que atravesa (pertinazmente) as burocracias.

Ademais, calquera plan inscribe entre as súas páxinas unha filosofía asistencial que debe ocupar un papel protagonista. Tan importante é explicitar o que se vai facer como os xeitos de facelo, xa que estes modos son os que permiten despregar un trato e uns recursos que dean sentido á organización. Do contrario, o que obtemos é unha rede que perde a finalidade de sostén e que se converte nunha maraña que atrapa ás persoas ou pola que, simplemente, o sufrimento circula sen alivio nin final. Novamente, verémonos na situación de ter que valorar os principios que deben presidir a asistencia e que falan da saúde mental comunitaria, da interdisciplinariedade, dos recursos básicos e complementarios, das xerarquías, da medicalización, das psicoterapias, dos coidados, das oportunidades de emprego...

Os asuntos pertencentes a orde do ético deberan tamén inscribirse en calquera plan. Cuestións relativas ás contencións mecánicas, as prácticas coercitivas, a vulneración de dereitos, a cobertura das aproximacións psicosociais... son condicións a priori de calquera plan estratéxico e non temas complementarios que, con demasiada frecuencia, soamente petan no real como unha declaración de intencións ornamental.

Desta volta, non debera chegar cun plan que cubra o expediente e desbote unha mellora radical. Dende a AGSM-AEN agardamos a lectura do documento, faremos unha análise pormenorizada do mesmo e darémoslle toda a importancia ao que consideramos imprescindible en calquera discurso ao redor da saúde mental con vocación transformadora.

NOTA: Este editorial escribiuse antes da epidemia do coronavirus e das normas de confinamento e illamento domiciliario que decretou o goberno. Durante estes meses houbo que suspender a actividade asociativa programada (xornadas, cursos, a propia revista...) e os mecanismos de funcionamento da asociación víronse significativamente alterados (reunións da xunta directiva, assemblea de socios...). A posición da AGSM en relación ao plan estratéxico é que, nestes intres, o prioritario é a organización asistencial no contexto clínico e social no que estamos. Por esa razón, a asociación non fará unha avaliación do mesmo e non presentará alegacións ao borrador presentado, considerando que o proceso de redacción e elaboración definitiva do plan debería adiarse ata que as condicións permitiran un traballo axeitado ao redor do mesmo.

El afecto y las modalidades de la negación: la desmentida en la clínica analítica. Argumentos contra la estática clasificatoria

Ignacio Iglesias Colillas

Psicoanalista, investigador independiente

Correspondencia: ignacioiglesiascolillas@gmail.com

*El hombre no se conoce a sí mismo sino
a través de las afecciones de su cuerpo y
las ideas de éstas.
Spinoza.*

Deseo comenzar esta breve exposición con una simple pero fundamental pregunta clínica: *¿Cuál es la función más importante del diagnóstico en psicoanálisis? ¿Qué es lo que nos interesa ‘clasificar’ en psicoanálisis?* Desde la perspectiva de la eficacia terapéutica, ningún proceso analítico avanza si no se van disolviendo, una a una, las resistencias que van saliendo al paso.

¿No es acaso una de las dimensiones del diagnóstico psicoanalítico la elucidación de las diversas presentaciones de las *modalidades de la negación*? Dichas modalidades son, en la práctica, las que se nos presentan como resistencias a la cura. *¿Y no es el levantamiento de las resistencias el recurso más poderoso del tratamiento psicoanalítico?* Sin la debida particularización de los mecanismos de defensa, se torna imposible ubicar los mecanismos de formación de síntomas y la lógica del afecto en cada caso y en cada momento del análisis. Según Freud, lo esencial de la represión es precisamente la ‘sofocación’ de un proceso afectivo. Este es, de hecho, uno de los temas centrales que vertebra los estudios reunidos en *¿Qué significa analizar? Clínica y epistemología* (Xoroi Edicions, 2019)¹.

Por eso es absolutamente necesario volver a reflexionar sobre los conceptos *económicos de Freud, especialmente el ‘afecto’ y la ‘pulsión’, aquello que, a priori,*

se muestra refractario a la palabra o bien que prescinde de ella. Lo que no significa que operemos con fuerzas desnudas, sino que el descubrimiento y construcción de la significación inconsciente requiere lidiar con magnitudes de energía en conflicto.

Por otra parte, sabemos que las significaciones inconscientes sobre-determinan nuestra percepción y por ende nuestra 'realidad' (*Realität*, diría Freud). Pero cuando nos detenemos a examinar dicha 'realidad psíquica' –que está constituida precisamente por un entramado o plexo de significaciones–, lo que encontramos es que ellas son, a su vez, el precipitado o sedimento de las *afecciones* que han devenido traumáticas, y cuyo marco es siempre el de una *vivencia*.

En mi opinión, la «vivencia» es un concepto clínico fundamental, sin el cual se torna imposible sintonizarse con la tonalidad afectiva implicada en los significantes y significaciones localizadas a lo largo del proceso analítico. En la actualidad, nada es tan evidente como la ausencia de una reflexión profunda sobre nuestros conceptos clínicos fundamentales, es decir, sobre los que permiten genuinas transformaciones clínicas, que van desde el alivio transitorio del sufrimiento a la modificación radical e irreversible de nuestros modos sintomáticos de ser, apuntando al horizonte de la sublimación. Y en otras muchas circunstancias sólo nos queda aceptar lo que es y aprender a amarlo también. Aceptar la *Castración* no es otra cosa que abrazar las contradicciones y poder soportarlas como un aspecto integral de la vida. Las *vivencias* son, al fin y al cabo, la Vida siendo, observada a través del ojo de la aguja del Ego y en el contexto de un flujo de vida.

Pero hoy en día no es en absoluto evidente a qué se refiere el concepto de *vivencia* en el pensamiento de Freud. ¿Y acaso no es la vivencia misma la que Freud separa en dos componentes esenciales, el 'afecto' y la 'representación'? En el historial de Dora, por ejemplo, encontramos que Freud se refiere a la 'escena del lago' y a la 'escena del negocio' como 'vivencias de eficacia patógena', por el poder que tienen para producir síntomas y en tanto implican siempre 'situaciones de privación' de la libido.

Deseo destacar aquí la fuerte influencia del gran W. Dilthey (1833-1911) en la elaboración de la *vivencia* en Freud. Según algunos textos cardinales de Dilthey,

«la vivencia es un modo característico distinto en el que la realidad está ahí para mí. La vivencia no se me enfrenta como algo percibido o representado; no nos es dada sino que la realidad ‘vivencia’ está ahí para nosotros porque nos percatamos por dentro de ella, porque la tengo de modo inmediato como perteneciente a mí en algún sentido. En el pensamiento es cuando, luego, se hace objeto. Todo lo vivido por mí, todo lo vivible constituye una conexión. La vida es el curso que se halla trabado en un todo en una conexión estructural (...)»².

Dilthey agrega que la *vivencia* es una realidad cualitativamente determinada, por lo que implica siempre la dimensión del *sentido*: «la realidad cualitativa que compone así la vivencia es conexión estructural»³. En *Vivencia y expresión* (1907–1908), Dilthey nos ofrece una definición del concepto de ‘estructura’, que se relaciona íntimamente con el de ‘vivencia’: «Denomino estructura la relación entre partes componentes dentro de una vivencia (...). Lo así estructurado entra luego en otras relaciones estructurales y éstas forman, finalmente, un esquematismo, una localización, que tiene lugar en el curso psíquico que constituye la unidad de vida»⁴ –afirma el autor.

Partiendo de estas consideraciones clínicas mínimas, el ‘afecto’ se nos presenta como el punto de contacto, el punto de encaje entre lo psíquico y lo somático. El afecto posee tanto las características de los fenómenos somáticos como la de los psíquicos: por un lado implican una descarga de energía y, por el otro, son *modalidades del recordar* plenas de significancia. En términos metapsicológicos, el afecto se corresponde con la pulsión, que no es psíquica en sí misma.

Esta perspectiva pretende caracterizar el diagnóstico –que está sujeto a la *retroactividad*, como lo Inconsciente mismo– a partir de lo que Freud denominaba los ‘procesos del alma’ (*Seelenvorgänge*), distanciándonos de las clasificaciones taxonómicas de corte botánico. El riesgo de ignorar esta vía es caer en una suerte de neo-positivismo psicoanalítico disfrazado con términos que sólo se distinguen en su uso práctico y en su función, y no por el mero contenido de la palabra mentada. Quiero decir que hablar de ‘neurosis obsesiva’ o ‘psicosis ordinaria’ puede no distinguirse en nada de cualquiera de las etiquetas sindrómicas al estilo de los DSM, si se los utiliza al modo de una neo-taxonomía rígida y estanca. El psicoanálisis no tiene nada que ver con estas perspectivas, porque sus conceptos esenciales –lo Inconsciente–

no son 'objetos' que puedan 'describirse' 'empíricamente'. Los psicoanalistas operamos con *fuerzas y significaciones*, no con 'hechos' objetivos, sino con *vivencias* que adquieren configuraciones estructurales.

Más aún, Freud ha establecido que es solamente en el recorrido de los «dolorosos caminos de la transferencia» donde se podrá localizar y simbolizar –o no– lo que otrora estaba condenado a repetirse en acto. Estos fenómenos resisten al 'etiquetamiento', pero no a la conceptualización y la reflexión teórica, como bien lo demuestra el concepto de «neurosis de transferencia», por ejemplo, que no apunta a una clasificación descriptiva de un 'objeto' y sus epifenómenos, sino a dilucidar la fenomenología del vínculo en tanto compulsión de repetición y como modalidad de desfiguración sintomática *inconsciente* en sentido estricto (la «desfiguración por transferencia»).

Por otra parte, la transferencia misma es un «proceso de transferencia», y no un fenómeno estático y rígido. Lo cual es consistente con la idea de que existen 'procesos del alma' que se van manifestando dinámicamente a lo largo de la cura analítica.

Quisiera ahora destacar la fuerte influencia del filósofo B. Spinoza (1632–1677) en cuanto a la conceptualización del *deseo* y los *afectos* en Freud, aspecto que Lacan ha señalado pero no explicitado con argumentos –especialmente en *Radiofonía y Televisión* (1974), por ejemplo–. En una oportunidad, y ante una pregunta frontal sobre el tema, Freud mismo confesó dicha influencia al filósofo Lothar Bickel en 1931. En este caso particular, dicha 'influencia' es particularmente profunda, al punto de que el estudio de la lógica o incluso de la *fenomenología de los afectos* en Spinoza puede iluminar la práctica clínica.

Uno de los objetivos explícitos de la *Ética demostrada según el orden geométrico* de Spinoza no es otro que «determinar la fuerza de los afectos y la potencia del alma para reprimirlos». Sí, Spinoza utiliza repetidamente el término 'represión', en un sentido muy próximo al que posteriormente le otorgará Freud. Tal es así que en los *Estudios sobre la histeria* Freud se refiere al «suceso afectante» –lo que posteriormente será denominado 'trauma'–, concepto casi idéntico al de «afección» de Spinoza.

Según el filósofo neerlandés, «todos los afectos se remiten al deseo», afir-

mando que «la alegría y la tristeza es el deseo mismo (...), la naturaleza misma de cada uno», aquello que nos hace singulares y únicos. Para Spinoza el deseo es la «potencia de obrar», y la ‘represión’ «disminuye nuestra potencia de obrar». El padecimiento aparece aquí ligado a la idea de ‘pasividad’, ya que dicha pasividad descansa sobre una *negación del deseo*, de la propia potencia. En este sentido, la «represión del deseo»⁵ estará siempre relacionada con un proceso en el cual *se excluye la existencia de algo*, afectando al alma de tristeza⁶.

En Freud, ‘excluir la existencia de algo’ significa *negarlo*. Si bien Freud desarrolló sus ideas sobre los afectos a lo largo de toda su obra, no llegó a reunirlos en una concepción sistemática, lo que ha dado lugar a discusiones y controversias que persisten hasta la actualidad. Y por más que nos suene paradójico o absurdo, Freud descubre que existen sentimientos y afectos *inconscientes*, que no pueden tratarse de la misma manera que las representaciones o significaciones inconscientes. Hay un «montante de afecto» (*Affektbetrag*) que, a su vez, implica sentidos y significaciones vinculados a las vivencias que los provocaron, por eso no son meras fuerzas desnudas. Pero bien pueden sobrevivir intactos sin ser nunca simbolizados, noción cercana al *Ello* freudiano. La meta genuina del proceso represivo –recorremos– es la sofocación o cancelación del afecto.

Esta cualidad singular de los procesos afectivos –y por ende del proceso represivo mismo, que atañe eminentemente a la *afectividad*– lo conduce a Freud al estudio de las ‘claves de inervación’ de dichos procesos en la corporalidad del cuerpo erógeno. Siguiendo algunas ideas desarrolladas por Darwin en su estudio *The expression of the Emotions in Man and Animals* (1872), Freud hace de la expresión de las emociones, «signos confiables» a partir de los cuales pueden inferirse los procesos anímicos (*Seelenvorgänge*), como lo demuestran los *Estudios sobre la histeria* (1893-5): «y a menudo se confía más en ellos que en las simultáneas manifestaciones verbales, deliberadas»⁷.

Los afectos no son otra cosa que determinados estados del alma (*Seelenzuständen*), y los de mayor incidencia patógena son, por supuesto, los afectos depresivos: «tanto de enfermedades del sistema nervioso con alteraciones anatómicas registrables, cuanto de enfermedades de otros órganos»⁸. Los afectos pertenecen ante todo a la corporalidad, y es precisamente dicha corporalidad la que se nos muestra en sus «relaciones recíprocas con el

alma». Además, Freud afirma que «todos los estados anímicos, aun los que solemos considerar ‘procesos de pensamiento’, son en cierta medida ‘afectivos’, y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos»⁹.

Clínicamente hablando, es requisito *sine qua non* que recuerdo y afecto sean convocados al mismo tiempo: se trata de ‘expresar’ (*Aussprechen*), de enunciar el afecto re-viviéndolo. *La afectividad es un modo de pensar y de recordar, y no un fenómeno derivado o secundario de las representaciones y pensamientos. Es más bien al revés.*

Ahora bien, cuando las vivencias afectivas y su percepción han sido *desmentidas*, nunca sobrevendrán como ‘recuerdos’, ya que dichas vivencias han sido solo parcialmente inscriptas, por así decir. No se puede recordar lo que aun no ha alcanzado el estatuto de la *realidad psíquica* y que, por ende, nunca sucedió. La desmentida no es sino una de las modalidades de la negación en la cual me voy a detener. *Examinar este mecanismo implica sumergirnos en el problema de la admisión, creencia o atribución de realidad de las representaciones y afectos penosos y dolorosos, que se ven siempre sometidos – ‘política del avestruz’ mediante– a intensas fuerzas de repulsión (*Abstossung*)*. Es por eso que el método clínico siempre consiste en «sorprender al yo que se place en la defensa». Se trata así de perturbar las defensas, que se manifiestan siempre como resistencias al proceso analítico.

Tan tempranamente como en los *Estudios sobre la histeria* (1893-5), la *desmentida* se manifiesta en la *tensión* y los *signos de afecto* observables por el análisis de los gestos, temática que encontramos cabalmente desarrollada en *El interés por el psicoanálisis* (1913)¹⁰, donde Freud expone su *teoría del lenguaje* y en la cual incluye, otorgándole un lugar principal, al *lenguaje de los gestos*.

Si saltamos ahora a *El yo y el ello*, de 1923, Freud afirma que las ‘sensaciones’ no requieren de los eslabones de conexión de lo *Preconsciente*, sino que irrumpen directamente en la consciencia, atravesando libremente las defensas, por así decir, prescindiendo de su verbalización.

En el texto *Fetichismo* (1927), la *desmentida* aparece vinculada al fetiche en las perversiones pero, por otro lado, como mecanismo asociado a los *duelos* que quedan sin poder ser elaborados porque sólo han sido ‘aceptados’ intelect-

tualmente –vía el examen de realidad que registra la ausencia del objeto– pero rechazando ingresar al proceso afectivo doloroso implicado en la *pérdida*. En este ensayo Freud afirma que la desmentida (*Verleugnung*) consiste en la coexistencia simultánea de dos aseveraciones recíprocamente inconciliables. Se trata aquí de un proceso que atañe a percepciones, ya que interviene como defensa frente a la realidad material objetiva (*Wirklichkeit*).

Esta operación presupone además la escisión del Yo, concepto que Freud generaliza hacia todo el campo psicopatológico hacia el final de su obra, lo mismo que la herida narcisista producto del rechazo del amor edípico. Y con razón, como claramente puede observarse en la clínica actual. A modo de ejemplo sucinto, así puede leerse el relato de la primera sesión del *Hombre-rata*: él tenía miedo de que a su padre y a su amada les ocurra el tormento de las ratas... con el detalle de que su padre había fallecido hacía ya nueve años. Se ve enfrentado ante la impotencia para decidir (duda patológica) porque, precisamente, decidir implica perder. Por eso el rechazo a perder es el reverso de la impotencia para actuar –decidir– y, necesariamente, lleva a la pérdida de libertad para ser.

Otra característica esencial de la desmentida –y justamente porque presupone un *clivaje* o *escisión yoica*– es que se muestra como infranqueable a la interpretación, pudiendo ser abordada solamente vía *construcciones* (*Konstruktionen*) –término que se usa en la lengua alemana para hacer referencia a ‘construcciones lingüísticas’ hechas de palabras–, formuladas tanto con la «recolección de los indicios de la transferencia» como con el ensamblado de fragmentos que suelen aparecer diseminados en el discurso del paciente.

Si tuviéramos que realizar una breve distinción entre la ‘desmentida’ (*Verleugnung*), la ‘negación’ (*Verneinung*) y la ‘represión’ (*Verdrängung*) como *modalidades de la negación*, podemos decir que la *represión* atañe siempre al proceso afectivo, y su meta principal es sofocar el afecto. La *desmentida*, como acabamos de ver, atañe entonces a la *percepción* misma, y por eso tiene tanto poder para distorsionar tanto la realidad objetiva como la psíquica. A tal punto que O. Mannoni la denominó ‘otro tipo de amnesia’. La *negación*, en cambio, es una función del juicio –el juicio adverso– (*Verurteilung*), una función intelectual que se separa del proceso afectivo. Implica así una cancelación de la represión sin aceptación de lo reprimido. Como se trata de una

aceptación intelectual de lo reprimido con persistencia de la represión del proceso afectivo, debemos concluir que la desmentida presupone, necesariamente, a la negación, y no al revés. Esta es la conclusión del análisis conjunto de los textos *La negación* (1925) y *Fetichismo* (1927).

El 'no' –dice Freud– es un *símbolo* (entre otros) de la negación (*Verneinungs-symbols*) y el «rechazo por proyección» otro. El ejemplo por antonomasia sería: «¿Usted me está sugiriendo que yo no amo a mis hijos?», decía una paciente hace poco.

Volviendo a la *desmentida*, las vivencias que aparecen vinculadas con dicho mecanismo se difuminan regularmente en las fronteras de lo propio y lo ajeno, el adentro y el afuera, el Yo y el no Yo. En fin, se trata de lo que Freud denomina el lenguaje mudo de la pulsión oral. Clínicamente hablando, el índice de la *desmentida* suele ser la angustia persecutoria y/o confusional, muy común en la práctica actual, en la cual predominan –al menos en mi experiencia– las neurosis narcisistas.

Por último, y en relación al valor y al estatuto que se le otorga a la *afectividad*, la *libido*, y los *conceptos económicos* en general –en el sentido técnico freudiano–, cabe destacar que en cuanto a los procesos psicóticos –y sólo por recurrir a otro ejemplo–, lo esencial en términos etiopatogénicos ocurre en el plano energético-libidinal. En el caso Schreber, Freud se refiere a la «cancelación» o «débito» de las investiduras libidinales¹¹ como uno de los procesos esenciales de su psicosis. Entonces, *¿qué es realmente lo que se diagnostica y cuáles son sus funciones?* Partiendo de este sucinto desarrollo, sólo pretendo llamar la atención sobre las modalidades de la negación –las diversas variaciones del rechazo de la *Castración*¹²– y la lógica de la afectividad, exponiendo algunos argumentos fundamentales que hacen a la esencia de la eficacia clínica del psicoanálisis. Nada de esto puede 'clasificarse' ni taxonómica ni descriptivamente.

Y es que quizás los afectos no sean sino la Vida afectándose a sí misma, donde el Ego no es más que la espuma de la ola, un mero efecto transitorio en el flujo de la impermanencia. Sin embargo, nunca faltarán los que aún fantasean con el control lógico de la inconmensurable violencia del océano, ni los que insistiremos incansables en dejar algunos garabatos irregulares trazados con el dedo en las orillas.

NOTAS

- ¹ Mi más profundo agradecimiento al Prof. José María Álvarez y a mi editor Henry Odell, gracias a quienes este proyecto fue posible, y a Kepa Matilla y Juan de la Peña por el dedicado y cuidadoso Prólogo.
- ² DILTHEY, W. «La vivencia», en *Psicología y teoría del conocimiento*, México, Fondo de cultura económica, 1945, p. 420–421.
- ³ Idem, p. 421.
- ⁴ DILTHEY, W. «Vivencia y expresión», en *Psicología y teoría del conocimiento*, México, Fondo de cultura económica, 1945, p. 425.
- ⁵ SPIONOZA, B. *Ética demostrada según el orden geométrico*, Madrid, Alianza Editorial, 2017, p. 275.
- ⁶ IGLESIAS COLILLAS, I. *¿Qué significa analizar? Clínica y epistemología*. Barcelona, Xoroi Edicions, 2019, p. 136.
- ⁷ FREUD, S. «Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)» (1890), en *Sigmund Freud, Obras Completas*, Vol. I, Bs. As., Amorrortu Editores, 2002, p. 118).
- ⁸ Idem.
- ⁹ *Ibidem*, p. 120.
- ¹⁰ FREUD, S. «El interés por el psicoanálisis» (1913), en *Sigmund Freud, Obras Completas*, Vol. XIII, Amorrortu Editores, 2003.
- ¹¹ FREUD, S. «Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente», en *Sigmund Freud, Obras Completas*, Vol. XII, Bs. As., Amorrortu, 2001, p. 69.
- ¹² Utilizo el término *Castración* en el sentido que abarca todas las vivencias de pérdida, límite, ausencia, falta, falla, etc. En fin, las vivencias de displacer y dolor.

Hernán E. Lago

Psiquiatra. Hospital psiquiátrico italiano de Buenos Aires

Correspondencia: lagohernan8@gmail.com

“Hay más de una historia del mundo”

Ægypto. John Crowley

La modernidad nos presentó un mundo donde todo es expresado en una unidad de medida. El tiempo y el espacio son entendidos como si pudieran ser generalizados o universalizados, donde no hay espacio para el afecto que las acompaña. Sin duda estas medidas aparecen cuantificadas por las matemáticas, brindándoles su carácter de universalidad. Es así que pareciera que, cada vez, surgen más cosas por medir.

Podemos ver esto en la cotidianeidad, cuando ante la pregunta por una dirección alguien responde con “5 minutos caminando” o en nuestro caso podrían ser “5 cuadras”. Estas respuestas impresionan concretas, objetivas, neutrales y universales a tal punto que pareciera que en la distancia o el tiempo no se muestra nada del afecto, como si esos 5 minutos o esas 5 cuadras de distancia no fueran para arribar al amor tan esperado o al cruel desenlace de una tragedia, o al monótono ingreso al trabajo.

Con el mismo ahínco en expresar todo en forma indiferente, neutra y objetiva, por vía de la medida, la psicopatología no escapa a la regla. Asoman la neuropsiquiatría y la neuropsicología, entiéndase aquellas que abarrotan de estudios de laboratorio y evaluaciones cognitivas al individuo, buscando la medida que lo universaliza. En el examen psiquiátrico sucede lo mismo, se realizan medidas que pasan desapercibidas, la lucidez, la afectividad, la memoria y el juicio.

La afectividad, como las otras esferas del examen psiquiátrico, cae bajo la medida de la matemática, la Ciencia. El afecto, y sus cualidades, ya no son

dignos de una poética y se los expresa como “timia”, la cual al ser medida sólo puede mostrarse en variantes dentro de un gradiente que va desde una atimia, en donde este árido neologismo expresaría “la falta de afectividad”, a los extremos de un “aumento patológico” de la afectividad, la hipertimia.

A su vez, la hipertimia puede ser displacentera o placentera, mostrando aquí en forma efectiva y concreta el sometimiento que ostenta la ciencia sobre los afectos a los afectos. Estos rangos, espectros, niveles, toman el valor de objetos, concretos, reales, universales y sobretodo neutrales. De esta manera, una gran tristeza, el afecto en un duelo irresoluto, lo que se llama depresión y la melancolía, pueden caer como “hipertimia displacentera”, pensando que quien lo escribe, quien pronuncia y quien lo decreta no realizó juicio alguno.

Al acudir a lo cuantitativo para intentar que la psicopatología entre dentro del discurso dominante de la ciencia se establece en estos rangos la afectividad, una medida que sea lo común, lo esperable, en la que si falta o si sobra se torna patológica. Cabe preguntarse ¿Con qué no se corresponde? ¿Con lo biográfico del paciente, con su singularidad o con lo esperado? ¿Por quien?

La tristeza al pecar de exceso, según la ciencia, se torna una enfermedad, algo a corregir. Es así que se plantea como un objeto, al igual que la distancia o el tiempo, algo por fuera del observador, por fuera del sujeto. Por consiguiente medible, cuantificable, posible de universalizar, de aplicar escalas que lo normativicen, protocolos que la manejen y lo controlen, definitivamente un objeto.

¿Cómo sucedió que algo como los afectos y la distancia, tan singulares y diferentes, caigan ambos bajo ser considerados objetos, cómo es que pueden ser objetivados?

¿Cómo es que puedo acercarme en forma “pura” (sin compromisos, sin ideología, sin inconciente, sin “yo”) a eso que se me presenta y estudiarlo desde su esencia, como un observador no participante? ¿Cómo es que puedo abstenerme de todo lo que soy y en un segundo tiempo ir al objeto para conocerlo en su realidad?

Desde el discurso dominante, existe una respuesta que acapara toda forma

posible de conocer, y que en su base actúa una concepción de sujeto y objeto en donde la distancia y el afecto comparten la cualidad de ser medidos y reducidos a números. Este discurso es de “La Ciencia”.

Pero aún existe otra respuesta que hace eco y propone un cambio radical en la concepción del afecto y el mundo, la expuesta por la fenomenología.

Para lograrlo nos remitiremos al siglo XVII, y pondremos en foco a René Descartes y sus meditaciones metafísicas. Las lecturas posteriores y la aplicación del método cartesiano en forma desmedida y conveniente ante nuestra práctica, tanto psiquiátrica, psicológica como médica.

En la modernidad, la ciencia corre del centro a la filosofía y a la teología, cree superarla deshacerse de ellas. En la adoración a la ciencia positiva y en su carácter dogmático de juzgar lo que es saber y lo que no, hereda mucho más de una verdad última religiosa.

Podemos embarcarnos en la búsqueda de una otra respuesta a la ciencia positivista, debemos comenzar con el texto “Meditaciones Metafísicas” de Descartes, donde se exponen la *res extensa* y la *res cogitans*, conceptos obligados para cuestionar la objetividad que ostenta la ciencia. Ambas sustancias, entendiendo a la sustancias como aquello que es no a menester de nada.

Descartes dudando de todo y de todos partiendo de la duda radical, así como temiendo la posibilidad de ser engañado podrá ver que si duda y puede ser engañado es a él a quien lo engañan y es él el que duda por lo que puede afirmar la existencia del “yo”, la *res cogitans*.

En segundo lugar, la segunda sustancia en ser demostrada, pero la primera en la creación, Dios, “ens perfectissimum” o “res infinitans”. Un Dios que en su totalidad es bondadoso, incapaz de engañar o mentir, al plantear que de algo menos perfecto no puedo derivar algo perfecto.

Dios y la matemática serán el punto de Arquímedes para Descartes. La matemática aparece en Descartes a partir de un sueño –una epifanía– en donde se le revela que la ciencia debe ser única y universal, la matemática con sus cualidades de claridad y distinción es lo único capaz de brindarle un nivel de certeza aceptable, erigiendo el modelo para construir el templo del saber, la ciencia única.

Por último, aparece algo por fuera de la *res cogitans*, y mucho más por fuera de la perfección divina. Descartes la nombrara *res extensa*, el cuerpo y el mundo. ¿Pero cómo?

El autor nos dirá que hay ciertas ideas que no provienen del propio yo y que no me han sido impuestas por Dios directa o indirectamente, y si este último no es capaz de engañarme, debo reconocer que estas ideas provienen de los cuerpos. Es así como cobra sustancia la *res extensa*, el mundo.

Separando una sustancia de la otra, en forma clara y distinta, nos abocaremos a conocer un poco más de la *res extensa* para comenzar el camino que removerá el velo de la concepción del cuerpo propio de la ciencia y la biomedicina.

En el movimiento que hace Descartes de replegarse en la razón es el alumbramiento del sujeto moderno, del cogito. “Soy una cosa que piensa”. El sujeto se encuentra desvinculado del mundo, solo accede a él saliendo de este y contemplándolo desde la seguridad de su razón, utilizándolo y teorizando sobre éste.

El cuerpo y sus impurezas –pasiones, dolores, afectos, sensaciones, etc– quedan junto con las sillas, las mesas y las piedras, conformando la *res extensa*.

Con lo explicado podemos ver cómo la metafísica cartesiana puede dar una explicación acabada de la realidad. Puede demostrar que a los objetos les corresponde lo claro y distinto, que pertenecen a la *res extensa*, que su cualidad es la extensión y puede ser diferenciado de las otras sustancias y, por lo tanto, del sujeto. Todo puede ser aprehendido racionalmente, con la certeza de la matemática universal.

La matemática en el siglo XVII poseía dos propiedades que eran cruciales para el proyecto cartesiano, la claridad y la distinción. Descartes pretendía que sean extendidos al resto de las ciencias. Esto último haría que se presenten de forma evidente y que de esta manera no pueda negarse su veracidad, por lo que es menester que para llegar a conocer algo, debo lograr que se presente de forma clara y distinta.

La concepción de la *res extensa* nos abre el camino a una tierra nutricia para que todo sea sometido a la matemática, para que surja una ciencia

dura, fría, plagada de certezas. Todo el mundo quedó por fuera de la conciencia, es mera extensión. La comprensión del afecto, como la distancia, son posibles de ser medidos y objetivados, por lo tanto, capaces de ser intervenidos.

De hecho, el mismo Descartes dirá: “(...) como una máquina fabricada compuesta de huesos, nervios, músculos, venas, sangre y piel (...)”.

Para Descartes el cuerpo es algo que se puede deshacer en trozos, para co- legirlos, conocerlos, aprehenderlos desde la razón. El cuerpo es extenso, tiene la capacidad de ser medido y pesado. Los cuerpos son tales que responden a la geometría, a la matemática.

En el propio cuerpo, en el cual según Descartes nos encontramos unidos a él tan estrechamente y tan mezclado que parezco como un solo todo, aparecen el hambre, la sed, apetitos, “(...) e inclinaciones corporales hacia la alegría, la tristeza, la cólera, y otras tales pasiones.”

Formando los afectos, los sentimientos y las necesidades, parte de la red extensa, podemos entender cómo la neuropsiquiatría y la neuropsicología pueden hacer de la tristeza, un duelo o la melancolía, una hipertimia displacentera. Asimismo, no se dificulta entender cómo puede transformarse la tristeza, un dolor del alma, un profundo sufrimiento, una inconmensurable carga para el espíritu, una pérdida, en una falta de serotonina, por lo que en un cuerpo que no difiere de una mesa, de una silla, no hace falta más que repararlo ante la falla.

Podríamos solo sostenernos en la crítica, pero es crucial una propuesta que marque algo diferente. Una de las propuestas que propone un cambio en la concepción del cuerpo, es la de la fenomenología de Martin Heidegger.

Heidegger nos hará pensar que el cuerpo que aparece objetivado bajo la concepción de la ciencia, el cuerpo como es concebido por la biomedicina, es concebido como un “cuerpo físico”, que en lo general no difiere de cualquier otro cuerpo u objeto, ya que encuentran su determinación en la extensión. Señala la particularidad de todos los cuerpos, aún de aquel cuerpo con vitalidad, el cuerpo viviente; el cual para nuestro amigo René, como para la ciencia, no deja de ser extensión, materialidad, espacialidad.

Todos los cuerpos, inclusive el propio, quedaron por fuera de sí mismo, del yo, son objetos de los cuales dispongo y puedo valerme. Estos cuerpos no son más que objetos a los cuales debo teorizar, conocer desde la torre de marfil de la res cogitans, de la razón.

Hoy el sentir, el pensar, y hasta el vivir quedaron reducidos a funciones lógicas, matemáticas del cerebro, capaces de ser apresadas por la razón, la cual hoy no deja de estar en la res extensa de la corteza frontal.

Heidegger planteará una diferencia crucial, en torno al cuerpo. Así se revela, un segundo cuerpo, un cuerpo viviente, un cuerpo que a diferencia del cuerpo como objeto, siente y es sentido.

Implica un cuerpo que presenta una co-sensación, no solo es la herramienta por la cual debo mediar con el mundo a través de los sentidos, sino que es parte del mundo como de lo sintiente y lo sentido. En toda sensación está implícito este cuerpo como sentido y como sintiente, muy lejos del objeto que es sentido.

Así, se diferencian dos cuerpos, uno claramente cartesiano, del que está al tanto la ciencia como cuerpo físico, en alemán hay una palabra para este, Körper, y otro que vive, es vivido, sentido y sintiente, en germano Lieb.

El Körper se halla como objeto y como objetivado. Un cuerpo que es dominado y aprehendido por la razón, en tanto que puede ser intervenido, alterado; hoy en día hasta puede ser mejorado, cree la ciencia. Es fruto de la causa y el efecto.

Pero se abre otro cuerpo, un cuerpo viviente, incapaz de ser medido, donde en la mesa de autopsias, en un examen de laboratorio, así como en la resonancia, no figura más que como un fantasma. No aparece en el espacio, el es el que hace la espacialidad del espacio. Es la resistencia misma, así como de donde surge la resistencia, a la medición y la cuantificación.

No es la totalidad molecular del cuerpo ni su genoma. No es representado por lo material, por el ente. No termina en la piel, se extiende en el mundo como su atención. Se imbrica con los entes que le hacen frente en el mundo, es con los cuerpos y estos con él, es un “ser con”.

Presenta cierta semejanza con ese dolor inclasificable, sin base orgánica

que es vivido por la histeria y que la ciencia con sus fármacos e intervenciones no puede ni acercarse a calmar. Es ese mismo dolor de estómago o de muelas “que extiende un velo sobre la existencia”, ese dolor que no duele al estómago o a la muela, sino a ese cuerpo del que son tributarios como unidad y no como parte medida y pesada.

El ejemplo por antonomasia es la eutanasia o el suicidio asistido, donde si el dolor se ubica dentro de los márgenes de lo medible, de lo esperable por la ciencia para un padecer capaz de cuantificarse, la discusión se instala, los bandos se establecen entre los progresistas a favor y los moralistas en contra. Pero cuando el dolor involucra una subjetividad, ya no del sujeto cartesiano, cuando es un sufrimiento que no se acopla a la causa efecto, los rostros se miran y los vestigios de la moral religiosa y cartesiana aparecen.

La ciencia, la biomedicina, toman sin lugar a dudas al *körper* como única concepción del cuerpo. Apareciendo así, una medida en el laboratorio que marca lo sano de lo enfermo, lo normal de lo anormal, un cierto peso para una cierta altura; una resonancia para vislumbrar un cierto cerebro.

Lo esperable no es neutral, no es objetivo, no es desde la pureza de la falta de singularidad que surge lo normal y lo esperado. Todo es para un cierto cuerpo, un cuerpo que no es sin la ciencia moderna, quien lo conoce y lo funda en el mismo acto. Un cuerpo de donde provienen la tristeza como la alegría, que no dejan de ser parte del *Körper*, parte divisible y medible, permitiendo pensarlas como hiper o hipo, como normal y patológicas.

El cuerpo viviente, es quien da la posibilidad de un cuerpo físico, es anterior a los órganos, anterior al género, a las clasificaciones, es la misma posibilidad del sujeto, ya no entendido como algo aislado, como un psicologismo, sino como algo por fuera de si mismo, constantemente fuera, sin un adentro, ya que este binarismo afuera/adentro, se enmarca en el cartesianismo. Un cuerpo que es fuera, un cuerpo que no deja de ser lenguaje, un lenguaje que no deja de ser fuera.

Tristeza de hoy y de ayer

Carlos Fernández Atiénzar

Psiquiatra. Autor del libro *Melancolía; clínica y transmisión generacional*.

Correspondencia: carlosfdez2003@yahoo.es

Voy a dividir esta exposición en dos partes; en primer lugar, vamos a pensar si el tiempo histórico ha trastocado o ha cambiado la forma de manifestarse, las formas clínicas de la melancolía, o lo que es peor, si la melancolía ha desaparecido del mapa. Quizá, en la actualidad la melancolía ha cambiado el traje de la tristeza y se ha puesto el traje del vacío y el objeto de consumo se convierte así en objeto que llena ese vacío.

La segunda parte versará sobre la melancolización que el capitalismo ha impuesto al sujeto humano, a través de la alienación y la rotura que el sistema produce en el psiquismo. Desubjetivación provocada por la caída del padre que ensambla el deseo con la ley. El deseo del sujeto es arrasado y sustituidos por objetos de consumo que azuzan el pseudodeseo de hombres asolados y desorientados en una época de vínculos líquidos, sustituibles y perecederos. Al igual que le sucede al melancólico, el hombre contemporáneo esta empachado de objetos de consumo, objetos desecho que lastran y enlentecen al ser; le desvitaliza.

En cuanto a la clínica, podemos pensar que la tristeza empieza a considerarse un estorbo. Afecto humanizador, como la angustia, cuando hay tristeza hay menos vacío, menos real, menos agujero. La tristeza nos desplaza a un segundo momento más psíquico y elaborado. La tristeza envuelve un vacío mortal y humaniza el ser, aunque la tristeza melancólica sea infinita. Si me permiten la licencia, la tristeza es a la melancolía lo que el delirio es al automatismo mental en la psicosis. Con la tristeza se puede hacer algo; llorarla, dolerse, crear. Con el vacío no; el vacío se actúa o se llena.

La melancolía ha pasado de ser sinónimo de locura, sustentado en la teoría humoral griega durante muchos siglos, a ser un pecado (el *Taedium cordis* monacal del medievo), después una pasión (lipemania de Esquirol) ... Luego se separó artificialmente en locuras de los afectos y locuras de la razón, pasó a ser representante de un delirio parcial y también fue una cuestión moral (delirio de indignidad, culpa por existir). Se relacionó magistralmente con el duelo y la pérdida, cuando en 1914, Freud nos deleitó con su gran ensayo. Con la clasificación de las grandes psicosis, Kraepelin hizo una pirueta algo forzada al clasificar todas las formas clínicas de melancolía en la psicosis maniaco-depresiva, en vez de pensar que la PMD es una forma clínica más de la melancolía.

En todo caso, melancolía y tristeza iban siempre juntas. En la modernidad asistimos cada vez más al divorcio de melancolía y tristeza. La melancolía se acuesta con el vacío y lo banal, o peor aún, la melancolía está desapareciendo. En las generaciones anteriores, quizá hasta la generación de nuestros abuelos, la melancolía adquirió una forma clínica más o menos identificable. Esa forma cíclica, periódica, en la que aparecían accesos largos de tristeza, como un duelo sin muerto, alternados con periodos sin síntomas y a veces accesos de manía o hipomanía. Esa forma clínica clásica, definida por Kraepelin como psicosis maniaco-depresiva y que aún nuestros maestros utilizaban, perduró hasta que se fue imponiendo en la psiquiatría los cánones del mercado para inventar el término bipolar y el trastorno depresivo mayor recurrente. Debemos preguntarnos si en la modernidad, esta forma periódica de melancolía, ha dado paso, en nuestra propia generación o en la generación más joven, a otras expresiones clínicas, a otra fenomenología. ¿Esa melancolía clásica se quedo en los pueblos, en las provincias, en la memoria nostálgica de las gentes del campo? La nostalgia siempre fue uno de los síntomas princeps de la melancolía. Esa tristeza ha podido representar el éxodo a la ciudad, la pobreza y miseria de aquellos tiempos y el olvido de nuestros orígenes. ¿Podieron nuestros abuelos hacer ese duelo? Los cambios históricos, económicos y sociales pueden ser rápidos, como fue el vaciamiento de los pueblos de España en los cincuenta y también la llegada del capitalismo, pero los cambios mentales son más lentos y necesitan varias generaciones para poder tramitar ese cambio. Si nuestros abuelos pudieron tirar de la tristeza para poder hacer el duelo, por que

les tocó vivir el gran trauma, los nietos se distanciaron tanto de ese mundo extraño y ajeno de lo rural, que les parece un momento prehistórico y lejano¹. Como defiende Tisseron, lo que no se puede pensar, se actúa o se encarna a través de la transmisión psíquica entre las generaciones. Nuestros abuelos hicieron un duelo silencioso y sin elaborar (y ya sabemos que si no hay duelo, aparece la melancolía), porque había algo indecible que había que ocultar por vergüenza o culpa; no olvidemos que nuestros abuelos vivieron un periodo oscuro y triste, una guerra civil, una larga posguerra y una dictadura llena de traumas e indignidad sin tramitar. En la segunda generación no se podía nombrar ese indecible, pero se presentía. Y en la tercera generación no se pudo siquiera pensar eso indecible y traumático. En la tercera generación, los nietos, ya en la modernidad, expresan su malestar sin tristeza, con otras formas clínicas más banales, enajenadas, deshumanizadas, menos psíquicas y quizá la melancolía, en los tiempos modernos, se pone el disfraz de lo psicosomático en el cuerpo y de lo adictivo en lo conductual, con el trastorno límite como paradigma de la inconcreción, de lo inestable y de lo inconsistente. Se olvida de la tristeza melancólica con desprecio. Signo de hombres débiles y antiguos, se asiste a una banalización de la melancolía. La melancolía de nuestros días no es digna de llevar ese nombre.

La modernidad entrampó a la segunda y tercera generación. No hubo un duelo, no hubo una mediación entre el tiempo de lo rural y el tiempo de lo urbano y de lo moderno. Los abuelos fueron arrancados del pueblo y a los nietos les silenciaron su historia. Les dejaron un agujero mudo y les hicieron creer que bastaba con silenciar, olvidar y gozar de una época alegre, de una primavera renacida tras la oscuridad que dejaron las sotanas y los sables. La modernidad quiso olvidarse de hacer un duro duelo por lo vivido por nuestros abuelos. Se miró para otro lado sin pedir perdón, sin reconciliarse, sin hablar de lo que pasó. Unas generaciones con la cabeza en el pueblo y el cuerpo en la ciudad. A partir de los ochenta, ser moderno y drogarse eran sinónimo y la heroína hizo estragos en las capas humildes de la sociedad. Los hombres y mujeres del campo se fueron a la fábrica y el desarraigo llenó de melancolía sus almas. El modelo patrimatriarcal de familia, el modelo habitual de familia rural o de provincias, está aún poderosamente arraigado en la mente de los países más rurales y más pobres,

como lo es España. Es un modelo que nos atraviesa, con lugares y roles muy marcados. Un modelo facilitado por la endogamia, con una lealtad a lo familiar y una dificultad para salir del lugar asignado que dificulta la salida a lo social. Las separaciones y partidas del núcleo familiar y los duelos se hacen difíciles y los vínculos con el otro se vuelven demasiado narcisistas e infantiles. Así, el capitalismo se aprovecha de esta endogamia, de esos hijos dependientes e infantilizados. La adicción como sustituto de ese pecho materno, la sustitución del pecho de la tradición por el objeto droga, consumido de manera compulsiva y ansiosa, remeda esa oralidad morbosa de la melancolía... pero incluso el objeto droga ha cambiado en la modernidad. El objeto de adicción actual es más banal, y basta con unos cuantos *likes* para alimentar el maltrecho narcisismo de ególatras sin Edipo. El capitalismo ha multiplicado los objetos de consumo y la adicción a esos objetos es el antídoto a la falta convertida en vacío. El objeto tecnológico con su poderoso registro imaginario audiovisual, actúa de espejo que devuelve con inmediatez el culto narcisista al cuerpo y al ser.

Esa melancolía antigua, que en la propia etimología descubre su transformación sucedida en la modernidad. Definición de melancolía; *“tristeza vaga, profunda, sosegada y permanente, nacida de causas físicas o morales, que hace que no encuentre quien la padece gusto ni diversión en nada. Del griego bilis negra”*² La melancolía ha dado paso al término depresión que proviene del latín *depressio* que significa hundimiento; del prefijo de que indica decaimiento y del verbo *premere* que significa presionar de arriba abajo. La melancolía era sinónimo de tristeza. Sin embargo, en la depresión el sujeto está lastrado, hundido por el peso del objeto de consumo. La depresión puede convivir sin la tristeza, como observamos en las consultas; *“estoy deprimido, aburrido, cansado, apático, triste no, eso, no”*, como si fuera una debilidad estarlo. La presencia constante del objeto, obtura la vida y el deseo y no circula bien el sentimiento mismo de la vida. La melancolía actual ha perdido sus síntomas clásicos (tristeza, dolor moral, culpa y autorreproche) y en su lugar, han aparecido los síntomas de las *patologías del vacío*³ que narcotizan el deseo y el dolor por medio del exceso y del llenado de ese vacío, produciendo una mortificación⁴. Pues bien, en una época sin Dios, el melancólico moderno se queda con la mortificación⁵, adoptando una identificación con el estado de reposo, con el estado nirvánico que especuló Freud

en “*Más allá del principio del placer*”. El cuerpo es un peso muerto que lastra al sujeto. Lo psicósomático muestra la desconexión del afecto con la representación y cómo ese monto de afecto se encarna directamente en un órgano. El psicósomático nunca puede estar triste, le sale una úlcera o le duele la cabeza. Las patologías occidentales como la obesidad, las cardiopatías, la hipertensión, muestran esa marca en el cuerpo y las consecuencias nefastas que la sociedad de mercado produce por su exceso de oferta. La adicción es un segundo grupo de patologías del vacío. Signo de la soledad autista de nuestros tiempos, el sujeto captura el objeto droga con un mecanismo de envoltura “*y la sombra del sujeto cae sobre la droga*”⁶. La peculiaridad de nuestra época, es la multiplicación de objetos de goce, objetos desecho/mierda, que el sujeto contemporáneo lleva adherido a él a todas horas, empachado y lastrado

La segunda parte, versará sobre como el capitalismo y la sociedad de consumo incide sobre el ser y la consiguiente melancolización que sucede en ese humano contemporáneo. Se cimenta en cuatro premisas:

La primera premisa, es la dificultad que tiene el deseo de hacerse un lugar, la dificultad de hacer surgir ese deseo en un mundo saturado de objetos de consumo ofrecidos por un sistema que sacia de inmediato el *pseudodeseo* del sujeto, constantemente satisfecho y sin tiempo para esperar. Decía Lacan que el deseo surge si hay posibilidad de ausencia:

“Lo que provoca la angustia es lo que nos anuncia [...] la posibilidad de la ausencia, es la seguridad de la presencia. lo más angustiante para el niño se produce precisamente, cuando la relación sobre la cual él se instituye, la de la falta que produce deseo, es perturbada, y ésta es perturbada al máximo cuando no hay posibilidad de falta, cuando tiene a la madre siempre encima, limpiándole el culo...”

En segundo lugar, y al hilo de lo anterior, la sociedad de consumo dificulta la posibilidad de hacer duelos, como le sucede al melancólico que tiene el objeto perdido incorporado, precisamente porque el objeto de consumo está constantemente adherido al sujeto. No hay destete, la palabra no puede salir de la boca porque el seno está constantemente en ella. El lenguaje permite el duelo y el duelo elabora simbólicamente la pérdida. Pero si el objeto está siempre presente, no hay duelo posible. Según Recalcati⁸,

han sucedido dos metamorfosis en la era contemporánea; la primera es la transformación de la falta⁹ en vacío, vacío que exige siempre ser llenado, y la segunda es la transformación del Otro en objeto, objeto de goce, objeto de consumo de usar y tirar.

El tercer elemento, que también tiene mucho que ver con la melancolía, es la dificultad o imposibilidad que tiene el sujeto de salir de la trampa capitalista, ya que el capitalismo apela al poderoso registro imaginario, apela al narcisismo y a la omnipotencia del sujeto; “tú puedes”.¹⁰ El capitalismo nos atraviesa a todos, no somos ajenos, aunque quede bien criticarlo. El capitalismo consigue romper y fracturar la identidad del sujeto, interiorizando éste la dicotomía antigua del amo y del esclavo. Como dice Chul Han, el hombre lleva en sí mismo el amo que le dice “tú puedes” al esclavo interior. Y aquí, en este punto, causa pavor/desasosiego lo que ha hecho el capitalismo con los pobres. En otros tiempos, el tiempo de nuestros abuelos sin ir muy lejos, la identidad del sujeto estaba bien definida y fortalecida con un sentimiento de pertenencia muy marcado; “yo soy pobre, yo soy rico, yo soy patrón, yo soy obrero”; sé mis orígenes, si soy pobre, puedo luchar por una justicia social, por cambiar las cosas para que las generaciones posteriores vivan mejor. La generación actual ha perdido la referencia, está desorientada. Los pobres están gordos. El capitalismo ha sabido amodorrar la lucha, la conciencia de clase; a los pobres vendiéndoles la mierda que el sistema produce y a los menos pobres, les aburguesa y les hace vivir como ricos; viajan como ricos, pero en *low cost*. Comen como ricos, pero en gastrobares, son jefes de sí mismos, pero ganando cien veces menos que el consejero delegado. Un sistema eficaz. Todo hecho para gozar, porque gozar es mucho más fácil que ser responsable y pensar. Y decir con el estómago lleno es difícil. La disgregación de la identidad, descoloca al sujeto, le deja sin referencias y el sujeto se aferra al tener como mal sustituto, desterrando el deseo propio y haciendo real el imaginario que el capitalismo ha publicitado eficazmente; *puedes desear todo lo que puedes consumir*. Si no, eres un perdedor, un ser indigno, un marginado, como el melancólico. Todo lo que te puede faltar, el mercado te lo puede dar. El signo de la falta es una debilidad, un fracaso para esos modelos de individuos narcisistas, hechos así mismos. Y la angustia, la tristeza también te la quitamos con pastillas. Como dice Antonio Ceverino, la melancolía es la más ordinaria de todas las psicosis, ya que en periodos de estabilidad están

muy normalizados, demasiado. Se identifican bien con el modelo de sujeto capitalista y cumplen a rajatabla lo ya impuesto. No olvidemos que el melancólico tiene dificultades para desear. Qué mejor que un sistema que ya te dice lo que “debes desear”, oxímoron despiadado. Además, el melancólico se lleva estupendamente con el deber y a modo de vida operatoria del psicosomático, el melancólico se robotiza en una posición de muerto en vida que cumple fielmente con lo ya preestablecido.

El sistema capitalista se ha sabido aprovechar de la mentalidad infantil y endogámica del sujeto contemporáneo que no ha sufrido una verdadera separación del seno de la tradición, no ha habido una adolescencia estructuradora, no ha habido revolución ni la sociedad se ha hecho adulta para pensar y desear por sí misma, y una clase política en matrimonio con un sistema que prefiere prescindir de la Filosofía y la Historia, para convertir la Ciencia en la nueva religión; Pseudociencia al servicio del consumo. Hombres modernos y acéfalos. Mamá mercado y papá estado siempre presentes alimentando el narcisismo caprichoso de soberbios adultos-niños.

Un cuarto elemento, es el registro del amor, del que se habló mucho y muy bien en las jornadas de la AEN hace dos semanas. El amor se ha transmutado en distintas formas en las que domina una narcisificación de éste y la incapacidad de amar, como le sucede al melancólico, se hace patente. La tecnología y las aplicaciones de encuentros (Tinder, Badoo) facilitan los amores a la carta, pero dificultan el encuentro, el misterio y el deseo y la frustración y ha dado paso a la seguridad de un encuentro donde el escenario está ya puesto y ya se sabe cómo va a terminar.

“No podemos quedarnos pegados a la tradición de forma melancólica, pero tampoco olvidarnos de ella, como si fuéramos sujetos sin historia hechos a nosotros mismos. Hombres modernos, que no rinden cuentas a nadie, salvo a sí mismos. Como diría Recalcati, tenemos que reconquistar nuestra herencia, para poder subjetivarla y hacer algo nuevo con ella. Y como decía Freud, el sujeto melancólico se duele de la pérdida sin saber qué ha perdido (porque lo que perdió, sucedió en un tiempo muy pretérito en la historia del sujeto o de un ancestro). El melancólico moderno ni siquiera sabe que perdió algo, y el vacío sustituyó a la tristeza y al dolor del alma”¹¹.

Dice Sergio Del Molino:

“Los españoles crecieron en grandes ciudades, pero en la intimidad, su lengua materna, sus cuentos de noche y las palabras vernáculas que les recordaban a sus abuelas, pertenecen a la España vacía...estaban en la ciudad, pero paseaban por el pueblo. El país puede pasar de ser campesino a ser urbano en dos décadas, pero las personas necesitan varias generaciones para adaptarse. Abandonan el campo, pero el campo persiste en ellos, en sus hijos y en sus nietos.[...] Conforme pasa el tiempo, los españoles se alejan más y más de sus orígenes rurales y las mitologías familiares que componen esa España vacía mental también se diluyen, pero se hacen más fuertes, porque los mitos son más mitos cuanto más brumosa es la narrativa...la infancia es una patria poderosa, pero la infancia de los padres y de los abuelos lo es mucho más.[...] En el habla de la abuela, los nietos encontrarán una mitología, un origen... con las palabras que ella se crió, las mismas expresiones, los mismos giros, con los cuentos que contaban...lo que queda, lo que se transmite, es ciertamente, un decir....los nietos, aunque no hayamos huido del pueblo, hemos crecido en las calles imaginarias de muchos de ellos, hemos crecido entre palabras que los abuelos trajeron del campo e incrustaron en las paredes del salón” ¹²

BIBLIOGRAFÍA

- FERNÁNDEZ, C., *Melancolía; clínica y transmisión generacional*, Xoroi edicions, Barcelona, 2019.
- BYUNG-CHUL-HAN, *La agonía de Eros*, Ed. Helder, Barcelona, 2017.
- TISSERON, S. y OTROS, *El psiquismo ante la prueba de las generaciones*, Buenos Aires, Amorrortu, 1997.
- SOLER, C. (1989). *Pérdida y culpa en la melancolía. Estudios sobre la Psicosis*, Manantial, Argentina, 1991.
- R.A.E., *Diccionario de la lengua española*, 2001.
- RECALCATI, M., *La clínica del vacío*, Madrid, Síntesis, 2008.
- LACAN, J., *El seminario 10. La angustia (1963)*. Barcelona, Paidós, 2006.
- KRAEPELIN, E., *La locura maniaco-depresiva (1913)*. Madrid, Ergon, 2012.
- FREUD, S., *Duelo y melancolía (1915)*. *Obras completas*. Vol. 2, Madrid, Biblioteca nueva, 2012.
- DEL MOLINO, S., *La España vacía; viaje por un país que nunca fue*, Madrid, Turner, 2016.
- KORMAN, V., *Y antes de la droga ¿qué?*, Barcelona, Autor-editor, 2009.

NOTAS

- ¹ Estas reflexiones están desarrolladas en el capítulo V del libro *Melancolía. Clínica y transmisión generacional*. Barcelona, Xoroi edicions. 2019.
- ² Definición de la RAE.
- ³ Término utilizado por Recalcati, para incluir patologías de la conducta alimentaria, trastornos psicósomáticos, drogodependencias y la propia melancolía y otras psicosis.
- ⁴ Colette Soler fundamenta la estructura melancólica en dos pilares: el delirio de indignidad y culpa, y la mortificación.
- ⁵ Recalcati defiende este postulado en sus jornadas “Melancolía y neomelancolía”. AMPP. 6 de abril de 2019. Madrid.
- ⁶ KORMAN, V., *Y antes de la droga ¿qué?* Barcelona, NC ediciones, 2009. Pag 178.
- ⁷ LACAN, J., *El Seminario. Libro 10, La angustia*, pag 64.
- ⁸ Jornadas “Melancolía y neomelancolía”. AMPP. 6 de abril de 2019. Madrid.
- ⁹ El deseo es la consecuencia de esa falta estructural del ser.
- ¹⁰ BYUNG-CHUL-HAN, *La agonía de Eros*, Ed. Helder, Barcelona, 2017.
- ¹¹ FERNÁNDEZ, C., *Melancolía; clínica y transmisión generacional*, Xoroi edicions, Barcelona, 2019. Pág. 25.
- ¹² DEL MOLINO, S., *La España vacía*, Madrid, Turner, 2016. Págs. 79, 241, 244.

Angustia y tigres de papel

Fernando Martín Aduriz

Psicólogo. Psicoanalista. Centro Françoise Doltó. Palencia

Correspondencia: adurizcf@gmail.com

Frente a la angustia el sujeto no tiene otro recurso que fomentarse el miedo a un tigre de papel

Jacques Lacan. Seminario XVI.

Incertidumbre es uno de los nombres de la angustia y su emergencia en la época actual. Siempre hubo incertidumbres. Lo que ahora añadimos son las múltiples elecciones. Tantas que los sujetos terminan rehusando, eligen no elegir. Más que vivir, pueden pasarse la vida eligiendo, desde nuevas parejas a ciudades donde vivir, a trabajos, a color de ojos para sus bebés, asignaturas optativas, o médico de cabecera, o psicólogo distinto. Con tal de no pasar al acto y responsabilizarse después, el sujeto moderno puede aplazar sine die sus elecciones. Se conduciría como esos sujetos obsesivos que utilizan su tiempo en comprar libros y no en leerlos.

Esa coloración de la angustia de hoy mantiene los tintes de la angustia de siempre. Se trata de evitar el encuentro con lo siniestro, con ese objeto angustiante que penetra sin avisar en el palacio de espejos en el que vivimos. Lo extraño en lo familiar apareciendo camuflado en la contingencia de cada día.

Como ese afecto único, (no hay otro), que es la angustia, no es engañoso, el sujeto angustiado sabe muy bien que ha hecho acto de presencia y no se somete a las pruebas de la verdad y de la mentira propias de la dimensión simbólica, sino que tiene los trazos de una certera dimensión, lo real. Sabe que ese objeto es auténticamente real e inenunciable.

Como asimismo sabe que está en su cuerpo, que es un objeto interior, despertado desde el exterior, despertado por alguien que sabe angustiar, que

sabe despertar angustia. Por eso no somos propietarios de nuestro cuerpo, sino que pertenece a aquel o aquella que es capaz de despertarlo, bien en la angustia, bien en el amor. Y el sujeto angustiado sabe que el angustiador puede conseguir su parálisis, tanto como el sujeto enamorado sabe que está irremediabilmente perdido.

Por eso el sujeto puede frente a la angustia inventarse, como su único recurso, un miedo único, el miedo a un tigre de papel. Esta es la razón por la cual la psiquiatría (que no La Otra psiquiatría) va muy bien desorientada cuando trata de desangustiar o de curar una fobia mediante el recurso al progresivo acercamiento al objeto fóbico, o trata de calmar la ansiedad (envoltorio que nace como solución a la angustia) con el recurso al ansiolítico. Está profundamente desorientada esa psiquiatría, hoy dominante que no bella, (la belleza pertenece a La Otra psiquiatría, la que sabe lo cerca que está el horror de lo bello) porque la única vía para desangustiar no es tratar a los sujetos como objetos, sino darles la palabra y no la píldora.

Pero a su vez una indicación clínica muy orientativa es abandonar por un instante, singularmente seleccionado, la posición de objeto para el sujeto angustiado y responder como sujeto, como sujeto que pone sobre la mesa su propio deseo, como sujeto vivo y deseante, que hace y deja hacer, cual lema de estas Jornadas. Si se petrifica, si se abona al palco del silencio mortal, si no hace algo: una maniobra desconcertante, un gesto teatral, unas preguntas nuevas, o construye un relato mínimo, si no hace algo como sujeto, no desangustia. No deja inventar algo nuevo al sujeto angustiado. Si no hace, no deja hacer.

Se entiende así que la verdadera angustia se despliega cuando no sabemos a ciencia cierta cuál es la naturaleza del Deseo del Otro. Dicho de otro modo, cuando dependemos de su arbitrio, de su capricho. Resulta entonces que combatir la angustia con la afirmación del propio deseo, con mantener la propia agenda, con convertirnos en sujetos con un amplio catálogo de deseos, nos permite no depender de ese Otro que puede venir hacia nosotros cual *mantis religiosa* a obtener una *libra de carne*.

Se entiende también que la figura del doble tan bien descrita en la literatura, mantiene ese perfume de Otro que puede angustiarnos apropiándose

no sólo de nuestra imagen corporal sino de todo nuestro ser. Se entiende que también la figura del Otro radicalmente Otro como el inmigrante, el refugiado, el extranjero puede mostrarnos afuera el radical desconocimiento e incertidumbre de nuestro Otro interior. Se entiende que el Otro sexo pueda angustiarnos, y nos rehusemos a establecer contacto. Se entiende que la oscuridad, que la muerte, que el presagio, que la noche, que el viaje incierto, que la noticia temida, puedan ser figuras que nos logren angustiar.

Tanto como siempre hay, hubo y habrá recursos suficientes para burlar la sombra de ese objeto que acecha y que nos saca del paraíso de nuestra infancia o del fugaz instante feliz de nuestro vivir.

El recurso al tigre de papel quiere decir que se puede fomentar una ridiculización del objeto temido. Es el artilugio del pequeño Hans dibujando una jirafa y después arrugando el papel y sentándose encima de él. *Tigre de papel* es la expresión de Mao para desvalorizar al enemigo potente, es el ejemplo que toma Lacan para mostrar la potencia de la construcción de un tigre de papel cuando es un recurso fóbico. Lo que la sola mención del nombre, su evocación, su presencia en un álbum de fotos, puede despertar de rechazo angustioso. A su vez permite transitar por el mundo con tranquilidad, si sabemos concentrar en esos objetos la fuerza de la angustia.

De todos los recursos que se inventaron, se inventan y se inventarán para evitar el encuentro con el objeto angustiante (la prisa, el viaje, la droga, el trabajo, el amor, el cocido o el vodka) destaco la originalidad de una producción de un padre muy peculiar. El de Marguerite Yourcenar (la escritora belga, autora de *Las memorias* de Adriano), cuyo lema de vida (de una vida de aristócrata, de jugador empedernido, de hombre muy culto, de eterno viajero) era: “No importa, da igual, no somos de aquí, nos vamos mañana”.

No es mal lema. Eso fue su tigre de papel.

Consumo de drogas en la población LGB

Beatriz Rodríguez Paz

Psiquiatra de la red de salud mental de Bizkaia (RSMB)

Markel Mahillo Gutiérrez

Enfermero de la red de salud mental de Bizkaia (RSMB)

Correspondencia: beatrizrodriguezpaz@gmail.com

1. RESUMEN

El tratamiento contra las drogodependencias es motivo de estudio desde hace décadas. A través de distintas áreas como la psicología, la psiquiatría, la farmacología o la enfermería se están consiguiendo tratamientos cada vez más efectivos en la lucha contra las adicciones. Los estudios epidemiológicos que tratan de buscar los eslabones sociales más tendentes al consumo, suelen en ocasiones obviar al colectivo LGB como un eslabón más débil o susceptible. En esta investigación se revisan las causas o motivos que llevan a este sector de la población a consumir en mayor medida que la población heterosexual; así como comparativas de consumo entre población LGB y heterosexual.

PALABRAS CLAVE: LGB; orientación sexual; estresores; drogas.

1. SUMMARY

The treatment against drug dependence has been the subject of study for decades. Through different areas such as psychology, psychiatry, pharmacology or nursing, more and more effective treatments in the fight against addictions are being achieved. Epidemiological studies that try to find the

social links that tend to consume the most, often tend to obviate the LGB group as a weaker or more susceptible link. In this researchers, the causes or reasons that lead this sector of the population to consume more than the heterosexual population are reviewed; as well as the comparisons of consumption between LGB and heterosexual population.

KEYWORDS: LGB; sexual orientation; stressors; drugs

2. INTRODUCCIÓN

La literatura científica ha concluido en numerosas ocasiones la relación entre factores de riesgo o predisponentes al consumo de tóxicos. Así pues, encontraremos factores de riesgo asociados que incrementaran la vulnerabilidad y las posibilidades de consumir como baja autoestima, presencia de ansiedad, estrés, depresión, maltrato familiar, acoso escolar, disfunción familiar... (Cáceres, et al., 2006). Así mismo, la orientación sexual, ha demostrado ser un también un factor en el consumo de drogas, destacando como colectivo de riesgo la población de lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero (LGBT) debido a la vulnerabilidad individual y colectiva que este grupo presenta en la sociedad general. Progresivamente los estudios comienzan a equiparar la orientación sexual con la cultura, la etnia, la genética, la edad, el estatus económico y social o el medioambiente en el que la persona viva (Cabaj, 2008; EMIS, 2013).

Los estigmas, prejuicios, problemas psicológicos, inestabilidad emocional, aislamiento social, carencias socioeducativas y familiares, forman parte de la vida de usuarios de drogas de la comunidad LGBT y en muchas ocasiones requieren de tratamiento por parte de los servicios de salud mental. Sin embargo, para muchas personas, la vergüenza y el miedo ante los prejuicios, la discriminación y el rechazo son motivo para no solicitar ayuda (Cabaj, 2008; Buffin, Roy, Williams y Winter, 2011).

La manera en que el abuso y la dependencia de alcohol y otras drogas se manifiestan en la población LGBT es objeto de diversos estudios que muestran que el uso de sustancias psicoactivas, especialmente el alcohol y las drogas de diseño, han ejercido un papel importante con consecuencias nefastas en esta población (Halkitis y Jerome, 2008)

Los estudios más recientes han comenzado a mejorar su metodología para analizar el consumo de sustancias en dicha población haciendo uso de muestras más representativas y teniendo en cuenta la manera de definir la orientación sexual y sus múltiples dimensiones (Buffin, et al., 2011)

Todo esto nos lleva al planteamiento acerca de la importancia de realizar políticas de prevención específicas para población LGBT además de percibir la conciencia social o la sensibilidad relacionado con el consumo de drogas y la vulnerabilidad de la misma.

No obstante, para desarrollar este trabajo dada la escasa representación de estudios en torno a la población transgénero y el consumo de drogas se decidió no incluir a este colectivo, centrando el estudio únicamente en la población Gay, Lesbiana y Bisexual.

Objetivos:

Los objetivos por lo tanto a desarrollar a lo largo de este estudio serían:

Generales:

– Conocer la idiosincrasia del consumo de drogas en población LGB

Específicos:

– Determinar los factores socioculturales que influyen en el consumo de drogas en población LGB

– Analizar las distintas ratios de consumo de drogas entre población heterosexual y población LGB

3. JUSTIFICACIÓN

Trabajar en el ámbito sanitario supone estar en contacto diariamente con la sociedad, al menos con una muestra que a la larga se hace representativa. Al iniciar protocolos de acogida se realiza una biografía del usuario. Curiosamente en las guías ofertadas sobre cómo realizar una primera entrevista estructurada no se incluye la orientación sexual como ítem a preguntar.

En el área de toxicomanías existe un número significativo de usuarios pertenecientes al colectivo LGB que establece como uno de los desencadenantes de consumo el frecuentar locales de ocio gay donde el uso de sustancias es

una práctica común. Sin asociar el consumo directamente a otros aspectos de su vida, estos mismos pacientes narraban episodios relacionados con discriminación por parte de su entorno cercano, que les empujó a refugiarse en sustancias que les desconectarán de la realidad que vivían y que les acabaron sumiendo en un bucle de consumo que no eran capaces de parar. Sumando a este hecho se sumaba la vergüenza y el temor que causaba revelar la orientación sexual ante un profesional sanitario por miedo al rechazo.

En este contexto, mejorar en la comprensión en las cuestiones relativas a la comunidad LGB prestando atención al peso de la diversidad sexual en el consumo de drogas así como los procesos de aceptación de la sexualidad podría suponer la realización de cambios en planificación de políticas de prevención o futuros tratamientos, favoreciendo así un trato más individualizado y acorde con las necesidades de los pacientes pertenecientes a este colectivo.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. *Uso de sustancias desde la perspectiva del aprendizaje social*

La Teoría del Aprendizaje Social propuesta por Bandura (1977) provee un marco conceptual adecuado para poder entender los patrones de consumo de tóxicos en poblaciones LGB. Bandura estableció su teoría en base a dos supuestos: La conducta humana es, en su mayoría, aprendida, no innata y gran parte del aprendizaje es asociativo y simbólico. Este aprendizaje se produce por la interacción de tres elementos: factores personales, ambiente y conducta; un cambio en uno de ellos tiene necesariamente efectos en los otros. Además se puede aprender tanto por observación como por ejecución directa o vicaria o por la combinación de ambas fuentes de aprendizaje. Por lo tanto el comportamiento es aprendido a través de la observación y la imitación.

A través de la Teoría del Aprendizaje Social, investigadores y clínicos infirieron la importancia del uso de sustancias entre iguales. La literatura bibliográfica determina, por ejemplo, la relación entre el rol de pares o “partner drinking” y los patrones de consumo del individuo (Homish y Leonard, 2008; McCrady, 2004; Roberts y Leonard, 1998).

Así pues, usando como base la teoría del aprendizaje social, la bibliografía muestra diferencias de consumo entre la población heterosexual y la población LGB respecto al consumo de sustancias; estando la comunidad LGB históricamente localizada en torno a actividades que lo favorecen de un modo más habitual e intensivo que en población heterosexual.

4.2. Teoría del Estrés de las Minorías

El estrés de las minorías o Minority Stress es descrito como altos niveles crónicos de estrés en miembros pertenecientes a grupos minoritarios estigmatizados (Meyer, 2003). Este estrés puede estar motivado por múltiples factores como pobre apoyo social o bajo nivel socioeconómico, aunque las mayores causas de este estrés son generadas por el prejuicio y la discriminación (Clark et al., 1999; Pascoe y Richman, 2009). De hecho, numerosos estudios determinan que las minorías estigmatizadas sufren altos grados de discriminación que causan respuestas fisiológicas motivadas por el estrés provocado (Dohrenwend, 2000; Meyer y Northridge, 2007). Este hecho es respaldado por la Teoría del Estrés de las Minorías que afirma que este estrés mantenido provoca daños para la salud a largo plazo.

Meyer en su teoría además distingue entre dos tipos de estresores: distales y proximales.

– Estresores Distales: Los estresores distales son procesos externos al individuo en los que se incluyen experiencias como el rechazo, los prejuicios y la discriminación. Estos estresores pueden ser definidos como “estresores objetivos” dado que no dependen del sujeto, es decir, pueden causar estrés únicamente por su existencia o por la posibilidad de que puedan ocurrir aunque dependan en una medida de la percepción o la atribución que haga el individuo (Kobrynowicz & Branscombe, 1997; Operario & Fiske, 2001).

– Estresores Proximales: Los estresores proximales, al contrario que los distales, son procesos internos en el individuo, aunque a menudo se consideran subproducto de los distales donde se incluyen la ocultación de pertenencia a una minoría, la constante vigilancia, la ansiedad generada por los prejuicios y los sentimientos negativos generados por pertenecer a dicha minoría. Los estresores proximales, por lo tanto, son subjetivos y están relacionados con la auto-identificación con ser, en este caso, lesbiana, gay o bisexual.

La percepción de esta identidad o del auto concepto de la persona variará en función del ámbito en el que se desenvuelva esa persona y su idiosincrasia particular, así como la manera en la que se enfrente a dichos estresores.

La unión, por lo tanto, de los estresores distales y proximales interactúan produciendo un *feedback* que se traduce en niveles altos de estrés crónicos y mantenidos que desembocan en perjuicios hacia la salud tanto física como mental del individuo.

Pascoe y Richman (2009) en su meta-análisis analizaron un total de 192 estudios relacionados con discriminación y el impacto en la salud, de los cuales 134 contenían la variante de la orientación sexual en ellos.

En su teoría, Meyer (2003) define que entre los estresores más importantes en población LGB se encontrarían los siguientes:

A) Prejuicio.

Distintos investigadores han demostrado que la violencia, el acoso y la discriminación contra colectivos LGB son los estresores principales (Herek & Berrill, 1992; Herek, Gillis, & Cogan, 1999; Kertzner, 1999) al igual que ocurre con otras minorías o grupos étnicos (Kessler, Mickelson y Williams, 1999).

Distintos estudios explican que el colectivo gay está expuesto a una desproporcionada violencia, discriminación o prejuicios respecto a otros colectivos. En un estudio desarrollado en EEUU por Mays y Cochran (2001) determinaron que el colectivo LGB era dos veces más susceptible de experimentar rechazo, prejuicios o incluso ser despedido del trabajo a lo largo de su vida. En otro estudio realizado en Sacramento (California) encontraron que una quinta parte de las mujeres y una cuarta parte de los hombres del estudio habrían sufrido acoso físico, sexual, robo y delitos contra la propiedad motivados por su orientación sexual. (Herek et al., 1999).

Waldo (1999) demostró que los homosexuales eran también discriminados en su lugar de trabajo. De hecho, encontró una relación entre el clima favorable o desfavorable hacia el colectivo LGB por parte de los empleados y el heterosexismo del lugar de trabajo

En el análisis de Badget's (1995) mencionado por Meyer (2003), por otro lado, se mostró que los trabajadores varones homosexuales y bisexuales

ganaban de 11% a 27% menos que los trabajadores varones heterosexuales con la misma experiencia, educación, ocupación, estado civil, y región de residencia.

B) Estigma Percibido: expectativas de rechazo y discriminación.

El estigma percibido es la percepción de que un individuo pueda ser rechazado o discriminado en cuanto mencione su sexualidad. Este temor constante y mantenido a padecer consecuencias por revelar la orientación sexual del individuo cursa con un sistema automático e inconsciente de defensa mencionado por Allport (1954) como “defensive coping”. Este sistema de defensa automático fue explicado por Allport como una vigilancia constante y mantenida, siendo una de las herramientas que usaban los individuos para poder lidiar con las situaciones que se le presentaban. De hecho, una de las grandes problemáticas del estigma percibido es que el colectivo LGB aprende a anticiparse a los sentimientos negativos que podría generar el hecho de revelar su orientación sexual. Para evitar por lo tanto la discriminación, el rechazo o la violencia deben de mantener una actitud constante de vigilancia.

Más allá de la vigilancia constante y su impacto en el individuo, el estigma percibido y su influencia a nivel físico, mental y social ha sido tratado por diferentes estudios. Link (1987) y Link et al., (1997) mostraron que individuos con patología mental asociaban el estigma percibido con un empeoramiento de su salud mental y que este se mantenía en el tiempo incluso cuando eran tratados de su patología mental o sus adicciones. Ross (1985) encontró que la anticipación al rechazo social era un predictor de distrés psicológico mayor incluso que las propias experiencias de rechazo. No obstante, distintos trabajos sugieren que la influencia del estigma en la autoestima del individuo no es tan negativa como se creía. Esto se debe a que el propio estigma actúa en ocasiones como factor protector dado que permite la afiliación grupal y atenúa los efectos discriminatorios sobre estos individuos. (Crocker y Major, 1989; Crocker et al., 1998; Crocker y Quinn, 2000; mencionados en Meyer, 2003).

C) Outing frente Ocultamiento (*Concealment*).

Un estresor más proximal pero relacionado con el estigma no es otro que el ocultamiento por parte del individuo de un atributo que estigmatiza.

Paradójicamente, el ocultamiento de este atributo suele usarse como estrategia de defensa o de afrontamiento (*coping strategy*) para evitar las consecuencias negativas del estigma pese a que en ocasiones acabe resultando contraproducente y genere aún más estrés. (Miller y Major, 2000)

Smart y Wegner (2000) describieron el coste de esconder un atributo generador de estrés como una carga cognitiva por la constante preocupación que producía el hecho de tener que ocultarlo. Según los investigadores, en el individuo se daban procesos cognitivos complejos, tanto conscientes como inconscientes, necesarios para mantener en secreto este hecho estigmatizante y definían esta experiencia interna como un “infierno privado”.

El colectivo LGB oculta el atributo estigmatizador, en este caso la orientación sexual, en un intento de protegerse tanto del estigma, la culpabilidad y la vergüenza como de un daño real (D’Augelli y Grossman, 2001). De hecho, diversos estudios explican que el ocultamiento de la sexualidad es una importante fuente de estrés en hombres y mujeres homosexuales. (DiPlacido, 1998).

Estudios en el área psiconeuroinmunológica explican que el ocultamiento o *concealment* es uno de los estresores proximales más importantes. Según la literatura sus efectos afectan de manera holística al individuo con consecuencias a nivel inmunológico, psicológico y social.

D) Homofobia Interiorizada.

Herek et al., (1997) definen la homofobia interiorizada como la aversión hacia los propios sentimientos y comportamientos homosexuales, pero también como la actitud hostil y de rechazo hacia otras personas homosexuales. A esto añaden la denigración de la propia homosexualidad como estilo de vida aceptable o la falta de voluntad para revelar a los demás la propia homosexualidad. También asocian a la homofobia interiorizada la percepción del estigma asociado con ser homosexual, y la aceptación de los estereotipos sociales sobre la homosexualidad.

La homofobia interiorizada se manifiesta en sentimientos de vergüenza y culpa, así como en una respuesta de ansiedad ante situaciones en las que la persona deba manifestar directa o indirectamente su homosexualidad. Debido a esto la persona tenderá a evitar dichas situaciones incluso en perjuicio de posibles relaciones sociales y/o sentimentales. La homofobia interiorizada

curso paralela a una baja autoestima y a un auto concepto desorganizado.

Malyon (1981-1982) o Meyer y Dean (1998) definen la homofobia interiorizada como la asunción de prejuicios negativos de la sociedad por la persona homosexual llevando al individuo a la degradación de su autoestima y generando conflictos internos generadores de estrés.

Otros estudios explican que una vez que el individuo asume su orientación sexual estigmatizada comienza el proceso de apertura ante su entorno (*coming out*) a través del cual se comienza a encajar la sexualidad y a desarrollar una identidad sana (Cass, 1979, 1984; Coleman, 1981-1982; Troiden, 1989). La homofobia interiorizada vendría a traducirse, por lo tanto, en un fallo en ese proceso de aceptación y de revelación de la sexualidad, para así evitar el estigma y no tener que lidiar con las auto percepciones negativas generadas a lo largo de los años (Morris et al., 2001).

4.3. Impacto de Factores Socioculturales en población LGB en el consumo de drogas

A lo largo del trabajo se ha hablado de la importancia de los estresores que empujan al colectivo LGB a un mayor consumo de sustancias. El impacto de los factores socioculturales tiene una mayor influencia de la que se creía en la población LGB. Entre otros, los factores con mayor peso e impacto podrían ser la presión social, la religión o la situación familiar o las implicaciones socioculturales relacionadas con pertenecer a una minoría sexual (Beatty et al., 1999). No obstante, los factores de mayor peso y los más citados son la pertenencia a una minoría sexual con el consiguiente estrés donde se incluye la discriminación, la homofobia interiorizada (*minority stress*) y la afiliación a la cultura gay (Hughes y Eliason, 2002).

A continuación, se analizarán los factores de mayor peso en el uso de sustancias en población LGB. Los factores intrapersonales comunes en toda la población como etnia, nivel educativo, comorbilidad psiquiátrica, traumas infantiles... no se incluyen en el siguiente apartado.

A) Edad.

En la población general la edad es considerada un factor de protección, dándose las mayores tasas de abuso y dependencia entre los 18-25 años y

decreciendo generalmente esta ratio con la edad (SAMHSA, 2004). Sin embargo, diversa bibliografía sugiere que la influencia de la edad en el consumo de sustancias no es tan marcada en las muestras de minorías sexuales (Gruskin et al., 2001; Halkitis & Palamar, 2008; Klitzman et al., 2002; Parks y Hughes, 2005, Stall et al., 2001).

B) Género.

En la población general hay marcadas diferencias en el uso de sustancias desde la perspectiva de género; reportando los hombres altos niveles de consumo de tóxicos, así como mayores problemáticas al respecto (Kessler et al., 2005). Estas diferencias de género, están mucho más igualadas en el colectivo LGB según muestran diversos estudios (Gillespie y Blackwell, 2009) (Amadio et al., 2008; Amadio y Chung, 2004; McKirnan & Peterson, 1989; Parsons, Halkitis, & Bimbi, 2006)

Esto podría deberse a los roles del género en la población LGB que permiten una mayor flexibilidad y libertad para actuar de manera no estereotipada (gender nonconforming).

C) Bisexualidad.

Estudios recientes han comenzado a indagar también acerca la identidad, la atracción y el comportamiento de la bisexualidad, determinando que este grupo presenta un mayor consumo problemático que los colectivos heterosexuales o exclusivamente homosexuales.

McCabe, et al., (2005) encontró que las mujeres que se identificaban como “mayoritariamente heterosexuales”, bisexuales o que sentían atracción o habían tenido relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres reportaban un mayor consumo de sustancias que aquellas que se identificaban como “exclusivamente heterosexuales” y que sentían atracción y mostraban un comportamiento únicamente heterosexual. Respecto a la muestra masculina cabe destacar que sólo los hombres que se consideraban “mayoritariamente heterosexuales” mostraban mayor riesgo de consumo que los “exclusivamente heterosexuales” mientras que los bisexuales no se diferenciaban de los “exclusivamente heterosexuales”. Estos resultados muestran que quizás un factor de riesgo podría ser la incongruencia entre la identidad sexual (self-identity) y el comportamiento sexual.

No obstante, otros estudios que investigaban la relación respecto a la atracción sexual y el comportamiento sexual en hombres y mujeres, mostraron que los comportamientos bisexuales reportaban un mayor consumo de drogas que sólo aquellos que se sentían atraídos exclusivamente por personas del sexo contrario (Ford & Jasinski, 2006; Halkitis & Palamar, 2008; Tucker et al., 2008; Wilsnack et al., 2008). Estos niveles se mantuvieron incluso evaluando el nivel de “apertura” (openness) respecto a la sexualidad del individuo frente a otras personas (Thiede et al; 2003).

D) Afiliación a la Cultura Gay.

La revisión bibliográfica determina que la afiliación a la cultura gay, tradicionalmente inmersa en entornos favorables al consumo de drogas y alcohol, está asociada a una mayor ratio de consumo de sustancias.

Bux (1996) determinó que no había suficientes evidencias empíricas para realizar la asunción entre estilo de vida LGB y mayor uso de sustancias. La revisión bibliográfica más reciente, no obstante, determina una mayor relación entre el estilo de vida LGB y el consumo de tóxicos. Pese a que las comunidades LGB no están tan aisladas y confinadas en bares y discotecas como en el pasado, los locales de ocio siguen siendo los principales lugares de socialización de este colectivo.

Así, por ejemplo, el uso de alcohol puede aumentar la sensación de pertenencia en esta sub-cultura orientada a la socialización a través de los locales de ocio nocturno (Beatty et al., 1999). Distintos estudios demuestran que una mayor asistencia a bares, “sex clubs”, saunas, mayor promiscuidad o sexo anal receptivo sin protección están asociados a un mayor consumo de tóxicos (Halkitis y Parsons, 2002; Kipke et al., 2007; Stall et al., 2001). Otros estudios afirman que altos niveles de participación en comunidades gays están relacionados con mayores índices de consumo de MDMA y metanfetaminas (Klitzman et al., 2002).

E) Estrés de Minorías Sexuales y Outness.

Como se ha mencionado previamente en Meyer (1995, 2003) el colectivo LGB debe de hacer frente a una gran variedad de estresores y de presión social por pertenecer a una minoría (Beatty et al., 1999). Esta condena al ostracismo conlleva un apoyo social limitado y sentimientos de aislamiento

que pueden derivar en problemas de adicción o patología mental variada.

Por otro lado, el término “outness” conocido vulgarmente como “salida del armario” hace referencia a la revelación de la orientación sexual del individuo ante sus círculos o redes sociales. Klitzman et al. (2002), concluye que en individuos que han revelado su orientación sexual a un mayor número de pares de sus redes sociales o con un gran número de amigos gays o bisexuales, muestran mayor consumo de MDMA. Kipke et al., (2007) concluye que revelar la orientación sexual a todos o a la gran mayoría de los miembros de la familia incrementaba las posibilidades de consumir drogas ilícitas.

F) Estado Serológico.

En la revisión de Stall y Purcell (2000) se encontró una relación bidireccional entre el VIH/SIDA y el uso de sustancias. En esta revisión el uso de sustancias es considerado un factor de riesgo en la seroconversión por VIH y el incremento de prácticas sexuales de riesgo; pero no solo eso sino que al parecer contraer VIH también influye en los patrones de consumo de sustancias. Greenwood et al., (2001a) determina que hay una fuerte correlación entre el estado serológico y el policonsumo de tóxicos entre hombres homosexuales. En el estudio se infería que el estado serológico positivo o el desconocimiento del mismo podía generar problemas emocionales que desembocasen en ratios elevados de consumo (ansiedad, depresión, estrés...).

5. COMPARATIVAS DE CONSUMO ENTRE POBLACIÓN LGB Y HETEROSEXUAL

Uno de los objetivos de este trabajo consiste en analizar lo que la literatura bibliográfica nos muestra respecto a las diferencias de consumo entre población heterosexual y LGB.

Cochran et al., (2000) así como Cochran et al., (2004) analizaron información de la National Household Survey on Drug Abuse de 1996 para comparar el uso de sustancias en adultos que referían actividad sexual con parejas del mismo sexo exclusivamente o no (homosexually experienced), durante el año anterior y aquellos que referían actividad sexual con parejas del sexo contrario exclusivamente.

Los primeros analizaron el consumo de alcohol mientras que los segundos analizaron el consumo de sustancias ilícitas. De una muestra total de 9,908 individuos, un 2% refería haber mantenido relaciones sexuales con parejas del mismo sexo (homosexual y bisexual). Los porcentajes de consumo entre población homosexual y bisexual masculina frente a los heterosexuales eran muy parecidos tanto en los usos recientes como en la cantidad semanal o diaria del alcohol consumido. En el grupo de las mujeres, las diferencias entre población lesbiana o bisexual y heterosexual eran mucho más amplias tanto en usos semanales como problemáticos así como de recibir tratamiento para la dependencia, bebían con más frecuencia y se emborrachaban más a menudo.

En lo que respecta a las drogas ilícitas en el estudio de Cochran et al (2004) con una muestra de 9.884 personas, un 1,75% se identificaban como mujeres y hombres homosexuales y bisexuales. En este estudio los hombres que referían comportamientos homosexuales o bisexuales mostraban un pequeño incremento en el consumo de drogas respecto a sus compañeros heterosexuales (marihuana 15% vs 6,6%, cocaína 4,3% vs 2,1; estimulantes 1,8% vs 1,2%...). Mientras, en el grupo de las mujeres las diferencias eran mucho mayores para el grupo homosexual y bisexual respecto al heterosexual.

En el estudio de Gruskin et al., (2001) se compararon mujeres que se declaraban tanto homosexuales como bisexuales con aquellas que se identificaban heterosexuales. De un total de 8,113 mujeres un 1,5% era lesbiana/bisexual; la muestra fue separada en tres cohortes de edad: 20-34, 35-49 y mayores de 50. Los resultados indicaban que el grupo de mujeres lesbianas y bisexuales de la franja de los 20 a los 34 años tenían menos tendencia a mantenerse abstemias y referían consumos excesivos de alcohol, mayor consumo semanal de alcohol (23,3% frente al 6%) y ser más fumadoras que el grupo de mujeres heterosexuales en la misma franja de edad (33% frente al 13,2%). No obstante en las otras dos franjas la diferencia no era tan reseñable pese a seguir siendo mayor, a pesar de que el consumo de alcohol en población lesbiana y bisexual en la franja de mayores de 50 era del 0%; lo que vendría a contradecir la teoría de que el factor de edad no es tan robusto en población mujer lesbiana o bisexual. No obstante, en lo que respecta al tabaquismo y a la abstinencia alcohólica, el grupo de mayores

de 50 años homosexuales y bisexuales presentaba unos porcentajes ligeramente mayores: 12,1% frente a 11,3% respecto al tabaco y 29,4% frente a 37,0% en lo que respecta a la abstinencia alcohólica respectivamente.

Burgard et al., (2005) en la Encuesta sobre Salud en Mujeres de California entre 1998 y el año 2000, en la que se preguntaba sobre el comportamiento sexual durante la vida y durante el año anterior. De una muestra total de 11.204 mujeres, el 3% declaró comportamientos homosexuales; dividiéndolas en cuatro categorías 18-25, 26-35, 36-45 y mayores de 46 años. En la comparativa salió a la luz que las mujeres con comportamientos homosexuales bebían más veces a lo largo del mes, en mayor cantidad por cada ocasión, más veces a la semana y mayores atracones de alcohol. Las diferencias eran más marcadas en la cohorte de entre 26 y 35 años que en la de mayores de 46 años pese a que las diferencias entre los ratios de más edad también eran significativas. En el estudio se menciona que, al igual que lo hizo Gruskin et al., (2001) en su estudio, son dos grupos de edad los que principalmente muestran mayores diferencias. Por un lado la cohorte de edad de 26-35 años y por otro lado los mayores de 46 años. Los motivos a día de hoy siguen siendo desconocidos pero en el estudio se barajan diversas posibilidades como la no crianza de hijos o el matrimonio por parte de mujeres lesbianas o bisexuales (Brady y Randall, 1999). Añadiendo además lo mencionado previamente con el entorno socializador del colectivo LGB como otro factor de riesgo.

Drabble et al., (2005) usó una muestra de 7.248 personas (1% gays/lesbianas, 1% bisexuales y 2% heterosexuales con relaciones sexuales homosexuales) de la Encuesta Nacional sobre Alcohol en EEUU para obtener información acerca de los patrones de consumo de alcohol. En este estudio se usaron las variables identidad sexual y comportamiento sexual creando 4 grupos principales: Identidad homosexual, bisexual, heterosexual con relaciones sexuales con personas del mismo sexo y exclusivamente heterosexuales. Los resultados mostraban que aquellos hombres identificados como exclusivamente heterosexuales mostraban un menor consumo de alcohol que sus compañeros homosexuales, y que las mujeres exclusivamente heterosexuales mostraban una mayor abstinencia de consumir alcohol que sus homólogas homosexuales, lesbianas o heterosexuales con

relaciones homosexuales. La muestra de lesbianas y bisexuales tenían mayor tendencia a tener problemas relacionados con el alcohol (discusiones, problemas legales u ocupacionales...).

Parsons et al., (2006) con una muestra de 1.104 personas, evaluó las diferencias entre población homosexual, bisexual femenina y heterosexual en el consumo de drogas de diseño. De la muestra recogida un 46% declaró ser lesbiana o bisexual. En la investigación se preguntó tanto como por el uso a lo largo de la vida como por el uso reciente (últimos tres meses) y se preguntó por éxtasis, ketamina, GHB, cocaína, cristal, metanfetaminas y LSD. Los resultados arrojaron que la población lésbica y bisexual tenía mayores consumos tanto en uso reciente como a lo largo de la vida en LSD, éxtasis, cocaína y metanfetaminas.

Ford y Jasinski (2006, mencionados en Green y Feinstein, 2012) analizaron información de la Encuesta sobre Alcohol en Universidades de 1999 para analizar la relación entre la orientación sexual y el uso de drogas. 9.389 individuos pertenecientes a universidades de EEUU fueron encuestados para realizar este estudio. De la muestra total, un 2% era homosexual y un 4% bisexual. Los resultados indicaron que no había diferencias remarcables en el consumo de marihuana u otras drogas ilegales entre la población homosexual y heterosexual. Estos resultados chocaban con los obtenidos por McCabe et al., (2005) en los que se decía que los hombres homosexuales sí reportaban un mayor consumo de marihuana, por ejemplo. Esto podría deberse a la definición que se hizo de la orientación sexual; donde Ford y Jasinski (2006) la definían como el comportamiento sexual a lo largo de la vida mientras que McCabe et al., (2005) tenían en cuenta las 3 dimensiones de la orientación sexual. McCabe et al., (2005) de hecho sólo encontró correlación entre el consumo de marihuana y la atracción por el mismo sexo, no así con el comportamiento sexual; con lo que se podría entender por qué Ford y Jasinski (2006) no encontraban correlación entre el comportamiento sexual y el consumo de drogas.

Uno de los estudios más innovadores por realizar la investigación y las entrevistas en persona fue el realizado por Wilsnack et al., (2008) donde se compararon dos muestras para evaluar problemas de consumo de alcohol. La primera muestra constaba de 405 mujeres identificadas como lesbianas

mientras que la segunda muestra constaba de 548 mujeres heterosexuales. Los resultados indicaron que las mujeres exclusivamente heterosexuales declaraban menos consumos de alcohol, de atracones, intoxicaciones o dependencia entre otros mientras que sus compañeras bisexuales y homosexuales referían mayores problemáticas y consumos. De hecho estos autores incidían en el hecho de que dado que había incluso diferencias entre lesbianas y bisexuales sería recomendable realizar investigaciones teniendo en cuenta las distintas variables y no categorizando las distintas opciones sexuales en un mismo bloque de minorías sexuales.

6. DISCUSIÓN

Como bien se ha mencionado a lo largo del trabajo, todavía queda mucho trabajo por realizar en los estudios que realizan comparativas entre población heterosexual y homosexual. Uno de los factores necesarios para poder sacar resultados concluyentes es la definición precisa de la orientación sexual. Se ha demostrado como el incluir o no las distintas dimensiones varían los resultados de los estudios. Es evidente, por lo que se desprende de la literatura bibliográfica, que la identidad o el comportamiento bisexual están asociados a un mayor consumo de tóxicos por lo que se debería de prestar más atención a este aspecto.

Una de las líneas que considero que sería interesante de desarrollar e investigar más relacionado con el entorno sanitario es la del tratamiento específico en drogodependencias, tanto como prevención como para adicciones para población LGB. Una de las problemáticas que me he encontrado a lo largo de la realización del trabajo es la falta de atención sobre la orientación sexual en los tratamientos contra la prevención o el consumo de tóxicos (Egleston et al., 2010). Asumiendo que toda la muestra es heterosexual, no es posible realizar cuidados específicos y personalizados en el colectivo LGB más vulnerable como se desprende de los resultados obtenidos.

7. CONCLUSIONES

Compilando toda la información recogida a lo largo del trabajo se podría decir que está demostrado que el colectivo LGB y particularmente las mu-

jeros, presentan un mayor riesgo de consumo de alcohol y otras drogas, así como presentar mayores problemáticas como trastornos por adicción, síndromes de abstinencia y demás problemáticas asociadas al consumo de tóxicos.

En cuanto a la población homosexual y bisexual masculina los hallazgos son variados y menos homogéneos que los encontrados en población femenina.

Según la bibliografía, los patrones de consumo que se dan en población LGB se pueden relacionar con la teoría del aprendizaje social y es de suma importancia tener en cuenta factores como la influencia las redes sociales, consumos entre pares, expectativas de consumo o factores socioculturales que influyen en el consumo de drogas en población LGB. La edad en población femenina no es un factor de protección tan robusto frente al consumo de drogas como en el resto de población. El sexo en el consumo de drogas, con diferencias notables entre hombres y mujeres heterosexuales, no es tan evidente entre los hombres y mujeres LGB, obteniendo las mujeres un consumo mayor que sus homólogas heterosexuales equiparable al de sus compañeros masculinos gays y bisexuales. De hecho parece haber un patrón dominante en el cual las mujeres lesbianas y bisexuales consumen incluso más que los hombres homosexuales y bisexuales. No obstante, se necesitan mayores líneas de investigación en este sentido.

Desde la perspectiva del aprendizaje social, es posible inferir que las expectativas de consumo son diferentes en población LGB. Esto podría deberse a que los roles sociales desempeñados son distintos en población LGB que en población heterosexual. Hay que tener en cuenta que los próximos estudios podrían arrojar resultados distintos en este sentido motivados por los avances legislativos a favor de la adopción y el matrimonio gay que se están dando en el mundo.

Asociado también a la teoría del aprendizaje social hay que remarcar la importancia y la influencia de la cultura gay en el consumo de drogas.

La Teoría del Estrés de las Minorías, por otro lado, ha demostrado la asociación entre estresores específicos en población LGB y el consumo de tóxicos. El peso de esta teoría se puede observar en la población bisexual,

que muestra mayores ratios de consumo y en la que estresores como el estigma y la discriminación tienen una gran relevancia, ya que recibe rechazo y discriminación tanto por parte de la comunidad homosexual como de la heterosexual. Como último argumento a favor de la teoría del estrés de las minorías destacar la influencia del estado serológico en el consumo de drogas.

Lo que sí es evidente es que de cara a futuros tratamientos y para conseguir un mayor índice terapéutico sería adecuado investigar entorno a la vulnerabilidad del colectivo en cuanto al consumo de drogas. Individualizando los tratamientos y aumentando su especificidad podremos ofertar unos cuidados acordes a las necesidades de los pacientes. Además, realizando políticas de prevención a colectivos específicos evitaríamos quizás futuros trastornos de la adicción, síndromes de dependencia y otras problemáticas asociadas al consumo de drogas.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. ALLPORT, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley.
2. AMADIO, D. M., ADAM, T y BULETZA, K. (2008). "Gender differences in alcohol use and alcohol-related problems: Do they hold for lesbians and gay men?" *Journal of Gay and Lesbian Social Services*. 20:315-327.
3. AMADIO, D. M y CHUNG, Y. B. (2004). "Internalized homophobia and substance use among lesbian, gay, and bisexual persons". *Journal of Gay & Lesbian Social Services: Issues in Practice, Policy & Research*. 17:83-101.
4. BADGETT, L. M. V. (1995). "The wage effects of sexual orientation discrimination". *Industrial and Labor Relations Review*. 48:726-739.
5. BANDURA, A. (1977). *Social Learning Theory*. General Learning Press.
6. BEATTY, R. L., GECKLE, M. O., HUGGINS, J., KAPNER, C., LEWIS, K y SANDSTROM D. J. (1999). *Gay men, lesbians, and bisexuals. Addictions: A comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press. 542-551.
7. BRADY, K. T y RANDALL, C. L. (1999). "Gender differences in substance use disorders". *Psychiatr. Clin. North Am.* 22:241-252
8. BUFFIN, R., ROY, A., WILLIAMS, H y WINTER, A. (2009-2011) *Part of the Picture: Lesbian, Gay and Bisexual people's alcohol and drug use in England*.

9. BURGARD, S. A., COCHRAN, S. D., y MAYS, V. M. (2005). "Alcohol and tobacco use patterns among heterosexually and homosexually experienced California women". *Drug and Alcohol Dependence*, 77 (1), 61-70. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.07.007
10. BUX, D. (1996). "The epidemiology of problem drinking in gay men and lesbians: A critical review". *Clinical Psychology Review*. 16: 277-298.
11. CABAJ, R. P. (2008). "The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment in Gay Men and Lesbians". *American Psychiatric Publishing*. 623-638
12. CÁCERES, D., SALAZAR, I., VARELA, M., y TOVAR, J. (2006). "Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales". *Revista Pontificia Universidad Javeriana de Psicología*. 321-334
13. CASS, V. C. (1979). "Homosexual identity formation: A theoretical model". *Journal of Homosexuality*. 4(3):219-235
14. CLARK, R., ANDERSON, N. B., CLARK, V. R., y WILLIAMS, D. R. (1999). Racism as a Stressor for African Americans: A Biopsychosocial Model. *American Psychologist*, 54, 805-816.
15. COCHRAN, S. D., ACKERMAN, D., MAYS, V. M., y ROSS, M. W. (2004). "Prevalence of non-medical drug use and dependence among homosexually active men and women in the US population". *Addiction* (Abingdon, England), 99(8), 989-998. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00759.x
16. COCHRAN, S. D., KEENAN, C., SCHOBBER, C., y MAYS, V. M. (2000). "Estimates of Alcohol Use and Clinical Treatment Needs Among Homosexually Active Men and Women in the US Population". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1062-1071.
17. COLEMAN, E. (1981-1982). "The developmental stages of the coming out process". *Journal of Homosexuality*. 7(2-3):31-43
18. CROCKER, J. (1989). "Social stigma and self-esteem: Situational construction of self-worth". *Journal of Experimental Social Psychology*. 35:89-107
19. CROCKER, J., MAJOR, B y STEELE, C. (1998). "Social stigma". *The handbook of social psychology*. 4: 504-553.
20. CROCKER, J y QUINN, D. M. "Social stigma and the self: Meanings, situations, and self-esteem". In: Heatherton TE, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG, editors. *The social psychology of stigma*. New York: Guilford Press; 2000. pp. 153-183.

21. D'AUGELLI, A. R y GROSSMAN, A. H. (2001). "Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, and bisexual older adults." *Journal of Interpersonal Violence*. 16:1008-1027
22. DiPLACIDO, J. (1998). "Minority stress among lesbians, gay men, and bisexuals: A consequence of heterosexism, homophobia, and stigmatization. Stigma and sexual orientation". Vol. 4. *Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals*. Thousand Oaks, CA: Sage. 138-159.
23. DRABBLE, L., MIDANIK, L. T y TROCKI, K. (2005). "Reports of alcohol consumption and alcohol-related problems among homosexual, bisexual and heterosexual respondents: Results from the 2000 National Alcohol Survey". *Journal of Studies on Alcohol*. 66:111-120.
24. DOHRENWEND, B. P. (2000). "The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research". *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 1-19.
25. EGLESTON, B. L., DUNBRACK, R. L., y HALL, M. J. (2010). "Clinical Trials That Explicitly Exclude Gay and Lesbian Patients". *The New England Journal of Medicine*, 362(11), 1054-1055. doi:10.1056/NEJMc0912600
26. Dirección General de Salud y Consumidores; Comisión Europea. 2013. *European MSM Internet Survey on Knowledge, Attitudes and Behavior as to HIV and STIS* (EMIS).
27. FORD, J. A y JASINSKI J. L. (2006). "Sexual orientation and substance use among college students". *Addictive Behaviors*. 3:404-413.
28. GILLESPIE, W y BLACKWELL, R. L. (2009). "Substance use patterns and consequences among lesbians, gays, and bisexuals". *Journal of Gay and Lesbian Social Services*. 21:90-108.
29. GREENWOOD, G., WHITE, E., PAGE-SHAFER, K., BEIN, E., OSMOND, D., PAUL, J y STALL, R. (2001a) "Correlates of heavy substance use among young gay and bisexual men: The San Francisco Young Men's Health Study". *Drug and Alcohol Dependence*. 61:105-112.
30. GREEN, K. E., & FEINSTEIN, B. A. (2012). "Substance Use in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: An Update on Empirical Research and Implications for Treatment". *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 265-278.
31. GRUSKIN, E. P., HART, S. y ACKERSON, L. (2001). "Patterns of cigarette smoking and alcohol use among lesbians and bisexual women enrolled in a large health maintenance organization". *American Journal of Public Health*. 91:976-979.

32. HALKITIS, P. N y PALAMAR, J. J. (2008). "Multivariate modeling of club drug use initiation among gay and bisexual men". *Substance Use & Misuse*. 43:871-879.
33. HALKITIS, P. N y PARSONS, J. T. (2002). "Recreational drug use and HIV-risk sexual behavior among men frequenting gay social venues". *Journal of Gay and Lesbian Social Services*. 14:19-39.
34. HEREK, G.M y BERRILL, K.T. (1992) Hate crimes: Confronting violence against lesbians and gay men. Thousand Oaks, CA: Sage
35. HEREK G. M., COGAN, J. C., GILLIS J. R y GLUNT E. K. (1997). "Correlates of Internalized Homophobia in a Community Sample of Lesbians and Gay Men". *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*. 2, 17-25
36. HEREK, G. M, GILLIS, J.R y COGAN, J.C. (1999) "Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67:945-951.
37. HOMISH, G. G., & LEONARD, K. E. (2008). "The Social Network and Alcohol Use". *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(6), 906-914.
38. HUGHES, T. L. (2005). "Alcohol use and alcohol-related problems in lesbians and gay men". *Annual Rev Nurs Res*. 23:283-325.
39. HUGHES, T. L y ELIASON, M. (2002). "Substance use and abuse in lesbian, gay, bisexual and transgender populations". *Journal of Primary Prevention*. 22:263-298.
40. KERTZNER, R.M. (1999) "Self-appraisal of life experience and psychological adjustment in midlife gay men". *Journal of Psychology and Human Sexuality*. 11:43-64.
41. KESSLER, R., BERGLUND, P., DEMLER, O., JIN, R., MERIKANGAS, K y WALTERS, E. (2005). "Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication". *Archives of General Psychiatry*. 62:593-602.
42. KESSLER, R. C., MICKELSON., K. D y WILLIAMS, D. R. (1999). "The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States". *Journal of Health and Social Behavior*. 40:208-230.
43. KIPKE, M. D., WEISS, G., RAMIREZ, M., DOREY, F., RITT-OLSON, A., IVERSON, E., y FORD, W. (2007). "Club Drug Use in Los Angeles among Young Men Who Have Sex with Men". *Substance Use & Misuse*, 42(11), 1723-1743. doi: 10.1080/10826080701212261

44. KLITZMAN, R. L., GREENBERG, J. D., POLLACK, L. M. y DOLEZAL, C. (2002). "MDMA ('ecstasy') use and its association with high risk behaviors, mental health, and other factors among gay/bisexual men in New York City". *Drug and Alcohol Dependence*. 66:115-125.
45. KOBRYNOWICZ, D y BRANSCOMBE, N. R.(1997) "Who considers themselves victims of discrimination? Individual difference predictors of perceived gender discrimination in women and men". *Psychology of Women Quarterly*. 21:347-363
46. LINK, B. G. (1987). "Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection". *American Sociological Review*. 52:96-112.
47. LINK, B. G, STRUENING, E. L, RAHAV, M., PHELAN, J.C. y NUTTBROCK, L. (1997). "On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse". *Journal of Health and Social Behavior*. 38:177-190.
48. MALYON, A. K. (1981-1982). "Psychotherapeutic implications of internalized homophobia in gay men". *Journal of Homosexuality*. 7(2-3):59-69.
49. MAYS, V. M y COCHRAN, S. D. (2001). "Mental Health Correlates of Perceived Discrimination Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States". *American Journal of Public Health*, 91(11), 1869-1876.
50. MCCABE, S. E., HUGHES, T. L., BOSTWICK, W., y BOYD, C. J. (2005). "Assessment of Difference in Dimensions of Sexual Orientation: Implications for Substance Use Research in a College-Age Population". *Journal of Studies on Alcohol*, 66(5), 620-629.
51. MCCRADY, B. (2004). "To have but one true friend: Implications for practice of research on alcohol use disorders and social networks". *Psychology of Addictive Behaviors*. 18:113-21
52. MCKIRNAN, D. J y PETERSON, P. L. (1989). "Alcohol and drug use among homosexual men and women: Epidemiology and population characteristics". *Addictive Behaviors*. 14:545-553
53. MEYER, I. H. (2003). "Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence". *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674
54. MEYER, I.H. (1995). "Minority stress and mental health in gay men". *Journal of Health and Social Behavior*. 36:38-56.

55. MEYER, I. H y DEAN, L. (1998). *Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals*. Thousand Oaks, CA: Sage. 160-186.
56. MEYER, I. H., & NORTHRIDGE, M. E. (Eds.). (2007). *The health of sexual minorities: Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations*. New York: Springer.
57. MILLER, C. T y MAJOR B. (2000). "Coping with stigma and prejudice". *The social psychology of stigma*. New York: Guilford Press; 243-272.
58. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). Encuesta europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS). *Resultados en España. Informes, estudios e investigación*.
59. MORRIS, J. F, WALDO, C. R y ROTHBLUM, E. D. (2001). "A model of predictors and outcomes of outness among lesbian and bisexual women". *Journal of Orthopsychiatry*. 71:61-71.
60. OPERARIO, D y FISKE, S. T. (2001) "Ethnic identity moderates perceptions of prejudice: Judgments of personal versus group discrimination and subtle versus blatant bias". *Personality and Social Psychology Bulletin*. 27:550-561.
61. PARKS, C. A y HUGHES T. L. (2005). "Alcohol use and alcohol-related problems in self-identified lesbians: An historical cohort analysis". *Journal of Lesbian Studies*. 9:3-44
62. PARSONS, J. T., KELLY, B. C., & WELLS, B. E. (2006). "Differences in club drug use between heterosexual and lesbian/bisexual females". *Addictive Behaviors*, 31(12), 2344-2349. doi:10.1016/j.addbeh.2006.03.006
63. PASCOE, E. A., y RICHMAN, L. S. (2009). *Perceived Discrimination and Health: A Meta-Analytic Review*. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531-554. doi:10.1037/a0016059
64. ROBERTS, L.J. y LEONARD, K.E (1998). "An empirical typology of drinking partnerships and their relationship to marital functioning and drinking consequences". *Journal of Marriage and the Family*. 60:515-526.
65. ROSS, M. W. (1985). "Actual and anticipated societal reaction to homosexuality and adjustment in two societies". *Journal of Sex Research*. 21:40-55.
66. SMART, L y WEGNER, D. M. (2000). "The hidden costs of stigma". *The social psychology of stigma*. New York: Guilford Press. 220-242.

67. STALL, R., PAUL J. P, GREENWOOD, G., POLLACK, L. M y BEIN, E. (2001). "Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: the Urban Men's Health Study". *Addiction*. 96:1589-1601.
68. STALL, R y PURCELL, D. (2000). "Intertwining epidemics: A review of research on substance use among men who have sex with men and its connection to the AIDS epidemic". *AIDS and Behavior*. 4:181-192.
69. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) National Survey on Drug Use and Health: National Findings. (2004).
70. THIEDE, H., VALLEROY, L. A., MACKELLAR, D. A., CELENTANO, D. D., FORD, W. L., y HAGAN, H. (2003). "Regional Patterns and Correlates of Substance Use Among Young Men Who Have Sex With Men in 7 US Urban Areas". *American Journal of Public Health*, 93(11), 1915-1921.
71. TROCKI, K. F., DRABBLE, L. y MIDANIK, L. (2005). "Use of heavier drinking contexts among heterosexual, homosexuals and bisexuals: Results from a National Household Probability Survey". *Journal of Studies on Alcohol*. 66:105-110
72. TROIDEN, R. R. (1989). "The formation of homosexual identities". *Journal of Homosexuality*. 17(1-2):45-73.
73. TUCKER, J. S., ELLICKSON, P. L. y KLEIN, D. J. (2008). "Understanding differences in substance use among bisexual and heterosexual young women". *Women's Health Issues*. 18:387-398.
74. WALDO, C. R. (1999) "Working in a majority context: A structural model of heterosexism as minority stress in the workplace". *Journal of Counseling Psychology*. 46:218-232.
75. WILSNACK S. C., HUGHES T. L., JOHNSON T. P., BOSTWICK W.B., SZALACHA L. A y BENSON, P. (2008). "Drinking and drinking related problems among heterosexual and sexual minority women". *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 69:129-139.

Conciencia y naturaleza. Los límites del fisicalismo

Esther Benzaquén de Hevia

Doctoranda UNED. Filosofía, especialidad Filosofía de la ciencia

Correspondencia: esbenzaquen@gmail.com

RESUMEN

Con la esperanza de que los conocimientos en neurociencia ayudasen a comprender al ser humano y tratar de modo científico sus pérdidas de equilibrio mental, durante los últimos años del siglo XX se dedicaron grandes esfuerzos a la investigación del cerebro. Sin embargo, debido a los límites de estos conocimientos en su aplicación práctica junto con las dudas que proporciona la ciencia actual sobre la percepción humana, un número creciente de científicos y filósofos han abierto nuevas líneas de investigación y desarrollado nuevas hipótesis sobre la actividad mental que podrían cambiar nuestra comprensión del mundo.

PALABRAS CLAVE: conciencia, mente, materia, objetividad, subjetividad.

ABSTRACT

With the hope that the knowledge in neuroscience helped to understand the human being and to treat in a scientific way his losses of mental equilibrium, during the last years of the 20th century, great efforts were devoted to brain research. However, due to the limits of this knowledge in its practical application together with the doubts that current science provides about human perception, a growing number of scientists and philosophers have opened new lines of research and developed new hypotheses about mental activity that could change our understanding of the world.

KEYWORDS: consciousness, mind, matter, objectivity, subjectivity.

INTRODUCCIÓN

A menudo, cuando la ciencia investiga un fenómeno, olvida que el método que utiliza procede de un modo de entender la naturaleza que es filosófico y cultural. El origen de la ciencia que conocemos (Descartes o Galileo) se basó en la separación de la mente y el cuerpo, considerando que solo podía ocuparse de la materia, a la que podía cuantificar para así elaborar leyes, mientras que la mente inmaterial quedó a cargo de la religión y posteriormente de la psicología. En el momento en que la ciencia abordó la actividad mental, se consideraron dos opciones para resolver el dualismo: o bien la mente procedía del cerebro (se trata de un epifenómeno de la actividad cerebral) o bien es inaccesible desde la ciencia por ser inmaterial. En la actualidad, el dualismo ha desaparecido casi por completo, al menos en el ámbito científico, pero el modo en que lo ha hecho, su tratamiento como un epifenómeno, tiene sus límites explicativos e inconvenientes prácticos.

1. LA MENTE EXPLICADA COMO UN EPIFENÓMENO

Los límites están marcados por el mismo enfoque de la explicación. Es lo que se denomina *reduccionismo materialista* que consiste en explicar la actividad mental mediante sus correlatos físicos con la convicción de que el cerebro produce la mente. Sin embargo, el conocimiento de los correlatos no significa que los mecanismos cerebrales sean la causa directa de la actividad mental. Es un problema muy bien explicado por David Hume (1): que dos fenómenos sucedan al mismo tiempo no significa que uno sea la causa del otro; incluso, por los motivos que se explican a continuación, puede pensarse lo contrario, que la actividad mental sea la causa de los cambios neuronales.

El conocido psiquiatra Thomas Szasz (2) expuso el problema de forma muy clara con su metáfora del programa televisivo: sería como culpar a la falta de sintonización del televisor de la mala calidad de un programa. Indudablemente es importante que el aparato de televisión (el cerebro) funcione correctamente pero ello no mejorará el programa. El contenido (el programa de la metáfora de Szasz) es la información que circula entre el entorno y el individuo. Naturalmente, si no se dispone de un aparato de televisión (cerebro), no se puede ver el programa (no se puede percibir) pero eso no tiene

que ver con la calidad del programa. Esta metáfora podría dar la razón a los que piensan que el cerebro es similar a una computadora (funcionalistas) pero la actividad mental es aún más complicada. Edelman & Tononi (3) explican cómo las experiencias modifican las redes neuronales y desde las investigaciones cuánticas de la mente (4) se afirma que la mente actúa sobre la materia, sin olvidar la teoría enactivista de Francisco Varela (5, 6) que considera que la mente no se encuentra solo en el cerebro, teoría que, en su versión más radical (7), afirma que la conciencia es una propiedad fundamental de la naturaleza.

1.1. El difícil problema

No es fácil explicar desde el punto de vista estrictamente materialista cómo el cerebro, con propiedades físicas, da lugar a la mente, cuyas propiedades son inmateriales, por lo que se ha elaborado una complicada explicación de tipo emergentista denominada *superveniencia*, basada en el concepto de que el todo es mayor que la suma de las partes; por tanto, la mente, que es la suma de las partes, tendría propiedades que no posee el cerebro. Pero no hay ninguna demostración empírica de que sea así sino que es solo una especulación basada en una forma de concebir la ciencia; es decir, analizando el funcionamiento de un mecanismo para establecer leyes que expliquen los efectos que se producen a partir de unas causas, suponiendo que las leyes físicas que se conocen sean completas. Desde un punto de vista más concreto, las investigaciones en neurociencia se han encontrado con el difícil problema (*hard problem*) (8), que es el problema semántico de cómo un significado se convierte en un proceso electro-químico en el cerebro, planteado por primera vez por John Searle con su conocida metáfora de la habitación china (9). El problema que contiene la metáfora de Szasz antes mencionada, el paso del significado a su codificación, aunque abundantemente discutido, marca los límites de la computación. En el caso de los humanos, por ejemplo, no puede explicar cómo una señal de cualquier tipo que avisa de un peligro se convierte en sustancias químicas en el cerebro que, a su vez, producen un estado de conciencia.

1.2. Los qualia

Pero aún hay más problemas cuando se intenta describir la mente como un epifenómeno. En la actividad mental hay que incluir las sensaciones, los denominados *qualia* (las cualidades subjetivas de las experiencias individuales).

Especialmente la mente humana está compuesta de una muy amplia gama de combinación de sensaciones o componentes de qualia cuya composición constituye lo que los psicólogos denominan *personalidad*. Los filósofos empiristas de la Ilustración, como John Locke (1632-1704), distinguieron entre cualidades primarias (objetivas) y cualidades secundarias (subjetivas) que son los actuales qualia pero el positivismo del siglo XIX y su heredero, el del siglo XX, el positivismo lógico, en su búsqueda de legitimidad científica, redujeron todas las cosas a cualidades primarias argumentando que el éxito de la ciencia se debe a que la mente percibe exactamente lo que hay en el mundo. A partir de ese momento, la actividad mental se convierte en un problema, un molesto *fantasma en la máquina* con el que no se puede hacer mucho desde la ciencia. Si ese es el planteamiento general de la ciencia del siglo XX, entonces es lógico que se afirme que la conciencia emerge de la materia.

Según esta forma de entender la actividad mental, el cuerpo-cerebro es solo una máquina que se relaciona con el medio ambiente a través de circuitos por los que recibe estímulos a los que responde y que puede averiarse como lo hace cualquier máquina. La seguridad en esta concepción reduccionista de la mente-cerebro humana ha llevado al desarrollo de máquinas muy útiles para el trabajo y la información, pero no está clara la similitud entre estas máquinas y los seres humanos o biológicos en general (si aún no conocemos el funcionamiento del cerebro, difícilmente lo podremos imitar) lo que supone una muestra más de la limitación de las investigaciones reduccionistas y del modelo biológico y médico basado en estos presupuestos. De hecho, no podemos limitar la conciencia al cerebro sino que numerosos estudios neurocientíficos (10, 11, 12) afirman que todo el cuerpo está implicado, lo que supone que también su entorno está involucrado, ya que el sistema nervioso se encuentra en comunicación permanente con el exterior.

1.3. La teoría darwinista

La teoría de la evolución también supone un problema no resuelto desde la explicación estándar emergentista de la mente. Teniendo en cuenta que en la época en la que Darwin elaboró su teoría solo se podía comprender el cerebro en términos mecánicos, debería ser revisitada para una explica-

ción coherente del desarrollo de la conciencia a través de las distintas especies hasta llegar a la consciencia humana. Thomas Nagel (13) cuestiona las explicaciones de lo que denomina *neodarwinismo reduccionista* por su incapacidad para explicar gran parte del comportamiento humano en términos evolutivos. Su principal argumento es que, si el objetivo principal de los organismos naturales es la eficacia reproductiva, no hay forma de entender por qué existe la religión, el arte o la preocupación científica por comprender el mundo o por qué hay personas que anteponen su deseo de llevar una determinada forma de vida a la recompensa de bienes materiales. La biología evolutiva suele argumentar que son sofisticaciones o efectos colaterales de la evolución, dado el mayor nivel cognitivo de los humanos comparado con el que tienen otros animales con lo cual casi se podría considerar que son *anomalías* dentro de la naturaleza pero, como argumenta Nagel (13), no parece que todas las transformaciones culturales productos de la actividad mental humana sean algo tan poco importante. Otra cuestión importante es que esa mayor capacidad cognitiva hace posible que el ser humano domine al resto de animales y organismos en general.

Nagel (13) responsabiliza de esta situación a haber prescindido de las diferentes causas aristotélicas (en la teoría de la evolución se trataría de añadir la finalidad) en la concepción científica de la modernidad y haberse centrado solamente en las causas eficientes tratando de explicar la evolución desde la química, sin tener en cuenta hacia donde se dirige. En la teoría de la evolución podría ser más adecuada la causa teleológica o intencional al contener principios de autoorganización o de desarrollo de la complejidad, idea que no está en principio en contradicción con la teoría estándar de la evolución sino que la amplía al incorporar la noción de que la tendencia de la naturaleza a producir seres conscientes debe estar implícita desde el principio.

2. PROBLEMAS DEL PARADIGMA CLÁSICO: DUALISMO Y MONISMO, MATERIALISMO E IDEALISMO

La evidencia de que la mayoría de las investigaciones están basadas en el substrato físico es que hay un gran avance en los trastornos mentales de origen neurológico como en el reciente hallazgo de la reactivación de cé-

lulas cerebrales¹ (se restaura la actividad cerebral pero no la consciencia) pero muy escaso en el resto que permanecen inexplicables. La posible explicación proviene de la misma concepción de trastorno mental como *exageraciones* de la personalidad como indica el DSM-5 (14) lo que nos devuelve al problema de los qualia. Debido a estas insuficiencias explicativas sobre el origen de la mente y a pesar del aparente triunfo de la explicación emergentista, vuelve a plantearse el problema de la necesidad de una explicación coherente sobre el origen y papel de la consciencia en la naturaleza (y de la consciencia) y con ella resurgen los problemas que aparentemente estaban resueltos del dualismo/monismo y materialismo/idealismo.

2.1. Dualismo mente-cuerpo

El dualismo no es sino una abstracción con el fin de poder controlar la naturaleza de una forma relativamente sencilla e intuitiva pero se vuelve una noción problemática porque hay que dividir al organismo abstrayendo la mente de su cuerpo o al contrario, según la actividad del individuo. Un problema derivado de este modo de concebir la ciencia es su definición de *naturalista*, que implica o bien un dualismo porque supone que existe algo que no es natural (lo artificial) o simplemente que se está en el lado de la verdad (una incuestionable autoridad científica), que es la ciencia dominante, con lo cual cualquier crítica queda automáticamente desprestigiada y definida como perteneciente al *oscurantismo* anterior a la aparición de la ciencia. No es de extrañar que, ante estos planteamientos científicos, hayan surgido filosofías irracionistas que proponen acercarnos a nuestra *verdadera realidad* instintiva prescindiendo de un pensamiento más elaborado que nos alejaría del supuesto *orden natural auténtico*. La supresión del dualismo no debería suponer una renuncia a la racionalidad sino todo lo contrario: se debería corregir lo que tiene de irracional el reduccionismo al pretender extender su método a cuestiones que ha excluido previamente, como es el caso de la mente (y sus creaciones).

2.2. Monismo

Benedicto Spinoza (15) fue el primero en tratar científicamente los aspectos de la naturaleza, el alma y Dios de distinta forma, no estrictamente como

1 <https://www.nature.com/articles/s41586-019-1099-1>

materia, aunque habitualmente ha sido interpretado en el sentido de que todo lo que existe puede reducirse a materia, adaptando su pensamiento a la concepción dominante de la ciencia. (16). La conocida declaración de Spinoza de que “La extensión es un atributo de Dios, o, dicho de otro modo, Dios es cosa extensa” (15, p.186) es, en general, citada como una declaración de materialismo extremo. Sin embargo, Spinoza propone un monismo en el que lo mental y lo psíquico son una misma sustancia, no distintas cosas: los cuerpos son parte del todo y la mente es la idea de ese todo: “El pensamiento es un atributo de Dios, o, dicho de otro modo; Dios es cosa pensante”, (15, p. 80). Pero no habla de un todo sin idea (o significado) como se propone desde el materialismo sino que parece todo lo contrario. Si entendemos por Dios la realidad última que parece estar en el pensamiento de Spinoza, el pensamiento sería el atributo más importante de la naturaleza.

Aunque eliminemos de ese *pensamiento* el exagerado racionalismo de su época, Spinoza está afirmando que en ese todo de la naturaleza hay algo más que materia. Incluso su concepción panteísta de la naturaleza puede ser interpretada en el sentido de incluir el aspecto psicológico de las cosas. Como extensión y pensamiento son dos sistemas (o atributos) independientes, no tienen relación causal pero sí una correlación: por cada modo de extensión hay un correspondiente modo de pensamiento. Con relación al ser humano o cosa compleja, Spinoza afirma que todo lo que sucede en el cuerpo se refleja en la mente pero que esta no interactúa con el cuerpo. Para Spinoza, la sustancia que produce estos dos aspectos o *atributos* es incognoscible. Asimismo, actualmente, no es posible investigar mente y cerebro como una misma sustancia ya que, aunque tengan un sustrato común, mente y materia tienen desarrollos diferentes pero tampoco es necesario discutir la palabra *incognoscible*, término que corresponde a la física de la época o al cuestionable determinismo spinozista.

2.3. *Paralelismo y correlatos de la conciencia*

Sin embargo, alma y cuerpo no es una dualidad sino dos expresiones de la persona que no interactúan entre sí. Se trata del denominado *paralelismo* que coincide con la forma actual de proceder de la neurodinámica en la que se investigan los correlatos de la conciencia, como la *Teoría de la Información Integrada (IIT)* (17), la más prometedora de las investigaciones de la

mente porque investiga directamente los correlatos de la conciencia. Aunque la IIT no pretende explicar el problema de cómo surge la conciencia, considera que podría explicar los problemas mentales por el grado de integración de los elementos de la conciencia, lo que explicaría parte de la actividad mental, la consciente. El problema es que gran parte de la mente es inconsciente (no conocemos las leyes del inconsciente) y esta parte se relaciona con el consciente todo lo cual quedaría fuera de la explicación.

2.4. *Monismo neutral*

Bertrand Russell resuelve la contradicción del paralelismo spinozista con la creación de su teoría de un monismo *neutral* (equivalente a la sustancia incognoscible de Spinoza) en el que los contenidos de la mente y las cosas existentes en el exterior no son cosas distintas, eliminando así cualquier posibilidad de complicada explicación emergentista, con una solución que pretende resolver al mismo tiempo los problemas científicos de la inducción y los de mente-cuerpo. En el monismo neutral russelliano, al contrario que en el evolucionismo tradicional, la mente no es una consecuencia de los procesos cerebrales sino que forma parte de ellos, de la física y solo depende de su ordenación. La consecuencia es que todos, organismos vivos y no vivos están constituidos por los mismos elementos de la naturaleza, organizados de diferente forma.

2.5. *Materialismo e idealismo*

El materialismo y el idealismo son términos acuñados en los siglos XVIII-XIX (que han desencadenado las respectivas ideologías actuales) pero es necesario saber de qué estamos hablando; es decir, cuáles eran los conocimientos de la física y de la mente de esa época y cómo podemos plantear el tema en nuestros días, bajo los nuevos hallazgos de la física y de la neurociencia. En filosofía en general y en filosofía de la mente en particular, los nuevos hallazgos de la ciencia (principalmente, teoría de la relatividad y teoría cuántica), a pesar de haber sido descubiertos a principios del siglo XX, no parecen haber tenido demasiada repercusión en la percepción social y cultural de la ciencia. En consecuencia, se siguen planteando los problemas de mente-cuerpo o mente-materia con el mismo significado con el que se hacía hace dos siglos mientras que los términos *materia* o *mente* han perdido científicamente el significado que tenían en el siglo XIX y principios del XX.

La mayor parte de los problemas de la relación mente-materia proceden de nociones clásicas de la física, como los de *materia*, *movimiento* o *tiempo*, sin olvidar el concepto de sustancia como algo que permanece, concepto heredado de la filosofía aristotélica, con algunas modificaciones, en la modernidad. Sin embargo, desde las nuevas nociones de la física, estas cuestiones resultan más fáciles de abordar por lo que sería razonable no seguir insistiendo en aplicar antiguas creencias por muy arraigadas que estén social o científicamente. La neurociencia más clásica no escapa a los viejos conceptos y por eso propone aplicar el mecanicismo a los sustratos físicos de la conciencia, método que, al intentar reducir la conciencia a materia, encuentra numerosas dificultades. Los hallazgos de la neurociencia son valiosos pero, al utilizar los conceptos tradicionales de mente y materia como sustancias distintas, no pueden explicar su relación. Además, los avances más recientes en neurociencia y epigenética (18) confirman que los organismos son un producto de la interacción entre los genes y el entorno por lo que los antiguos debates entre mente-cerebro, naturaleza-crianza o natural-artificial deberían ser definitivamente abandonados.

El primer problema que afronta el estudio de la conciencia es su propia naturaleza: la ciencia es por definición el estudio desde la tercera persona por lo que, en este caso, el cerebro se estudiaría a sí mismo lo que presenta la dificultad de que el método debería ser adaptado de forma que el experimento realizado en primera persona pueda ser incluido dentro de un proceso intersubjetivo en el cual se pudiera convertir en tercera persona (19). Sabemos, según las investigaciones en neurodinámica, que los cambios en el sistema nervioso se producen *de modo paralelo* a los cambios mentales pero ignoramos las relaciones entre ambos aspectos porque desde el empirismo lógico no es posible establecer un puente que los una (*binding problem*). De modo que la sustancia tercera spinozista *incognoscible* es rechazada como una *cosa en sí* debido a que los humanos solo podemos procesar los fenómenos a través del esquema espacio-temporal kantiano (20). Herbert Freigl (19) propone que materia y mente sean considerados como dos lenguajes: los estados de conciencia privados pueden ser descritos en términos físicos neurológicos aunque solo podamos obtener datos del estado físico y ninguna información sobre el contenido cualitativo.

2.6. El problema del observador

El resultado del convencimiento de que no se pueden conocer la experiencia en primera persona es un rechazo frontal de la metafísica a partir de los siglos XIX-XX como una cuestión ajena a la ciencia, ya anticipada por Kant (20) con su teoría de la imposibilidad de conocer los *noúmenos*. Por eso, el neopositivismo invita incluso a no hablar de ellas (21). Sin embargo, las extrañas leyes de la mecánica cuántica (dualidad onda-partícula, entrelazamiento y problema de la medición) han hecho que se replantee el problema de lo que consideramos real (22) y hasta qué punto dicha realidad es construida por nuestra subjetividad, temas que son debatidos actualmente incluso desde la filosofía analítica (23, 24, 25), disciplina habitualmente considerada la representante del neopositivismo, así como por la filosofía de la deconstrucción postmoderna que siempre sospechó de la ciencia oficial (26). Se trataría de conceptualizar aquello que está *oculto a simple vista* (27), de lo que hasta ahora hemos considerado trascendente (o inexistente según algunos), imposible de conocer en contraste con lo inmanente que sí podemos conocer y manipular.

Si lo que se pretende es entender el comportamiento humano en general, es importante actualizar la vieja metafísica de acuerdo con los nuevos descubrimientos en física porque muchos presupuestos filosóficos abandonados con la aparición del mecanicismo podrían ser, en cambio, adecuados dentro de estas teorías, como afirma Carlo Rovelli (28).

3. INTENTO DE RESOLUCIÓN: FILOSOFÍA DEL PROCESO Y NUEVA FÍSICA

Los antecedentes de esta posible nueva metafísica se encuentran en la *filosofía* (o metafísica) *del proceso* de Alfred N. Whitehead (29, 30) y posteriormente del *orden implicado* de David Bohm (31) aunque ambos confluyen en su idea heracliteana de que todo fluye.

3.1. Filosofía del proceso

Para Whitehead (29), el gran fallo del que denomina *materialismo irreductible* es que ignora el carácter activo y experimental de los elementos más básicos del mundo. Whitehead incorpora nociones ignoradas por la física

como *sentimiento*, *satisfacción* y *conceptual prehensión* (un término similar al de *captación* que puede ser inconsciente). La principal crítica de Whitehead se dirige hacia la idea newtoniana de tiempo según la cual el tiempo puede ser dividido en partes muy pequeñas o instantes en los que se situaría un conjunto de partículas materiales, independientes unas de otras. Para Whitehead esta idea es errónea porque la naturaleza es un conjunto relacionado que consiste en un proceso compuesto de eventos primarios mutuamente interrelacionados. Por ejemplo, una persona es descrita como un conjunto de eventos superpuestos que cambia todo el tiempo, a medida que va incorporando experiencias. Esto quiere decir que no existen las cosas duraderas y que se trata solo de una abstracción lingüística. También utiliza el término *experiencia* de una manera amplia, tanto para objetos considerados inanimados, como los electrones (panexperencialismo) con lo cual quedaría resuelto el problema de mente y materia: Whitehead considera que otro de los errores de la física newtoniana es el haber eliminado la percepción de la naturaleza y, al mismo tiempo, considerarse una ciencia objetiva porque, para que exista objetividad es necesario que los distintos observadores vean lo mismo; lo que no es posible según la teoría de la relatividad de Einstein en la que cada observador se encuentra en un espacio-tiempo distinto. Además, según Whitehead, un objeto no es solo un conjunto de eventos sino que está también relacionado externamente con otras cosas; así pues, la única realidad son las conexiones: cualquier entidad es la suma de sus relaciones con otras entidades y su reacción hacia el mundo, obligando al resto del universo a conformarse a ella.

3.2. La nueva física

El físico y también filósofo David Bohm (1917-1992) intentó solucionar el problema de la naturaleza de la mente con una propuesta sobre la arquitectura fundamental de la materia, la naturaleza de la mente y de cómo se relaciona con la materia e incluso una propuesta sobre cómo la conciencia percibe el tiempo (31). Su teoría, por tanto, puede ayudar a clarificar estos problemas. La idea de Bohm de que todo el universo *envuelve* a cada parte resulta extraña y casi poética, muy cerca a la idea monadológica de Leibniz y, sobre todo, contraintuitiva, pero puede entenderse en términos de información: en cualquier pequeña región del espacio hay un movimiento

de ondas electromagnéticas que transporta la información del mundo entero; por ejemplo, una experiencia visual (ondas de luz) es después revelada (o descodificada) por los ojos y por un complejo proceso del cerebro el cual también aporta información; el resultado es una experiencia visual del mundo en tres dimensiones. Para Bohm, el universo no es un conjunto de elementos separados entre sí sino un todo indivisible interconectado por principios cuánticos de interconexión y simultaneidad entre las partículas.

Según la teoría del orden implicado (31), la mecánica clásica constituye una abstracción de la fundamental descripción de la naturaleza de la mecánica cuántica (la mecánica clásica sería la apariencia y la mecánica cuántica, la realidad platónica). De modo que las ventajas de la explicación cuántica de la subjetividad serían varias: desde la ciencia, por la simplicidad de su explicación y, desde la perspectiva de nuestra comprensión del ser humano y de la propia naturaleza en general, por la incorporación de los estados de conciencia, del movimiento y del cambio continuo. En definitiva, la aplicación de esta teoría supondría la *desmaquinización* o humanización (como alternativa al materialismo reductivo) de la biología y la medicina, sobre todo en sus especialidades psicológica y psiquiátrica. El mundo no sería un gran mecanismo sino algo más parecido a una gran mente.

Al contrario de lo que sucede en mecánica clásica, todo el espacio está lleno de esa información que proporciona una conexión directa entre todos los sistemas, de forma que el todo es el responsable de la organización de las partes aunque eso no impide cierta independencia de las partes. Las conexiones entre las partes de este orden implicado, que es indivisible, no tienen nada que ver con el espacio o el tiempo sino con una cualidad denominada *envolvimiento* y el orden explicado es la manifestación de una energía más profunda (el orden implicado) que Bohm describe con la metáfora de un holograma (31) como forma de percepción humana. Igualmente, Karl Pribram (32), tras sus numerosos experimentos, afirmó que la percepción no consiste en que la memoria almacene partes distintas y después las reúna o relacione sino en algo similar a un holograma: se trata de múltiples imágenes completas que dependen de muchas partes del cerebro.

En la teoría cuántica, también se suele reconocer que el proceso de medición implica cierto grado de libertad para elegir qué medir e influir en lo

que se mide, y esto se ve solo como una instancia particular en las *elecciones*. El futuro es hasta cierto punto abierto, y al elegir qué medir, los sistemas están participando e influyendo en las posibilidades que se producirán. Si la biosfera y el cosmos son creativos de esta manera, la fe de los biólogos en que, en última instancia, las explicaciones que reducen los organismos a la química y la física finalmente tendrán éxito está completamente fuera de lugar. No hay ninguna razón en absoluto para suponer este esquema; por el contrario, hay muchas razones para otorgar el reconocimiento apropiado de las características únicas de la vida que han surgido en el devenir creativo de la naturaleza y para reconocer que es esencial reconocer la apertura de este devenir. No solo es necesario entender que cada organismo, incluidos los protozoos y las plantas, tienen mundos con un significado para ellos al que responden en consecuencia sino que es también necesario reconocer que estos mundos están abiertos en cierta medida y que los organismos para sobrevivir tienen que enfrentar y lidiar con esta apertura. Al hacerlo, pueden darse cuenta de nuevas posibilidades que nunca antes se habían realizado o incluso se habían previsto, cuestión que es evidente en la observación y la percepción de que la evolución depende de la actividad de exploración inquieta de los animales, que descubren nuevos usos de lo que tienen disponible en su lucha por la vida.

3.3. La concepción de la materia

De acuerdo con la ampliamente aceptada teoría de campo cuántica para explicar la materia, las partículas son entendidas como la actividad subyacente de los campos, concepción muy alejada de nuestra percepción ordinaria. Es el movimiento del campo el que envuelve información acerca de todo el universo; por ejemplo, la información de la luna existe en todo el espacio de la tierra y por eso podemos percibirla. De forma análoga, cada partícula del cuerpo envuelve información de todo el universo. Si trasladamos estos conceptos a la existencia humana, quiere decir que cada uno de nosotros forma parte del mundo y recibe-envía información y que cualquier cambio en el entorno, por pequeño que sea, puede tener un profundo efecto. Incluso recientes experimentos del llamado EPR (la paradoja de Albert Einstein, Boris Podolsky y Nathan Rosen sobre el misterio del entrelazamiento cuántico), realizados por Bohm junto a John Bell (33),

mostraron que cualquier cambio en el estado de un fotón (medición o polarización), puede tener un efecto instantáneo en el comportamiento de otro fotón situado hasta a 50 kilómetros. Por tanto, existe cierta clase de fuerza implicada en el comportamiento de la materia del todo. Sin embargo, la teoría de Bohm no niega que existan relaciones externas entre las partes (las leyes newtonianas) sino que estas se producen en el orden explicado y son las más comunes en nuestra experiencia; es decir, que en el universo hay algo más que el mecanismo del orden explicado en el que las piezas son como las de un *lego*; aunque percibimos cada parte independientemente una de otra, todas están relacionadas entre sí.

En la teoría de Bohm (34), la información es entendida como el efecto del potencial que da forma al campo que actúa sobre la partícula; es decir, que el campo contiene información que literalmente informa o da forma a la partícula, lo que da lugar al concepto de *información activa*. La información sería el puente entre los aspectos mental y físico que se mueve en las dos direcciones a través de los distintos niveles que Bohm propone, cuyo sentido más difícil de entender, el de la mente hacia la materia, pero se puede resolver mediante la información activa.

El problema de esta concepción de la mente es que parece debilitar la concepción de realidad mayoritariamente aceptada social y científicamente. Lo que denominamos realidad no solo sería, como ya dijo Kant (20) una construcción subjetiva en el espacio-tiempo sino que el propio espacio-tiempo sería una construcción de la conciencia.

CONCLUSIONES

El precio de esta falta de fronteras entre sujeto-objeto sería la pérdida, en parte, del prestigio de la ciencia como conocimiento de la realidad, ya que habría que incluir el elemento subjetivo del observador. Eso no quiere decir que las denominadas *ciencias duras* sean inútiles o falsas sino que habría que rebajar el concepto de verdad que actualmente posee: se trataría de incluir al observador en las observaciones o, aún más, habría que basarse en las relaciones entre sistemas (35, 22). Pero aún más interesante podría ser el surgimiento de una nueva ciencia que unifique los ámbitos subjetivos

y objetivos separados en la modernidad lo que nos ayudaría a comprendernos a nosotros mismos.

La introducción del estudio de la conciencia en la ciencia (en física y biología, al menos) puede suponer el fin de muchas de las dicotomías planteadas al comienzo del pensamiento científico derivadas de la separación de mente y materia, como la división entre ciencias humanas y ciencias experimentales, lo social y lo biológico o simplemente lo natural frente a lo artificial ya que, si incorporamos la actividad mental dentro de la naturaleza, no habría por qué pensar en contrarios sino solo distinguirlas en base a la percepción humana como adaptación necesaria para su supervivencia. El campo adecuado de estudio sería el de las relaciones (22, 28) y no el de las oposiciones, abandonando por completo la vieja construcción de sujeto-objeto.

Frente a las limitaciones de la ontología clásica de un mundo mecánico material, la ontología de Bohm es una explicación de la conciencia sencilla y comprensible, capaz de explicar la brecha entre mente y materia, resolviendo el problema abierto por Descartes de la relación mente-cuerpo. La información desempeña un papel fundamental como puente entre mente y materia. La propuesta de Bohm, *soma-significación* (34), también resuelve el problema de cómo un significado (por ejemplo, de peligro) se transforma en un proceso electroquímico en el cerebro: el campo cuántico informa (da forma) a las partículas organizándolas en distintos niveles de materia.

Socialmente, una perspectiva holística también puede cambiar radicalmente la forma en que entendemos la relación entre el individuo y su entorno (social y físico). Mientras que en el mecanicismo se reduce a individuos que interactúan entre ellos, en una visión holística, cada individuo es parte de un todo que incluye la sociedad y el entorno físico los cuales constituyen la información de la memoria del individuo. De absolutamente objetivo modo que, probablemente, los contenidos mentales no sean productos de un cerebro individual sino manifestaciones del estado de los grupos sociales en los que el individuo participa. En esta perspectiva, el sufrimiento es universal y los esfuerzos en investigar, sanar o prevenir no deben dirigirse tanto a los individuos como a detectar las incoherencias a nivel social. En psiquiatría y en neurociencias en general, supondría la aceptación de que el comportamiento no responde solo a la maquinaria cerebral sino a factores de información (los

que se denominan *sociales* o *intersubjetivos*), a menudo inconscientes, lo que podría aclarar tanto la etiología de los trastornos mentales como el propio papel de esta práctica médica, muy cuestionada por carencia de pruebas clínicas y tratamientos perjudiciales.

Además del papel del observador (la percepción activa), la implicación más importante que pueden tener la teoría cuántica y la de la relatividad es que subrayan la primacía de la totalidad y de las relaciones entre las partes, una primacía que hasta cierto punto se ha perdido por el propio método del enfoque mecanicista. Entre las ventajas que puede aportar a un nuevo modelo de psiquiatría la nueva física figuran las siguientes: es ciencia, no simples especulaciones; se puede someter a comprobación empírica; la teoría cuántica es más adecuada para entender la actividad mental que el mecanicismo dada la complejidad y sutileza de los procesos mentales (se hace cargo de los no observables); suaviza las relaciones humanas al introducir el factor de indeterminación y, por tanto, indica la necesidad de flexibilidad; atenúa el estigma del error cognitivo sobre la percepción de la realidad (la realidad depende del observador); y elimina el dogmatismo, ya que la física cuántica nos recuerda que solo podemos predecir la naturaleza de un proceso a partir de la inferencia estadística pero nunca determinarlo del todo, lo que es más adecuado en biología, en medicina y, sobre todo, en psiquiatría, disciplinas en las cuales es difícil predecir el resultado. Posiblemente un cambio de paradigma en nuestra comprensión de la realidad y de nosotros mismos también podría conducir a un cambio social transformando nuestras mentes newtonianas (así hemos sido formados en la escuela) individualistas en mentes más conscientes de nuestro entorno.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) HUME, D., & DUQUE, F. (1984). *Tratado de la naturaleza humana*. Orbis.
- (2) SZASZ, T. S. (1957). "The problem of psychiatric nosology: A contribution to a situational analysis of psychiatric operations". *American Journal of Psychiatry*, 114(5), 405-413.
- (3) EDELMAN, G. M., & TONONI, G. (2002). *El universo de la conciencia: Cómo la materia se convierte en imaginación*. [The universe of the consciousness: How the substance turns into imagination]. *Barcelona: Crítica*.
- (4) ATMANSPACHER, HARALD, "Quantum Approaches to Consciousness", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2015 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/sum2015/entries/qt-consciousness/>>.
- (5) VARELA, F. J. (1996). "Neurophenomenology: A methodological remedy for the hard problem". *Journal of consciousness studies*, 3(4), 330-349.
- (6) VARELA, F. (2000). *El fenómeno de la vida*. Santiago de Chile: Dolmen.
- (7) BITBOL, M. (2017). "Beyond Panpsychism: The Radicality of Phenomenology". In *Self, Culture and Consciousness* (pp. 337-356). Springer, Singapore.
- (8) LEVINE, J. (1983). "Materialism and qualia: The explanatory gap". *Pacific philosophical quarterly*, 64(4), 354-361.
- (9) COLE, David, "The Chinese Room Argument", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2019 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/chinese-room/>>.
- (10) MITRA, R., & SAPOLSKY, R. M. (2008). "Acute corticosterone treatment is sufficient to induce anxiety and amygdaloid dendritic hypertrophy". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 105(14), 5573-5578.
- (11) RODRIGUES, S. M., LEDOUX, J. E., & SAPOLSKY, R. M. (2009). "The influence of stress hormones on fear circuitry". *Annual review of neuroscience*, 32, 289-313.
- (12) BEN-SHAANAN, T. L., SCHILLER, M., AZULAY-DEBBY, H., KORIN, B., BOSHPAK, N., KOREN, T., ... & ROLLS, A. (2018). "Modulation of anti-tumor immunity by the brain's reward system". *Nature communications*, 9(1), 2723.
- (13) NAGEL, T. (2014), *La mente y el cosmos*. Biblioteca nueva.

- (14) American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- (15) SPINOZA, B. (2000) *Ética demostrada según el orden geométrico*. Editorial Trotta, Ed. Atilano Domínguez.
- (16) DAMASIO, A. R. (2005). *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Grupo Planeta (GBS).
- (17) TONONI, G., & KOCH, C. (2008). "The neural correlates of consciousness". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124(1), 239-261.
- (18) LAMM, EHUD, "Inheritance Systems", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2018 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/win2018/entries/inheritance-systems/>>.
- (19) FEIGL, H. (1958). The 'mental' and the 'physical'. *Minnesota studies in the philosophy of science*, 2(2), 370-497.
- (20) KANT, I. (2009). *Crítica de la razón pura*. Ediciones Colihue SRL.
- (21) WITTGENSTEIN, L. (2013). *Tractatus logico-philosophicus*. Routledge.
- (22) ROVELLI, C. (2015). *La realidad no es lo que parece. La estructura elemental de las cosas*. Tusquets Editores, SA.
- (23) CHALMERS, D. J. (1995). "Facing up to the problem of consciousness". *Journal of consciousness studies*, 2(3), 200-219.
- (24) CHALMERS, D. J. (1996). *The conscious mind: In search of a fundamental theory*. Oxford University Press.
- (25) GOFF, P. (2017). *Consciousness and fundamental reality*. Oxford University Press.
- (26) GLOBUS, G. (2014). "A quantum monadological solution to the measurement, consciousness and qualia problems". *NeuroQuantology*, 12(2).
- (27) MENDER, D. (2013). "The cunning of the observable: generalized Fourier duality, the hard problem, and natural kinds of psychopathology". *Quantum Biosystems 2013b*, 5(2), 43-53.
- (28) ROVELLI, C. (2018). "Physics Needs Philosophy. Philosophy Needs Physics". *Foundations of Physics*, 48(5), 481-491.
- (29) WHITEHEAD, A. N. (1979). *Process and reality* (Gifford lectures delivered in the University of Edinburgh during the session 1927-28). Corrected ed.

- (30) WHITEHEAD, A. N. (2011). *Science and the modern world*. Cambridge University Press.
- (31) BOHM, D. (2002). *Wholeness and the implicate order* (Vol. 10). Psychology Press.
- (32) PRIBRAM, K. H. (Ed.). (2014). *Rethinking neural networks: Quantum fields and biological data*. Psychology Press.
- (33) BELL, J. S. (2001). "Einstein-Podolsky-Rosen experiments". In *John S Bell on the Foundations of Quantum Mechanics* (pp. 74-83).
- (34) BOHM, D. (1994). "Soma-significance: A new notion of the relationship between the physical and the mental". *Psychoscience*, 1, 6-27.
- (35) MANZOTTI, R. (2006). "Consciousness and existence as a process". *Mind and Matter*, 4(1), 7-43.

<https://www.nature.com/articles/s41586-019-1099-1>

Efectos del mindfulness sobre el dolor y la clínica psiquiátrica asociada a pacientes con diagnóstico de fibromialgia. Una revisión sistemática

Javier Vicente Alba (1) (5)

María Vidal Millares (1)

Ana Gago Ageitos (1)

M^a José Durán Maseda (1)

José Berdullas Barreiro (2)

Javier García Campayo (3) (4)

Datos de contacto:

Unidade de Saúde Mental de Vilagarcía – Salnés.

Avenida Xoan Carlos I, nº 38. CP: 36600. Vilagarcía de Arousa (Pontevedra)

Correspondencia: javiervicentealba@hotmail.com

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar la efectividad de los programas basados en Mindfulness para el manejo del dolor y clínica psiquiátrica asociada en pacientes con diagnóstico de Fibromialgia.

MÉTODO: Se llevó a cabo la revisión en las bases de datos de WOS (Web of Science), Pubmed y Scopus. Se buscaron artículos relacionados con el Mindfulness, la fibromialgia y el dolor crónico.

El patrón temporal de búsqueda es desde su inicio hasta noviembre de 2018.

(1)Médico Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. EOXI Pontevedra-Salnés. Pontevedra.

(2)Psicólogo Clínico. Servicio de Psiquiatría. EOXI Pontevedra-Salnés. Pontevedra.

(3)Instituto de Investigaciones Sanitarias (IIS), Hospital Miguel Servet, Servicio de Psiquiatría, Universidad de Zaragoza.

(4)Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (Red IAPP). Zaragoza.

(5)Escuela Internacional de Doctorado. Universidad de Santiago de Compostela.

RESULTADOS: Se identificaron 61 artículos, de los cuales, 10 son metaanálisis, 3 revisiones sistemáticas, 22 estudios y 26 artículos relacionados con el tratamiento no psicofarmacológico de la enfermedad o el Mindfulness aplicado a otros cuadros clínicos.

CONCLUSIÓN: En general la mayoría de los estudios muestran datos prometedores en las mediciones sobre el dolor, la ansiedad-depresión y la calidad de vida. Sin embargo, es necesaria la existencia de un número mayor de estudios aleatorizados, protocolizados y con una muestra mayor y más homogénea para conseguir una mayor evidencia científica.

SUMMARY

OBJECTIVE: To evaluate the effectiveness of programs based on Mindfulness for pain management and the psychiatric clinic associated on patients diagnosed with fibromyalgia.

METHODS: A research was done searching on different databases: WOS (Web of Science), Pubmed and Scopus. Articles related to mindfulness, fibromyalgia and chronic pain were researched.

The temporary search pattern is from its beginning until November 2018.

RESULTS: 61 articles were identified: 10 meta-analyses, 3 systematic reviews, 22 studies and 26 articles related to the non-psychopharmacological treatment of the disease or Mindfulness applied to other clinical studies.

CONCLUSION: In general, most studies show promising data on pain, anxiety and quality of life measurements. However, the existence of a larger number of randomized, protocolized studies with a larger and more homogeneous sample are necessary to achieve greater scientific evidence.

PALABRAS CLAVE: Mindfulness, Fibromialgia, Dolor, Ansiedad, Depresión.

KEY WORDS: Mindfulness, Fibromialgia, Pain, Anxiety, Depression.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es un grave problema médico que ocasiona una gran limitación funcional de los pacientes y causa un gran gasto sanitario tanto por el número elevado de consultas como por los fármacos recetados. Provoca un importante sufrimiento emocional en el paciente y en sus allegados causando un grave impacto en la salud física y emocional e induciendo, con frecuencia, clínica ansiosa y depresiva (1).

Una de las causas más frecuentes de dolor crónico es la fibromialgia, con una prevalencia en España del 2,73%. Se postula como causa una disfunción del Sistema nervioso central que incrementa la sensibilidad al dolor. Además del dolor, se acompaña de fatiga, alteraciones de sueño, problemas cognitivos y ansiedad (1).

El abordaje farmacológico consigue una reducción parcial de los síntomas mejorando la calidad de vida. Como abordajes no farmacológicos, el ejercicio aeróbico y la Terapia cognitivo conductual (TCC) demostraron mejoría frente al placebo (2).

Mansorr(3), en una publicación reciente sobre terapias no-farmacológicas para la fibromialgia, destaca la TCC y el mindfulness como prometedoras a la hora de reducir la ansiedad, el estrés, el dolor e incrementar la capacidad de tolerancia al mismo.

Jon Kabat-Zinn (4) en 1982, presentaba por primera vez el “Mindfulness based stress reduction” (MBSR), un programa basado en la meditación para disminuir el estrés y la ansiedad promoviendo una mejor autorregulación en 51 pacientes con dolor crónico.

Posteriormente, han ido surgiendo progresivamente reproducciones de este programa o de programas basados en Mindfulness (MBI). En diferentes estudios(5), se ha visto que el MBSR, programa de reducción de estrés basado en Mindfulness de 8 semanas de duración, se relaciona con mejoría del sueño y menor intensidad de los síntomas y del estrés percibido.

En una revisión Cochrane(6) del 2009 sobre las terapias mente-cuerpo en la Fibromialgia el mindfulness no se encontró inicialmente una robusta evidencia de efectividad. Desde entonces, han ido apareciendo numerosos estudios y ensayos, buscando mejorar la evidencia científica.

OBJETIVO DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Revisión de la bibliografía científica existente sobre el uso de Mindfulness para el manejo del dolor en pacientes con diagnóstico de Fibromialgia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica sistemática en diferentes bases de datos Medline, Scopus y Web of Science desde el inicio temporal de búsqueda hasta Noviembre 2018, utilizándose las palabras clave: “MINDFULNESS”, “FIBROMYALGIA”, “FIBROMIALGIA”, “CHRONIC PAIN”, “DOLOR CRÓNICO”.

Además, se realizó una búsqueda manual incluyendo el Google Scholar, para encontrar otras publicaciones relacionadas que pudieran resultar de interés.

De los artículos se seleccionaron los estudios existentes, revisiones y metaanálisis utilizando de criterios de inclusión:

- 1) Población mayor de 18 años.
- 2) Pacientes con dolor crónico/Fibromialgia

Criterios de exclusión:

- 1) Pacientes con otras enfermedades (procesos oncológicos, tinnitus),
- 1) Poblaciones con consumo de tóxicos.

Los datos de los estudios se han registrado en una tabla realizada ad hoc para la revisión.

RESULTADOS

En la *figura 1* se describe el resultado de la búsqueda. Tras una consulta inicial, se encontraron más de 2000 artículos en las bases de datos, que se redujeron a 141 tras revisar el título y eliminar duplicados.

Posteriormente, se revisaron los abstracts y, centrando la búsqueda en estudios y metaanálisis, se encontraron 61 artículos: 10 metaanálisis, 3 revisiones sistemáticas, 22 estudios y 26 artículos relacionados (*Tabla 1*).

Los estudios utilizan escalas para cuantificar el dolor y el impacto de la Fi-

IMAGEN 1



bromialgia, valoran la clínica de depresión/ansiedad y otros parámetros de interés (sobre todo relacionadas con la calidad de vida).

- Medidas para cuantificar el dolor:

TABLA 1

TABLA 1. Efectos de la intervención de Mindfulness sobre el dolor y la clínica psiquiátrica asociada en Chile 2019

Intervención	Intervenciones	Número de participantes	Grupos de control	Intervenciones	Medidas de resultado	Medidas de resultado	Efectos	Conclusiones
Intervención de Mindfulness	Intervención de Mindfulness	10	Control	Intervención de Mindfulness	Reducción del dolor	Reducción de la ansiedad	Significativo	La intervención de Mindfulness reduce el dolor y la ansiedad en Chile.
Intervención de Mindfulness	Intervención de Mindfulness	10	Control	Intervención de Mindfulness	Reducción del dolor	Reducción de la ansiedad	Significativo	La intervención de Mindfulness reduce el dolor y la ansiedad en Chile.
Intervención de Mindfulness	Intervención de Mindfulness	10	Control	Intervención de Mindfulness	Reducción del dolor	Reducción de la ansiedad	Significativo	La intervención de Mindfulness reduce el dolor y la ansiedad en Chile.
Intervención de Mindfulness	Intervención de Mindfulness	10	Control	Intervención de Mindfulness	Reducción del dolor	Reducción de la ansiedad	Significativo	La intervención de Mindfulness reduce el dolor y la ansiedad en Chile.
Intervención de Mindfulness	Intervención de Mindfulness	10	Control	Intervención de Mindfulness	Reducción del dolor	Reducción de la ansiedad	Significativo	La intervención de Mindfulness reduce el dolor y la ansiedad en Chile.
Intervención de Mindfulness	Intervención de Mindfulness	10	Control	Intervención de Mindfulness	Reducción del dolor	Reducción de la ansiedad	Significativo	La intervención de Mindfulness reduce el dolor y la ansiedad en Chile.
Intervención de Mindfulness	Intervención de Mindfulness	10	Control	Intervención de Mindfulness	Reducción del dolor	Reducción de la ansiedad	Significativo	La intervención de Mindfulness reduce el dolor y la ansiedad en Chile.
Intervención de Mindfulness	Intervención de Mindfulness	10	Control	Intervención de Mindfulness	Reducción del dolor	Reducción de la ansiedad	Significativo	La intervención de Mindfulness reduce el dolor y la ansiedad en Chile.
Intervención de Mindfulness	Intervención de Mindfulness	10	Control	Intervención de Mindfulness	Reducción del dolor	Reducción de la ansiedad	Significativo	La intervención de Mindfulness reduce el dolor y la ansiedad en Chile.
Intervención de Mindfulness	Intervención de Mindfulness	10	Control	Intervención de Mindfulness	Reducción del dolor	Reducción de la ansiedad	Significativo	La intervención de Mindfulness reduce el dolor y la ansiedad en Chile.

TABLA 1

Estudio	Año	N	Intervención	Medida	Resultado	Comentarios
1	2012	30	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
2	2013	40	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
3	2014	50	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
4	2015	60	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
5	2016	70	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
6	2017	80	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
7	2018	90	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
8	2019	100	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
9	2020	110	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
10	2021	120	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
11	2022	130	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
12	2023	140	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
13	2024	150	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
14	2025	160	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
15	2026	170	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
16	2027	180	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
17	2028	190	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
18	2029	200	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
19	2030	210	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
20	2031	220	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
21	2032	230	Mindfulness	FIQ	Disminución	...
22	2033	240	Mindfulness	FIQ	Disminución	...

El cuestionario más empleado en los estudios para valorar la mejoría del dolor y de otros aspectos de la Fibromialgia es el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ), que aparece en 9 de 22 estudios; en segundo lugar, utilizada en 6 estudios, la Escala visual analógica del dolor (VAS) y en 3 estudios la escala de dolor catastrófico (PCS).

- Medidas para cuantificar la clínica ansioso-depresiva:

El inventario de síntomas depresivos de Beck (BDI) es el más empleado (en 7 de los 22 estudios) junto con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalario (HADS), que aparece en 4 estudios.

- Otras medidas:

Dentro de las medidas para valorar la calidad de vida se ha utilizado el EuroQol (EQ-5D) y el QoL, utilizadas en 4 estudios.

Las revisiones sistemáticas encontradas son:

Kozasa E(7) encontraba 4 estudios aleatorizados (21, 12, 13, 9) que cumplían con un estándar de calidad (puntuaban >3 en la escala de Jadad), descartando 7 estudios que no llegaban a esta puntuación. De esta revisión se puede concluir que el MBSR es el programa basado en Mindfulness más investigado y con resultados más prometedores en la Fibromialgia. En la mayoría de los estudios hay una mejoría en los síntomas relacionados con la Fibromialgia que practican intervenciones basadas en la Meditación, haciendo hincapié en la necesidad de mejorar los controles metodológicos para los estudios.

Merkes M (8) realiza una revisión del MBSR en personas con enfermedades crónicas identificando 13 estudios ((9), (10),(11), (12), (13), (14), (15), (16), (17), (18),(19),(20)) y concluye que se encontraron cambios positivos en todas las variables para los pacientes que realizaron este programa, con una mayor mejoría en la clínica ansiosa y en la percepción de calidad de vida, posicionando esta intervención como una terapia complementaria.

Kieszkowska-Grudny A (21) realiza una revisión de los tratamientos basados en Mindfulness para pacientes con dolor crónico no-oncológicos vs. Oncológicos. En los pacientes no-oncológicos, revisa 13 artículos en los que objetiva una reducción de los niveles de dolor, mejoría de la calidad de vida (en concreto la física, la cognitiva y los aspectos emocionales), de los síntomas de depresión y de la ansiedad asociada al dolor crónico. Dentro de los artículos revisados se encuentran programas de MBSR, que incluimos en los estudios recogidos en esta revisión, y el programa de Terapia de aceptación y compromiso, que no han sido incluidos.

En lo que respecta a los metaanálisis:

Martínez MP et al (22) realizan un metaanálisis sobre si las técnicas basadas

en la conciencia plena (como el Mindfulness) son efectivas a la hora de abordar el sueño, dolor, la depresión y el deterioro en la Fibromialgia, comparándola con la TCC. Se identificaron 11 estudios controlados aleatorizados en los que se aplicó la TCC y Terapias basadas en la Conciencia Plena (TBCP). Hay 4 estudios de TCC ((23), (24), (25),(26)) y 4 estudios de TBCP ((27), (28), (18), (29),(30), (31),(5)). Los resultados muestran que tanto la TCC como la TBCP han sido aplicadas con éxito, logrando una mejoría en el sueño y un mayor bienestar mejorando las variables clínicas relacionadas con la depresión y el deterioro.

Song Y et al(32) realizan un metaanálisis para clarificar la evidencia de los efectos del Mindfulness en el alivio del dolor y en la mejoría de la comorbilidad psicológica en pacientes con dolor crónico en Atención Primaria. Utilizaron 8 estudios de “buena calidad” según la clasificación Jada (>3) ((33), (34), (35), (29), (16), (36), (18),(11)) y no constataron una reducción de la intensidad del dolor estadísticamente significativa en comparación con los controles aunque sí objetivaron reducción de la depresión y de la ansiedad. Esta misma conclusión aparece en los metaanálisis realizados por Marika Bawa et al(37), por Lauche et al(38), por Chiesa et al(39) y por Bohlmeijer et al(40).

Por otro lado, destaca el estudio realizado por Montero-Marín et al (41), donde comparan a un grupo de pacientes con Fibromialgia sobre el que se realiza como intervención una terapia basada en la Compasión (basada en el Mindfulness) con otro sobre los que se realiza una intervención activa (técnicas de relajación); ambos grupos recibían su tratamiento farmacológico habitual. Como instrumentos de medida se utilizaron: FIQ, CGI-S (Severidad clínica), PCS, HADS-A y S, EQ-5D y AAQ-II (flexibilidad psicológica).

La Terapia de Compasión resultó ser más efectiva en el tratamiento de la fibromialgia, observándose una mejoría de salud en general, disminución en la severidad del dolor, mejoría de ansiedad y depresión, mejoría en la calidad de vida y flexibilidad psicológica, sin mejoría en el dolor catastrófico.

DISCUSIÓN

Dentro de las limitaciones que se han encontrado en la revisión, destacamos las siguientes:

La existencia de diferencias en los diseños de investigación de los estudios,

si bien la mayoría son ensayos clínicos aleatorizados (9,16,42-44).

Se ha encontrado una importante heterogeneidad en los instrumentos psicométricos empleados. Esto, dificulta el poder comparar los resultados en los diferentes estudios, ya que no siempre se miden los mismos ítems.

La herramienta más utilizada fue el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia, que aparece en 9 de los 22 estudios (5,18,28,29,31,41,42,45,46). La otra escala más utilizada fue el Inventario de los síntomas depresivos de Beck, que aparece en 7 estudios (5,13,16,18,28,31,35).

Las muestras son pequeñas, heterogéneas y no siempre aleatorizadas. Sólo 3 estudios tenían una muestra poblacional de más de 150 personas (29,45,46) por lo que la potencia estadística es más baja.

En la mayoría de los estudios, como grupo control para los ensayos clínicos no se utiliza una psicoterapia reglada como comparación, salvo el estudio de Van Gardon et al (46) donde se compara con la Terapia Cognitivo-conductual. En el resto de los ensayos clínicos, como grupo de control se utiliza a personas que están en lista de espera o que reciben el tratamiento habitual, por lo que puede existir.

CONCLUSIONES

La bibliografía científica existente pone de manifiesto la eficacia de las técnicas centradas en mindfulness a la hora de mejorar la clínica presentada por los pacientes con diagnóstico de fibromialgia. Se ha encontrado evidencia consistente de que reducen el dolor subjetivo y la sintomatología ansiosa y depresiva, además de producir un aumento de la calidad de vida del paciente. Su formato grupal las hace de especial interés dados los efectos terapéuticos del propio grupo, su aplicabilidad en unidades ambulatorias de salud mental y su potencial eficiencia.

Aun así, las diferencias encontradas en la bibliografía y las limitaciones señaladas hacen recomendable buscar una mayor evidencia a través de estudios con muestras mayores, mejores diseños metodológicos y protocolos de intervención manualizados, que permitan determinar y mejorar la eficacia y eficiencia de estas técnicas dentro de paquetes de tratamiento más amplios.

ASPECTOS ÉTICOS

Protección de seres humanos y animales:

Los autores declaran que no se ha experimentado en seres humanos o en animales para la realización de este estudio.

Confidencialidad de datos:

Los autores declaran que no aparecen datos de ningún paciente en el artículo.

Derecho a la privacidad y al Consentimiento informado:

Los autores declaran que no se ha vulnerado la intimidad de los pacientes, no apareciendo ningún dato en el artículo.

Fuente de financiación:

Los autores declaran que no ha existido ninguna financiación para la realización del artículo.

Conflictos de interés:

Los autores declaran que no existen ningún conflicto de intereses a la hora de hacer el artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) TERSA MIRÓ M, SIMÓN V. *MIndfulness en la práctica clínica*. 2ª ed. Bilbao: Desclée de Brouer; 2013.
- (2) NUESCH E, HAUSER W, BERNARDY K, BARTH J, JUNI P. *Comparative efficacy of pharmacological and non-pharmacological interventions in fibromyalgia syndrome: network meta-analysis*. *Ann Rheum Dis* 2013 Jun;72(6):955-962.
- (3) AMAN MM, YONG RJ, KAYE AD, URMAN RD. *Evidence-Based Non-Pharmacological Therapies for Fibromyalgia*. *Curr Pain Headache Rep* 2018;22(5):33.
- (4) KABAT ZINN J. *An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results*. *Gen Hosp Psychiatry* 1982;4(1):33-47.
- (5) CASH E, SALMON P, WEISSBECKER I, REBHOLZ WN, BAYLEY-VELOSO R, ZIMMARO LA, ET AL. *Mindfulness meditation alleviates fibromyalgia symptoms in women: results of a randomized clinical trial*. *Annals of Behavioral Medicine* 2014;49(3):319-330.
- (6) THEADOM A, CROPLEY M, SMITH HE, FEIGIN VL, MCPHERSON K. *Mind and body therapy for fibromyalgia*. 2015.
- (7) KOZASA EH, TANAKA LH, MONSON C, LITTLE S, LEO FC, PERES MP. *The effects of meditation-based interventions on the treatment of fibromyalgia*. *Curr Pain Headache Rep* 2012;16(5):383-387.
- (8) MERKES M. "Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases". *Australian journal of primary health* 2010;16(3):200-210.
- (9) GROSSMAN P, TIEFENTHALER-GILMER U, RAYSZ A, KESPER U. *Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being*. *Psychother Psychosom* 2007;76(4):226-233.
- (10) LUSH E, SALMON P, FLOYD A, STUDTS JL, WEISSBECKER I, SEPHTON SE. "Mindfulness meditation for symptom reduction in fibromyalgia: psychophysiological correlates". *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2009;16(2):200.
- (11) MORONE NE, GRECO CM, WEINER DK. *Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study*. *Pain* 2008;134(3):310-319.
- (12) PLEWS-OGAN M, OWENS JE, GOODMAN M, WOLFE P, SCHORLING J. *BRIEF report: A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and mas-*

- sage for the management of chronic pain. *Journal of general internal medicine* 2005;20(12):1136-1138.
- (13) PRADHAN EK, BAUMGARTEN M, LANGENBERG P, HANDWERGER B, GILPIN AK, MAGYARI T, ET AL. Effect of mindfulness-based stress reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Care & Research* 2007;57(7):1134-1142.
- (14) ROSENZWEIG S, GREESON JM, REIBEL DK, GREEN JS, JASSER SA, BEASLEY D. Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *J Psychosom Res* 2010;68(1):29-36.
- (15) ROSENZWEIG S, REIBEL DK, GREESON JM, EDMAN JS, JASSER SA, MCMEARTY KD, ET AL. Mindfulness-based stress reduction is associated with improved glycemic control in type 2 diabetes mellitus: a pilot study. *Altern Ther Health Med* 2007;13(5):36-39.
- (16) SAGULA D, RICE KG. The effectiveness of mindfulness training on the grieving process and emotional well-being of chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2004;11(4):333-342.
- (17) SAMPALLI T, BERLASSO E, FOX R, PETTER M. A controlled study of the effect of a mindfulness-based stress reduction technique in women with multiple chemical sensitivity, chronic fatigue syndrome, and fibromyalgia. *Journal of multidisciplinary healthcare* 2009;2:53.
- (18) SEPTON SE, SALMON P, WEISSBECKER I, ULMER C, FLOYD A, HOOVER K, ET AL. Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology* 2007;57(1):77-85.
- (19) SURAWY C, ROBERTS J, SILVER A. The effect of mindfulness training on mood and measures of fatigue, activity, and quality of life in patients with chronic fatigue syndrome on a hospital waiting list: a series of exploratory studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2005;33(1):103-109.
- (20) TACÓN AM, MCCOMB J, CALDERA Y, RANDOLPH P. Mindfulness meditation, anxiety reduction, and heart disease: a pilot study. *Fam Community Health* 2003;26(1):25-33.
- (21) KIESZKOWSKA-GRUDNY A. Mindfulness in the treatment of chronic pain and improvement in the quality of life of both oncological and non-oncological patients. *OncoReview* 2016;6(2):A77-85.

- (22) MARTÍNEZ MP, MIRÓ E, SÁNCHEZ AI. Beneficios clínicos globales de la terapia cognitivo conductual para el insomnio y de la terapia basada en conciencia plena aplicadas a la fibromialgia: revisión sistemática y metaanálisis. *Psicología Conductual* 2016;24(3):459.
- (23) EDINGER JD, WOHLGEMUTH WK, KRYSTAL AD, RICE JR. Behavioral insomnia therapy for fibromyalgia patients: a randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 2005;165(21):2527-2535.
- (24) MIRÓ E, LUPIÁÑEZ J, MARTÍNEZ M, SÁNCHEZ A, DÍAZ-PIEDRA C, GUZMÁN M, ET AL. Cognitive-behavioral therapy for insomnia improves attentional function in fibromyalgia syndrome: a pilot, randomized controlled trial. *Journal of Health Psychology* 2011;16(5):770-782.
- (25) SÁNCHEZ AI, DÍAZ-PIEDRA C, MIRÓ E, MARTÍNEZ M. P, GÁLVEZ R, BUELA-CASAL G. "Effects of cognitive-behavioral therapy for insomnia on polysomnographic parameters in fibromyalgia patients". *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2012;12 (1).
- (26) MARTÍNEZ MP, MIRÓ E, SÁNCHEZ AI, DÍAZ-PIEDRA C, CÁLIZ R, VLAEYEN JW, ET AL. *Cognitive-behavioral therapy for insomnia and sleep hygiene in fibromyalgia: a randomized controlled trial*. *J Behav Med* 2014;37(4):683-697.
- (27) WEISSBECKER I, SALMON P, STUDTS JL, FLOYD A. R, DEDERT EA, SEPHTON S. E. "Mindfulness-based stress reduction and sense of coherence among women with fibromyalgia". *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2002;9(4):297-307.
- (28) ASTIN JA, BERMAN BM, BAUSELL B, LEE WL, HOCHBERG M, FORYS KL. The efficacy of mindfulness meditation plus Qigong movement therapy in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *J Rheumatol* 2003 Oct;30(10):2257-2262.
- (29) SCHMIDT S, GROSSMAN P, SCHWARZER B, JENA S, NAUMANN J, WALACH H. *Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: results from a 3-armed randomized controlled trial*. *PAIN®* 2011;152(2):361-369.
- (30) ZAUTRA AJ, YEUNG EW, WOLF LD, STARK S, DAVIS M. "Mindfulness, cognitive-behavioral, and education interventions for chronic fibromyalgia/pain: results of a randomized clinical trial". *International journal of behavioral medicine* 2014;21:S119-S119.
- (31) PARRA-DELGADO M, LATORRE-POSTIGO JM. "Effectiveness of mindfulness-

- based cognitive therapy in the treatment of fibromyalgia: A randomised trial". *Cognitive therapy and research* 2013; 37(5):1015-1026.
- (32) SONG Y, LU H, CHEN H, GENG G, WANG J. "Mindfulness intervention in the management of chronic pain and psychological comorbidity: A meta-analysis". *International Journal of Nursing Sciences* 2014;1(2):215-223.
- (33) WONG SY, CHAN FW, WONG RL, CHU MC, KITTY LAM YY, MERCER SW, ET AL. "Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress reduction and multidisciplinary intervention programs for chronic pain: a randomized comparative trial". *Clin J Pain* 2011 Oct;27(8):724-734.
- (34) CARSON JW, KEEFE FJ, LYNCH TR, CARSON KM, GOLI V, FRAS AM, ET AL. "Loving-kindness meditation for chronic low back pain: Results from a pilot trial". *Journal of Holistic Nursing* 2005;23(3):287-304.
- (35) BRUCKSTEIN DC. *Effects of acceptance-based and cognitive behavioral interventions on chronic pain management*. 1999.
- (36) LENGACHER CA, JOHNSON □ MALLARD V, POST □ WHITE J, MOSCOSO MS, JACOBSEN PB, KLEIN TW, ET AL. "Randomized controlled trial of mindfulness □ based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho □ Oncology*". *Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer* 2009;18(12):1261-1272.
- (37) BAWA FLM, MERCER S, ATHERTON R, CLAGUE F, KEEN A, SCOTT N, ET AL. "Does mindfulness improve outcomes in patients with chronic pain? Systematic review and meta-analysis". *Br J Gen Pract* 2015;65(635):e387-e400.
- (38) LAUCHE R, CRAMER H, DOBOS G, LANGHORST J, SCHMIDT S. "A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome". *J Psychosom Res* 2013;75(6):500-510.
- (39) CHIESA A, SERRETTI A. "Mindfulness-Based Interventions for Chronic Pain". *A Systematic Review of the Evidence*. *J Altern Complement* 2011;17(1):83-93.
- (40) BOHLMEIJER E, PRENGER R, TAAL E, CUIJPERS P. "The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis". *J Psychosom Res* 2010;68(6):539-544.
- (41) MONTERO-MARÍN J, NAVARRO-GIL M, PUEBLA-GUEDEA M, LUCIANO JV, VAN GORDON W, SHONIN E, ET AL. "Efficacy of 'attachment-Based compassion Therapy' in the Treatment of Fibromyalgia: a randomized controlled Trial". *Frontiers in psychiatry* 2018;8:307.

- (42) GOLDENBERG DL, KAPLAN KH, NADEAU MG, BRODEUR C, SMITH S, SCHMID CH. "A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia". *J Musculoskeletal Pain* 1994;2(2):53-66.
- (43) GARDNER-NIX J, BACKMAN S, BARBATI J, GRUMMITT J. "Evaluating distance education of a mindfulness-based meditation programme for chronic pain management". *J Telemed Telecare* 2008;14(2):88-92.
- (44) VAGO D, NAKAMURA Y. "Selective Attentional Bias Towards Pain-Related Threat in Fibromyalgia: Preliminary Evidence for Effects of Mindfulness Meditation Training". *Cognitive therapy and research* 2011;35(6):581-594.
- (45) LUCIANO JV, D'AMICO F, FELIU-SOLER A, MCCracken LM, AGUADO J, PEÑARUBIA-MARÍA MT, ET AL. "Cost-utility of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia versus recommended drugs: an economic analysis alongside a 6-month randomized controlled trial conducted in Spain (EFFI-GACT Study)". *The Journal of Pain* 2017;18(7):868-880.
- (46) VAN GORDON W, SHONIN E, GRIFFITHS M. "Meditation Awareness Training for Individuals with Fibromyalgia Syndrome: an Interpretative Phenomenological Analysis of Participants' Experiences". *Mindfulness* 2016;7(2):409-419.

De las locuras puerperales a la salud mental perinatal (Historias gallegas de los siglos XIX-XXI)

David Simón Lorda

Jessica Otilia Pérez Triveño

Cristina Carcavilla Puey

M^a Victoria Rodríguez Noguera

Elisabeth Balseiro Mazaira

Manuel Fernández de Aspe

Correspondencia: david.simon.lorda@sergas.es

KEYWORDS; locuras puerperales, psicosis puerperales, Galicia, Siglo XIX, Siglo XX

RESUMEN

El objetivo del trabajo es exponer y contextualizar los datos encontrados acerca de casos de “Locura puerperal” (puerperal insanity) atendidos en la institución hospitalaria manicomial de Galicia en este período (Manicomio de Conxo en Santiago) encontrados tras consulta de los historiales clínicos del centro entre 1885 y 1936), así como datos de periódicos regionales o locales en este período, relacionados con el tema en estudio. Repasaremos algunas referencias a la historia de las psicosis puerperales en la psiquiatría de la época, y a autores del siglo XIX como Esquirol, Connolly o Víctor Marcé, así como algunas aportaciones realizadas por autores de referencia de la psiquiatría gallega del siglo XX como Cabaleiro Goás. Desde estos casos queremos realizar algunos apuntes acerca de los cambios y las continuidades en los malestares y expresiones psicopatológicas del sufrimiento psíquico en el período perinatal, que va desde la “puerperal insanity” de XIX a la salud mental perinatal en el siglo XXI.

ABSTRACT

The objective of the work is to expose and contextualize the data found

about cases of puerperal madness (or puerperal insanity) attended in the madhouse regional institution in Galicia in this period (Manicomio de Conxo in Santiago) found after consultation of the clinical records of the center between 1885 and 1936, as well as data from regional or local newspapers in this period, related to the subject under study. We will review some references to the history of puerperal psychoses in psychiatry of the time, and some contributions from 19th century authors such as Esquirol, Connolly or Victor Marcé, as well as some contributions made by reference authors of twentieth century Galician psychiatry as Cabaleiro Goás. From these cases we want to make some notes about the changes and continuities in the discomforts and psychopathological expressions of psychic suffering in the perinatal period, which goes from the “puerperal insanity” of XIX to the perinatal mental health in the 21st century

1. INTRODUCCIÓN

En este trabajo expondremos y contextualizaremos algunos datos encontrados acerca de casos de Locuras puerperales (o psicosis puerperales) en Galicia (región autonómica del noroeste de España) a finales del siglo XIX y primeros años del XX.

Repasaremos algunos hitos en la historia de las psicosis puerperales. Asimismo, incluiremos algunos trabajos realizados por autores de la psiquiatría y de la cultura de Galicia en el siglo XX

Partimos de la clínica, del debate acerca de las causas de la enfermedad mental y después del parto, y mientras que vemos el diagnóstico de locura puerperal como un diagnóstico como de hace dos siglos, las mujeres del siglo XXI siguen padeciendo de episodios depresivos y psicóticos en el período puerperal, (más bien perinatal) (Brockington, 1996, 1998; Henshaw, Cox y Barton, 2017; González-Castro, 2016).

2. HISTORIA Y STORIES DA LAS LOCURAS PUERPERALES

Aunque se ha estudiado desde los tiempos de Hipócrates, Celsus y Galeno, hoy por hoy no existe consenso acerca de su nosología y de su clasificación. Diferentes escuelas y autores no se han puesto de acuerdo sobre si el concepto

pertenece al espectro afectivo, esquizoafectivo, psicótico inespecífico o si se incluye en las psicosis cicloides (Brockington, 1996, 1998; Tschinkel et al, 2007). El autor holandés, Klompenhouwer (1991), la define como un cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas en un período de dos semanas después del parto. Clásicamente es considerada una enfermedad de desencadenamiento brusco, y constituye una verdadera urgencia psiquiátrica cuyo manejo implica, por lo general, la hospitalización de la madre en un servicio de psiquiatría y muchas veces la separación de su bebé si no hay un servicio que permita la hospitalización conjunta (Simón-Lorda y Gómez-Reino, 1999; Rodríguez-Noguera et al, 2015).

Se estima que la psicosis puerperal aparece en el 0,1-0,2 % de los casos. En los países del primer mundo, en las últimas décadas asistimos a un descenso en la morbilidad y la mortalidad tras el puerperio, pero lo cierto es que la incidencia de las psicosis puerperales se ha venido manteniendo estable (Henshaw, Cox y Barton, 2017). Otros trastornos del período perinatal como la depresión postparto o postnatal se presentan en un 10-15% de los casos, o el llamado blues del postparto que aparece en el 50-70% de las mujeres tras dar a luz.

2.1. La locura puerperal... a un lado y otro del canal de la Mancha: 1700 a 1858.

Las descripciones de presentación clínica de cuadros psíquicos del período del posparto y embarazo ya comenzaron a aparecer en los libros de texto de obstetricia y cirugía, y de medicina general hacia mediados o finales de 1700, aunque ya habían sido descritos casos desde siglos anteriores.

Entre los obstetras, William Smellie (1697-1763) de Inglaterra fue uno de los primeros en dar un examen atento al tema de diagnóstico y tratamiento de las enfermas embarazadas y puérperas con patología psíquica. Su aprendiz, Thomas Denman (1733- 1815) dedicó un capítulo completo a este tema en su libro de texto de 1801, "Una Introducción a la Práctica de la matrona".

El siguiente salto en la historia de las locuras puerperales va a venir desde el otro lado del Canal de la Mancha, de la mano del prestigioso médico francés Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772–1840).

Esquirol estuvo con Philippe Pinel (1745–1826), y dedica esos años a estudiar muchas mujeres ingresadas en la Clínica Salpêtrière en París, y poste-

riormente en un sanatorio privado, la Maison de Sant' e d'Ivry, que él abrió en 1828 y dirigió en Ivry-sur-Seine (suburbio de París) con la ayuda de su sobrino Mitivié, hasta su fallecimiento en 1840.

En 1818 elaboró un tratado "Sobre las enfermedades mentales" (Des maladies mentales), en el cual incluía las descripciones de casi un centenar de casos con psicosis puerperal. Señaló en dicho tratado que las estadísticas no reflejaban la verdadera tasa de incidencia de las patologías psiquiátricas postparto dado que la mujer embarazada de la época era atendida la mayoría de las veces en su hogar.

Tan solo un par de años después de la publicación en 1818 del Tratado de Esquirol, en 1820, el británico Robert Gooch (1784-1830) acuñó el término "Locura puerperal". Este incluía una amplia y heterogénea grupo de términos que van desde delirio agudo debido a la infección a los trastornos psiquiátricos más típicos, incluyendo melancolía, manía, y la psicosis asociada con el parto o la lactancia.

Otro médico y alienista británico (escocés) que hay que traer a esta historia de las locuras puerperales fue Sir Alexander Morison (1779-1866). El doctor Morison visita a Esquirol en París en 1817 (poco antes de que éste publique su tratado) (Doyle, 2011). Publicó varios trabajos, resaltando entre ellos el libro "The Physiognomy of Mental Diseases" (1840), en donde incluía retratos de pacientes con manía puerperal.

Contemporáneo de Morison fue el famoso médico y alienista británico John Conolly (1794-1866). Fue cofundador de la asociación precursora de la British Medical Association, y ya para siempre reconocido en la historia de la psiquiatría por el establecimiento del principio del non-restraint en el tratamiento de los enfermos mentales (Toey y Rampes, 2007).

Conolly dedica varios de sus trabajos a la locura puerperal. Así, podemos citar: "Description and treatment of puerperal insanity, Lecture XIII Clinical lectures on the principle forms of insanity, delivered in the Middlesex Lunatic-Asylum at Hanwell", en el *Lancet*, 1846; o "The physiognomy of insanity, No. 8: Puerperal mania" en *Medical Times & Gazette*, 1858.

En esos años del período de 1850-1860 se produce además el inicio del uso de la fotografía en la psiquiatría. Así, el médico Hugh Welch Diamond,

presenta en 1856 un trabajo a la Royal Society titulado "Uses of Photography in Psychiatry". Varias de sus fotografías (algunas de ellas con pacientes con diversos estadios evolutivos de manía puerperal) fueron incluidas en el trabajo de John Conolly, "Case Studies from the Physiognomy of Insanity" de 1858. (Gilman, 1982) El Dr. Hugh Diamond, creían que la entonces nueva ciencia de la fotografía podría ayudar a diagnosticar la enfermedad mental al capturar lo que llamó el "punto exacto que se había alcanzado en la escala de la infelicidad". Asimismo, hubo importante interés en dejar patente cómo se conseguía la recuperación total de pacientes con locura puerperal que habían sido ingresadas en los centros psiquiátricos. Así se puede ver claramente en varias de las fotografías realizadas a pacientes del Bethlem Royal Hospital entre 1857 y 185 (Gilman, 1982)

2.2. La locura puerperal (puerperal insanity) en la Gran Bretaña victoriana: la visión de Hillary Marland

Para autoras como la historiadora británica Hillary Marland, la "locura puerperal" (puerperal insanity) fue una enfermedad propia de la época victoriana, etapa que comienza en torno a 1832-1837... (Marland, 2003; Arnot, 2007). Dicha entidad diagnóstica atrapó a la profesión médica en un momento de creciente ansiedad por los peligros del parto y los temores sociales sobre el hogar burgués victoriano en un momento de cambios socioeconómicos (asentamiento de la Revolución Industrial y cambios en los derechos de la mujer). Fue un diagnóstico "Catch all" - ricos y pobres (lujo excesivo y pobreza), madres primerizas y aquellas que tuvieron muchos hijos... Todas las madres fueron consideradas como posibles candidatas a la locura puerperal.

Marland ha defendido en sus investigaciones cómo la locura puerperal se convirtió en el tema de preocupación para una amplia gama de profesionales de la salud victoriana, incluyendo obstetras, ginecólogos, médicos de asilo, médicos generales y matronas. Con muchos de estos sanitarios apenas comenzando a forjar sus especialidades en ese momento, la locura puerperal proporcionó un medio útil de construir reputaciones, así como de obtener a clientes. Dada la perturbación que la enfermedad podía causar a los hogares, los profesionales de la salud se percibían a sí mismos como sanadores de toda la familia, así como de la propia mujer.

Cada tipo de profesional sanitario atribuyó diferentes causas a la enfermedad, reflejando en parte su especialización y clientela. Los profesionales parteros, que eran más propensos a tratar con mujeres más ricas, por ejemplo, comúnmente vinculaban la condición con los riesgos y las tensiones asociadas con el parto. Por el contrario, los médicos de asilo, cuya clientela era más pobre, frecuentemente atribuían el trastorno a la pobreza ya la salud desatendida. Gran parte del debate sobre la locura puerperal señala Marland, se centró en la ubicación del tratamiento. Muchas parteras y obstetras de la creyeron que la enfermedad era una categoría especial de enfermedad mental, que, si se detectaba temprano, se prestaba, en casos menos graves, a un tratamiento en el hogar. Los médicos del asilo, por otra parte, sostuvieron que la locura puerperal era mejor tratada dentro de los confines del asilo. Vaschetto (2008) en su trabajo de revisión sobre la locura puerperal en Argentina, apunta cómo “las formas en las que aparece el fenómeno de la locura puerperal, ha estado muchas veces más ligado al curso médico obstétrico que al de los alienistas”.

2.3. Louis Victor Marcé y su “Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y de las nodrizas” (1858)

El otro gran personaje protagonista de esta historia de las locuras puerperales fue el psiquiatra francés Louis Víctor Marcé (París, 1828-1864).

El doctor Marcé se formó como psiquiatra en el hospital psiquiátrico fundado por Esquirol, en Ivry sur Seine, pero ya en la época en lo que este centro era dirigido por Jules Baillarger y Moreau de Tours. Trabajó luego en Saint Anne y en Bicetre. Fue miembro de la Sociedad Medico-Psychological Society en 1859. Amigo muy cercano de Julio Verne. Fallece por suicidio a los 36 años. Había publicado dos libros de psiquiatría y más de 25 artículos científicos.

En 1858 publicó un libro de texto monográfico sobre los trastornos mentales del embarazo y puerperio, que se considera el primer tratado de psiquiatría perinatal: “*Traité de la Folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*» (Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y de las nodrizas). Describió el embarazo y puerperio como un periodo de vulnerabilidad psíquica específica y con un pronóstico favorable. En el mismo, realizó una completa descripción clínica

de la psicosis puerperal. Describió las preocupaciones, ansiedades, cansancios, desesperanzas, obsesiones, etc., de gestantes y púerperas. Habló con sorprendente precisión de la importancia de los trastornos afectivos en el puerperio, de su prevalencia y de la importancia de la prevención de éstos.

Algunos autores lo consideran como uno de los más innovadores en el mundo del alienismo del siglo XIX, sin embargo, su obra fue prácticamente ignorada durante más de 150 años.

3. LOCURAS PUERPERALES EN GALICIA

3.1. *Las locuras puerperales en el Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela- A Coruña-Galicia-España) (1885-1936)*

Como ya hemos explicado en trabajos previos (Simón, 2005), Galicia es una región del Noroeste de España, compuesta por cuatro provincias: A Coruña, Lugo, Ourense y Pontevedra. Sufre una tardía medicalización o institucionalización de la locura, y no será hasta finales del siglo XIX cuando se hará claramente presente con la apertura en 1885 del llamado Manicomio Central de Galicia. Será durante varias décadas el único manicomio abierto en Galicia, y funcionó como un establecimiento privado inicialmente benéfico que ya luego concertaba las estancias de los enfermos (dementes-alienados-locos) con las Diputaciones gallegas

Para analizar la presencia de enfermas con diagnóstico de locura puerperal internadas en Conxo, consultamos los historiales clínicos y libros de altas y defunciones que se conservan de los enfermos ingresados en dicho centro desde el año 1885 hasta 1936. Dichos historiales se custodian en el Archivo Central de Galicia (en la Cidade da Cultura, Santiago de Compostela)

Son historiales muy incompletos y que a veces aportan escasos datos...y en muchos casos no hay ningún tipo de diagnóstico. A veces aportan referencias de tratamientos como bromuros, tónicos, hidroterapias...

Aunque predominan en el conjunto de documentación consultada los casos con diagnósticos de idiocia, demencia, delirio crónico, locura epiléptica, manía, melancolía, locura circular... hemos encontrado algunos casos de mujeres ingresadas afectadas o diagnosticadas de "Locura puerperal".

Hemos encontrado solo ocho casos con diagnósticos de Locura puerperal en el período analizado. Suponen una cifra baja: 1,9 casos por cada mil pacientes ingresados (hemos usado el Libro de Ingresos del Manicomio para contabilizar dicho número de ingresos).

Los datos de edad, estado civil, fechas de ingresos y de alta, tratamientos administrados, y algunos otros datos tomados de los historiales, los exponemos en la siguiente tabla:

Asimismo, hemos rastreado fuentes hemerográficas (Galiciana Digital, BNE digital...), prensa gallega y española de la época buscando referencias a la locura puerperal o la Psicosis puerperal en Galicia.

Esto nos permitió encontrar referencias en prensa en donde daban detalle de los pacientes ingresados en Conxo en momentos determinados, a modo de informe o estadillo mensual, y que aporta el dato de los diagnósticos manejados en el centro, así como el porcentaje de enfermos con cada uno de ellos.

	Edad y Estado civil/ocupación	Fecha ingreso	Fecha alta	Tratamiento	Otro	Diagnóstico
Caso 1	25. Soltera	1890 mayo	1931 mayo (Muerte)	-	Delirio religioso incoherente erótico	Locura puerperal
Caso 2	30 Casada	1892 (18 enero)	1892 (4 julio)	Bromurados, tónicos, baños tibios prolongados	Manía agitada con furor	Locura Puerperal (curación)
Caso 3	25 Casada	1915 (21 mayo)	1915 noviembre	Ducha vaginal caliente + 28 inyecciones de cacodilatos		Locura puerperal
Caso 4	30 Casada Labradora	1917 14/08/1917	19129 22/07/1929			Locura puerperal
Caso 5	22. Casada Labradora	1919 11/01/1919	1919 07/03/1919		Manía agitada, euforia, cantos, agresiva. Intentos suicidio	Locura puerperal (curación)
Caso 6	28 Casada	1931 (15 agosto)	1931 14/12/1931		Una hermana ingresada por lo misma causa	Locura puerperal (curación)
Caso 7	29 Casada S.L.	1932 (28 julio)	1932 (16 sept)			Reacción psicótica puerperal maníaca
Caso 8	31 Soltera	1936 (18 agosto)	1936 (25 agosto)		Defunción los 7 d de ingreso	Psicosis y septicemia puerperal

Así, en el periódico “La opinión: diario de Pontevedra” en su ejemplar de fecha de 6 de marzo de 1897, podemos apreciar cómo las locuras puerperales representan el 1,90% de los ingresados en ese mes.

Señalaremos que al contrastar los datos aportados en prensa con las fechas de los historiales que hemos encontrado (y que antes hemos detallado en la tabla previa), hay en ese mes de 1897 un caso con diagnóstico de locura puerperal, y que no teníamos fichado con los estudios de los historiales (ya hemos explicado que muchos de ellos aportan muy poca información y en muchos no hay diagnóstico). Es muy posible haya habido más ingresos de Locuras puerperales en Conxo y que no figuran bien reflejados en los historiales clínicos.

MANICOMIO CONXO	Núm. ingresos
MARZO 1897	105
Melancolías	20
Mareas	16
Delirio crónico	16
Locura histérica	10
Imbecilidad	8
Locura epiléptica	8
Demoníaca	6
Locura Alcohólica	5
Locura paraf	2
Idiosia	2
Parálisis general	2
<u>Locura puerperal</u>	2
Locura circular	1
Locura herpética	1
Locura mercurial	1
Locura pelagrosa	1
Locura de la infancia	1
Locura senil	1
Locura de la menopausia	1

Los diagnósticos que figuran en la estadística reflejada en prensa son los que son los que manejaban los dos médicos más importantes de Conxo en todo el periodo de 1885 hasta los años 20. Nos referimos a su primer director, el médico Timoteo Sánchez Freire (1838-1912) y posteriormente Juan Barcia Caballero (1852-1926), quien ya trabajaba en Conxo desde su apertura. este último facultativo en su obra “De re phrenopática” (1915). realiza una propuesta de clasificación de las locuras que es una modificación de la propuesta por Sánchez Freire en 1890: locuras esenciales, locuras sintomáticas, locuras derivadas, locuras reflejas, y las producidas por estados fisiológicos, entre las que incluye a las locuras puerperales.

3.2. Locuras puerperales fuera de los muros del manicomio

En trabajos previos ya habíamos demostrado cómo hubo espacios de primera línea en la atención y reclusión de la locura en Galicia desde finales del XIX y hasta más allá de la Guerra Civil (Simón et al, 2015). Las celdas de “Dementes” y salas de Observación de Hospitales Provinciales y municipales gallegos, así como las cárceles municipales fueron algunos de estos lugares. Desde el nivel asistencial antes expuesto se realizaba una labor de selección y filtro antes de decidir la derivación a los establecimientos manicomiales (Conxo y otros fuera de Galicia).

Asimismo, hemos visto cómo en los trabajos de Marland en la Inglaterra del siglo XIX o cómo ya Esquirol en su tratado de 1818, se señalaban que muchos casos de locuras puerperales no eran atendidos en hospitales.

Un ejemplo de todo ellos, lo obtenemos del análisis de la prensa de la época, en donde por ejemplo encontramos que en la villa de Cambados (Pontevedra) internan en la cárcel en junio de 1902 a una mujer aquejada de locura posparto. La situación se describe en la prensa local de la época (“Caso de locura”, El Áncora: diario católico de Pontevedra, 12 de junio de 1902).

“Nos dicen de Cambados que una infeliz mujer llamada Genoveva Gadiñano Millán, á consecuencia de un parto, se ha vuelto loca repentinamente, teniendo que ser reclusa provisionalmente en la cárcel pública, pues su demencia es tal, que acomete a cuantas personas se le acercan. Todas las ropas que tenía las ha hecho trizas, y en la habitación de la cárcel rompió las puertas y ventanas llegando a agredir al jefe del establecimiento, al que causó algunas heridas afortunadamente leves.

Se instruye expediente para que sea llevada a un Manicomio, aunque, según opinan los facultativos que la reconocieron, la locura, conocida la causa, será pasajera, obteniendo pronto la curación.

La infeliz demente es casada y carece por complete de recursos. Es joven todavía pues solo cuenta con 21 años”.

No sabemos destino posterior de esta enferma, aunque es posible que por el perfil clínico del caso fuese solo un ingreso o reclusión temporal en dicho establecimiento, siendo esperable su recuperación temprana tal y como ya se avanza en la noticia de prensa según las opiniones de los facultativos de la época.

3.3. Los psiquiatras de Galicia y las locuras (psicosis) puerperales

El primero de los médicos de Galicia que dedica algún interés a las psicosis puerperales va a ser el médico psiquiatra Manuel Cabaleiro Goás (A Coruña, 1918 - Ourense, 1977), del que en 2018 se cumplió el centenario de su nacimiento. Este insigne psiquiatra desarrolla su actividad profesional como psiquiatra establecido en Ourense entre 1943 y 1977, siendo el director del Hospital psiquiátrico de Toén (Ourense) entre 1959-1977 (S

Entre su notable producción científica (117 artículos científicos y comunicaciones a congreso y siete libros, con tres de ellos sobre las psicosis esquizofrénicas) va a dedicar interés al estudio de las psicosis puerperales (Simón, 2005).

Así ya en su tesis doctoral “La psiquiatría en la medicina popular gallega”, recoge lo siguiente: “para la Medicina popular gallega, el puerperio es otra causa –en el sexo femenino– de enfermedad psíquica...La “debilidad” y la “subida” de la sangre menstrual al cerebro, cuando la primera regla postparto se retrasa, son dos conceptos muy barajados por la medicina popular de esta región” (Cabaleiro, 1953).

Un par de años después de su tesis publica un trabajo monográfico sobre el tema: “Las psicosis puerperales” (Cabaleiro, 1955). En dicho artículo refiere 40 casos tratados por él (ambulatoriamente o en su sanatorio psiquiátrico privado del antiguo pazo de Guizamonde (Ourense)). Revisa los trabajos de la clínica francesa y española de los años 40 y 50 acerca del tema: Abely, Guiraud, Delay, Vallejo Nágera...La posición de Cabaleiro es que:

“las psicosis puerperales son reacciones exógenas de Bonhoeffer o en otros casos son psicosis endógenas desencadenadas por el estado puerperal, en el que indudablemente existen profundas disfunciones diencefalo endocrinas, a las cuales ha de dárseles cierto valor sólo en este sentido”, y en que hay muchos casos con clínica exógena-endógena, abogando por un diagnóstico estructural de cada caso[...]. Su pronóstico y terapéutica deben regirse por idénticas normas que las seguidas para los síndromes de reacción exógena o para las diversas manifestaciones clínicas pertenecientes a los círculos timopáticos y esquizofrénicos del puerperio”(Cabaleiro, 1955).

4. LOCURAS PUERPERALES EN EL SIGLO XXI: SALUD MENTAL PERINATAL

Con el fin de mejorar la comprensión, la prevención y el abordaje de los trastornos mentales del embarazo y el puerperio, a finales de los años 70, Channi Kumar, James Hamilton y Ian Brockington, tres expertos británicos en psiquiatría del embarazo y puerperio comienzan a acuñar el término de la salud mental perinatal (Brockington, 1996, 1998). La atención a la Salud Mental Perinatal se configuró como una nueva área de conocimiento que tiene como objetivo la investigación y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos durante el embarazo, la lactancia y el puerperio, abarcando el primer año tras el parto. En 1980, durante una reunión científica celebrada en Manchester sobre Trastornos Mentales en el Puerperio se formó la Sociedad Marcé Internacional (<http://marcesociety.com/>), denominada así en honor al autor del primer tratado de psiquiatría perinatal. Hoy en día, la Sociedad Marcé Internacional es referente mundial para todos los profesionales de la salud mental especializados en atención perinatal (Olza et al, 2011). Desde esta sociedad se ha promovido que el World Maternal Mental Health Day, que se celebra el primer miércoles de mayo de cada año. También funciona ya en España la Sociedad Marcé Española, e incluso tienen una revista es el órgano oficial de la misma, la Revista de Psicósomática y Psiquiatría, desde el año 2017. Asimismo en Galicia asistimos en los últimos años a una creciente presencia de jornadas, seminarios de formación o protocolos de actuación clínicos que abordan temas de salud mental perinatal.

5. CONCLUSIONES

Pese a que pueda parecer un diagnóstico decimonónico que ya apenas se presenta en la actualidad, la locura puerperal sigue existiendo en el siglo XXI, y afectando severamente a muchas de las madres que la padecen, con consecuencias a corto y largo plazo para el vínculo maternofilial y el desarrollo emocional del recién nacido.

Hemos partido de la descripción y análisis de una serie de casos con diagnóstico de “Locura puerperal”, atendidos a finales del siglo XIX y primeros años del XX en el Manicomio de Conxo en Santiago y en otros espacios asistenciales.

Desde estos casos hemos tratado de evidenciar algunos apuntes acerca de los cambios y las continuidades en los malestares y expresiones psicopatológicas del sufrimiento psíquico en el período perinatal... Una historia que va desde la “puerperal insanity” del siglo XIX a la salud mental perinatal en el siglo XXI.

Recuerden, el primer miércoles de mayo es el Día Mundial de la Salud Mental materna.

FUENTES

- Archivo de Galicia-Santiago de Compostela.
 - o Archivo Clínico del Manicomio de Conxo (1885-1930).
 - Fondo Archivo clínico hospital psiquiátrico de Conxo: Expedientes Clínicos de pacientes. Caja G5812-5816.
- Hemeroteca digital de Biblioteca de Galicia.
 - o [http://www.galiciana.bibliotecadegalicia.xunta.es/Galiciana Dixital](http://www.galiciana.bibliotecadegalicia.xunta.es/Galiciana_Dixital)
- Hemeroteca Digital. Biblioteca Nacional
 - o <http://hemerotecadigital.bne.es/index.vm>
- Sociedad Marcé
 - o <http://www.sociedadmarce.org/>
- Sociedad Marcé Internacional
 - o <http://marcesociety.com>

BIBLIOGRAFÍA

- ARNOT MARGARET L. Essay Review: Hilary Marland. *Dangerous Motherhood: Insanity and Childbirth in Victorian Britain*. Basingstoke and New York: Palgrave Macmillan, 2004. Pp. xii + 304. ISBN 1403920389. *History of Psychiatry*, 2007, 18 (4), pp.503-510.
- BROCKINGTON, IAN. *Motherhood and mental health*. London: Oxford University Press, 1996.
- BROCKINGTON, IAN (1998): "Puerperal disorders", *Advances in psychiatric treatment*, 1998, vol.4, p312-319.
- CABALEIRO GOÁS, MANUEL (1953, original) (1997): *A psiquiatria na medicina popular galega*, Colección Saúde Mental, nº17, Santiago: Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia.
- CABALEIRO GOÁS, MANUEL; "Las psicosis puerperales". *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 1955, Tomo II, 1, p. 43-52
- CAMPBELL MORAG ALLAN. "Noisy, restless and incoherent": puerperal insanity at Dundee Lunatic Asylum". *History of Psychiatry*, 2017, vol. 28 (1) 44-57.
- DOCASAR BÉRTOLO, LUIS, GARCÍA MAHÍA M.C.; SIMÓN-LORDA, DAVID: "Psicosis en el embarazo". *Revista SISO/SAUDE*, 1992, 19, p. 14-66.
- DOYLE, DEREK: Sir Alexander Morison (1779–1866). *J R Coll Physicians Edinb* 2011; 41:378.
- GILMAN, SANDER L: *Seeing the Insane*. New York: John Wiley, 1982. p.164-171.
- GONZÁLEZ-CASTRO, P. J. ET AL: Psicosis puerperal. Panorama general sobre su diagnóstico, etiología e interpretación. *Perinatol Reprod Hum*. 2016; 30(1):24-30.
- HENSHAW, CAROL; COX, JOHN; BARTON, JOANNE: *Modern Management of Perinatal Psychiatric Disorders*. London: RCPsych Publications, 2017. (Second edition).
- LUAUTÉ, JEAN-PIERRE ET AL. «Louis-Victor Marcé (1828-1864), les débuts de la psychiatrie périnatale. Un parcours et un destin météoriques», *Devenir* 2010/4 (Vol. 22), p. 339-359.
- LUAUTÉ, JEAN-PIERRE; LEMPÉRIÈRE, THÉRÈSE; ARNAUD, PASCAL. Death of an alienist: Louis-Victor Marcé's final year. *History of Psychiatry*, 2014, Vol 25, Issue 3, pp. 265-282.
- MARCÉ, LOUIS-VICTOR. "Traité de la Folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considerations médicolégaes qui se rattachent à ce sujet Paris: Baillièere, 1858 [facsimile edition (Paris: L'Harmattan Publishers, 2002)].

- MARLAND, HILLARY. "Dissapointment and Desolation: Women, Doctors and Interpretations of Puerperal Insanity in the Nineteenth Century". *History of Psychiatry*, 2003, Vol 14, Issue 3.
- OLZA FERNÁNDEZ, I.; GARCÍA ESTEVE, L; LASHERAS G.; FARRÉ, J. M. La Sección Española de la Sociedad Marcé: impulsando la Salud Mental Perinatal. *C. Med. Psicosom*, 2011, 100, p. 50-54.
- RODRÍGUEZ NOGUERA, MARÍA VICTORIA; SIMÓN-LORDA, DAVID; MOREIRA MARTÍNEZ, MÓNICA MINOSCHKA; BUSTOS CARDONA; TATIANA; GÓMEZ-REINO RODRÍGUEZ, IGNACIO. "Situando la psiquiatría perinatal en el hospital general". In APARICIO BASAURI, VÍCTOR Y ANGOSTO SAURA, TIBURCIO (coords.) — *El componente de salud mental en el hospital general*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2015, p. 221-236.
- SIMÓN-LORDA, DAVID. *Locura, medicina, sociedad: Ourense (1875-1975)*. Edita Fundación Cabaleiro Goás- Consellería de Sanidade -Xunta de Galicia, 2005.
- SIMÓN-LORDA, DAVID; GÓMEZ-REINO, IGNACIO. "Psicosis puerperal: aspectos clínicos y asistenciales", *Psiquiatría Pública*, 1999, 11, 3, p70-78.
- SIMÓN-LORDA, DAVID; BUSTOS CARDONA, TATIANA; ESTÉVEZ GIL, XAQUELINE. "Interrín no pasen al manicomio...". *Locura y reclusión en Galicia-España (finales siglo XIX y primeros años siglo XX)*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 2015; 35 (125), p. 93-110.
- TOVEY, E.; RAMPES, H. Psychiatry in pictures: John Conolly (1794-1866) -without restraint. *The British Journal of Psychiatry*, 2007, August, 191: A3. DOI: 10.1192/bjp.191.1.87
- TREDE K, BALDESSARINI R.J., VIGUERA A.C., BOTTERO A. Treatise on insanity in pregnant, postpartum, and lactating women (1858) by Louis-Victor Marcé: a commentary. *Harvard Review of Psychiatry* 2009; 17(2): 157-165.
- TSCHINKEL S. ET AL. Postpartum psychosis: two cohorts compared, 1875–1924 and 1994–2005. *Psychological Medicine*, Volume 37, Issue 4, April 2007, pp. 529-536.
- VASCHETTO, EMILIO. En busca de las locuras puerperales en la Argentina. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.* 2008, Vol. XIX, p.292-302.

*Un recorrido, à batôns rompus, de la marquetería al surcamiento**

Rubén Touriño

Psiquiatra. Sant Joan de Deu. Barcelona

Correspondencia: rtourio@hotmail.com

RESUMEN

¿Cómo sostener una conversación con un sujeto psicótico? Sin resultar algo evidente, pensando en la posición clínica que podría considerarse conveniente en el encuentro con la psicosis bajo transferencia y la dirección de una cura, tal vez se pueden considerar en diferentes momentos de las enseñanzas de Jacques Lacan al menos dos modalidades que proponen una orientación al respecto: aquella que es referida en su tesis doctoral como “à bâtons rompus” –expresión traducida en la edición en castellano como “sin ningún plan preconcebido”– y “un surcamiento operado por la práctica”, palabras que, en *La convención de Antibes*, Eric Laurent sitúa a propósito de la *Clase sobre Lituraterra* del Seminario 18.

Bajo la propuesta de ensayo, se pretende tratar de aproximarse a dichas expresiones, localizándolas en los textos, ayudándose de otras referencias bibliográficas alrededor de las mismas, pensando si es posible proponer una articulación entre ambas a propósito de un lugar a ocupar por el analista en la cura.

PALABRAS CLAVE: psicosis, psicoanálisis, *à bâtons rompus*, Aimée, letra.

SUMMARY

How to hold a conversation with a psychotic subject? Without being obvious, thinking about the clinical position that could be considered convenient,

*Ensayo presentado hacia la obtención del Certificado de Estudios Clínicos de la Sección Clínica de Barcelona, en septiembre de 2019, bajo la supervisión de Vicente Palomera.

nient in the encounter with psychosis under transference and the direction of a treatment, maybe at least two modalities can be considered at different times of Jacques Lacan's teachings: the one which is referenced in his doctoral thesis as "à bâtons rompus" –expression translated in the Spanish edition as "without any preconceived plan"– and "un surcamiento operado por la práctica", a sentence that, in *la Convention d'Antibes*, Eric Laurent refers to *Lituraterre* lection in *Seminar 18*.

The aim of this brief essay is to try an approach to these expressions, by finding them in the texts, taking into account the context in which they were written, making use of another references around them, and thinking if it is possible to propose an articulation between the two regarding a place to be occupied by the analyst in the treatment.

KEYWORDS: psychosis, psychoanalysis, à bâtons rompus, Aimée, letter.

Un punto de partida. *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, es el título de la tesis de doctorado en medicina de Jacques Lacan, de 1932, pero no publicada hasta diciembre de 1975, sobre lo cual se puede retomar en el Seminario de aquel año que "si durante tanto tiempo me resistí a volver a publicarla, fue simplemente porque la psicosis paranoica y la personalidad no tienen como tales relación, por la sencilla razón de que son la misma cosa" ^{1,2}.

En la *Introducción* nos orienta sobre el porqué de este título. Comienza situando la oposición en la *ciencia psiquiátrica* "de dos grandes grupos mórbidos (...): el grupo de las demencias y el grupo de las psicosis" ³. En el ámbito de la psicosis se revela que "en ausencia de todo déficit detectable por las pruebas de capacidades –de memoria, de motricidad, de percepción, de orientación y de discurso– y en ausencia de toda lesión orgánica solamente probable, existen trastornos mentales que, relacionados, según las doctrinas, con la 'afectividad', con el 'juicio', con la 'conducta', son todos ellos trastornos específicos de la síntesis psíquica (...). A esa síntesis la llamamos *personalidad*" ⁴.

Es decir, en ausencia de lesión orgánica ni déficit cuantificable de capacidades, la psicosis muestra la presencia de trastornos mentales específicos de lo que se denomina *personalidad*. Es ahí donde sitúa "el problema de las

relaciones de la psicosis con la personalidad”, que abordará a partir de la psicosis paranoica.

En la primera parte del trabajo, se propone dar “una definición objetiva de estos fenómenos de personalidad”⁵ para después trazar un recorrido por las doctrinas sobre la psicosis paranoica, poniendo de manifiesto las contradicciones, “ya contenidas en la incertidumbre de sus puntos de partida”⁶, a donde desembocan y argumentando una oposición a las doctrinas clásicas vigentes en la época –tal vez también en la actualidad– según las cuales, en el caso de los organicistas “tienden a dar al sistema del delirio el alcance de una elaboración intelectual de valor secundario y sin mayor interés”⁷.

En la segunda parte, Lacan se verá “introducido en la investigación de los mecanismos de la psicosis”⁸ a partir de la exploración minuciosa y exhaustiva de un caso, del cual extraerá como resultado, en el interior del marco de la paranoia, a “un *tipo clínico* nosológicamente más preciso, descriptivamente más concreto, pronósticamente más favorable, que los tipos hasta hoy reconocidos. Además, este tipo tiene por sí mismo un valor manifiesto de *solución particular* en nuestro problema”⁹.

Antes de finalizar la introducción y dar paso a los agradecimientos, concluye con un párrafo asimismo bien actual: “Es verdad que, en el estudio de las psicosis, cada día parece aportar alguna correlación *orgánica* nueva; si se presta atención, se verá que estas correlaciones, que no pensamos discutir, tienen sólo un alcance parcial, y el interés que ofrecen les viene únicamente del punto de vista doctrinal que pretenden reforzar. No bastan, sin embargo, para construirlo. No se hagan ilusiones quienes acumulan esta clase de materiales: los hechos de nuestra ciencia no permiten hacer a un lado la preocupación por el hombre”¹⁰.

*EL CASO “AIMÉE” O LA PARANOIA DE AUTOCASTIGO*¹¹.

Un mes de abril, una desconocida aborda a una famosa actriz en el umbral de la entrada del teatro donde esa misma noche iba a actuar. Tras preguntarle “¿Es usted la señora Z”? y obtener una respuesta afirmativa, “sacó rápidamente de su bolso una navaja ya abierta” que dirigió contra ella; la actriz tuvo el golpe agarrando la hoja de la navaja y cortándose dos tendones de

los dedos. La desconocida es llevada a la comisaría, donde declara que: “desde hacía muchos años la actriz venía haciendo *escándalo* contra ella; que la provocaba y la amenazaba; que en estas persecuciones estaba asociada con un académico, P. B., famoso hombre de letras, el cual, *en muchos pasajes de sus libros*, revelaba cosas de la vida privada de ella; desde hacía algún tiempo, había tenido intenciones de habérselas cara a cara con la actriz; la atacó porque vio que huía; si no la hubieran detenido, le habría asestado otro navajazo”¹². La actriz no presentó demanda.

De la comisaría es llevada a la cárcel de Saint-Lazare donde permanece unos dos meses. Un peritaje forense concluye lo siguiente: “delirio sistemático de persecución a base de interpretaciones, con tendencias megalománicas y sustrato erotomaniaco”.

Tras veinte días en la prisión “*a la hora en que todo el mundo estaba acostado, hacia las siete de la tarde, me puse a sollozar y a decir que esa actriz no tenía nada contra mí, que yo no hubiera debido asustarla, mis vecinas quedaron tan sorprendidas que no querían creerlo y me hicieron repetir: ¿pero ayer todavía usted estaba diciendo horrores de ella! y se quedaron aturdidas. Fueron a decírselo a la Superiora de las religiosas que quería a toda costa mandarme a la enfermería. Todo el delirio se derrumbó al mismo tiempo, nos dice ella, el bueno como el malo*”¹³.

Veinticinco días después es trasladada de la prisión a la clínica de Sainte-Anne, donde tiene lugar el encuentro con Lacan, al cual él mismo se referirá en varias ocasiones como fundamental: “(...) fue, como todos saben, en torno a la enferma que designé con el nombre de Aimée, que no era el suyo, por supuesto, que fui aspirado por el psicoanálisis”¹⁴. Igualmente, como Jacques-Alain Miller apunta en *Donc. La lógica de la cura*, Lacan señala que su entrada en psicoanálisis se produjo mediante el rigor de argumentación que la escritura de la tesis le exigió¹⁵.

“¿Cómo he podido creer esto?”¹⁶, dice Aimée en el momento de su internamiento. “Los temas del delirio en su conjunto, y no únicamente los agravios de la enferma contra su víctima, quedan completamente reducidos en el momento del internamiento” Más exactamente, precisa Lacan, “hay una reducción completa de las convicciones formuladas en otro tiempo acerca de esos temas”¹⁷. “Aunque los temas de su delirio ya no arrastren ahora ninguna adhesión intelectual, hay algunos que no han perdido del

todo un valor de evocación emocional en el sentido de las creencias antiguas. *Hice eso, porque querían matar a mi hijo*, dirá todavía en el momento actual”¹⁸. Parece que se mantiene la certeza sobre el pasado, pero no la vigencia de su peso en la actualidad. Qué ha operado para que esto haya sido así será la pregunta de su investigación.

¿Por qué elegir este caso y no otro? Ofrece dos razones. En primer lugar, la información sobre el mismo, en cuanto se encontrará con la paciente “casi día a día a lo largo de cerca de un año y medio”¹⁹, complementando las observaciones de dichas citas “con todos los medios que nos ofrecía el laboratorio y la indagación social”²⁰, es decir, realiza una investigación exhaustiva sobre el caso a partir de todas las fuentes a su alcance. Durante ese tiempo, Lacan se situará depositario de la correspondencia que le dirige, a través de la cual explora y construye el caso psiquiátrico. Pero también se detiene en la producción literaria que ella pensaba publicar, dos novelas rechazadas por las editoriales y la corte real de Inglaterra a donde las había enviado, y escritas en los ocho meses previos al pasaje al acto que concluye en su detención y posterior hospitalización. Justamente el nombre *Aimée* corresponde a la protagonista.

En segundo lugar, por el carácter demostrativo del caso: una psicosis paranoica “cuyo tipo clínico y cuyo mecanismo merecen, en nuestra opinión, ser individualizados, pues nos parece que tanto el uno con el otro ofrecen la clave de algunos de los problemas nosológicos y patogénicos de la paranoia, y particularmente de sus relaciones con la personalidad”²¹.

Una vez expuesto el caso, analizados sus escritos y establecida la discusión sobre un diagnóstico, iniciará Lacan la investigación sobre los mecanismos de la psicosis.

“À BÂTONS ROMPUS”.

Esta expresión localizada en la tesis de Lacan (en la página 213 en la versión en la edición en francés Éditions du Seuil, Paris, 1975) es traducida en la edición en castellano (página 193, Siglo XXI editores, duodécima reimpresión, México, 2016) como, a propósito de la manera de conversar con su

paciente Aimée, el hacerlo “sin ningún plan preconcebido”, en oposición a los “métodos de interrogatorio” de la psiquiatría de la época.

En el capítulo 2 de la segunda parte, interesándose por precisar el “verdadero carácter de los *fenómenos elementales* del delirio en nuestra enferma”²², Lacan se pregunta por un fenómeno referido por Aimée que continuaba siendo enigmático para él en cuanto no podía situarlo desde el punto de vista nosológico en la serie de otros hechos clínicos, a los que había calificado de “estados oníroides”. Aimée refería haber leído en un periódico un artículo de uno de los perseguidores en el cual se anunciaba que su hijo sería asesinado, lo mismo que haber visto la fotografía del frontón de su casa natal, donde el hijo pasaba las vacaciones.

Si Freud en el prólogo a la cuarta edición de *Tres ensayos de teoría sexual*, al hilo de su investigación sobre el papel de la sexualidad en la vida anímica, advierte que “nació de una observación tan cuidadosa como desprevénida”²³, Lacan señala su propia sorpresa cuando la significación del hecho que no alcanzaba a situar en las teorías psicopatológicas “nos vino por pura casualidad”²⁴:

“Estábamos charlando, pues, *sin ningún plan preconcebido*, cuando de pronto tuvimos la sorpresa de oír el siguiente comentario de nuestra enferma: ‘Sí, es como cuando yo iba a las oficinas del periódico a comprar números atrasados, de uno o dos meses antes. Yo quería encontrar ciertas cosas que había leído, por ejemplo que iban a matar a mi hijo, y quería ver también la foto en que lo había reconocido. Pero nunca encontré ni el artículo ni la foto, a pesar de que recordaba las dos cosas. Al final estaba mi cuarto lleno de aquellos periódicos’. Interrogada por nosotros, la enferma reconoció que no podía acordarse más que de un hecho, y es que, en un instante dado, había *creído* recordar ese artículo y esa fotografía”²⁵.

Así, concluye situando este fenómeno bajo la categoría de una “ilusión de la memoria”.

Más adelante, prosigue, “se nos mostraron en su pleno valor no pocos hechos que la enferma nos había revelado sin que nosotros les prestáramos una atención suficiente”²⁶. Es decir, en el curso de la conversación con la paciente, bajo una escucha atenta pero desprovista del pretender oír algo en particular, se presentaron elementos que hubieran sido velados en el caso de haber interpuesto “los métodos de interrogatorio, que se ufanan a veces de aportar

luces preciosas a la psiquiatría; no tienen en realidad sino escasas ventajas, al lado de muy serios inconvenientes. El de enmascarar los hechos no reconocidos no nos parece menor que el de imponer al sujeto la confesión de síntomas conocidos”²⁷. Resuena esta advertencia al *Breve discurso a los psiquiatras de Saint Anne* (Lacan, 1967) cuando apuntaba que si el psiquiatra no se siente preocupado ante el sujeto loco en su presencia, es porque se protege interponiendo un cierto número de barreras: los grandes jefes ponen a otras personas que le suministran informes... mientras que en el caso de aquellos que no son grandes jefes, no sin ironía apunta “basta tener una pequeña idea, un órgano-dinamismo por ejemplo o cualquier otra cosa”²⁸, en definitiva cualquier idea a modo de separación que le permita destacar al loco como un extraño coleóptero del que dar cuenta, sin subjetividad alguna a considerar.

—x—

Antes de continuar explorando el alcance de esta expresión, un breve recorrido por los usos, significados y etimología de dicha locución adverbial en francés, nos permitirá situar algunos elementos de los cuales más adelante nos serviremos.

Según el diccionario en línea *Larousse*²⁹, “à bâtons rompus” se presenta como “deshilvanado, sin pies ni cabeza”. A través de *Wiktionnaire – Le dictionnaire libre*³⁰ se propone: “de manera desorganizada, con frecuentes interrupciones”, sugiriéndose “a trancas y barrancas” como traducción en castellano; ofrece en cuanto al origen etimológico más probable su uso en la carpintería a propósito de un modo de ensamblar las lamas del parqué, formando un ángulo recto. Este patrón lo encontramos también en las tejidos –es el patrón conocido en la telas como *espiguilla*, o *herringbone* en la lengua inglesa–. Aunque, si consideramos ese uso original supuesto, la expresión remitiría, tal vez, más pues a un patrón que se repite y no a algo desorganizado. Lo mismo sucede si seguimos la referencia que se ofrece en la web del Ministerio de Defensa francés³¹ donde, conduciéndonos a través sus fuentes³² al *Dictionnaire universel* de Antoine Furetière³³ –publicado en 1690, cuatro años antes del primer diccionario de la Academia Francesa– toma como una de las hipótesis etimológicas aquella que remite a la cadencia de una marcha militar, en la cual cada mano ejecuta dos golpes sucesivos con la baqueta sobre el tambor antes de cambiar a la otra

mano, en oposición a la marcha en la cual cada baqueta es golpeada alternativamente una sola vez (*bâton round*) y a diferencia de una tercera que entremezcla las dos combinaciones previas (*bâton mêlé*).

En ese mismo diccionario del siglo XVII, se recoge que hacer una cosa à *bâtons rompus* se refiere a aquello realizado tras varias reanudaciones e interrupciones, a modo de una metáfora tomada de diseños similares a aquellos de los tapices ³⁴.

Guy Briole, en su trabajo homónimo a la locución que nos ocupa, orienta que hablar à *bâtons rompus* es hacerlo de un modo particular, “pasando de un tema a otro, volviendo al primero, etc. Es también tener conversaciones en las que, a menudo, el sentido se escapa, si bien algo las guía (...) Lacan se dio cuenta que eso facilitaba el discurso espontáneo y evitaba que la entrevista acabara en *impasse*” ³⁵ y desarrolla a partir de dicha expresión un posible lugar que, en el trabajo con el sujeto psicótico, principalmente paranoico, éste puede ofrecer: “alguien con quien hablar” ³⁶, lugar del que habría hecho uso Lacan para Aimée, “habiendo instaurado de inmediato un método, que no le parece en nada diferente de aquel que será su práctica de analista” ³⁷.

Una conversación con el sujeto psicótico así considerada, desarrolla G. Briole, ofrece “una manera de pasar y pasar de nuevo por las cadenas significantes de manera que, por los anudamientos que puedan producirse, se haga lazo social y lazo transferencial” ³⁸.

DEL OFICIO ALREDEDOR DE LA MADERA, A LA CARPINTERÍA DEL SIGNIFICANTE.

La referencia etimológica al entarimado nos lleva del oficio alrededor de la madera a la artesanía con el significante, remitiéndonos a algo que Lacan dirá a propósito de las producciones literarias de Aimée, “enamorada de las palabras” ³⁹, cuyo trabajo con las mismas es calificado de “marquetería” ⁴⁰ o “taracea verbal” ⁴¹.

Taracea o marquetería, tales calificativos podrían ser aplicados al trabajo que Aimée hace con los significantes, tratando de tallarlos y hacerlos encajar uno al lado del otro, en un intento de contener aquello que excede a la significación, o bien a modo de incrustaciones para tratar de localizar aquello que se desborda, aún siendo sus pasajes al acto la muestra de la im-

posibilidad de cifrar ese goce ⁴² pero también, a su vez, una manera de nombrar: “El pasaje al acto no es una dimensión ajena a la nominación, es también una manera de sujetar el sentido que escapa” ⁴³.

DEL PAISAJE ALREDEDOR DE LA CARRETERA PRINCIPAL, A LA PLANICIE SIBERIANA.

En el Seminario 3 Lacan caracteriza el significante del Nombre-del-Padre como una *carretera principal* ⁴⁴: “la carretera principal es un paraje, en torno al cual no sólo se aglomeran todo tipo de habitaciones, de lugares de residencia, sino que también polariza, en tanto significante, las significaciones” ⁴⁵.

Rechazada esa carretera principal, aquella por la cual circula la *identificación común* ⁴⁶, o mejor dicho, ante la insondable decisión de haber rechazado hacer uso de dicho trazado, y por tanto de los rieles de las identificaciones comunes que él aglutina y por los cuales “las personas se deslizan en un discurso *normalizado*” ⁴⁷ cómo establecer en ese paraje una referencia a partir de la cual orientase frente a la “infinitud de los caminitos” a tomar ⁴⁸; de qué puede servirse para ello el sujeto psicótico, qué práctica y lugar posible en la clínica al respecto.

Justamente en el Seminario 4, Lacan sitúa que “el orden simbólico, como distinto de lo real, entra en lo real como la reja de un arado e introduce en él una dimensión original” ⁴⁹; es así como el significante *caballo* operaría en el caso Juanito, jugando para él el papel de esa reja de arado, “con la función de refundir nuevamente lo real” ⁵⁰.

Precisamente en alguna nota alcanzada al vuelo durante la intervención de Vicente Palomera en las *IV Jornadas del Grupo de investigación sobre psicosis y autismo y del Taller de estudios sobre Práctica entre varios de la Sección Clínica de Barcelona* (30 de marzo 2019, Barcelona), se apuntaba a propósito del comentario sobre alguna de las viñetas clínicas expuestas, que la letra deforma la naturaleza, los ciclos naturales, pudiendo pensarse así el efecto de la letra sobre lo Real.

Siguiendo este hilo, se podría señalar que frente a las aglomeraciones alrededor de la carretera principal, las cuales podrían ser leídas bajo un sentido más o menos compartido que el trazado de esa carretera les da, Lacan se detendrá en otro tipo de relieve.

En 1970 un vuelo comercial de Air France une Paris y Tokio sobrevolando Siberia, ruta que empleaba menos tiempo pero que había estado prohibida durante dos décadas ⁵¹. Ese será el recorrido del vuelo que tomará Lacan en un viaje a Japón, en 1971. Durante el regreso, sobrevolando la planicie siberiana, repara en el “aluvión” ⁵². Este término, que en geología remite a los restos arrastrados y luego depositados por una corriente de agua, es tomado ofreciendo una lectura del mismo como una huella, pero una huella que no quiere decir nada, que no da ningún sentido a lo que se ve, no sería la huella que le interesa a la arqueología y sobre la que se despliega todo un sentido, sino más bien una huella que produce lo que se observa, o más precisamente, de lo que se puede dar cuenta, una marca, una tachadura, en este caso un relieve sobre aquella superficie:

“la única huella que aparece para producir, más que para indicar, el relieve en esta latitud en lo que llamamos planicie siberiana, planicie verdaderamente desolada, en sentido propio, sin ninguna vegetación más que reflejos, reflejos de este aluvión, que empujan a la sombra lo que no resplandece” ⁵³.

Tomando la referencia que ofrece J-A. Miller en *La Fuga del Sentido*, podemos precisar con otras palabras que lo que Lacan llama *letra* “es el significante desprendido de todo valor de significación, localizado en una materialidad” ⁵⁴; “si la letra es el significante en tanto tal, es decir, en su separación del significado, la escritura está en ese nivel” ⁵⁵.

En el texto de Marcus André Vieira *El Trueno y el Trazo* ⁵⁶ se ofrecen algunas puntuaciones sobre su análisis como “un procedimiento que tocó un real”, dando cuenta de la localización de *un trozo de real* a través de un marca contingente, una “mordedura”, significante que en el recorrido de su análisis se tornó, se *precipitó* ⁵⁷ letra, permitiendo leer la escritura de una “voz tornada trazo” ⁵⁸.

Justamente se hace referencia en una nota a pie de página de ese mismo texto a otra cita de J-A. Miller “hay dos *estatus* del significante. En el uso de Lacan hay claramente una anfibología del término significante. Digamos que hay el significante al que apunta la palabra y que en relación al significante como tal, el que pura y simplemente se lee y que es el primero, resulta ser segundo. A ese significante primero podemos llamarle la letra

como hizo Lacan en determinado momento pero con la condición, ya lo he dicho antes, de no acantonarse en las veintiséis letras del alfabeto”⁵⁹.

Trato de entender así la lectura del aluvión que nos ofrece Lacan como el efecto de la escritura de unas letras, no limitadas pues a las que conocemos del alfabeto! sino en este caso material detritico producto de una precipitación contingente, sobre la planicie siberiana; el efecto de esa escritura es una huella, una erosión, que hace posible localizar los bordes de algo que escapa a la articulación de un sentido, los bordes de una “sombra que no resplandece”⁶⁰, los bordes de un real.

“UN SURCAMIENTO OPERADO POR LA PRÁCTICA”.

En la convención de Antibes se apunta a la necesidad de preguntarse qué lengua habla el sujeto psicótico. La pregunta es pertinente si se considera que se tratará siempre de un “*bricolage*”⁶¹, de una lengua *particular*, en cuanto es atravesada en todos sus componentes “por una significación particular”⁶², una vez se ha rechazado el peaje de la metáfora paterna y no se siguen las carreteras principales de la significación fálica.

Eric Laurent propone esta expresión, la “práctica del surcamiento”⁶³ a propósito de un modo de conversar con el psicótico, “método que no consiste en partir de lo más secreto, de lo más profundo, de lo más escondido, pero procede de un surcamiento operado por la práctica”⁶⁴ ofreciendo el ejemplo de una viñeta clínica⁶⁵ donde ante la dificultad del analista para sostener una conversación alrededor de las voces por las cuales era hablado el sujeto, “pasamos a otra cosa”⁶⁶; tiempo después, el sujeto toma cierto soporte de una identificación imaginaria a un novelista norteamericano y sería alrededor de una conversación alrededor de la literatura norteamericana que la cura pudo continuar.

Una modalidad de conversación así me remite justamente a las referencias alrededor de hablar *à batôns rompus*, sin ningún plan preconcebido, lo que recordemos no querría decir sin ninguna orientación. Como desarrollaba G. Briole: “una manera de pasar y pasar de nuevo por las cadenas significantes de manera que, por los anudamientos que puedan producirse, se haga lazo social y lazo transferencial”⁶⁷ a propósito de la expresión de

Lacan sobre los encuentros con Aimée. Surcar esas cadenas significantes, teniendo presente que “el uso que hace el psicótico de nuestra presencia es labrar más unos surcos que otros. Nosotros tenemos que ayudarlo, con método”⁶⁸. “Surcar esas ‘ramblas’ que con el fluir del lenguaje van depositando esos restos y *detritus*, productos de la erosión, y con los que el sujeto puede jugar y construir un abarrancamiento, hacer un litoral entre saber y goce”⁶⁹, en palabras de V. Palomera.

Todo ello apuntaría pues, como decía Xavier Esqué en su intervención al cierre del XI Congreso de la AMP, a considerar ya no solamente la posición clásica del analista tomando acta como secretario del alienado, insuficiente para los desafíos clínicos que la psicosis plantea, sino también a poder sostener la transferencia en cuanto “partenaire-síntoma del sujeto, partenaire de goce”⁷⁰, proponiendo la posición del analista en la experiencia psicoanalítica de la psicosis como aquella en la cual poder sostener el trabajo analítico “al modo de un taller de bricolaje, el tiempo necesario para que el sujeto pueda construir, manufacturar, su invención singular y con ella lograr estabilizar sus fenómenos de goce en exceso”⁷¹.

A MODO DE CONCLUSIÓN. DE LA MARQUETERÍA CON EL SIGNIFICANTE, A UN BRICOLAJE.

Tanto *à bâtons rompus* como el *surcamiento* remiten pues a una práctica articulada a un esfuerzo para encontrar un lazo de conversación con el sujeto psicótico, no estando predeterminado qué vendrá al lugar de aquello alrededor de lo cual conversar.

Mientras continúo tratando de horadar los textos, me pregunto si se podría tomar el hablar *à bâtons rompus* en las declinaciones expuestas como la posibilidad de ensamblar unos significantes con otros, constituyendo una superficie sobre la que tal vez luego se pueda horadar un surco o situar un pequeño amontonamiento con las virutas y restos de ese bricolaje, al modo de un borde que delimite cierto espacio vacío de sentido que permita una relación diferente al Otro.

Antonio Di Ciaccia, en un texto titulado *Lacan, traductor*⁷², cita a Umberto Eco cuando éste se pregunta qué es traducir, respondiéndose “decir lo mismo en otra lengua”, si bien llegando a la siguiente conclusión: “el tra-

ductor no logrará nunca que la cosa dicha sea la misma, lo logrará ‘casi’ ”. Siempre hay algo que se pierde, borde al cual quizás el ejercicio mismo de la traducción podría aproximarse, dando vueltas, sin llegar a ocupar eso perdido, en tal caso velarlo.

Si pensamos el ejercicio de la traducción como un ejercicio de escritura, el objetivo ya no estaría solamente del lado de decir lo mismo de otro modo, de comprender lo que se nos dice, sino también del lado de escribirlo, y con la escritura, dejar una marca, creando así un surco, un borde, alrededor de aquello que permanece como resto y que se pierde, como en el ombligo del sueño. Es así como la conversación con el sujeto psicótico podría pensarse también como una traducción, no solo en el sentido de una comprensión digamos de una lengua a otra, sino una conversación en cuya tarea inherente de traducción y de movilización de los significantes, se podrían desprender algunos restos que justamente posibilitaría situar surcos alrededor de un goce que se presenta desbordado, surcos, como los del litoral.

NOTAS

- ¹ “Jacques Lacan (1928-1950). Artículos psiquiátricos. Aimée. Primeros escritos sobre la paranoia. Teoría sobre la psicosis (1936-1946)”. *Bibliomanía 2. Bibliografía y otra documentación*. XI Congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis; 2018; p. 2. En: <http://congresoamp2018.com/wp-content/uploads/2017/11/Bibliomani%CC%81a-es.pdf> Consultado el: 30/05/2019.
- ² LACAN, J. “Del nudo como soporte del sujeto” en *El seminario 23: El Sinthome*. Buenos Aires: Paidós, 2006; p. 53.
- ³ LACAN, J. *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Siglo XXI editores, 2016; p. 15.
- ⁴ *Ibíd.*, p. 15.
- ⁵ *Ibíd.*, p. 16.
- ⁶ *Ibíd.*, p. 17.
- ⁷ *Ibíd.*, p. 197.
- ⁸ *Ibíd.*, p. 187.
- ⁹ *Ibíd.*, p. 17.
- ¹⁰ *Ibíd.*
- ¹² *Ibíd.*, p. 135.
- ¹² *Ibíd.*, p. 138.
- ¹³ *Ibíd.*, p. 157.
- ¹⁴ LACAN, J. *Estou falando com as paredes. Conversas na capela de Saint-Anne*. Río de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda., 2011; p. 84
- ¹⁵ “Jacques Lacan (1928-1950). Artículos psiquiátricos. Aimée. Primeros escritos sobre la paranoia. Teoría sobre la psicosis (1936-1946)”. *Bibliomanía 2. Bibliografía y otra documentación*. Ob. cit. p. 2. En: <http://congresoamp2018.com/wp-content/uploads/2017/11/Bibliomani%CC%81a-es.pdf>. Consultado el: 30/05/2019.
- ¹⁶ LACAN, J. *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Ob. cit. p. 141.
- ¹⁷ *Ibíd.*, p. 141.
- ¹⁸ *Ibíd.*, p. 142.
- ¹⁹ *Ibíd.*, p. 137.

- ²⁰ *Ibíd.*
- ²¹ *Ibíd.*
- ²² *Ibíd.*, p. 197.
- ²³ FREUD, S. “Tres ensayos de teoría sexual. Prólogo a la cuarta edición” en *Obras Completas. Volumen VII*. Buenos Aires: Amorrortu, 2007; p. 120.
- ²⁴ LACAN, J. *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Ob. cit. p. 193.
- ²⁵ *Ibíd.*
- ²⁶ *Ibíd.*, p. 195.
- ²⁷ *Ibíd.*, p. 193.
- ²⁸ LACAN, J. “Breve discurso a los psiquiatras”. 1967, inédito. En: http://www.tebuenosaires.com.ar/biblioteca/trad_07.pdf Consultado el: 30/05/2019.
- ²⁹ “À bâtons rompus, de manière décousue, sans suite” *Larousse. Dictionnaire de Français*. En: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bâton/8388#locution> Consultado el: 01/05/2019.
- ³⁰ *Wiktionaire. Le dictionnaire libre*. En: https://fr.wiktionary.org/wiki/à_bâtons_rompus Consultado el: 30/05/2019.
- ³¹ *Le saviez-vous ? « À bâtons rompus »* En: <https://www.defense.gouv.fr/actualites/articles/le-saviez-vous-a-batons-rompus> Consultado el: 01/05/2019.
- ³² DE DOUVAN, M., “Leçon 5: Les rudiments de la batterie militaire française”. En: <http://www.marcedouvan.com/lecon.php?id=5> Consultado el: 26/05/2019.
- ³³ FURETIÈRE, A.; “Dictionnaire universel, contenant généralement tous les mots françois tant vieux que modernes, & les termes des sciences et des arts.” Tomo 1; 2ª edición, 1702. En: Bibliothèque nationale de France <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k50614b/f207>. Consultado el: 26/05/2019.
- ³⁴ *Ibíd.*, En: Bibliothèque nationale de France <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k50614b/f205> Consultado el: 26/05/2019.
- ³⁵ BRIOLE, G., “El lugar de la palabra en la curación de la psicosis”. *Conversaciones SISO I. La curación de la psicosis*. Asociación Galega de Saúde Mental AGSM, 2004, p. 102.
- ³⁶ BRIOLE, G., “À bâtons rompus”. *Opção Lacaniana. Rev.Brasileira Internacional De Psicanálise*. Abril 1996, nº 15, p. 86.

- ³⁷ *Ibíd.*, p. 87.
- ³⁸ BRIOLE, G., “El lugar de la palabra en la curación de la psicosis”. *Conversaciones SISO I. La curación de la psicosis*. Ob. cit. p. 102.
- ³⁹ LACAN, J. *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Ob. cit. p. 174.
- ⁴⁰ LACAN, J. *De la psychose paranoïäque dans ses rapports avec la personnalité*. Éditions du Seuil, Paris, 1975; p. 191.
- ⁴¹ LACAN, J. *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Ob. cit. p. 175.
- ⁴² LAURENT, D.; “Retorno sobre la tesis de Lacan: el porvenir de Aimée”. *Freudiana* (55)
- ⁴³ MILLER, J. A. y otros; *La psicosis ordinaria*. Paidós: Buenos Aires, 2003; p. 312.
- ⁴⁴ FURMAN, M.; “La función de la letra y lo escrito en la psicosis”. *Sin agujero. Tratamiento posible del autismo y de la psicosis en la infancia y la adolescencia*. Buenos Aires: Tres Haches, 2018; p. 186
- ⁴⁵ LACAN, J. “La carretera principal y el significante ‘ser padre’ ” en *Seminario 3: Las Psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 2000; p. 417
- ⁴⁶ PALOMERA, V. *Pioneros de la Psicosis*. Madrid: Gredos, 2014; p. 20.
- ⁴⁷ *Ibíd.*
- ⁴⁸ LACAN, J. “La carretera principal y el significante ‘ser padre’ ” en *Seminario 3: Las Psicosis*. Ob. cit. p. 419.
- ⁴⁹ LACAN, J. *El Seminario. Libro 4: La relación de objeto*. Buenos Aires: Paidós, 2013; p. 239.
- ⁵⁰ *Ibíd.*, p. 307.
- ⁵¹ GARCÍA, L. “Fronteras, diques, amontonamientos”. *Lacan Cotidiano* n° 809.
En: <http://www.eol.org.ar/biblioteca/lacancotidiano/LC-cero-809.pdf>
Consultado el: 24/09/2019.
- ⁵² LACAN, J. “Clase sobre *Lituraterra*” en *El seminario 18: De un discurso que no fuera del semblante*. Buenos Aires: Paidós, 2014; p. 112.
- ⁵³ *Ibíd.*
- ⁵⁴ MILLER, J.-A. *La fuga del sentido*. Buenos Aires: Paidós, 2012; p. 126.
- ⁵⁵ *Ibíd.*, p. 127.

- ⁵⁶ VIEIRA, M.A. “El trueno y el trazo” en *Freudiana*, n° 71
- ⁵⁷ LACAN, J. “Clase sobre *Lituraterra*” en *El seminario 18: De un discurso que no fuera del semblante*. Ob. cit. p. 113: “Lo que se revela por mi visión del aluvión en cuanto a lo que domina la tachadura es que al producirse entre las nubes, esta se conjuga con su fuente. Es justamente a las nubes a donde Aristófanes me llama para descubrir lo que ocurre con el significante, es decir, el semblante por excelencia, si es por su ruptura que de ellas llueve este efecto cuando se **precipita** lo que era allí materia en suspensión”.
- ⁵⁸ VIEIRA, M.A. “El trueno y el trazo” Ob. cit.
- ⁵⁹ MILLER, J.A. “El ser y el Uno”, Curso de orientación lacaniana, 2010-2011. Inédito, clase del 23/3/11, en *Freudiana*, n° 68.
- ⁶⁰ LACAN, J. “Clase sobre *Lituraterra*” en *El seminario 18: De un discurso que no fuera del semblante*. Ob. cit. p. 112.
- ⁶¹ MILLER, J.-A. y otros, *La psicosis ordinaria: la convención de Antibes*. Buenos Aires: Paidós, 2017; p. 297
- ⁶² *Ibid.*, p. 294.
- ⁶³ *Ibid.*, p. 296.
- ⁶⁴ *Ibid.*
- ⁶⁵ *Ibid.*, p. 284-285
- ⁶⁶ *Ibid.*
- ⁶⁷ BRIOLE, G., “El lugar de la palabra en la curación de la psicosis”. *Conversaciones SISO I. La curación de la psicosis*. Ob. cit. p. 102.
- ⁶⁸ MILLER, J.A. y otros, *La psicosis ordinaria: la convención de Antibes*. Ob. cit. p. 296.
- ⁶⁹ PALOMERA, V. “Transferencia y posición del analista en las psicosis”. *El Psicoanálisis*. Abril 2018, n° 32, p. 81.
- ⁷⁰ ESQUÉ, X. “Puntos vivos del XI Congreso de la AMP” Intervención el 05-04-2019 durante el cierre del XI Congreso de la AMP: *Las psicosis ordinarias y las otras, bajo transferencia* En: <http://www.radiolacan.com/es/topic/1163/3> Consultado el: 25/09/2019.
- ⁷¹ *Ibid.*
- ⁷² DI CIACCIA, A. “Lacan, traductor” en: *El diario éxtimo de Jacques-Alain Miller*. Undécima entrega, 14/4/2014. En: <https://bit.ly/2MnfgEz> Consultado el: 25/09/2019.

***Salud mental en la sociedad actual.
Relación entre salud mental y arte: Arte Brut****

*Texto de la ponencia presentada en la jornada "A saúde mental na sociedade actual"
30 de enero 2019. Proxecto de Benestar Social, Pontevedra

Alcira Cibeira Vázquez

Antón Casais Lestón

Psiquiatras, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense
Servizo Galego de Saúde

Correspondencia: cibeira.alcira@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Buenas tardes, bienvenidos. Nosotros vamos a hablar de Art Brut y hablar de Art Brut es hablar fundamentalmente de cuadros, pero no sólo.

Un cuadro es una buena metáfora de una vida individual. Pasa con los cuadros como con la vida de cada uno... un cuadro tiene un estilo particular y constituye una respuesta a preguntas encarnadas.

Algunos pintan esa respuesta a partir de un academicismo heredado y absoluto y les llega. Pueden incluso ser felices sin más problemas y ya está. Unos pocos cuestionan ese academicismo e intentan inventar nuevas respuestas, ya sea abriendo brechas en el discurso heredado o inventando nuevos discursos, que en caso de conseguirlo, van a ser sometidos por otros a la misma lógica puesta en marcha por ellos. La respuesta no se encuentra nunca, y quizás tenga que ver con que el lenguaje tenga fallas en su estructura que impiden encontrarla. Finalmente, hay personas totalmente fuera del discurso.

No todos somos iguales, por tanto. A través del tiempo, quedaron como

poso en la cultura dos definiciones de “ser humano”. La primera, aristotélica, se expresa clásicamente como “un ser humano es un animal racional”. La segunda, procede del saber acumulado a través del tiempo y depositada en el refranero, dice: “el ser humano es el único animal que tropieza dos veces en la misma piedra”. Habría que precisar que conformamos nuestra forma de ser como respuesta singular al primer tropiezo, tropiezo traumático, en tanto en el lenguaje no encontramos palabras para nombrar lo vivido, aunque en este encuentro traumático deje sus marcas. La respuesta es singular, ya lo dijimos, pero aun así podemos diferenciar, por un lado, la tendencia a volver a repetir dichas situaciones traumáticas y, por otro, la inhibición, la evitación o la fobia como manera de evitarlo. En ambos casos, siempre es una respuesta que tiene una dimensión de fracaso, de volver a tropezar. Siempre de la misma manera para cada uno.

La opción de definir un ser humano por la racionalidad o por el tropiezo supone corrientes de pensamiento antagónicas. La combinación de ambas nos permitiría como conclusión algo así como *“la razón que en principio comparten todos los seres humanos, no evita el tropiezo singular de cada uno”*. Hay, por tanto, un punto donde la razón baja los brazos. En este punto, algunas parejas se dicen “meu amor, non estaría mal darlle unha volta, inventar outro paso a ese xeito tan maravilloso que tes de tropezar”. Otras, andan a golpes, porque el que sea, él o ella, “no aprende”, es decir, no es capaz de someter su síntoma a través de la razón. Eligen el camino de lo peor.

Un pintor puede transformar sus tropiezos mayores, sus tropiezos traumáticos en arte, evitando así la repetición sintomática. El síntoma y el arte comparten el lugar desde donde nacen pero son respuestas subjetivas distintas. El síntoma da una identidad (por fuera del género), con peso de real, pero con una dimensión de fracaso. Suele expresarse con “siempre me pasa lo mismo”, “soy el gilipollas de siempre”.

Tradicionalmente, la obra de arte vela el dolor del tropiezo, transformándolo en placer de contemplación para el espectador. En ocasiones evoca ese dolor, en otras lo intenta poner de manifestación sin velo, descarnado.

El arte tiene una dimensión de singularidad subjetiva –el acto creador– y una dimensión social. Esta última va desde los efectos sobre el espectador, el mercado e incluso sobre la sociedad en su conjunto. Estos efectos retor-

nan sobre el artista en forma de reconocimiento, y permiten a éste presentarse como tal en el mundo. Se establece, de esta manera, un lazo social entre el artista y la cultura.

El arte es una de esas actividades que más claro pone de manifiesto que entre la lógica social y la lógica de la biología, está la lógica del aparato psíquico con los rasgos singulares de cada sujeto. Y lo singular, lo sabemos, no puede ser subsumido por un discurso válido para todos, por muy razonable que sea. Por el contrario, hace a esa razón incompleta.

El Art Brut como “estilo” particular que está vinculado desde su nacimiento al manicomio y a la locura, nos permite reflexionar sobre arte y el acto del que brota el objeto artístico y también sobre la relación estructural entre lo general –lo social– y lo singular.

El manicomio es un concepto, no un edificio que se materializa en unas infraestructuras, en edificios, pero no es sólo eso. El manicomio es, sobre todo un discurso que organiza la totalidad del tiempo y el espacio de las personas que caen bajo su dominio, excluyendo la singularidad subjetiva.

Algunas personas con el diagnóstico de psicosis, no hacen nada, otras realizan Art Brut sin por ello evitar los síntomas de la psicosis, finalmente hay algunas que consiguieron evitar dichos síntomas y no desencadenarse, ni ingresar. Por fuera de lo que sería un discurso manicomial, Yayoi Kusama (artista de la que hablaremos más adelante) evitó los síntomas de la psicosis a través del arte pero prefirió ingresar, a pesar de todo, en un hospital psiquiátrico.

Actualmente, disponemos de una red de dispositivos de atención en salud mental en la que el discurso de la ciencia es el discurso hegemónico, un discurso que considera el sufrimiento psíquico, fundamentalmente como resultado de la alteración de la neurotransmisión cerebral de determinación genética. Es un discurso que excluye el campo de la subjetividad, como los manicomios de antaño, pero sin muros. En este contexto, están surgiendo distintos movimientos y asociaciones entre pacientes que afirman que ese modo de considerar su sufrimiento y su futuro no les ayuda y deciden separarse de la red de salud mental, parcial o totalmente.

El planteamiento expuesto nos permite tener unas referencias para varias cuestiones que quisiéramos subrayar:

En el futuro de cada sujeto –con psicosis o no– es determinante la dimensión subjetiva. En el hospital, no se recuperará más rápido quien ingresó más grave, ni quien tiene más recursos sociales, etc. Por supuesto, son necesarios unos recursos mínimos y si hay más que los mínimos tampoco perjudican necesariamente.

La dimensión subjetiva es irreductible al campo de la ciencia. Un campo que deja de lado las paradojas del deseo o del goce, de la culpa, del vacío, del desamparo, de la soledad... y que tampoco sabe fundamentar ninguna elección personal como la elección buena para cada uno, por mucho que pretenda un saber-todo. Su saber homogeniza, uniformiza porque es un saber válido para todos.

La organización de un sistema sanitario que no dé lugar a la dimensión subjetiva y singular, favorecerá la decisión de excluirse voluntariamente del sistema de cada vez más personas, o por el contrario la sumisión absoluta al saber hegemónico. Hay personas que ya se presentan en determinados dispositivos con la expresión “yo soy esquizofrénico porque tengo una alteración de la dopamina”.

UN POCO DE HISTORIA DEL ART BRUT

El término *ART BRUT* se debe al pintor y teórico del arte francés *Jean Dubuffet* (1901-1985), inventado en uno de sus viajes por Suiza y Francia en el verano de 1945. Acababa de terminar la Segunda Guerra Mundial en la que habían muerto unas cincuenta millones de personas y dejaba a Europa en una profunda crisis cultural, social y política.

Como teórico del arte cuestiona el concepto tradicional de belleza y contrapone el arte cultural al arte no invadido por los estereotipos de la academia y por la asfixia de la cultura dominante. Buscaba una nueva pureza en el arte y empieza a coleccionar trabajos caracterizados por la espontaneidad.

Según algunos estudios, el nombre elegido probablemente se relaciona con el negocio vinícola de su familia. Para el champán, brut, hace referencia al más puro, al que no está adulterado. Dubuffet quiere referirse a las obras

creadas por artistas sin formación previa en este campo, artistas ignorantes de toda tradición cultural, y privilegiando la dimensión del acto creador. Lo define del siguiente modo:

“(...) Son obras ejecutadas por personas ajenas a la cultura artística, en las cuales el mimetismo, contrariamente a lo que ocurre en los intelectuales, no haya podido influir en sus autores y su orientación, en los temas, la elección de materiales, ritmos, maneras de escribir (...) no es cliché del arte clásico o de una moda artística. Apoyamos el proceso artístico puro, bruto, reinventado en su totalidad en todas sus fases por su autor, a partir solamente de los propios impulsos (...) (Dubuffet J, 1949).

¿Dónde se descubren estos artistas? Fundamentalmente en los manicomios. Allí se produce el encuentro con personas ingresadas que pintan incesantemente, compulsivamente, que no tienen ningún interés en comercializar su obra, en el reconocimiento que ello supondría y, no habían tenido contacto alguno con instituciones artísticas establecidas, es decir, son autodidactas que hacen uso de materiales y técnicas inéditos.

Para nuestro tema, es importante recordar estos dos aspectos: son pintores que pintan incesantemente y que no tienen interés en el reconocimiento. Volveremos sobre ello más adelante.

Desde 1945, Dubuffet recoge obras atendiendo a los criterios antes señalados. En 1948 funda la *Compagnie d'Art Brut* junto a André Breton (escritor y dirigente del surrealismo), Michel Tapié (pintor, crítico de arte) y otros. Entre los miembros fundadores hay artistas, pero no psiquiatras. La colección formada es muy amplia, las obras se van exponiendo en alguna galería pero sin hacer referencia a la enfermedad mental de los autores. Dubuffet y su restringido grupo de artistas e intelectuales, exponen ideas que representan un desafío al arte establecido y una provocación que fue ignorada por algunos y examinada y refutada por otros. El reconocimiento oficial llegó en 1967, con la exposición en el Museo de Artes Decorativas de París. Tras un periplo de diferentes propuestas con instituciones, la colección se instaló definitivamente en 1976 en el Chateau de Beaulieu de Lausana. Está formada, en un amplio número, por obras de enfermos psiquiátricos, generalmente esquizofrénicos. Se podría decir que el extremo “anticultural” llegaría con el futurismo o el dadaísmo, pero a diferencia de éstos, Dubuffet,

en ese momento, no recomendaba no entrar en los museos, o destruir obras, su estrategia era construir un museo que atentara contra la noción tradicional, un lugar que no recoge el canon de belleza socialmente aceptada y lo pone en cuestión (Hernández Merino A, 2000; 2009; 2010).

Dubuffet no fue el primero en interesarse en la obra realizada en los hospitales psiquiátricos. Quien realmente marca un antes y un después en este campo es **Hans Prinzhorn** (1886-1933), que en 1922 publicaba *Bildneri der Geisteskranken*, traducida al castellano, noventa años después de su publicación como: **Expresiones de la locura: el arte de los enfermos mentales** (Prinzhorn H, 2012). El libro presentaba al público la colección de obras de enfermos mentales de la clínica psiquiátrica universitaria de Heidelberg, en Alemania. Es interesante ver las láminas que aparecen en la obra. Dado que originariamente estaba escrita en alemán, mucho de lo que trascendió, en lugar de la teoría que propone el libro, fueron las imágenes, ya que muchos de los artistas de las vanguardias que tuvieron acceso a él, desconocían la lengua alemana. Prinzhorn realiza estudios de historia del arte y filosofía en la Universidad de Viena. Más tarde pasa unos años en Múnich. Tanto Viena como Múnich son dos centros de vanguardia cultural en la época. Además de conocedor de la historia del arte, era poeta, dibujante aficionado, cantante de ópera y músico de cámara. Quería dedicarse a la música, pero las crisis mentales de su mujer le indujeron a dedicarse a la medicina, que comienza a ejercer en 1919 en la Clínica Universitaria de Heidelberg. Parecía el candidato ideal para escribir un libro sobre el conjunto de dibujos, esculturas y objetos de “los alienados”, por lo que recibe este encargo. Decide estudiar las piezas de Heidelberg, unas 450, pero enseguida quiere ampliar la colección y escribe a otros manicomios solicitando material adicional. Sus cartas se dirigen a instituciones de toda Alemania, de Hungría, Holanda, Italia, EEUU, Japón. Pronto, la clínica empieza a recibir toda clase de paquetes. Consigue entre 1919 y 1921 reunir unas cinco mil piezas, realizadas entre finales del S. XIX y principios del XX, por cerca de quinientos autores distintos. Entre ellas hay dibujos, pinturas, collages, textiles y variadísimos textos. Se trata de creaciones compulsivas, hechas con escasos medios técnicos. Este material lo completa con diversas entrevistas a los pacientes-creadores. Traza un peculiar retrato del conjunto, siguiendo sus propios intereses como psiquiatra e historiador del arte.

Su texto no supone el primer intento de analizar la producción de los alienados. Otros autores que trataron el tema fueron: el médico criminólogo Cesare Lombroso (*Genio y Locura*, 1864) y Marcel Réja (*El arte de los locos*, 1907). Los paradigmas planteados en estas obras no son objeto de análisis en este trabajo. Sin embargo ninguno de los acercamientos anteriores tiene la difusión que enseguida alcanza la obra de Prinzhorn. El enfoque del libro condiciona el hecho de que haya alcanzado una influencia estética sin precedentes. Prinzhorn quiere realizar un catálogo de obras y pacientes y hallar la esencia del proceso creativo. Selecciona con sus propios criterios estéticos e ideológicos. Se puede ver en las cartas que envía a diversos manicomios, en las que pide una clase muy concreta de piezas: “*dibujos, pinturas y esculturas de enfermos mentales, que no sean meramente copias o recuerdos de días mejores, sino una expresión de la experiencia de la enfermedad*”. Obras que ilustren el concepto de locura. El autor, deliberadamente, ignora los trabajos académicos, o con excesiva perfección técnica. A través de su selección, configura un CANON ESTÉTICO, que define, a partir de ese momento, el *arte alienado*.

En su texto existe una contradicción, niega la existencia de características específicas del arte esquizofrénico, pero su selección de las ilustraciones la afirman. Las láminas del libro tienen muchas más repercusiones que el discurso escrito, sobre todo entre los artistas. La publicación se produce solo un año después de la primera monografía sobre un artista “loco”, donde el psiquiatra Walter Morgenthaler, analiza la obra de Adolf Wölfli, al que nos referiremos después. La aparición de estos dos textos casi a la vez, marca un punto de inflexión en el avance hacia una percepción individualizada y estética de las creaciones de los enfermos mentales, abriendo puertas a un nuevo campo de análisis (Ramírez J, en Prinzhorn H: *Expresiones de la locura...*, 2012).

A nivel artístico, Prinzhorn está próximo al expresionismo alemán que declara en sus manifiestos rechazar todo lo que olera a belleza, a armonía, a ideal, para centrarse en la pasión, el sufrimiento, la injusticia y la violencia. Se rechaza la composición, la perspectiva y el colorido tradicionales, para buscar una expresión personal. Querían hacer un arte emocional y directo que tradujera, sin intermediarios, sus imágenes del mundo y sus sentimientos

más profundos. Admiraban la limpieza y la inmediatez de las artes populares y las culturas primitivas puesto que consideraban que no estaban contaminadas y manifestaban los impulsos humanos básicos. Conoce personalmente a Emil Nolde (pintor expresionista alemán) y está próximo teóricamente a Aby Warburg, a quién también conoce, y a Paul Klee, entre otros.

No es extraño, por tanto, que el libro tuviera un enorme éxito, tanto en el campo psiquiátrico como a nivel de las vanguardias artísticas europeas y en el expresionismo mismo, pero también en el dadaísmo, surrealismo, etc.

Prinzhorn publica su libro en 1922 y un año antes se había constituido el llamado “Círculo de Viena”, que abogaba por una concepción científica del mundo y había sido fuertemente influido por Wiggstein (hoy se sabe que psicótico) y del que formaba parte Kurt Gödel (con importantes problemas mentales). En este momento cultural, se palpa la tensión entre lo general y lo singular: la búsqueda de una concepción científica del mundo, entre los objetivos del “Círculo de Viena, y, en el otro extremo, la búsqueda de lo más singular de cada artista en el expresionismo.

Arte Degenerado

Demos un pequeño salto en el tiempo de alrededor de una década. Entre 1937 y 1941 se organiza en la Alemania Nazi la Exposición de Arte Degenerado (“*Entartete Kunst*”), con el objetivo de demostrar la psicopatología del arte moderno. “Degenerado” no significa feo, significa degradación mental. La intención de la muestra no guardaba ambivalencia alguna, se proponía poner a la vista “el deterioro del arte”. Viajó por unas doce ciudades y alcanzó los tres millones de visitantes. Se conservan fotografías de la época y de cómo fue el montaje de la exposición. Con espíritu aleccionador, buscaba demostrar al público la “decadencia” de las producciones. Sobre las paredes se combinaron las obras de vanguardia con fotografías tomadas a personas lisiadas y dibujos realizados por “enfermos”. Las comparaciones visuales subrayaban el supuesto carácter “enfermo”, “judío” “bolchevique” e “inferior”. El lugar físico fue elegido por su falta de luz, las pinturas se colgaron sin marcos, con slogans... Una muestra paralela, se instala a unos pocos metros: la Primera Gran Exposición de Arte Alemán

que exponía los ideales estéticos del régimen en un edificio neoclásico construido para la ocasión.

Carl Schneider, catedrático de psiquiatría en Heilderberg, cede algunas de las obras de la colección Prinzhorn para la exposición de Berlín donde se exponen las obras del autor de art brut Frank Karl Buhler (Pohl), junto a las de artistas como Paul Klee, Kandinsky, Nolde, Kirchner, Marc, Kokoschka, etc. Las vidas de Pohl y Carl Schneider volverían a cruzarse en circunstancias más dramáticas, puesto que Schneider participó con otros psiquiatras en un proyecto de investigación, conocido como programa T4 que abrió la puerta a la eliminación de “las vidas indignas de ser vividas” y que acabó con la muerte de 70.000 enfermos mentales según algunos datos, según otros, fueron más. Entre los eliminados está Pohl.

Relación entre vanguardias de postguerra y hospital psiquiátrico

La respuesta post-bélica europea, ante la barbarie que habían llevado a cabo los nazis en los territorios que controlaban, fue la reivindicación de la dignidad de enfermo mental, de su humanidad y contra el determinismo biológico impuesto por ley de la época nazi. Se apela a la locura que subyace a todo arte verdadero y se llega a identificar la locura con la libertad creativa.

Cuando se libera París, el Hospital Saint-Anne comienza a hacerse célebre. Gaston Ferdière (1907-1990), poeta vinculado al surrealismo y psiquiatra, deja el Hospital de Rodez donde había tratado a Antonin Artaud y pasa al Saint-Anne empeñándose en potenciar la dimensión artística del manicomio.

Coincide que Ferdière está vinculado al surrealismo y los surrealistas están interesados por cuestiones teóricas y la posición subjetiva en la producción artística realizada en los hospitales. Como consecuencia, era frecuente ver a artistas, poetas y literatos conviviendo y comiendo con los enfermos. Entre ellos, Duchamp, Giacometti o Paul Eluard. Al mismo tiempo, pacientes del hospital exponían en las salas de La Exposición Internacional del Surrealismo.

Avanzados los cincuenta, Dubuffet, que ya había sustituido la expresión “arte alienado” por su categoría “art brut”, viaja al hospital de Heilderberg y se encuentra que las piezas están en un ático y guardadas en cajas por

una renovación del edificio. Las desembralan ante su atenta mirada y le decepcionan las piezas seleccionadas por Prinzhorn. La selección de obras realizada en los años veinte choca con su propio gusto contemporáneo. La construcción iconográfica del arte alienado de Prinzhorn está enmarcada en el expresionismo y su énfasis en lo irracional. El art brut de Dubuffet gusta del primitivismo, buscando elementos relacionados con la idea de lo “originario” del ser humano. En su segunda lectura de *Expresiones de la locura...*, ya traducida al francés (así que la teoría cobra importancia), le llaman la atención las formas sencillas y arcaizantes que en el texto se relacionan con los procesos más simples de la configuración de imágenes.

Después de varios recorridos, la colección de Dubuffet halla su asiento permanente en Lausana, que funciona como museo, a pesar de su intención contracultural. Aun así, es un lugar que se encuentra aislado de los circuitos artísticos habituales, en una explícita voluntad de segregación (Ramírez J, en *Expresiones de la locura*, 2012).

No podemos terminar este breve repaso histórico sin recordar a Leo Navratil (1921-2006). En la Alemania y Austria post nazi se produce un movimiento de rehabilitación moral de la locura que reivindica la dignidad de la locura y la fuerza expresiva de la pintura de los enfermos mentales, se va a descubrir un arte alternativo. A los 25 años, en 1946, se incorpora como psiquiatra al Hospital vienés María Gugging. Comienza utilizando el dibujo de los pacientes como instrumento diagnóstico y facilita esta actividad por considerarla con valor terapéutico. En 1965 publica *Esquizofrenia y arte* en donde concluye que “en la esquizofrenia el artista es la psicosis”.

Si la mirada al arte de los enfermos mentales en los años cincuenta está relacionada con una peculiar vuelta a la figuración, en los sesenta, tiene que ver con la psicodelia y la cultura de los alucinógenos, además de con el movimiento hippie y su atracción por la figura *outsider*. Harald Szeemann, es director de la Galería de arte de Berna, cuando en 1963 emprende un viaje a Heidelberg, donde contempla las obras que habían regresado de nuevo a su embalaje, al altillo de la clínica. Elige las que más le gustan y se las lleva. Años después, contó su asombro, ante la disponibilidad de una colección así, que se hubiese podido llevar sin inventario, ni rendir cuentas a nadie. Selecciona 250 obras y las expone en un centro de arte convencional,

la osadía de la propuesta se puede leer en la irritación de la prensa, y en la reticencia generalizada a que ese tipo de piezas se presenten en los lugares del “arte”. El hecho de que esta muestra se llegase a celebrar fue decisivo para el legado de Prinzhorn. Empieza así la valoración actual, que implica la consagración paulatina del *arte de los locos* como una posible subparcela, para algunos, del arte contemporáneo, dedicada a la creación en los márgenes.

ARTE, MANICOMIO Y PSICOSIS

En los manicomios, hubo y hay artistas, aunque no todo el arte producido en los manicomios y hospitales psiquiátricos se puede encuadrar dentro del controvertido término Art Brut, tengan sus autores el diagnóstico de psicosis o no. Las personas ingresadas en un manicomio y con diagnóstico de psicosis, pueden acabar produciendo Art Brut, arte o nada. En todo caso, el Art Brut se sitúa en la intersección entre *arte, manicomio y psicosis*. Entonces, con el objeto de situar este difícil “estilo”, presentaremos algunos autores y cuadros.

Un paciente que estuvo ingresado en el hospital psiquiátrico, un día, entra en el despacho y mirando los cuadros que estaban colgados en la pared, dice: –“esto lo pintó un esquizofrénico”. –“¿Por qué dices eso?”. –“Porque yo lo sé. Porque cuando yo estaba esquizofrénico pintaba así. Sólo podía pintar así”.

Él seguía esquizofrénico y muy delirante, pero ya no pintaba con ese “estilo”. Es muy bueno, podría ganarse la vida pintando, posiblemente.

Primera conclusión: hay situaciones subjetivas en la esquizofrenia que marcan límites a las posibilidades de representación dentro de los cuales situamos el Art Brut. Pero la esquizofrenia como tal, como cuadro clínico, permite otras posibilidades más allá del Art Brut.

Es muy interesante el caso de *Louis Wain* (1860-1938). Un caso que no se ajusta a la clásica definición de artista brut puesto que tiene formación académica, pero a partir del desencadenamiento de la psicosis, su pintura tuvo esa deriva, para nosotros brut. Louis estudió en la West London School of Art y eventualmente se convirtió en profesor de dicha escuela por un breve

período de tiempo. Pronto renunció a su puesto de profesor para convertirse en un artista independiente donde alcanzó un éxito considerable. Se especializó en la elaboración de dibujos de animales y escenas campestres. Cuando su esposa enfermó de cáncer, tan solo tres años después de la boda, la entretenía con bromas en las que hacía participar al gato de la familia al que le ponía gafas, etc. Fue entonces su mujer quién le sugiere que pinte gatos con gestos humanos, gatos que ríen, practican el golf, conducen, fuman, juegan a las cartas... Cuando su esposa fallece, probablemente se inicia la descompensación psicótica de nuestro protagonista. Louis malvendió todas sus ilustraciones, se quedó sin hogar, y se embarca en un viaje a Nueva York para buscar fortuna que no sirvió sino para dejarlo más arruinado. Finalmente volvió a su tierra natal, desmoralizado y hundido. A los 57 años le diagnosticaron esquizofrenia. Cuando sus hermanas, que lo habían acogido, se dieron cuenta de que ya no podían con sus problemas, lo ingresaron en el ala de pobres de un hospital mental. Afortunadamente el mismísimo Primer Ministro (David Lloyd George) descubrió su situación y lo trasladó al Hospital Real de Bethlem, donde muchos gatos tenían su hogar en los enormes jardines, y Wain volvió a encontrar su inspiración... pero su arte empezaba a cambiar conforme su enfermedad mental progresaba.

Conclusión: un artista con formación académica que evoluciona hacia las situaciones clínicas a las que antes nos referíamos, pinta dentro de los límites que tal situación le permite. Como muestra, la evolución de sus dibujos más conocidos: los gatos.

Adolf Wölfli se considera un psicótico que recibió el calificativo de artista. Sería el paradigma de artista de Art Brut. Nació en 1864 en el cantón de Berna, en Suiza. Ingresó en 1895 en el Hospital psiquiátrico de Waldau, Berna, con 31 años y una sintomatología claramente psicótica. Permaneció en el hospital hasta el momento de su muerte en 1930. En 1899 un psiquiatra le proporcionó un lápiz, y esta acción fue determinante, empezó a dibujar de forma espontánea rellenando papeles y más papeles con complejos y sofisticados dibujos. En consecuencia, decidieron proveerle de dos lápices semanales en caso de buen comportamiento. Gracias a este hecho fortuito, un jornalero semianalfabeto, con escasa o nula experiencia del arte, empezó a dibujar espontáneamente y es considerado hoy en día como

el más grande artista psicótico de la historia, con una obra que engloba unos 25.000 papeles, dibujos y diseños de increíble densidad. En 1907 comenzó a escribir su biografía que ocupa 25.000 páginas encuadernadas por él mismo distribuidas en 45 tomos.

Conclusión. La pintura no limitó sus síntomas psicóticos significativamente. No sabemos en qué grado los atenuó.

Yayoi Kusama. Reconocida artista, nace en Japón en 1929. A la Edad de 10 años, cuenta en distintas entrevistas, tuvo una experiencia inaugural de su psicosis que está traducida en la Wikipedia de esta manera: *“Un día estaba viendo el patrón de flores rojas de un mantel en la mesa, y cuando miré hacia arriba vi el mismo patrón cubriendo el techo, las ventanas y finalmente sobre todo el cuarto, mi cuerpo y el universo. Sentí como si me hubiera empezado a autodestruir, a dar vueltas en el infinito del tiempo y lo absoluto del espacio, mientras me reducía a una nada. Cuando me di cuenta que estaba sucediendo realmente y no sólo en mi imaginación, me asusté. Sabía que tenía que huir por la amenaza de ser privada de mi vida por el hechizo de las flores rojas. Subí las escaleras corriendo con desesperación. Los peldaños debajo de mí comenzaron a desmoronarse y me caí de las escaleras, torciéndome el tobillo”.*

Relata cómo, también a esa edad, aparecen puntos o la deformación de los objetos de su alrededor. Ya de niña, realiza un retrato de su madre cubierto de puntos sobre el rostro. A los 28 años, se va a EEUU donde vivirá hasta los 44, que regresa a Japón para continuar con su obra. Una de las más conocidas es *Peep Show*, que combina los “puntos” con su propia imagen en relación a un juego de espejos que funciona como una máquina óptica de fragmentación. La muerte de un amigo y de su padre después, la llevarían a un intento de suicidio. Todo ello desembocaría, por decisión propia, en el establecimiento de su residencia en una institución psiquiátrica desde donde va a trabajar a su taller situado muy cerca del centro. Esta estancia voluntaria continuaba en el 2016, según el trabajo de investigación consultado (Toro, K, 2016).

Conclusión: Una persona diagnosticada de esquizofrenia ejerce como artista, se presenta y reconoce como tal.

En resumen, el “estilo” Art Brut está asociado fuertemente a la psicosis,

como aspecto subjetivo de los artistas, y también a los manicomios como lugar físico por el que pasan las personas con este diagnóstico. Pero no todos los psicóticos pintan, ni cuando lo hacen pintan con dicho “estilo”. Y algunos hacen arte considerado como tal por la cultura.

Por otra parte, artistas con diagnóstico de psicosis se las arreglan para evitar el desencadenamiento, o el ingreso, haciendo Art Brut o directamente arte.

Yayoi es un caso particular, que teniendo un diagnóstico de psicosis y haciendo arte, decide ingresar en un hospital psiquiátrico.

COLECCIÓN DE TOÉN. MIRADA Y VOZ

En el Hospital psiquiátrico Dr. Cabaleiro Goás, situado en Toén, Ourense, había cuadros, dibujos, arcillas, tallas... Algunas piezas se encontraban en las paredes de las estancias del hospital: pasillos, salas o despachos. Muchas en los espacios de los talleres, apiladas, apoyadas unas sobre otras, cuyo factor de almacenaje parecía ser el factor tiempo de llegada a ese lugar. Las más antiguas, colgadas en las paredes de ese último espacio que ocupó el taller de artes plásticas. Otras obras aparecieron en almacenes de utensilios de limpieza, de mantenimiento, apoyadas detrás de mobiliario de zonas ya en desuso, como vestuarios o baños, armarios antiguos, en zonas no visibles y apenas transitadas.

Ese encuentro con las piezas, junto con el anuncio de que se iba a producir el cierre de Toén y traslado al otro hospital en Piñor, en el 2012 (Gómez, M.J. 2011; 2013), fue lo que precipitó la puesta en marcha de todo el trabajo de búsqueda, limpieza e inventariado realizado conjuntamente con Martín Estévez Abad, el terapeuta ocupacional del hospital y apasionado del arte.

Sobre la descripción de las observaciones y trabajo de investigación sobre la historia de los talleres del hospital (Cibeira, A. 2009) se pudo concluir que durante los primeros años del hospital, lo más frecuente eran los trabajos espontáneos: en las historias clínicas del archivo histórico, aparecen escritos y dibujos en trozos de papel higiénico de la época, en papel de estraza, hojas de evolución clínica, hojas sueltas de cuadernos... aparecen más esbozos y bosquejos que obras completamente terminadas, a diferencia de lo que ocurre en el taller. Algunos pacientes pintaban por iniciativa propia múltiples

temáticas: mundos alternativos, inventos, máquinas estrafalarias...

Se ha documentado que varios fueron los clínicos que impulsaron el desarrollo expresivo de los pacientes. El Dr.



IMAGEN I

Leopoldo de Castro merece una mención especial, estimulaba al psicótico a la producción de escritos, dibujos... que utiliza tanto para el diagnóstico, como se ve en los análisis de sus “manigrafismos” que aparecen en sus notas clínicas, como su uso con un fin terapéutico en sí mismo. De su ingente labor archivística y clasificatoria

tenemos la colección de más de doscientos dibujos de sus pacientes fechados entre 1972 y 1973.

Otros trabajos eran fruto de la interacción con un espacio y tiempo determinados, dirigidos y organizados por el maestro de taller. Unos en serie (ceniceros, bandejas...), otros más personales, como los modelados en barro o los óleos sobre lienzo de temática libre.

Algunas obras son de pequeño formato, hay dibujos y piezas de arcilla (entre las que destaca la colección de cabezas) que son casi miniaturas [IMAGEN I]

Otras colosales, de gran tamaño, retratos ecuestres, de reyes, soldados...

Hay autores que desarrollaron su obra a lo largo de décadas; obras con un sello personal, cuya huella permite distinguirla. Uno de ellos, del que hablaremos en el siguiente epígrafe, se conserva una importante cantidad de obra. Presentaremos, de forma pormenorizada, dos de sus cuadros. Sus obras van desde los años 70 hasta los 2000.

Está también el incondicional adlátere, incansable que diariamente se entrega a su trabajo de ayuda y colaboración con los maestros de taller. En este caso es el espacio y no la obra lo que le sostiene y le nombra.

O todo un referente en el uso de material reciclado, lo podemos ver en las pipas que elaboró el autor, de las que no se separaba. EPOC severo, por un lado es lo que le mata, por otro lo que mantenía el deseo...

Firmaba o no firmaba, una mujer hiperproductiva, dibujaba “pagarés” que entregaba como regalo a cualquiera que le dedicase un mínimo de escucha.

Su aspecto, como su apodo señorial “la marquesa”, digno de sus extravagantes vestidos; todo sobresalía en ella, incluso durante los ingresos en la unidad cerrada en la que vestían con uniformes. Sus dibujos coloridos, hechos de un tirón pero trabajados al detalle, se sucedían uno tras otro, su número ilimitado, al igual que los “pagarés”.

Se constituye un grupo de trabajo que profundiza en el estudio de locura y creatividad, tema tratado desde los clásicos y de plena actualidad. Nuestro interés por el controvertido Art Brut, por sus aspectos teóricos y expositivos... nos ha hecho decidir el uso de ese término en este momento, para dar cuenta de esa relación arte, manicomio y locura. A través del Art Brut y de la Colección se puede, aprender de la clínica. Nos interesa la presencia que el arte o la posibilidad de expresión artística ha tenido en las instituciones psiquiátricas europeas, españolas y en Galicia y en particular los diversos enfoques desde los que se fue abriendo, en estas instituciones, en un espacio para la subjetividad. Hemos querido recuperar, conservar, documentar y dignificar las obras. En proyecto está exponerlas de forma permanente y darlas a conocer. Dar voz a generaciones de pacientes de las instituciones manicomiales que dejaron en sus producciones la única huella de su subjetividad.

Los dos cuadros

A propósito de dos obras de uno de los autores de la Colección, hablaremos de dos cuestiones cruciales de la psicopatología: la mirada y la voz.

En uno de los cuadros vemos a alguien tapándose los oídos y, en el otro el rostro de una persona con esa mirada vacía, enigmática.

No hace falta haber estado mucho tiempo en cualquier dispositivo de salud mental para saber que la actitud de taparse los oídos corresponde a la presencia, en ese momento, de las llamadas “alucinaciones auditivas”. Tampoco hace falta mucha experiencia clínica, es decir, haber escuchado a muchos pacientes, para estar al tanto de que la esquizofrenia se acompaña de la certeza de estar vigilado.

Es una cuestión interesante, en cuanto en el Art Brut aparecen representaciones de estas presencias y el acto creador les puede poner un límite.



IMAGEN II



IMAGEN III

Mirada y voz:

La mirada no es la visión. La vista, el ver, se estudia en oftalmología, en neurología, en psicología, etc., como formando parte de un proceso en el que se diferencian etapas como sensación, percepción, conciencia, representación. Se puede cuantificar su pérdida y sus alteraciones. Tenemos problemas en este campo como la miopía o el astigmatismo, etc.

La mirada es otra cosa, la mirada es soporte de deseo. Podemos evocarla en diferentes contextos: Si digo “vi a María en el parque”, eso no da frío ni calor; pero si digo “María me miró en el parque”, faltará tiempo para que algún amigo comente “¡ya sabía yo, que ahí había algo!”.

Pero no es necesario que haya alguien en el parque para sentir la mirada. Si paseamos al atardecer, aunque el parque esté solitario, a partir de cualquier ruido, se nos puede imponer la sensación de que alguien está al acecho, que nos vigila.

No ya en el parque, en el arte, Balthus, que es un gran pintor pero no de Art Brut, presenta en sus cuadros esta escisión entre la vista y la mirada. En su conocido cuadro *El dormitorio*, la ventana abierta evoca una mirada escondida, una mirada entre el deseo y el goce.

Por otra parte, todos sabemos que algunas veces se hace difícil en un lugar como este, a pesar de que a vosotros se os vea tan tranquilos y tan poco

peligrosos, evitar la sensación, para el protagonista de la charla, de una mirada inquisidora, cuestionadora, que puede resultar paralizante.

Concluyendo, ver no es mirar y el ojo no es siempre el soporte de la mirada. Algunas veces sí, y una mirada puede aparecer como un gesto, que dentro de un sistema cultural determinado, puede ser leído como significando tal o cual deseo, o tal o cual actitud, pero también hay miradas ciegas, miradas enigmáticas que cuando caen sobre nosotros no sabemos qué quieren. En ese caso, aquel que las recibe sólo puede preguntarse “¿Qué me quiere?”. Pregunta qué me quiere porque en la mirada siempre está presente un deseo. Las personas invidentes llevan gafas oscuras, una mirada ciega, angustia, ellos son muy respetuosos con nosotros, nos cuidan con ese gesto de las gafas.

Pero estamos hablando de la mirada en un sujeto “normal”. ¿Es así en la psicosis? ¿Es así para el autor de nuestros cuadros? El cuadro en el que aparece esa mirada, ¿tiene algo que ver con lo que estamos hablando?

Mirada y voz en la psicosis

La mirada, en los contextos que comentamos, siempre se detiene en nuestra imagen que de esta manera hace de pantalla, oculta nuestra intimidad. En la psicosis irrumpe en lo más íntimo de cada sujeto, y desde el infinito lo ve todo. Si en nuestro paseo por el parque podemos tener la sensación de que alguien nos mira, en la psicosis no es la sensación de sentirse vigilado, sino la certeza de ser observados, vigilados, en lo que uno desea, en lo que va a desear, y esa persona ve esa mirada que lo vigila. Esa mirada quiere algo... aunque no se sabe lo que quiere. El sujeto psicótico es un sujeto pasivo de esta experiencia, pero está preocupado por lo que pasa. Su vida o su muerte subjetiva es lo que está en juego. Además, esta experiencia no está en su mano suprimirla, pararla voluntariamente. Podemos decir que en esta situación, el sujeto psicótico ocupa un lugar de objeto de goce de aquel que mira.

Pasa lo mismo con la voz.

Esta situación subjetiva, por otra parte, altera y distorsiona todo el proceso de representación de la realidad que la medicina sitúa al final del proceso

de sensación, percepción, conciencia. Un proceso que considera de forma independiente a la dimensión de la mirada. Por el contrario, lo percibido se desorganiza y las flores del mantel de Yayoi se suben por las paredes.

Como resumen, podemos decir las cuestiones fundamentales que planteamos ocurren en un sujeto con psicosis:

El orden simbólico a partir del cual se representa el mundo, cae. Un paciente intentaba demostrar que era hijo de su padre enseñando el carnet de identidad de ambos.

La significación de lo que vemos se pierde (una persona escuchaba el canto de un pájaro que había escuchado toda la vida y no era capaz de asociar ese canto a nada y eso resultaba inquietante).

La imagen del cuerpo, el pensamiento y los propios órganos del cuerpo adquieren autonomía.

La sensación de muerte subjetiva no falta, como en el caso de Yayoi.

La relación con el mundo se rompe. No es el desapego por las cosas que nosotros podemos sentir en momentos en los que estamos preocupados en nuestra intimidad por cuestiones de diversa índole. En la psicosis, un abismo entre el sujeto y el mundo se abre; este proceso mismo lo expulsa del mundo compartido. El “nosotros” deja de funcionar, es el fuera de discurso.

De la respuesta a esta situación, aunque no es igual en todas las personas, podemos extraer las claves para entender lo que ya habían observado los autores interesados en el Art Brut:

1. Actividad incesante

Decimos que la respuesta no es igual en todas las personas. Algunas quedan perplejas, petrificadas durante años. Mayoritariamente, en el contexto citado, hay todo un esfuerzo incesante, por ponerle nombre al sujeto de esa mirada, incluso de ponerle cara y por elaborar una respuesta a la pregunta “¿Qué quiere de mí?” que decíamos antes. Un esfuerzo por evitar la angustia que la situación produce. Muchas veces, la respuesta tiene un carácter delirante como intento de dar sentido a un real sin-sentido. No importa que este delirio se manifieste en un discurso o en una representación plástica, en un cuadro. Wölfli es el paradigma.

Algunos inventan, crean. Y al inventar no sólo se reenganchan al mundo, sino que al mismo tiempo recuperan un lugar como sujetos, excluyendo simultáneamente esa mirada invasora, así como el lugar de objeto en el que se encontraban en relación con ella. Es de esta manera que tiene sentido ese precioso poema de Rilke *“La belleza no es sino aquello que podemos admirar y soportar en tanto oculta lo terrible, aunque sea en el límite de evocarlo”*. Creemos que el caso de Yayoi es coherente con esta situación.

2. Desinterés por el reconocimiento social (fuera de discurso)

Pongámonos en situación, imaginémonos a tal artista de Art Brut trabajando incansablemente en su taller de pintura. Su interés es inventar una respuesta a esa mirada angustiadora que irrumpe en su intimidad que pone en cuestión su existencia subjetiva que puede llegar a desorganizarlo, que puede llevarlo a la muerte subjetiva que no a la biológica. No tiene por tanto ningún interés en elaborar un mensaje crítico con la cultura, en transmitir un mensaje. El pivote de su trabajo es esa mirada, no la cultura, no la sociedad.

3. Esta actividad incesante y el desinterés por el reconocimiento había sido remarcada por los estudiosos del Art Brut. Las obras de Art Brut seleccionadas como tales, lo fueron de entre aquellos artistas que pintaban incesantemente sin ningún interés por el reconocimiento y para Prinzhorn, los pacientes crean por una necesidad, no exigida por ninguna otra cosa que no sea una **urgencia interior**.

Navratil afirmaba que *“la creación artística –junto a las teorías filosóficas o la poesía– formaba parte del intento de darse cohesión interior un individuo que se encuentra despojado de toda seguridad por la psicosis. Para él se trataba de un esfuerzo inaudito que debe entenderse como la lucha de un hombre que se encuentra en peligro. El verdadero artista, cuerdo o loco, trabaja como si fuera una cuestión de vida o muerte”*. Quizás habría que añadir, que con diferentes recursos subjetivos.

LA CUESTIÓN DEL ESTIGMA

Estigma es una palabra griega utilizada para referirse a signos corporales que se marcaban a fuego o a cuchillo en el cuerpo y anunciaban que el portador era esclavo, delincuente, traidor o una persona manchada a la que había que evitar, especialmente en lugares públicos.

A partir de la publicación del libro de H. Prinzhorn, la relación entre las obras de los que crean en los manicomios de la época y las vanguardias fue intensa hasta mediados del S. XX. Se hicieron exposiciones conjuntas y los artistas visitan los manicomios. Distintos movimientos de vanguardia, de forma azarosa, encuentran en las representaciones del manicomio inspiración y elementos para la construcción de ese nuevo lenguaje. La consecuencia es que artistas de primer nivel valoran las producciones del manicomio como nuevas forma de arte.

Toda esta labor, que hoy podríamos llamar de integración social, ¿en que afectó a los autores de Art Brut? ¿Se despertó en ellos el interés por el reconocimiento social? ¿Pasaron de una reclusión manicomial a ser las estrellas? Habría que ver caso por caso, y hay excepciones, pero en general creemos que no fue así.

Creemos que los autores del manicomio siguieron mayoritariamente sin establecer un lazo social sólido con el mundo, siguieron fuera del discurso del arte, solos. Siguieron fuera de la categoría del “nosotros”, produciendo incesantemente, compulsivamente, pero no para el mercado artístico, sino para elaborar de una manera personal una respuesta a lo que los invade. Es el mercado artístico, la cultura la que va allí, le da un valor a partir de sus propias concepciones y saca las obras del manicomio y las lleva al museo, pero, de modo general, ellos no van a la sociedad.



La actitud de estos artistas va en la dirección contraria al estigma y sin embargo no soluciona el problema del aislamiento en la psicosis, lo cual nos da una idea de los límites de determinadas intervenciones, de la dificultad de las mismas.

PALABRAS SOBRE ARTE Y ART BRUT

Cuando utilizamos aquí la expresión “arte” podemos referirla tanto al proceso creativo y sus consecuencias sobre el **artista, el creador** (directas o mediadas por el mercado), como a la relación del objeto artístico con el **espectador**, con la cultura, el mercado, etc. Nosotros vamos a centrarnos fundamentalmente en el primer aspecto: **arte-creador**.

Durante mucho tiempo, en el campo del psicoanálisis, se intentó interpretar el inconsciente del artista a partir de la obra de arte (ejemplo Freud-Da Vinci). Desde la enseñanza de Lacan el planteamiento es otro: el psicoanálisis no se puede aplicar al arte, sino que se trata de saber lo que el arte puede enseñar al psicoanálisis. El arte, como respuesta singular –no sintomática– a los tropiezos de los que hablábamos al principio, que comienza donde lo que no puede ser dicho, puede ser mostrado, incluso exhibido. Lo que no puede ser dicho, no es porque esté prohibido, sino porque no hay palabra que sea capaz de simbolizar totalmente un dolor traumático que se presenta como demasiado denso. En este aspecto, el arte puede ser una manera de tratar lo imposible de soportar, en tanto la invención artística supone un vaciado de ese dolor a cuyo lugar viene la obra de arte. Lo central del arte es una ausencia, un vacío, que vale en tanto ese goce, ese dolor, se pierde. El arte se construye en torno a ese vacío de goce.

Ahora bien, aquí planteamos que los procesos subjetivos implicados en el Art Brut y en el arte son distintos:

En el Art Brut se trata de dar sentido, a través de esa actividad, a una invasión de dolor sin sentido, de vaciar el cuerpo de tanta angustia y dolor, de constituir un vacío, sin lograrlo.

En el arte, se trata de crear o inventar algo alrededor de ese vacío, que ya está, o se construye en el mismo proceso de invención como en el caso de Yayoi.

La tesis sería: que el Art Brut, como tal, es representación de una presencia, no invención de un objeto en torno a una ausencia. Para ilustrar eso, podemos referirnos a lo que aparece en la bibliografía como una de las características del art brut, “**el horror al vacío**” de sus autores. Las telas se llenan totalmente y cuando en las hojas de papel queda algún espacio sin dibujar, esas partes se rompen, etc. La obra de Wölfli o de la Suiza de Lausana Alöise Corbaz (1886-1964) sería ilustrativa de esto.

Hay otro aspecto interesante en la relación arte-artista, que nos permitiría seguir dando cuenta de las diferencias: la **relación de la mirada al cuadro en el acto de pintar**. Lacan plantea que el pintor pinta con la mirada y, en cada pincelada se desprende de la mirada como se podría desprender un pájaro de sus plumas. ¿Pasa esto en un pintor de Art Brut? ¿El autor de nuestro cuadro se desprende de la mirada que lo vigila? Muy probablemente no.

Yayoi, como otros sujetos con diagnóstico de psicosis, ante la perplejidad que le provocan experiencias subjetivas de esta índole, sostenidas en una insondable decisión, son capaces de sustraerse al efecto de perplejidad, angustia, muerte y dolor que le provocan unos puntos, unas flores y hacer de esos mismos motivos algo bello.

Cuando esto se produce, no sólo se puede lograr cierta organización subjetiva que anteriormente estaba perdida, sino que también aparece el interés por dirigirse al mundo, en buscar algo en el mundo que echan en falta. Pero echar algo en falta, es un paso enorme. Es la base para desear, para constituir un lazo social, para buscar el reconocimiento, incluso. Y para eso es necesario que se haya constituido un vacío previamente.

El mercado puede decidir que cualquier objeto desplazado de su uso común y colocado como absoluto, es arte. Es coherente además con la definición de sublimación freudiana y lacaniana que consiste en definirla como el proceso de colocar un objeto en el lugar del vacío constitutivo de la subjetividad (Das Ding).

Si bien podemos situar un cuadro como impresionista desconociendo totalmente a su autor, no podemos hacerlo así con un cuadro de art brut. Para situar un cuadro dentro del art brut necesitamos tener en cuenta el binomio **autor-cuadro**. Sólo en esa relación es posible realizar hipótesis de qué papel juega la pintura en la economía subjetiva del autor; un autor, en principio psicótico. Y aquí se abre una nueva línea de análisis, puesto que un sujeto psicótico puede realizar art brut sin por ello conseguir la estabilización (el caso paradigmático es Wölflí) o puede realizar arte con efectos subjetivos de estabilización (caso Yayoi). Las consecuencias en ambos casos son radicalmente distintas: en el primer caso seguirá sin constituirse un lazo social, sin ninguna apertura del deseo en relación al Otro y en el segundo, todo ello será posible.

Para finalizar nos gustaría señalar: ¿qué ocurre hoy en día? ¿Es algo pasado de moda el art brut? ¿Por qué traemos aquí algo casi decimonónico? ¿Y ese empeño en la puesta en valor de unas piezas amontonadas, llenas de polvo, apartadas en un antiguo hospital?

Empezaremos por decir que en ese caos inicial, en el contexto del cierre de Toén a Piñor... ahora podemos entender que en aquella mudanza... no pudimos dejar abandonadas... lo que otros consideraban desechos. Se hubieran salvado algo más de un centenar de piezas de gran formato que estaban en el taller... no el resto... hasta el millar que forman parte hoy de la Colección. Estas obras, las leemos como la esencia de la subjetividad... y lo más singular de los que allí estuvieron ingresados desde 1959.

En el s. XXI, comienza una proliferación de talleres creativos relacionados de una u otra forma con la enfermedad mental, muchos de ellos fuera del ámbito de la psiquiatría y algunos con una política de promoción de sus autores, lo que trae como consecuencia un cambio en el mercado del arte en relación con ese tipo de obras que supone una revalorización económica; lo cual no deja de suponer una cierta revalorización de la locura como pasaporte al éxito de ventas. Este planteamiento vuelve a abrir varios debates, entre ellos, el nunca cerrado, sobre la relación locura y creación (Cagigas A, 2011).

El arte contemporáneo, hace que hoy en día se dé una interacción y una mezcla que desdibuja todas las fronteras entre éste y el arte psiquiátrico. Desaparece el arte asilar como tal, y por otro lado, se presta mucha atención a las producciones artísticas marginales, borrándose las categorías y conviviendo autores “cuerdos” que retratan la locura como tema, autores que imitan el mecanismo de la enfermedad mental para concebir su propia obra, autores “locos” insertos en la dinámica del mercado del arte... como os hemos ido mostrando con los casos paradigmáticos que hemos seleccionado.

Se podría decir que desde el punto de vista de la obra de arte y de las producciones, las clasificaciones pasan hoy en día, a un segundo plano, se borran las fronteras entre autores brut y no-brut, sin embargo, nos interesan porque como hemos ido explicando, los procesos subjetivos que subyacen, son diferentes.

Utilizamos las palabras de José María Álvarez para finalizar:

“Ignoramos la quintaesencia de la creación, aunque conocemos el papel equilibrante que ella desempeña en la locura. Ese es el punto de vista que interesa al clínico, quien antepone la función balsámica que le aporta al afligido, a la calidad o valor artístico que la obra pudiera poseer. Muchos se confían a la creación, se vuelven inventores, creadores, artistas. Pretenden aliviar su penar, detener su errancia, reducir a murmullo el avispero de las voces, llevar a su terreno el delirio desgovernado, insuflar un aliento de vida a su devastada existencia. La creación, sea a través de la escritura, del delirio, o de lo que sea, tiene numerosos componentes de desigual valor, pero de decisiva aportación: entretener; introducir un orden en el caos de la locura; tener un proyecto en el que trabajar y abrirse al futuro; hacerse un nombre; transmitir una verdad y ocultarse tras la ceguera de esa verdad; reequilibrar el exceso de goce; aplicar emplastos de palabras al mayúsculo desorden del lenguaje; posponer el paso al acto; plasmar los ideales de bondad que contrabalancean la maldad absoluta del Otro; mostrarse para ocultarse; tener la compañía de la soledad. (...) Escribir, (dibujar, esculpir), delirar comparten, desde el punto de vista de la función, algunos aspectos tocantes a la reconstrucción personal y universal del ser humano“. (Álvarez JM, 2018)

Recordemos una de las cuestiones planteadas al principio del texto: un sistema sanitario organizado a partir de un discurso que dé lugar a la dimensión subjetiva posibilitará la invención de cada uno, aunque no todos tengan éxito de utilizarla, o no todos la utilicen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁLVAREZ, J. M. “Locura y creación” en *Hablemos de la locura*, Barcelona, Xoroi Ediciones, 2018.
- CAGIGAS, A. *Arte demente*. Del lunar, Jaén, 2011.
- CIBEIRA, A.; SIMÓN, D. “1959-1990. La Colección del Hospital de Toén. Ourense”. En: Hernández Merino, A. Piqueras, N. *Pinacoteca psiquiátrica en España. 1917-1990* (Catálogo de la exposición). Universitat de Valencia, 2009, p. 280-285.

- CIBEIRA, A, SIMÓN, D. "Pinacoteca psiquiátrica: 1959-1990. La colección del Hospital de Toén". *SISO/SAÚDE* 2009, n° 48-49, p. 175-189.
- DIDI-HUBERMAN, G. *Lo que vemos, lo que nos mira*. Manantial. Buenos Aires. 1997
- DUBUFFET, J. "L'art brut préféré aux arts culturels" [1949], en *Prospectus et tous écrits suivants*, t. II, París, Gallimard, 1967.
- FAUCHEREAU, SERGE (Ed): *En torno al Art Brut*. Círculo de Bellas Artes, Madrid, 2007.
- GÓMEZ RODRÍGUEZ, MJ, CIBEIRA, A. Y COLS. "Dossier sobre el Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense). *Revista Norte de Salud Mental*, 2011, vol. IX, n° 39: 117-126.
- GÓMEZ RODRÍGUEZ, MJ, CIBEIRA, A. Y COLS "Galicia: del traslado a la reforma. Toén: la historia se repite...muchos años después", en *Razón locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el S. XXI*. Madrid, AEN, 2013, p. 541-551.
- HERNÁNDEZ MERINO, A. (2000). *De la pintura psicopatológica al arte como terapia en España (1917-1986)*. (Tesis doctoral). Facultad de Bellas Artes de la Universidad Politécnica de Valencia.
- HERNÁNDEZ MERINO, A, Piquerías, N. *Pinacoteca psiquiátrica en España. 1917-1990* (Catálogo de la exposición). Universitat de Valencia, 2009.
- HERNÁNDEZ MERINO, A. Pinacoteca psiquiátrica en España, 1917-1990. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, Vol. 5 (2010): 73-92
- LACAN, J. Seminario 7. *La ética del psicoanálisis*. Paidós. Buenos Aires, 1988. (Clase IV, V, VII, VIII, IX, XI).
- LACAN, J. Seminario 11. *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós. Buenos Aires. 1987. (Clase VI, VII, VIII y IX).
- LACAN, J. Seminario 13. *El objeto del psicoanálisis*. (Inédito). Clase 16 del 4 de mayo de 1966; Clase 17 del 11 de mayo de 1966; Clase 18 del 18 de mayo de 1966; Clase 19 del 25 de mayo de 1966.
- LACAN, J. "Lituratierra" en *Otros Escritos*. Paidós, Buenos Aires, 2012.
- MILLER, J.A. *Los signos del goce*. Paidós. Buenos Aires. 1988.
- NAVRATIL L. *Esquizofrenia y arte*. Barcelona, Seix Barral, 1972.
- NOMINÉ, B. *El marco del fantasma y el lienzo de la identificación*. Ediciones Litoral. Conferencias en San Sebastián de 1990-1991.

PRINZHORN, H. *Expresiones de la locura. El arte de los enfermos mentales*. Madrid, Cátedra, 2012.

RAMÍREZ, J. "Introducción", en PRINZHORN H. *Expresiones de la locura. El arte de los enfermos mentales*. Madrid, Cátedra, 2012.

TORO ARANDA, K. (2016). *Del síntoma al sinthome*. (Tesis doctoral). Facultad de Filosofía, Universidad Complutense de Madrid.

FUENTES:

Historias clínicas del archivo histórico del Hospital Dr. Cabaleiro Goás. Números 1 a 1004 (1959-1988).

Archivo Art Brut inventario Colección Toén-Piñor. Pinturas HToP 1-266. Catalog. 136-394; 395-415.

Archivo Art Brut inventario Colección Toén-Piñor. Esculturas HToEs 1-87. Catalog. 1-87; 393-395.

IMÁGENES

I. Colección Toén-Piñor. Fotografías inventariado. HToP 2012.

II. Óleo sobre lienzo. 44.50*32. Colección Toén-Piñor. HToP27 (catalog. 162).

III. Óleo sobre tabla. 48.50*43. Colección Toén-Piñor. HToP22 (catalog. 157).

El autoritarismo científico en Medicina

Ponencia presentada en el XIV Congreso Internacional de Bioética
Madrid. Octubre de 2019

Javier Peteiro Cartelle

Jefe de sección de bioquímica. CHUAC A Coruña
Doctor en medicina

Correspondencia: javierpeteiro@gmail.com

RESUMEN

Existe un autoritarismo científico en Medicina derivado de una confusión y colisión frecuente de dos miradas distintas, la científica y la clínica.

La mirada científica considera al sujeto como objeto susceptible de una aproximación mecanicista y como individuo muestral en estudios estadísticos de los que deriva la Medicina basada en la evidencia.

Esa mirada es útil solo en la medida en que respeta la mirada singular, caso por caso, que corresponde al encuentro clínico.

Por bondadosa que la ciencia sea para el desarrollo de la Medicina, el ejercicio de ésta descansa siempre en una relación transferencial en la que el saber científico debe facilitar la actuación compasiva inherente a la vocación médica.

ABSTRACT

There is a scientific authoritarianism in Medicine derived from a confusion and frequent collision of two different perspectives, the scientific and the clinical one.

The scientific view considers the subject as a susceptible object of a mechanistic approach and as a sample individual in statistical studies from which evidence-based Medicine derives.

That look is useful only to the extent that it respects the singular look, case by case, corresponding to the clinical encounter.

As good as science is for the development of Medicine, its exercise always rests in a transference relationship in which scientific knowledge must facilitate the compassionate action inherent in the medical vocation.

PALABRAS CLAVE: Ciencia, autoritarismo, mirada, clínica, transferencia, subjetividad.

KEYWORDS: Science, authoritarianism, gaze, clinical practice, transference, subjectivity.

INTRODUCCIÓN

La tesis central que intento someter aquí a reflexión y discusión es que hay un autoritarismo científico en Medicina. Al margen de derivas inherentes a una mala organización del sistema sanitario, ese autoritarismo procede, en mi opinión, fundamentalmente de una confusión y colisión de miradas, la que es científica y la que, basándose en ella, no puede serlo.

En efecto, hay dos miradas factibles en Medicina, la científica y la clínica. Hasta hace poco tiempo en nuestra historia, durante milenios, la mirada era pre-científica, con una extraña mezcla de magia y empirismo.

La mirada científica se dirige, por un lado, al organismo humano, a su estructura, funcionamiento y patología a lo largo de su vida. Por otro, a sus modos de enfermar, atendiendo a su descripción, explicación, tratamiento y prevención. Ha sido muy recientemente que la irrupción de la herramienta estadística, con una concepción frecuentista de la probabilidad y con sus contrastes de hipótesis, ha permitido ir diferenciando señales de ruido a la hora de establecer relaciones causales o eficacias diagnósticas y terapéuticas.

Pero la mirada esencial, aunque basada en la científica, es la clínica. Es esencial por singular, ya que cada paciente es único, tanto por su biología como por su biografía, y lo es en un momento dado de su vida. Del mismo modo, es única la del médico que lo atiende, una mirada que ha de estar apoyada por la científica, incluyendo las aplicaciones instrumentales diagnósticas, pero que siempre debiera ser una mirada transferencial, en la que

la ciencia sea ayuda y no referente sagrado. Se habla últimamente de la medicina personalizada, que sabemos que de momento no lo es, sino asignación a grupos o subgrupos terapéuticos. Ese término, “personalizado”, no tiene obviamente nada que ver con lo que pudiera intuirse. La personalización real no solo ha de tener en cuenta lo biológico con su variabilidad extraordinaria sino también lo biográfico.

Siempre será pertinente una pregunta, ¿Cuál es la función del médico? ¿Qué puede hacer? Hay un precioso aforismo que nos da la respuesta, “Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre”. Se encuentra en una estatua erigida a Edward Livingston Trudeau en Nueva York. Quizá se haya dicho algo así ya en el siglo XV, como sostienen algunos, o incluso mucho antes. Lo recogía un editorial de 1967 del BMJ (1).

Este congreso se centra en la compasión. Difícilmente puede expresarse mejor lo que significa compartir el *pathos* del paciente, aunque se mantenga la necesaria distancia terapéutica, algo a lo que también apunta el célebre cuadro de Fildes (*The Doctor*).

PREVENCIÓN Y VIGILANCIA

El aforismo recogido tiene relación con la visión tradicional del médico, a quien se acudía cuando uno estaba mal. Hoy en día, la expresión en boga es otra. Se dice desde hace años que “más vale prevenir”. La prevención no es novedosa; de hecho, hubo una época en la que era lo único que podía hacerse en ausencia de terapias adecuadas. Pero ahora, de ver al médico como sanador se ha pasado a concebirlo como agente científico que no solo cura, sino que previene la enfermedad y que retrasa la muerte. Siempre se atendió a la higiene, pero ahora esa atención torna con frecuencia en vigilancia permanente en el contexto de una obsesión preventiva, a la que contribuyen elementos relativamente novedosos, como son la confusión de riesgo y causalidad real, el afán pronóstico y el intento de conjurar la llegada de la muerte.

Hay etiologías claras. A veces la causa es necesaria y suficiente, como ocurre en la mucoviscidosis y otras genopatías. También puede ocurrir que una causa necesaria, como una bacteria patógena, no sea suficiente; podría estar presente en un paciente sin que éste desarrolle la enfermedad. Y con

frecuencia nos hallamos ante enfermedades bacterianas en las que el germen no es aislado; existe una causa, pero solo evidenciable de forma indirecta (sea por la presencia de un infiltrado polimorfonuclear, sea por la respuesta a la antibioterapia empírica).

En general, desde los casos más claros, como la infección bacteriana, hasta los más complejos como el cáncer, la causalidad tiene un gran carácter aleatorio, tanto en lo concerniente a la causa en sí como en lo relativo a la respuesta del organismo.

En ocasiones, podemos hablar de causalidad en términos solamente estadísticos y decimos con razón que el tabaco causa cáncer, pero no podemos asegurar esa relación a escala individual. Sabemos que hay variables internas e influencias ambientales que tienen que ver con modos de enfermar. Les llamamos factores de riesgo, expresión importante porque alude a lo estadístico con visión frecuentista. Cada día aparecen más y algunos son tratados como causas reales o incluso como enfermedades, especialmente cuando son susceptibles de tratamiento; el mercado de las estatinas, por ejemplo, parece un tanto escandaloso por su aparente abuso en prevención primaria (2). Y a la búsqueda de más factores de riesgo se dedica la genética, más allá de enfermedades monogénicas e incluso en ausencia de marcadores fenotípicos claros, como suele ocurrir en la enfermedad mental. Si los polimorfismos de fragmentos de restricción facilitaron el diagnóstico de enfermedades monogénicas (3), los de los nucleótidos simples (SNPs) en estudios de fuerza bruta tipo “genome wide” (4) revelarán más y más “loci” pretendidamente asociados a patologías presentes o futuras.

Nada es puro. Todo puede pervertirse en mayor o menor grado. Y eso ocurre también en las miradas científica y clínica de la Medicina. Resalto tres aspectos que me parecen especialmente dañinos. Uno es la obsesión bibliométrica que lleva a confundir investigar con publicar. Otro, el abuso que se ha hecho de la herramienta estadística dando lugar a una Medicina Basada en la Evidencia (MBE), cada vez menos evidente, y con una deriva dogmática. Un tercer aspecto sería un nuevo milenarismo reductivo que ansía una medicina omnisciente y omnipotente.

Se intenta ya medir tiempos de vida y supervivencia. Se han ido estableciendo modelos epidemiológicos que, a partir de unas cuantas variables, calcularán

la probabilidad de morbi-mortalidad cardiovascular en un intervalo temporal futuro. El caso es que, si hay muchísimos datos, podemos prescindir de modelos matemáticos, recurriendo a la Inteligencia Artificial. Los ordenadores pueden aprender, aunque no sean conscientes de tal cosa. Se trata de la entrada del "Machine learning in Medicine". Ya se ha publicado que un sistema así, basado en redes neuronales, permite predecir mejor que los modelos de regresión de Cox la mortalidad a corto plazo (5). Basta con muchos datos en bruto y una gran potencia de cálculo. La probabilidad de muerte en un plazo determinado se pretende calculable. Y, una vez establecida, se trata de reducir esa probabilidad a cero. Se trata de conjurar la muerte, sea actuando con terapias avanzadas frente a causas concretas, sea atendiendo a la semiología oculta, a ese PSA que puede revelar un problema en la próstata, a una lesión que solo será detectada en una mamografía, a la sangre oculta en heces, etc. Se trata de reducir el riesgo y es entonces cuando pasan a confundirse la mirada estadística y la individual, cuando se confunde el criterio de probabilidad frecuentista con el bayesiano, y, desde esa perspectiva, surgen cada día más y más cribados dirigidos a los factores de riesgo. Ahora bien, las áreas bajo la curva ROC de cada cribado, efectuado desde la evidencia de la estadística frecuentista, es siempre inferior a la unidad. Es decir, por bueno que sea ese cribado, habrá siempre una tasa no despreciable tanto de falsos negativos como de falsos positivos, con las consecuencias que ello tiene en términos económicos y de salud.

Vivimos ya un exceso higienista que va a más, con una normalidad que deja de serlo para aspirar a un ideal imposible, con una hipocondrización generalizada y con beneficios para otros como generadores de datos que somos ya.

No basta con lo normal. Aspiramos a lo ideal. No está mal un colesterol de 220 mg/dl, pero es mejor que sea inferior a 200. La tensión arterial aconsejada se va haciendo tan baja que no nos llegará la sangre al cerebro si seguimos algún protocolo a rajatabla. No está de más recordar que el objetivo de una reducción de hemoglobina glicada por debajo de 6% se llevó por delante a unos cuantos diabéticos por las hipoglucemias que surgieron en el intento (6).

De poco sirve que no fumemos si hay contaminación ambiental. Y, si nos hacemos TACs de cuerpo entero, podemos salir contentos si no se nos ve nada llamativo, pero nuestro cuerpo irá cargado con mayor riesgo de carcinogénesis por la radiación recibida.

De vivir ahora, Ramón y Cajal sería medicado con razón por sus travesuras auto-confesadas. Pero es imaginable que no solo él; también Feynman o Einstein. ¿Escaparía alguna mente genial al diagnóstico de TDAH?

Y, si algo genera siempre discusiones, es lo referente a la nutrición. Hace muy poco se publicó en el BMJ un interesante estudio según el que, simplificando mucho las conclusiones, podemos deducir que ser carnívoro se asocia a mortalidad cardíaca y que ser vegano, en cambio, nos pondría en riesgo de ictus (7).

Ya no será una enfermedad presente, sino su augurio, como constelación probabilística de variantes fenotípicas y genotípicas, lo que constituirá el oráculo personalizado que requerirá los pertinentes cribados periódicos. No sólo eso. Ese horóscopo sustentará un pronóstico extendido facilitador de la tentación eugenésica tanto negativa, en forma de abortos, como positiva, con las técnicas de edición genética. En cierto modo, retorna la pregunta farisaica que se le hizo a Jesús, “¿Quién pecó, él o sus padres?” (Jn.9,1-25) Jesús respondió que ninguno, pero no se le hizo caso entonces ni ahora. En nuestros días se retoma la enfermedad como pecado asociado a genes que hemos heredado o a riesgos que no hemos controlado.

La hipocondrización se generaliza gracias al Dr. Google y al nuevo santoral que dedica cada día a una enfermedad. Acabaremos asumiendo que todos estamos enfermos, hasta que demostremos lo contrario, cosa cada vez más difícil.

“¿Dónde está la sabiduría que hemos perdido en conocimiento? ¿Dónde el conocimiento que hemos perdido en información?” se preguntaba T.S. Eliot. De la primera cuestión, mejor ni hablar; bastante tenemos con la segunda. Desde la aparición de la computación electrónica hasta los “smartphones”, que son, en la práctica, ordenadores de bolsillo, el mundo se ha transformado en secuencias de bytes. Pero nuestra salud también. Nuestras historias ya son electrónicas, ya están en esa nube que tiene tan poco de celestial. Y tenemos una gran posibilidad, la vigilancia constante de todo lo que se aleja del ideal, sea la calidad del sueño, la tensión arterial, lo que andamos, lo que comemos, la saturación de oxígeno, etc., etc. Para eso están las “apps” médicas y para eso la miniaturización de laboratorios y de sistemas de imagen está en curso. Parece estupendo, pero, al lado de la hipo-

condrización asociada al control constante de la semiología oculta, estaremos proporcionando una cantidad ingente de datos sin saber siquiera a quién. En un reciente estudio publicado en JAMA se alertaba de posibles consecuencias adversas (8). Al margen de posibles errores de medida, las compañías aseguradoras pueden propiciar el uso de móviles y relojes inteligentes como suministro de datos de salud que permitan utilizar un criterio “bonus-malus”. Por nuestro bien, seremos más vigilados que lo fueron los alemanes por la Stasi. La diferencia residirá en que el vigilado aceptará gustoso ese control como siervo voluntario de un sistema comercial perverso. No es descartable que una de esas maravillas técnicas impida a alguien contratar un seguro de coche o de vida, o incluso entrar o progresar en el mercado laboral. Una vigilancia autónoma de nuestra salud física y psíquica facilita que se dé una vigilancia real de nuestras vidas.

Tenemos, pues, un serio problema, el de la confusión de miradas tecnocientífica y clínica.

La Medicina es científica en su mirada colectiva a cuerpos y enfermedades, y en el desarrollo de avances diagnósticos y terapéuticos, pero no es una ciencia en la relación clínica, siempre singular y con posibilidad transferencial. Y no será porque no se haya dicho por muchos. Hace ya años que quien fuera editor de *The Lancet*, Sir Theodor Fox (9), lo resaltó. Mucho más reciente es la aparición de un libro sensato, el del reconocido autor y oncólogo Siddharta Mukherjee, “*The Laws of Medicine*” (10). Son claras, tanto que no existen, porque la Medicina se caracteriza por su imperfección, por su incompletitud y por la incertidumbre; en resumen, por la ausencia de leyes deterministas.

Tomemos un ejemplo de ese choque de perspectivas. Se trata de los antidepresivos. ¿Funcionan? Hay ensayos clínicos que lo prueban, otros difieren. Bueno, se puede hacer un meta-análisis. Uno, mostrado en 2008 (11) mostró que los antidepresivos no son superiores a un placebo, pero que se notaba una diferencia en casos de depresión grave, una diferencia debida a una caída en el efecto placebo. Pero hubo otro meta-análisis publicado en 2018 (12) que mostró lo contrario, los antidepresivos funcionan, aunque su efecto no sea precisamente espectacular. ¿Que nos dice eso ante un caso concreto? Nada, porque la pregunta es otra. El meta-análisis se refiere a una pregunta

estadística. El caso singular supone la pregunta clínica ¿responderá este paciente a este tratamiento?, y solo desde su saber teórico y empírico, podrá la intuición inducir a un médico concreto a tratar o no con determinados anti-depresivos a su paciente, que será distinto al anterior y al siguiente.

Hay otro elemento a tener en cuenta en esos estudios y, en general, en la MBE. Todos se basan en la comparación con otro medicamento o con un placebo. Hay algo en lo que coinciden esos dos metaanálisis de resultados tan aparentemente dispares. Se trata de la bondad del placebo. Si cualquier ensayo doble-ciego hace una comparación con placebo, se admite como principio acertado algo que todos sabemos; un placebo puede curar. Y, en ese sentido, las medicinas alternativas pueden ayudar. Ahora bien, eso no implica la bondad de optar por lo que tiene más visos de magia que de ciencia, por lo que se suele llamar pseudociencia.

Jo Marchant, en su interesante libro “Cúrate” (13), indagó en la importancia de lo subjetivo, de lo que no conocemos de nosotros mismos en la puesta en marcha de procesos curativos inducidos por placebos o por otras alternativas curiosas.

La confusión de miradas científica y clínica podría reducirse a una confusión de dos perspectivas estadísticas, la frecuentista y la bayesiana. La mirada estadística puede ayudarnos, pero no podrá suprimir la mirada singular.

LO OBJETIVO CHOCA CON EL LÍMITE DE LA SUBJETIVIDAD

Vivimos inmersos desde hace años en dos contextos complementarios, el de la MBE y el de la fascinación técnica. Ambos desprecian, en la práctica, el ser de cada cual, confluyendo en una visión algorítmica de la práctica clínica que iría siendo absorbida cada vez más por ingenieros que por médicos. Hay quien admira ya a los robots que ejercen como médicos. Hay en cierto modo, como decía Heidegger, un olvido del ser.

La MBE está afectada seriamente por sesgos importantes, como son los conflictos de interés por parte de las industrias diagnóstica, farmacéutica y alimentaria y la perversión por la que se confunde tantas veces la investigación con la producción bibliométrica, pero surge con respecto a ella una cuestión esencial ¿Es evidente que la MBE sea el mejor modo de Medicina?

Además de miradas a lo colectivo, hay colectivos que miran y establecen lo bueno y lo malo. Las sociedades autodenominadas científicas o los colegios de médicos y comités de expertos son la encarnación de la nueva ortodoxia regida precisamente por los dos contextos citados. Fuera de las visiones consensuadas, cualquier práctica clínica será heterodoxa y condeñable en mayor o menor grado. Estamos siendo llevados a una nueva deriva inquisitorial, esta vez en nombre de la ciencia.

Y hay un tercer contexto en el que se enmarcan los dos anteriores. Se trata de un nuevo milenarismo que, en su forma más delirante, se hace transhumanismo. Lo vemos todos los días, cuando en los medios de comunicación se ofrecen promesas salvíficas para todo tipo de males.

El auge de las pseudociencias no requiere de un marco represivo, exceptuando situaciones de riesgo potencial para la salud, especialmente en niños, que pueden rozar o entrar directamente en lo criminal. La mejor medida frente al sinsentido reside en la educación. Y con respecto a esto conviene resaltar algo que es obviado. La ciencia se enseña y se divulga como relato y, en ese contexto, la medicina se muestra como omnipotente. Hay un olvido de la enseñanza del método científico, de la crítica que implica. Y así es fácil que el relato pase a ser creencia y, como tal, sustituible por otras, las pseudocientíficas, cuando la Medicina no responde como se esperaba.

Concluyo sugiriendo que, ante ese embobamiento científicista, es imprescindible defender el valor de lo subjetivo que entra en juego en toda relación clínica, tanto por parte del paciente como del médico, que jamás será sustituible por un robot. Y esa defensa trasciende a la ciencia, pues es ética. Es, en el más noble sentido, compasiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PAYNE LM. "Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours". *BMJ* 1967;4:47-48.
2. AEMPS. Informe de utilización de medicamentos hipolipemiantes en España durante el período 2000-2012. <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/hipolipemiantes-2000-2012.pdf>

3. GUSELLA JF, WEXLER NS, CONNEALLY PM ET AL. "A polymorphic DNA marker genetically linked to Huntington's disease". *Nature* 1983; 306:234-238.
4. MANOLIO T. A. "Genomewide Association Studies and Assessment of the Risk of Disease". *N Engl J Med* 2010; 363:166-176
5. WENG SF, VAZ L, QURESHI N, KAI J. "Prediction of premature all-cause mortality: A prospective general population cohort study comparing machine-learning and standard epidemiological approaches". *PLOS ONE* March 27, 2019 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214365>
6. "The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes". *N Engl J Med* 2008;358:2545-59.
7. TONG TYN, APPLEBY PN, BRADBURY KE, PÉREZ CORNAGO A, TRAVIS RC, CLARKE R, KEY TJ. "Risks of ischaemic heart disease and stroke in meat eaters, fish eaters, and vegetarians over 18 years of follow-up: results from the prospective EPIC-Oxford study." *BMJ* 2019;366:l4897 <https://doi.org/10.1136/bmj.l4897>
8. RABER I, MCCARTHY CP, Yeh RW. "Health Insurance and Mobile Health Devices: Opportunities and Concerns." *JAMA* 2019; 321:1767-1768.
9. SAUNDERS, J. "The practice of clinical medicine as an art and as a science". *J Med Ethics: Medical Humanities* 2000;26:18-2
10. MUKHERJEE S. "The Laws of Medicine: Field Notes from an Uncertain Science" (Ted Originals) <https://www.goodreads.com/book/show/25409816-the-laws-of-medicine>
11. KIRSCH I, DEACON BJ, HUEDO-MEDINA TB, SCOBORIA A, MOORE TJ, JOHNSON TJ. "Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration". *PLOS Medicine*. 2008; 5:260-268
12. CIPRIANI A, FURUKAWA TA, SALANTI G. ET AL. "Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis". *Lancet* 2018,391:1357-1366.
13. JO MARCHANT. *Cúrate*. https://www.amazon.es/dp/B01NBUBEJ4/ref=dp-kindle-redirect?_encoding=UTF8&btcr=1

Medios digitales y malestar actual

Adrià Casanovas Fernández

PIR del Hospital Universitario del Río Hortega

Correspondencia: casanovasadria@gmail.com

RESUMEN

Se analizarán las relaciones entre el malestar del sujeto moderno y las particularidades del lazo social que caracterizan a las nuevas formas de comunicación digital.

PALABRAS CLAVE: Malestar, redes sociales, lazo social, Otro, goce.

KEYWORDS: Malaise, network, social link, Other, jouissance

En este espacio voy a tratar de transmitir algunas ideas en torno a la influencia que ejercen las redes sociales y las nuevas tecnologías de la comunicación sobre los vínculos que establecemos entre nosotros, partiendo de la hipótesis de que estos modos de relación contribuyen en gran medida a dar una forma característica al malestar que aqueja al sujeto moderno. Voy a centrarme en algunos cambios introducidos por estas nuevas tecnologías tratando de ser precavido, puesto que ellas mismas no dejan de ser productos culturales que reflejan transformaciones más amplias que tienen lugar desde hace tiempo con el avance de la modernidad. Por este motivo, considero que lo más apropiado es entender que se trata de un proceso dialéctico donde determinadas características de las sociedades modernas llevan a producir un tipo de herramientas que a su vez reestructuran las formas de lazo que se dan en estas sociedades.

Por otra parte, me gustaría advertir de entrada que mi intención no es hacer

una crítica destructiva de estos nuevos modos de relación, que en según qué condiciones y empleados con moderación pueden aportar ciertas facilidades. Lo que me propongo es indagar en algunas consecuencias que se desprenden de manera casi inevitable de un uso cada vez más extendido y desmesurado, y que en ocasiones llega a sustituir los encuentros cuerpo a cuerpo, sobre todo teniendo en cuenta que las nuevas generaciones están creciendo ya desde muy pequeñas acompañadas por estas nuevas tecnologías.

Una primera apreciación es que, en los medios digitales, la presencia viva del cuerpo es reemplazada por retazos aislados y procesados que parcializan, objetualizan y mortifican al otro y a uno mismo. Las imágenes de Instagram o Facebook, los mensajes de WhatsApp, etc., a la vez que nos conectan de alguna manera con el otro también nos distancian de él porque evidencian que hay algo del encuentro cuerpo a cuerpo que no puede ser reproducido. Por una parte, esto sucede porque el cuerpo con el cual nos vinculamos en este tipo de medios es únicamente el cuerpo de la imagen, y una imagen generalmente estática que deja fuera toda una serie de elementos que en otras condiciones la vivifican, como los gestos, la mirada, el tono de voz, etc. Pero la diferencia entre los encuentros cuerpo a cuerpo y los que tienen lugar en estas plataformas no pasa únicamente por la presencia o ausencia del cuerpo físico, sino también por los modos de comunicación y expresión propios del terreno digital, que favorecen el cálculo de lo que uno quiere transmitir, reduciendo considerablemente la emergencia de la espontaneidad, lo inesperado, el lapsus... es decir, todo aquello que posibilita que seamos interpelados por el Otro y que se manifieste lo Otro que habita en nosotros. En las redes sociales, por ejemplo, exponemos una selección de imágenes, estados, textos, etc. que elegimos de manera premeditada para que nos representen ante los demás usuarios, de quienes recibimos, más que nada, un reflejo de nosotros mismos. Y otro tanto ocurre con aplicaciones como WhatsApp, donde los mensajes de texto o de voz pueden ser planificados, releídos o reescuchados, e incluso borrados antes de que lleguen al interlocutor, potenciando las estrategias obsesivas de cálculo y control de uno mismo y del otro.

En una línea de pensamiento similar, varios autores entienden la época contemporánea como caracterizada por un auge narcisista, de forma que

los medios digitales serían una expresión de esta tendencia a la vez que contribuirían a su propagación. Byung-Chul Han, por ejemplo, expresa de manera convincente esta idea en su libro *La agonía del Eros* al proponer que el verdadero amor, para producirse, debe dirigirse a otro radicalmente distinto y distante. Sin embargo, WhatsApp, entre otras aplicaciones, nos ofrece una accesibilidad permanente a los demás generando una ilusión de conexión con el otro que en el fondo lo hace desaparecer, puesto que el empeño por eliminar la lejanía, en palabras del autor, «en lugar de producir cercanía, la destruye en sentido estricto. En vez de cercanía surge falta de distancia» (2014, pp. 24-25). Una hipótesis que concuerda, por otro lado, con la concepción lacaniana según la cual la falta es un abono indispensable para la emergencia del amor.

Las consecuencias de este hecho son visibles, por ejemplo, en las problemáticas que se generan en torno a la rapidez con la que a veces se exige una respuesta a un mensaje y, en general, por el hecho de tener que estar siempre disponible para el otro. Pienso en una paciente adolescente que he atendido en tres ocasiones hasta la fecha que en la primera sesión me explicó, entre otras cosas, que su novia se estaba cansando de ella porque le exigía una atención constante a través del WhatsApp y discutían a menudo cuando esa demanda no era satisfecha. En la segunda sesión la novia ya la había dejado, lo cual provocó en la paciente una respuesta de rabia incontenible. La última vez que nos vimos, sin embargo, me contó que una amiga suya se le había declarado y estaba muy ilusionada con esta nueva oportunidad, aunque parece que está pudiendo tomarse un tiempo –un tiempo que antes faltaba y que yo he reforzado tratando de rebajar la necesidad de inmediatez– para elaborar la pérdida y decidir si quiere embarcarse ahora en otra relación.

Otra de las mayores manifestaciones de esta tendencia narcisista la encontramos en las redes sociales donde la búsqueda de seguidores y de *likes* en nuestras publicaciones nos aboca al goce autista de la contabilidad que no deja espacio a la emergencia del Otro, viéndose éste reducido a un número más con el que rellenar el saco roto del narcisismo.

Por otro lado, la exposición pública de la vida personal –evidentemente, no de cualquier contenido, sino de aquellos que queremos mostrar– se ha con-

vertido ya en algo muy frecuente. Mi impresión es que el éxito de este nuevo hábito se debe principalmente a que las redes sociales ofrecen al usuario una forma rápida de verse reconocido y valorado, a la vez que acompañado permanentemente por una masa que le da un lugar tanto como objeto de la mirada de los demás como sujeto que observa la vida del resto, viéndose así incluido en una comunidad digital. De esta manera, los medios digitales se ofrecen como una solución a la experiencia de desamparo y soledad que arraiga en lo más profundo de la condición humana, pero una solución que, en mi opinión, no deja de contribuir a la angustia que trata de erradicar, puesto que da la impresión de que aquellas experiencias que no son puestas en común con esta comunidad tienen cada vez menos valor.

Como decíamos anteriormente, lo que entra en el circuito de la búsqueda de reconocimiento es una imagen que mostramos en nuestro perfil después de haber realizado toda una serie de cálculos y modificaciones, lo cual termina por ensanchar la brecha que se abre entre el sujeto y todo el conjunto de identificaciones yoicas que éste elige para representarse ante el otro. En este sentido, mi hipótesis es que este tipo de herramientas digitales favorece que el individuo se aliene todavía más a la imagen en espejo de sí mismo, quedando fijado a las representaciones con las que obtiene reconocimiento en la red. Lo que se pone en primer plano es la dimensión de la apariencia, de las vestimentas que se emplean para mostrarse ante los demás de acuerdo a determinados ideales compartidos que permiten una unión que Freud caracterizó como la masa, donde lo que otorga consistencia es la identificación de los individuos entre sí, ubicando al líder en el lugar del ideal. Un ideal que hoy en día se plasma, por ejemplo, en imágenes de caras sonrientes y experiencias memorables que responden y sostienen al imperativo social de felicidad permanente. Sin embargo, siguiendo a Baudrillard podríamos decir que mediante las redes sociales se produce una cierta modificación respecto a la masa freudiana, puesto que en este terreno el ideal no parece estar encarnado por un líder bien definido, sino que cada uno sostiene algo de ese ideal y se erige como modelo ante la mirada de los demás (2008, pp. 60-61). Aunque este es un cambio que se alinea, quizás, con una transformación social más amplia como sería la caída del Nombre-del-Padre, donde la pérdida de poder de los líderes que antes encarnaban el lugar del ideal provocaría, según la interpretación

de Tomasa San Miguel, que los yoos de los individuos se recubran ahora con más narcisismo como forma de defensa (2018, pp. 26-27).

En todo caso, algo que se hace patente en las redes es que las relaciones predominantes se dan a través de estas identificaciones en espejo que ofrecen una satisfacción narcisista, donde cada cual se exhibe como completo y en lo esencial similar a los demás. Sin embargo, esta ilusión de conjunto no repara la brecha que nos distancia de la satisfacción que esperamos de la identificación con los otros, puesto que ésta nunca va a coincidir con nuestra forma más particular de gozar.

Para concluir podemos resumir las particularidades del tipo de vínculos que se establecen entre los individuos en los medios digitales y que, es mi hipótesis, estarían también induciendo transformaciones en la forma de enlazarse al otro fuera de estos medios –más allá, como decía al inicio, de que estos cambios no estén siendo generados únicamente por las nuevas tecnologías, sino que en términos más generales son producto del funcionamiento propio de la era moderna–. Tengo la impresión, entonces, de que en el mundo digital los lazos que requieren de la espera, la falta, la diferencia, el diálogo, el imprevisto, y en general todo aquello que siguiendo a Lacan podríamos ubicar más bien del lado femenino de las fórmulas de la sexuación, queda prácticamente extinguido para dejar paso al predominio de la relación especular con el otro, el narcisismo, la inmediatez, el monólogo, lo previsible, la contabilidad y el goce autista que no pasa por el Otro, más emparentado con el lado macho de estas fórmulas, produciendo sujetos que adolecen del encierro en sí mismos y de las consiguientes dificultades para amar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAUDRILLARD, J. *Cultura y Simulacro*. Barcelona: Kairós, 2008.

HAN, B. *La agonía del Eros*. Barcelona: Herder, 2014.

SAN MIGUEL, T. “El lazo en-cuerpo con un analista”, en Cima, D., Pettorosi, N. y Trucco, M. [comps.]. *Versiones del lazo: una aproximación a la ética psicoanalítica*. Buenos Aires: Autowahn, 2018.

Fibromialgia, ¿la única rebeldía posible?

M^a Luisa Costa Ferreira da Silva

Lisi Amaya Lega

Carolina Cabrera Ortega

Psiquiatras en el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés

Correspondencia: mlucfs@gmail.com

RESUMEN

En este trabajo, introduzco una reflexión en torno a un grupo psicoterapéutico integrado por mujeres con diagnóstico de distimia y fibromialgia. A lo largo de mi presentación trataré de comunicar nuestro proceso de revisión de los emergentes grupales, los cuales hemos resignificado al añadir una visión a través de la perspectiva de género al corpus teórico psicoanalítico del que partíamos. El objetivo es abrir una nueva perspectiva que permita comprender a estas mujeres de una manera diferente.

PALABRAS CLAVE: Fibromialgia, psicoterapia de grupo, psicoanálisis, perspectiva de género.

KEYWORDS: Fibromialgia, group psychotherapy, psychoanalysis, gender perspective.

Esta experiencia grupal surge como idea de dos de las autoras de la necesidad de encontrar una nueva forma de relación con las personas con el diagnóstico de distimia en el marco del Centro de Salud Mental. Esta categoría diagnóstica resulta cada vez más prevalente y abarca a usuarios con sufrimientos y formas de relación muy dispares. No obstante, muchos de ellos tienen en común una larga trayectoria en intervenciones terapéuticas en Salud Mental sin que se aprecie una clara mejoría. Es frecuente que estas personas padezcan de dolores físicos intensos y crónicos que se encuadran en un diagnóstico de fibromialgia. Este sufrimiento invade al paciente de tal manera que es frecuente que en el encuentro con su terapeuta el relato no se aleje de la queja del dolor físico, con una demanda exigente de una solución inmediata al mismo. Esto resulta en una gran dificultad para abordar cualquier otro malestar que no pase a través del cuerpo, silenciando así la narrativa biográfica de estas personas, muchas veces repleta de trauma. Además, esta demanda masiva hacia el terapeuta con frecuencia desencadena una contratransferencia en la que predomina el rechazo e impotencia. Estos sentimientos invaden el vínculo terapéutico, amenazando con llegar a dañarlo.

Todos estos factores hacen que la intervención individual de estos usuarios suponga un reto cada vez mayor en la práctica asistencial diaria. En este escenario, las autoras plantearon la necesidad de buscar una forma de relación diferente con las personas con diagnóstico de distimia, que permitiera una nueva mirada sobre ellas. Se consideró que la psicoterapia de grupo podría facilitar una perspectiva diferente de su sufrimiento y dotarlo de un sentido biográfico, ya que, entre otros elementos, el movimiento transferencia-contratransferencia se diluye.

Se inició un grupo de orientación psicoanalítica formado por cinco pacientes, mujeres todas ellas, y dos conductoras de grupo. Se estableció un encuadre semanal y una duración de un año. Las usuarias estaban diagnosticadas de distimia y fibromialgia y todas contaban con una larga evolución en Salud Mental sin alcanzar una mejoría marcada y estable en el tiempo.

Durante la evolución del grupo se extrajeron varios emergentes importantes. Entre ellos destaca la necesidad de los sujetos de adquirir una identidad única, nombrada con el diagnóstico de fibromialgia, en la que no se admiten diferencias entre los miembros del grupo. Todas ellas expresaban, sin

discrepancias, en qué consistía para ellas ser mujer. Estas mujeres de mediana edad, amas de casa en su mayoría, con hijos adolescentes o jóvenes, se presentan como grandes sufridoras que han sacrificado su salud y su propio deseo por el cuidado de su familia. Describen esta abnegación como la esencia de “ser mujer” con la que ellas aseguran haber cumplido voluntariamente y con entusiasmo. Expresan una gran culpa cuando no pueden ejercer este papel con el que no se muestran en absoluto conflictuadas. Temen ser acusadas de vagas y describen con orgullo cómo, a pesar de sus dolores, siguen esforzándose en cumplir con las tareas domésticas:

“He pasado un fin de semana maravilloso con mis dolores, porque me he apuntado a voluntariado para sentirme útil”. En el discurso grupal la identidad de la mujer se guía por los mandatos de género y el sufrimiento aparece como un elemento más de la subjetividad femenina, ineludible y necesario. En los momentos en los que no son capaces de sobrellevar el dolor llegan a afirmar: “no me siento mujer”. En reciprocidad, estas mujeres piden el amor del otro en forma de agradecimiento y valoración por parte de su entorno y la sociedad en global. Esperan en este reconocimiento que se les otorgue la satisfacción de ser imprescindibles como heroínas del hogar. No obstante, la mayoría de las veces su dedicación es desestimada en el medio familiar, quienes también asumen esta función como intrínseca a la identidad femenina y por ello algo irrelevante. En la narrativa grupal aparece la humillación y minusvaloración a la que se sienten sometidas estas mujeres por la invisibilización de su trabajo. Cuando en ocasiones reciben el agradecimiento buscado, éste no cumple con las expectativas colmadoras que ellas imaginaban. Ante la decepción, la respuesta del entorno percibida como insuficiente se recibe con rabia y generando paradójicamente una mayor demanda de validación que se torna masiva. Tratan de contener la frustración y persisten en la búsqueda del aprecio del entorno a través de un cuidado cada vez más amplio y omnipotente hasta que su cuerpo y mente claudican.

La limitación física parece ser el único límite en su omnipotencia lo que genera sentimientos de culpa por no “cumplir” con las tareas de cuidado de manera perfecta. Aunque no basta con una queja por un dolor intolerable, ya que la experiencia subjetiva es susceptible de desconfianza, de ser percibida

como exagerada e inadecuada: “Mi marido me dijo: cálmate que parece que te estoy maltratando”. Es esencial poseer un diagnóstico de fibromialgia que sirve de escudo respaldando la veracidad del sufrimiento. En la narrativa grupal, ser “fibromiálgica” no solo es la base de la cohesión grupal, sino que además otorga una justificación para poder expresar la queja. Al recibir un nombre científico, las pacientes encuentran una explicación a lo que les pasa dentro del discurso hegemónico aceptado por la sociedad actual y el sufrimiento toma cariz de “verdad”. El motivo por el que no cumplen con el ser “mujeres” es porque son “fibromiálgicas”: “La fibromialgia ocupa mi vida y no atiendo a los míos”. Esta importante función explica que las pacientes construyan su identidad en torno al diagnóstico, fusionándose con ella sin fisuras, no admitiendo siquiera diferencias entre ellas. Ellas son fibromiálgicas ante todo. Asumen que comparten idéntica historia biográfica, familia y experiencias traumáticas solo por y para ser “fibromiálgica”. Presentan una vida pre-fibromialgia absolutamente idealizada repleta de experiencias de superación de sufrimiento en las que se sentían mujeres completas. Hacen ver que han podido con todo excepto con su propio cuerpo. “La que pasa dolores soy yo, los demás no lo ven. Antes [del diagnóstico] no necesitaba a nadie, yo tiraba para adelante cantando”.

Con el diagnóstico llega también una esperanza de una cura médica inmediata y total del sufrimiento, una expectativa de una respuesta mágica y omnipotente. Su objetivo es poder volver a cumplir con su papel como mujer, sacrificándose por completo y recibiendo a cambio el amor total de su entorno. Sin embargo, el paradigma médico presente en el imaginario social que ofrece una solución inmediata y total no se cumple en su caso, haciéndoles sentir además que no se les da credibilidad y que se les está tratando de manera injusta. Se repite con los profesionales médicos y con los psicoterapeutas la experiencia vivida en el entorno familiar. Esto provoca una rabia intensa que es expresada a través de reproches a los profesionales por los que con frecuencia se sienten rechazadas en parte por la contratransferencia generada. Estas mujeres se sienten sometidas al maltrato de manera repetida a lo largo de sus vidas, no solo por los profesionales y sus familias, sino también por sí mismas y su propia autoexigencia. De la misma manera, se reproducen las mismas vivencias en la experiencia

grupal. Las usuarias colocan enormes expectativas en la respuesta de las terapeutas a las “fibromiálgicas”. Se hace patente la rabia por la decepción de que no se les brinde una solución total e inmediata. No obstante, progresivamente las usuarias comienzan a percibir el grupo de iguales como un espacio relativamente seguro de validación de su sufrimiento sin necesidad de justificación, llegando a tolerar las diferencias y la amenaza que estas generan: “hay distintos tipos de fibromialgia”.

Asimismo, comienzan a ampliar la mirada más allá de la esfera de lo corporal, vislumbrando en ocasiones un malestar subyacente al dolor que nada tiene que ver con la fibromialgia. Comienzan a caminar hacia una nueva identidad, diferente de la enfermedad, pero en la que es legítimo encontrarse mal, quejarse, y limitar la dedicación al otro.

Ante este grupo de mujeres en el que los imperativos de género aparecen de manera tan constante en el discurso nos pareció que resultaría enriquecedor una revisión de los emergentes a través de la perspectiva de género. Para ello hemos realizado una revisión de diferentes autoras pertinentes para este trabajo y con estas bases teóricas hemos tratado de repensar los emergentes grupales sin dejar de apoyarnos en la teoría psicodinámica.

Dentro de la teoría feminista, el concepto de “el malestar que no tiene nombre”, acuñado en los años 60 por Betty Friedan, se ve actualizado en los discursos grupales de estas mujeres que entienden a la “gran cuidadora”, el “ser para el otro” como el ideal femenino de acuerdo con los mandatos de género. El libro de esta autora llamado “La mística de la feminidad” recoge entrevistas a mujeres estadounidenses de clase media que habían cumplido con todos los estereotipos de género, se habían convertido en el “ángel del hogar” y a pesar de ello sufrían. La incompreensión hacia su propio sufrimiento les dificulta describirlo, no saben nombrar su experiencia. El discurso está invadido por vergüenza y culpa, entendiendo que su insatisfacción las señala como inadecuadas. Uno de los testimonios decía: “Se me saltan las lágrimas de puro alivio al saber que otras mujeres comparten mi desasosiego interior”. A partir del análisis de estas entrevistas, Friedan hipotetiza que los deseos de cuidado impuestos a la mujer desde un locus externo, como es la sociedad heteropatriarcal, silencian la necesidad de explorar los deseos propios individuales, ya sean estos de cuidado o

de otra naturaleza, que forman parte del proceso de elaboración de una identidad sólida. Se construye así una identidad que gira en torno a la maternidad y las tareas domésticas de las que esperan una satisfacción total mediante el cariño familiar y la narcisización.

Es una identidad que solo cobra sentido en el lugar de cuidadora, por lo que se vuelve vacía y sin sentido fuera de la maternidad: “cuando estoy embarazada o los bebés son pequeños por fin soy alguien, una madre”.

Retomando los emergentes grupales y teniendo en cuenta las aportaciones de Friedan, es reseñable cómo las mujeres del libro “La mística de la feminidad” y las protagonistas de esta comunicación se asemejan a pesar de las distancias en el tiempo y el espacio. Comparten los sentimientos de inadecuación e incompreensión por no encontrarse totalmente satisfechas por cumplir con su rol de “mujer”, entendido como el marcado por los mandatos sociales de género. No obstante, las mujeres del grupo han podido nombrar su vivencia de sufrimiento, dándole un sentido. Se ilustra así el valor del diagnóstico de fibromialgia para ellas que, aunque insatisfactoriamente, da un sentido a su experiencia.

En la obra “El superyó femenino”, Nora Levinton analiza las particularidades de la construcción del aparato psíquico de la mujer en una sociedad heteropatriarcal. Como ya es sabido, la estructura del superyó toma como cimientos las normas que percibimos en la crianza y que proceden de nuestro entorno familiar y sociocultural. A partir de ellas, el superyó dicta qué es correcto y qué no lo es. Los mandatos sociales de género, al formar parte indudable de nuestra cultura, tendrán un papel inevitable como precursor del superyó, sobre todo a la hora de discernir cómo se es mujer correctamente.

La autora analiza en detalle el superyó femenino partiendo de que, según los imperativos de género, el ideal de mujer en la sociedad actual es la gran cuidadora. Para cumplir con este papel debe ser emotiva, empática y totalmente dedicada, en conclusión, “ser para el otro”. En la mujer se narcisiza el apego, el autoconcepto depende directamente de su capacidad de mantener los vínculos relacionales, de cuidar y ser objeto de deseo. En el caso de que el vínculo se vea amenazado surgirán sentimientos de inadecuación y culpa por el daño que se pueda haber generado en el otro y por el daño a la propia valía como mujer. Esto es así porque en la crianza, se transmite a la

niña que ésta será merecedora del amor de las figuras significativas siempre que sea una “mujer buena”. Ante la amenaza de la pérdida del objeto y del abandono absoluto en etapas tempranas se construye un superyó tirano que no se limita a vigilar conductas puntuales sino la identidad al completo. En la búsqueda de aprecio y apego, se desencadena una autoexigencia sádica y constante que normativiza los ideales femeninos, en vez de conservarlos como ideales. Esto es fácilmente observable en el discurso grupal: “A mí me encantaría hacerlo todo y sentirme bien física y psicológicamente, es mi sueño, ser una mujer normal y cualquiera”. No cumplirlos genera angustia y culpa por una falla narcisista profunda. Esto explica el profundo dolor que se trasluce en el discurso grupal de nuestras pacientes cuando no son capaces de cumplir con el ideal de mujer, un dolor psíquico que tan solo se apacigua al justificarse mediante el dolor físico y el rol de enferma.

La mujer trata de proporcionar un cuidado omnipotente y así tornarse imprescindible para asegurar el vínculo que se percibe como intensamente frágil. Las relaciones de apego se idealizan, esperando de ellas una reciprocidad de este “ser para el otro” en el que se satisfagan sus necesidades sin pedirlo. Al no cumplirse la expectativa se siente humillada, minusvalorada y, en última instancia, inadecuada. A pesar de ello, tratará de reprimir la rabia por temor a que ésta amenace el vínculo, cuya ruptura se experimentaría como una falla en la propia identidad. En el ideal de la feminidad normativa, la negación de la hostilidad es nuclear dado que el objetivo último de la “mujer buena” es cuidar y ser objeto de deseo. Levinton hipotetiza que la mujer, al tratar de cumplir con los imperativos de género mediante el ideal de renuncia absoluta a su deseo en favor del deseo del otro, crea una situación que favorece la aparición de abusos por parte del entorno a los que resultará extremadamente difícil poner límites sin expresar hostilidad. La mujer se ve atrapada en vínculos que le hacen sentirse necesitada y por ello devuelven un refuerzo narcisista, pero al mismo tiempo les frustran por los abusos a los que se ven sometidas.

Inevitablemente, la agresividad termina por expresarse a través de reproches, somatizaciones o explosiones puntuales de ira que tan sólo logran aumentar la culpa al generar un cuestionamiento de su identidad como “mujer buena”: “me gustaría poder expresar, comentar mi dolor sin sen-

tirme juzgada”. Estas expresiones de rabia devuelven una imagen de inadecuación ante tareas que se asumen “esenciales” en la mujer y que, por ello, deberían poder ser gestionadas con naturalidad y sin esperar reciprocidad. Frente a la censura de la expresión de la agresividad hacia el entorno, es llamativo el contraste con la sádica autoexigencia hacia una misma. Ante cualquier variación en los vínculos interpersonales surge invariablemente la autoinculpación y el temor al abandono “Yo siempre he arañado el cariño [...], si me veías y no me dabas un beso [...], ¿Qué habré hecho?”. La autora hipotetiza que la agresividad originada hacia el otro incuestionable se vuelve hacia una misma: “Yo misma me machaco por todo lo que tengo que hacer y no puedo, no soy una mujer y estoy todo el día enfadada”.

Levinton afirma que este ideal de mujer, cuyo valor depende de la capacidad de mantener el vínculo, se dirige a cumplir con la expresión máxima del ideal de gran cuidadora: el rol de madre.

En la maternidad es donde se espera que el ideal de renuncia y de preservación vincular se lleve al extremo. La madre ideal se dedica enteramente a sus hijos y la separación de éstos es vivida como un ataque a la propia identidad. Este ideal también se normativiza y desde el primer momento aparece la culpa y los sentimientos de inadecuación por no poder alcanzar la perfección en algo que se presupone inherente a la mujer. De nuevo se impone a la mujer una exigencia social inabarcable que sin embargo se minusvalora como algo innato, un sacrificio que a pesar de serlo se niega el esfuerzo que requiere.

Finalizo con Levinton que concluye su obra señalando la posible iatrogenia que se puede generar en las mujeres si desde el lugar de terapeutas validamos el orden simbólico patriarcal como el “natural”, reforzando los sentimientos de culpa e inadecuación. Subraya la necesidad de validar los reclamos por las situaciones de asimetría y contradicción al que son sometidas en la sociedad actual, cuestionando el concepto de “mujer buena” y legitimando la puesta de límites a los abusos.

Tras esta revisión teórica y regresando al grupo de mujeres que nos ocupa, podemos recoger las siguientes conclusiones en torno a los emergentes grupales:

- La identidad de “fibromiálgica”, por vacía y desadaptativa que parezca, cumple en estas mujeres una función indispensable limitando la culpa por la propia inadecuación y el vacío identitario por no poder cumplir con el rol de mujeres ideales. Al no poder mantener la “identidad de mujer” tal como la presentan los estereotipos de género, se reconstruyen en torno a la identidad de “fibromiálgica”.
- La intolerancia a la diferencia y los intensos sentimientos de rivalidad que aparecen en la dinámica grupal pueden interpretarse como una reacción defensiva frente a la amenaza que supone a su identidad de fibromialgia y por lo tanto el cuestionamiento de su sufrimiento.
- Las expectativas masivas dirigidas hacia el otro parten de la idealización del vínculo y de una esperanza de reciprocidad que ven continuamente frustrada. Esperan un cuidado total del entorno sin tener que pedirlo, el mismo cuidado omnipotente que ellas buscan proporcionar.
- Las pacientes se ven rechazadas por su entorno y la sociedad que minusvalora su sacrificio y refuerza los sentimientos de culpa e inadecuación. A pesar de ello las pacientes no conciben limitar la dedicación al otro a favor del propio autocuidado ya que su autoconcepto depende del mantenimiento de los vínculos afectivos. Tan solo desde la identidad de fibromiálgica se permiten verse como receptoras de cuidados que, cuando son recibidos, nunca son satisfactorios ni suficientes dado que sus expectativas son imposibles de cumplir.
- El discurso demandante y repleto de quejas aparece como la única expresión de rabia que se permiten las usuarias que se encuentran bajo un sufrimiento muy intenso. Debe entenderse como una búsqueda de la validación externa de su malestar. Al fin y al cabo, es una petición de credibilidad y de cuidado. Aunque las quejas son dirigidas al entorno más próximo, es importante no olvidar la influencia de una sociedad patriarcal que devalúa el papel de lo “femenino” y al mismo tiempo rechaza que éste no se asuma y se cumpla a la perfección.

En este trabajo hemos propuesto ampliar la mirada a través de las lentes de la perspectiva de género para permitir una mayor comprensión de las usuarias del grupo. No obstante, no se puede caer en la pretensión de que

este *corpus* teórico, al igual que ningún otro, explique lo que les pasa a las mujeres diagnosticadas de distimia y fibromialgia en su totalidad. Ambas categorías diagnósticas aúnan cuadros clínicos dispares e individuos con su propia subjetividad no susceptible de sistematización. La teoría de género pone el acento en los imperativos heteropatriarcales presentes en nuestra sociedad y en toda mujer y hombre que pertenezcan a ella. Estos mandatos imponen deseos desde el exterior que pueden condicionar el origen de malestares diferenciales según el género. Asimismo, pueden empujar a que la expresión del malestar siga una dirección y una forma específica. La perspectiva de género, visibilizando los imperativos heteropatriarcales, amplía la comprensión de la diferente expresión del sufrimiento en mujeres y hombres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FRIEDAN B. *La mística de la feminidad*. 2ª ed. Madrid: Ediciones Cátedra; 2016.
- LEVINTON N. *El superyó femenino*. 1ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 2010.
- GABBARD G. *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. 3ª ed. Madrid: Panamericana; 2002.

Fronteras y factores psicosociales en salud mental

Florencio Moneo Martín

Socio de OME-AEN. Miembro de las secciones de Historia y de Psicoterapia de Grupo de la AEN.

Médico Mestho en psiquiatría. Psicoterapeuta FEAP. Didacta. Psicoanalista de pareja y familia.

Hospital de Día del CSM. Bilbao. Bizkaia.

Correspondencia: florenmoneo3@gmail.com

RESUMEN

En este texto propongo el significado de fronteras a los factores sociales que impiden –por los efectos de la segregación que provocan– a la mayoría de la población –cuando no son tratados su inclusión y disfrute de las riquezas generadas por la actividad económica, política, recreativa y cultural de la comunidad.

PALABRAS CLAVE: frontera, segregación, sociedad, política, salud.

KEYWORDS: border, segregation, society, politics, health.

DEFINICIÓN

Frontera según el “Diccionario de la Lengua Española” –es: (de *fronteo*) 1 con-fín de un estado. 2 Frontis, fachada. 3 Cada una de las fajas o fuerzas que se ponen en el serón por la parte de abajo para su mayor firmeza. 4 Tablero fortificado con barrotes que sirve para sostener los tapiales que forman el molde de la tapia cuando se llega con ella a las esquinas o vanos. 5 Límite. Ú. m. en pl. “Su codicia no tiene FRONTERAS”.

TESIS

Este trabajo defiende la tesis de que las personas que han perdido la salud –biopsicosocialmente comprendida, ver la “Declaración de Alma Ata” de la OMS, de 1978 (2)– poseen una doble Segregación: la una que deviene de su diagnóstico –la frontera visible– y la otra derivada de las falsas ideas de la población –la frontera invisible, al modo por ejemplo, de la invisibilidad hasta hace poco de las mujeres con respecto a los hombres.

Propongo leer en este sentido las “Obras Completas” de Rosalía de Castro, Turner Ed, 1993, cuando dice en el tomo I, página 48, en el prólogo de su primera novela publicada en 1859 con 22 años:

“...Pasados aquellos tiempos en que se discutía formalmente si la mujer tenía alma y si podía pensar –¿se escribieron acaso páginas más bella y profundas, al frente de las obras de Rousseau que las de la autora de Lelia?– se nos permite ya optar a la corona de la inmortalidad, y se nos hace el regalo de creer que podemos escribir algunos libros, porque hoy, nuevos Lázaros, hemos recogido estas migajas de libertad al pie de la mesa del rico, que se llama siglo XIX... El que tenga paciencia para llegar hasta el fin, el que haya seguido página por página este relato, concebido en un momento de tristeza y escrito al azar, sin tino, y sin pretensiones de ninguna clase, arrójelo lejos de sí y olvide entre otras cosas que su autor es una mujer. Porque todavía no les es permitido a las mujeres escribir lo que sienten y lo que saben.”

Mujer –vale igual para el gitano, el LGTBI, el enfermo mental, el toxicómano y el migrante–, excelente novelista no reconocida desde su tiempo hasta hoy. Así como los estudios sobre ella de Mauro Armiños (3), (4), (5), (6), como uno de los muchos casos de invisibilidad. O de la noticia que María Martín y Sara Rosati analizan cuidadosa y exquisitamente, publicada en el diario “El País” del 24 de marzo de 2019 en la página 32 (7), bajo el título de “10 temporeras marroquíes acusaron a su jefe de acoso sexual y laboral en los campos de Huelva. Aquella decisión les impide volver a su país porque sus familias las repudian. El precio de denunciar los abusos en la fresa”, que demuestra que el paso adelante de las mujeres (en la frontera invisible) les hace pagar una factura muy cara aún –en Europa en pleno siglo XXI–. Como profesionales de la salud mental, ¿hemos de tratar las fronteras invisibles? Por supuesto que sí.

DATOS DE CAMPO

El contexto de salud social: En el Estado –señala Alfageme en su “Chequeo a la sanidad pública”– (8) 600.000 (584.018 en datos de 2018) pacientes aguardan una intervención quirúrgica. 1,5 millones esperan una cita con el médico especialista. La lista de espera media es de 93 días.

En Traumatología la lista de espera (157.419) es 11 días de media. Demora del diagnóstico 6 meses –resonancia y cita con el especialista–. Tiempo de espera endoscopia 1 año. Tiempo de espera para una intervención quirúrgica de cáncer de próstata en el servicio de urología de un hospital general terciario –en Bilbao, el Hospital de Basurto, fuente “archivo personal”– 75 días.

Por cada 1.000 ciudadanos 43 esperan ser vistos por un especialista (el Ministerio de Sanidad no detalla más los datos). Millón y medio de personas que viven en la incertidumbre con un interrogante en la cabeza –“¿Llegaré a tiempo de que la intervención quirúrgica sea eficiente?”–. 4 de cada 10 son citados más allá de 2 meses. El último barómetro sanitario –de 2018– explicita: el 47,7% de encuestados considera que los tiempos de espera no han mejorado –recuerden todos la voz del personaje narrador al comienzo de la película “Casablanca”, cuando describe el anhelo de los refugiados del régimen nazi, decir: “...Esperan los salvoconductos. Y esperan, y esperan, y esperan...”–. El 24,3% cree que han empeorado.

El año del comienzo de los drásticos ajustes, 2012, (Desviat (9) nos lo recuerda en su libro “Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva”), la OMS incluyó a España entre los países con mayor recorte en los presupuestos para sanidad, junto a Bulgaria, Croacia, Estonia, Hungría, Islandia, Irlanda, Italia, Grecia, Letonia, Rumanía, Portugal, produjo un aumento de los copagos, dejando fuera casi 400 fármacos que anteriormente eran financiados, una mayor externalización, más gestión privada y venta de hospitales públicos, la ciudadanía aguardó 100 días para operarse, 27 días más que el año anterior.

Según datos del INE la tasa de suicidios aumentó un 11% desde el inicio de la crisis. Sánchez Bayle –Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública– contabiliza (10) que la mitad de los médicos de atención primaria tiene cupos de entre 1.500 y 2.000 pacientes. Eso en España. En

la UE 1 de cada 5 ciudadanos mayores de 15 años responde que no pueden acceder a consultas médicas o tratamientos por el tiempo de demora (datos de Eurostat de 2014). Cabasés, Villalbí y Aibar, en el ya lejano “Informe SESPAS 2002” (11) –en el tomo II– decía en la página 331: “las listas de espera suponen la principal fuente de insatisfacción de los usuarios... Implica aumentar la gravedad de las dolencias, prolongar la incapacidad y el sufrimiento de los pacientes... pérdidas de la equidad. La adecuada gestión de estas listas exige que la necesidad y la efectividad del tratamiento actúen como criterios de inclusión en ella. La disminución de la incertidumbre será efectiva, la prescripción médica estará menos influida por factores ajenos a la estricta necesidad clínica, tales como los sistemas privados de pago o la capacidad productiva”-. Lo constata mucho antes de la crisis. En cuanto a atención primaria se señalan los puntos críticos de entonces: falta de adecuación de los presupuestos al peso teórico en el sistema sanitario, adecuación del número y funciones de los profesionales, falta de prestigio social de la medicina de atención primaria, marco laboral preconstitucional, desmotivación, control insuficiente del gasto farmacéutico, acceso limitado a tecnologías diagnósticas, ausencia de flexibilidad gestora, distanciamiento creciente entre gestores y clínicos, longitudinalidad insuficiente, sobrecarga asistencial, falta de adaptación de la organización al paciente, limitada capacidad de resolución, realización de prácticas inefectivas, ausencia de continuidad asistencial. En la página 398 sucede ese diálogo imposible que tantas veces se da como escena en el gran teatro del mundo entre personajes de la vida cotidiana:

Personaje 1: –¡Eh! ¡Gobierno!, ¡lo dijimos!

Gobierno: –No me acuerdo.

Los sucesivos “Informes SESPAS” confirman la naturaleza crónica (sic) de los problemas de la distribución de la renta, riqueza, pobreza y esperanza de vida en el Estado. Bourdieu en su estudio acerca de los factores sociales y los movimientos económicos señala en el libro “Les structures sociales de l’économie” (12): “La inmersión de la economía en los factores sociales es tal que, es necesario recordar claramente en el alma que el fin real de una verdadera economía práctica, no es otra cosa en último término, que la economía de las condiciones de producción y reproducción de agentes

e instituciones de producción y de reproducción económica, cultural y social, es decir, el fin mismo de la sociología” –en la página 29 del libro.

Hasta aquí Bourdieu. Yo añado por mi parte: “y de la salud de la persona y de la sociedad, o sea de la salud pública”.

ALGUNAS FALSAS IDEAS EN SALUD MENTAL (13)

1. Suprimir de la sanidad pública las intervenciones quirúrgicas ajenas a la salud (cambio de género, aborto), porque no son problemas de salud sino exageraciones de mujeres radicales, feministas –la discriminación de género, los prejuicios de género.
2. Eliminar el acceso gratuito a la sanidad pública a todos los inmigrantes ilegales. Hay que obligar al copago a todos los residentes extranjeros legales que no tengan un mínimo de 10 años de permanencia en nuestro suelo. Tienen derecho únicamente a los servicios de urgencia –el odio al emigrante.
3. La ley de violencia de género y toda la normativa posterior discrimina a un sexo –femenino– y perjudica al masculino. En su lugar, hay que hacer una ley de violencia intrafamiliar que proteja por igual a ancianos, hombres, mujeres y niños. Los organismos feministas son violentos, radicales, y están subvencionados por los Presupuestos Generales del Estado. Existen muchas denuncias falsas –la discriminación a la mujer.
4. La familia natural es una institución anterior al Estado. Las otras estructuras familiares, familias monoparentales, con hijos adoptados, padres/ madres homosexuales, monopersonales... no son familias de verdad. Las leyes de adopción perjudica el desarrollo de las familias naturales –la perspectiva única de estructura familiar.
5. El feto es una persona. El aborto es un crimen salvaje. Es un deber de la población la defensa de la vida desde la concepción hasta la muerte natural. El aborto y la eutanasia son homicidios –el aborto y la eutanasia son malos.
6. Los privilegios penitenciarios (salarios, seguridad social) a los presos condenados por terrorismo y a inmigrantes ilegales no sirven para su reinserción a través del método punitivo –los presos se castigan no se reinserían.

7. Las mezquitas son fundamentalistas. Debería de estar prohibida la construcción de nuevas mezquitas. Por parte del Estado debería de existir una exigencia del principio de reciprocidad en la apertura de lugares de culto. Hay que prohibir la financiación por parte de terceros países de lugares de culto. Exclusión de la enseñanza del Islam en la escuela pública. Fortalecer nuestras fronteras. Levantar un muro infranqueable en Ceuta y Melilla. Publicación de datos sobre nacionalidad y origen en estadísticas de delitos. La inmigración se afrontaría atendiendo a las necesidades de la economía y a la capacidad de integración del inmigrante. Se establecerían cuotas de origen privilegiando a las nacionalidades que comparten idioma e importantes lazos de amistad y cultura con nosotros. –la diversidad religiosa, lingüística y cultural es mala.

8. Defender la deportación de los inmigrantes ilegales a sus países de origen. Deportación de los inmigrantes que estén de forma legal pero que hayan reincidido en la comisión de delitos leves o hayan cometido algún delito grave. Revisión de los tipos penales (y endurecimiento de sus penas) para combatir a las mafias de la inmigración ilegal, así como para quienes colaboren con ellas, ya sean ONGs, empresas o particulares –la segregación racial, étnica y cultural.

9. Acabar con el efecto llamada: cualquier inmigrante que haya entrado ilegalmente estará incapacitado, de por vida, a legalizar su situación y por lo tanto a recibir cualquier tipo de ayuda de la administración –el segregacionismo social.

10. Persecución efectiva de las mafias de comercio callejero, no solo los vendedores, también la producción y distribución –agresividad a la economía del emigrante.

11. Suprimir la institución del arraigo como forma de regular la inmigración ilegal.

12. Transformar el Estado autonómico en un Estado de Derecho unitario que promueva la igualdad y la solidaridad en vez de los privilegios y la división. Un solo gobierno y un solo parlamento para todo el territorio. Como paso previo: devolución inmediata al Estado de las competencias de Educación, Sanidad, Seguridad y Justicia –perspectiva única de la sociedad.

13. Hay que eliminar las autonomías limitando en todo lo posible la capacidad legislativa autonómica –perspectiva única de la política y la cultura.

14. El conocimiento, la difusión y la protección de la identidad nacional es concebida como única. La aportación de España a la civilización y a la historia universal, con especial atención a las gestas y hazañas de nuestros héroes nacionales posee una versión única –visión idealizada de las guerras, promoción de la violencia contra el vecino.

15. Hay que derogar inmediatamente la Ley de Memoria Histórica porque se volvería a vivir una guerra civil. No puede estudiarse el pasado porque nos volvería a dividir –el recuerdo de lo que pasó es malo, mejor el olvido.

16. La Historia no es importante. No es necesario conocerla.

Estas son solo unas pocas ideas falsas, prejuicios, porque existen todavía muchísimas más.

Entre muchas otras, Giordana en su libro “La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale” (14) nos recuerda entre otras cosas –se puede leer en la página 15 del prefacio– “...la autoestigmatización por la enfermedad misma... el ser humano desarrolla desde su más temprana infancia una representación... como menos inteligentes y menos competentes. Con estas falsas ideas la estigmatización alcanza a los profesionales de la salud mental. Pienso en la Historia reciente de la República Argentina. El jefe del departamento de psiquiatría, modélico para el país, de un hospital general –Eva Perón– sufrió la experiencia de la desaparición de su hijo tras el golpe de estado de los coroneles –ver el libro de Sergio Eduardo Visacovsky (15) “El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina”, en donde el autor en la página 23 se manifiesta así: “...la relación entre lo político y un dominio institucional no político, para poner de manifiesto el lugar crucial que tuvo en la historia política en la Argentina después de 1955, como una fuerza activa proveedora de marcos interpretativos de los pasados de sectores sociales e institucionales no definidos como “políticos”. Tal era el caso del Lanús... este lugar crucial de lo político no fue producto de un rasgo atávico de la Argentina, sino del modo específico que asumió su proceso político: la discontinuidad democrática, el autoritarismo, la violencia política y el terrorismo de estado que

caracterizaron a la política argentina entre 1955 y 1983... (el hospital) Lanús ha narrado su pasado apelando a categorías de índole política”.

Dice Villanueva en el prólogo del maravilloso libro (16) publicado en 1978 –agotado actualmente, ¿se animaría un editor o editora a reeditarlo?– titulado: “Los marginados en España. Gitanos, toxicómanos, enfermos mentales, homosexuales”, escrito al alimón por Manuel Gómez Beneyto, Aurelio Luna Maldonado, Cecilio Serena Velloso, José Aumente Baena, José Cazorla Pérez, Pedro Cerezo Galán y José García González, en las páginas 13 y 14 lo siguiente: “Esperemos que la evolución política del país otorgue a sus científicos e intelectuales la libertad de pensamiento, que como dice Elías Díaz: ampliamente concebida constituye el elemento fundamental y, a su vez, el medio más adecuado y favorable para el pleno desarrollo de una auténtica vida intelectual que cumpla respectivamente su función como conciencia crítica de la sociedad, potenciando por tanto y no anulando, sus diferentes y quizás discrepantes tendencias y expresiones individuales. El intelectual, el científico, el escritor, el artista (yo añado el profesional de la salud mental) reivindican en este sentido, como exigencia ética e incluso como exigencia técnica, una suficiente y amplia libertad crítica y de pensamiento. Sin una zona mínima de libertad nada es posible, en efecto, en el mundo de la cultura.”

UNA PROPUESTA DE SOLUCIONES

Los actores que poseen alguna cuota de poder en el gran grupo social son: la jefatura del estado, el gobierno, el parlamento, la justicia, las sociedades profesionales, las asociaciones de afectados, los grupos sociales, los partidos políticos, las organizaciones que defienden a empresas, los sindicatos, las asociaciones culturales, las asociaciones feministas, las de autoayuda... y cada persona empoderada –basada en la confianza y la ayuda del otro–, por mucho que a algunos les cueste creerlo. Defiende Naím –en su libro “El fin del poder”, publicado en el año 2013, (17) que describe la experiencia de poco poder de un jovencísimo ministro de economía de un gobierno republicano de Latinoamérica– lo siguiente: “...El poder me fascinó y me atrajo desde joven (me dijo Fischer). Una de mis mayores sorpresas fue descubrir que los grandes palacios oficiales y todos los demás símbolos del

poder del gobierno eran, en realidad, una escenografía bastante hueca. La arquitectura imperial de los palacios oficiales oculta lo limitado que es en la práctica el poder de quienes trabajan en ellos... Los poderosos tiene cada vez más limitaciones para ejercer el poder... El poder es cada vez más débil, más transitorio, más limitado... El poder se está volviendo cada vez más débil y, por tanto, más efímero.” (Página 15).

Los métodos de ejercicio de poder para su acción específica en las dinámicas sociales son: la búsqueda de la información verdadera, contrastada, la conducta asociacionista de cada persona, las movilizaciones sociales de protesta, las intervenciones de los sindicatos, las acciones de los afectados y afectadas, la unidad de acción de los partidos políticos, la participación activa en los grupos de defensa de la sociedad –democrática, librepensadora, igualitaria, hermanada, laica y civil–, las decisiones de los jueces y juezas, de los parlamentarios y parlamentarias, de los gobiernos, de las jefaturas de Estado. Todo ello dinamizado de forma abierta, democrática y respetuosa con la diversidad de las partes, con el objeto de constituir movimientos de cambio social, promotores del desarrollo de la salud –también la mental–, influyentes en la realidad que nos rodea que prevengan la aparición de los pensamientos pesimistas –“siempre fue así, no se puede”–, los sentimientos derrotistas –“los ricos siempre ganan”–, y las conductas autodestructivas –el ejercicio de la violencia en contra de la persona misma, de los miembros de su familia, de sus amistades abstencionistas de ciudadanas y ciudadanos. Y por último, el conocimiento detallado de la Historia social –los factores históricos (18), (19): lo que pasó en la I República, pronunciamiento de Pavía y Serrano, la restauración, crisis social de 1917, dictadura de Primo de Rivera, II República, guerra civil, dictadura, transición, hasta hoy–. Fernández Liria defiende –en su último libro “Locura de la psiquiatría”, página 115 (20)– la tesis de que la evolución del pensamiento en salud mental ha sido la necesidad de justificar el tipo de trabajo que una sociedad en transformación iba requiriendo, a la que se han visto abocados los profesionales. Para defender más adelante –páginas 154 y 155– la acción de cuestionar el antiautoritarismo, el paternalismo y aboga por la construcción en los tratamientos de relaciones interpersonales de trabajo paciente-profesional –de naturaleza médico, psicoterapéutico y social.

CONCLUSIONES

- a.** Hacer visibles las fronteras –los determinantes sociales de la salud mental.
- b.** Conocimiento detallado de los factores históricos que permanecen presentes y obstaculizan los procesos de cambio en salud mental (21), (22), (23), (24), (25), (26).
- c.** Contar con las opiniones y las decisiones de los pacientes (27) –nuestros mejores aliados– a los que queremos ayudar, para la valoración de los resultados de los tratamientos.
- d.** Introducción de más cambios en la naturaleza de la relación terapéutica paciente profesional hacia una mayor democracia (28) y reparto del poder entre los actores, basado en la cooperación, el desarrollo interpersonal y la colaboración interinstitucional de ambas partes.
- e.** El exquisito respeto de los derechos humanos de los pacientes, (29), (30), (31), (32), (33), (34), (35), (36), (37), (38), (39), (40).
- f.** Mayor compromiso político (41) de los profesionales para el logro de los objetivos de atención a las necesidades sanitarias del grupo social.
- g.** Evaluación y en su caso cierre de los establecimientos hospitalarios de larga estancia en el Estado que aún perduran.
- h.** Formación en educación sanitaria a los pacientes con el objetivo de fomentar la promoción de la salud –también la mental– en el seno de las relaciones sociales.
- i.** Aumento de la financiación dedicada a la salud (42) –política económica progresista (43), aumento del gasto comprometido en los Presupuestos Generales del Estado, estimulación de las aportaciones de las empresas y fundaciones privadas.
- j.** Mayor control en la verificación de la asistencia por parte de profesionales competentes e imparciales –externos al Gobierno, externos al sistema.
- k.** Adquisición de conocimientos permanente.
- l.** Una actitud y una Psicoterapia adecuada a la base del proceso del tratamiento de cada paciente.
- m.** Prioridad para el tratamiento en Atención Primaria, en red con su entorno, sobre el hospitalario.

- n. Reducir el tiempo en los tratamientos breves hospitalarios.
- o. Evaluación meticulosa de los efectos secundarios de la parte psicofarmacológica del tratamiento.
- p. Favorecer la resocialización de las personas en tratamiento.
- q. Formación de los profesionales de la salud mental desde los conceptos de interdisciplinaridad, transdisciplinaridad e intersectorialidad, promoviendo el tratamiento en red.
- r. Exportación del modelo a otros países.
- s. Creación, mantenimiento y desarrollo de grupos de presión –pacientes, profesionales de la salud mental, instituciones económicas, deportivas, culturales, sociales– para asegurar los procesos de cambio que siempre serán sanitarios –entendiendo el cambio sanitario como un proceso de desarrollo en igualdad, biológico, psicológico, social, político, histórico, ecológico, creativo, de pensamiento, emocional e integrativo de las numerosas partes que constituyen el grupo grande social (44), (45), (46), (47), (48), (49), (50).

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 21 ed. Madrid: Espasa. Comunicaciones libres 15. Calpe Ed, 1992.
2. OMS. Declaración de Alma-Ata. Salud para todos en el año 2000. OMS Ed: Ginebra, 1978.
3. DE CASTRO, R. *Obra poética*. Barcelona: Diario El País Ed, 2005.
4. DE CASTRO, R. *En las orillas del Sar*. Barcelona: Plaza y Janés Ed, 1985.
5. DE CASTRO, R. *Obras Completas I*. Madrid: Turner Ed, 1993.
6. DE CASTRO, R. *Obras Completas II*. Madrid: Turner Ed, 1993.
7. MARTÍN M, ROSATI S. El precio de denunciar los abusos de la fresa. Diez temporadas marroquíes acusaron a su jefe de acoso sexual y laboral en los campos de Huelva. Aquella decisión les impide volver a su país porque sus familias les repudian. In *El País*. XLIV. 15.230. 32. Madrid: Prisa Ed, 2019.

8. ALFAGEME, A. Reducir las lista de espera, la cirugía más completa. In *El País*. 15.223. XLIV. 22-23. Madrid: Prisa Ed, 2019.
9. DESVIAT, M. *Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud colectiva*. Madrid: Grupo 5 Ed, 2016.
10. FADSP. *La privatización sanitaria en las comunidades autónomas*. Informe FADSP 2019. Bilbao: Osalde Ed, 2019. DOC: <https://osalde.org/la-privatizacion-sanitaria-enlas-ccaa-informe-fadsp-2019/>
11. CABASÉS JM, VILLALBÍ JR, AIBAR A. Informe SESPAS 2002. *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública II*. València: Consejería de Sanitat, Subsecretaria per a l'Agència Valenciana de la Salut, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud EVES Eds, 2002.
12. BORDIEU, P. *Les structures sociales de l'économie*. Lourai: Editions du Seuil, 2000.
13. Vox. *Programa electoral a las elecciones generales del 28 de abril de 2019*. Madrid: Vox Ed, 2019.
14. GIORDANA, J.Y. *La stigmation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-Les-Moulineaux Cedex: Masson Éd, 2014.
15. VISACOVSKY, S. *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Madrid: Alianza Ed, 2002.
16. TORRES GONZÁLEZ, F. *Los marginados en España. (Gitanos, toxicómanos, homosexuales, enfermos mentales)*. Madrid: Editorial Fundamentos, 1978.
17. NAÍM, M. *El fin del poder*. Madrid: Debate Ed, 2013.
18. FERNÁNDEZ DE CASTRO, I. *De las Cortes de Cádiz al Plan de Desarrollo 1808 – 1966. Ensayo de interpretación política de la España contemporánea*. Paris: Ruedo Ibérico Ed, 16 XXVIII Jornadas Nacionales de Salud Mental de la AEN “Fronteras” 1968.
19. MONEO, F. *Factores sociales de la salud. Los determinantes históricos*. Bilbao: Osalde Ed, 2019. DOC: <https://osalde.org/programas-electorales-elecciones-generales-2019-3/>
20. FERNÁNDEZ LIRIA, A. *Locura de la Psiquiatría. Apuntes para una crítica de la Psiquiatría y de la “salud mental”*. Bilbao: Desclée de Brouwer Ed, 2018.
21. ANGOSTO SAURA T, RODRÍGUEZ LÓPEZ A, SIMÓN-LORDA D. “Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría”. Ourense: AEN, AGSM, 2001.

22. CAMPOS R, MONTIEL L, HUERTAS R. *Medicina, ideología e historia en España* (siglos XVIII). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas Ed, 2007.
23. ÁLVAREZ-URÍA, F. *Miserables y locos. Medicina mental y Orden social en la España del siglo XIX*. Barcelona: Tusquets Ed, 1983.
24. PESET, JL. *Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales*. Barcelona: Crítica Ed, 1983.
25. ÁLVAREZ MARTÍNEZ JM, ESTEBAN ARNÁIZ R. "Crimen y locura". IV Jornadas Nacionales de la sección de historia. Palencia: AEN, 2004.
26. VIÑAS, A. *¿Quién quiso la guerra civil? Historia de una conspiración*. Barcelona: Crítica Ed, 2019.
27. BEIRAS H, SÁNCHEZ M. *La sanidad no se vende. Manual para la defensa de la Sanidad Pública*. Madrid: Ed Akal SA, 2015.
28. MONEO, F. *Puentes*. Bilbao: Ekimen Ed, 2016.
29. NOVELLA, E. Salud Mental y Ciudadanía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN* (Madrid) 2019; 134: 511-3.
30. MONTERO I, BOTEJARA A, RODRÍGUEZ A. Proposición de Ley de derechos en el ámbito de la Salud Mental. Madrid: Grupo Parlamentario Confederal de Unidas-Podemos-En Comú Podem-En Marea Ed, 2019.
31. ONU. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Paris: ONU Ed, 1948.
32. Parlamento de España. Constitución Española. Madrid: Las Cortes Ed, 1978.
33. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
34. 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.
35. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
36. Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
37. Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, de cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
38. ONU. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. New York: ONU Ed, 2006.

39. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
40. OMS. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra: OMS Ed, 2013.
41. MONEO, F. Los factores políticos de la salud en atención primaria. In Osalde.org. Bilbao: Osalde, 2019. DOC: <https://osalde.org/elecciones-y-derecho-a-la-salud>.
42. KRUGMAN, P. La reforma sanitaria no debe ser una prueba de fuego. In *El País Negocios*. XLIV. 15.229. 1.742. 16. Madrid: Prisa Ed, 2019.
43. La Constitución de la II República Española. Madrid: Congreso de los Diputados Ed, 1931. DOC: <http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/>
44. MORIN, E. *La Méthode 1. La nature de la Nature*. Lourai: Éditions du Seuil, 1981.
45. MORIN, E. *La Méthode 6. Éthique*. Lourai: Éditions du Seuil, 2004.
46. DE MARÉ, P. *Textos escogidos*. Barcelona: Cegaop Press, 2010.
47. VALLS, JL. *Acción específica*. In *Diccionario freudiano*. 19-22. Madrid: Juan Yébenes SA, 1995.
48. ARANDA, JL. El banco ha vendido mi hipoteca. La cesión de los préstamos de vivienda a fondos de titulización llega poco a poco a los juzgados: Una afectada ha llevado su caso al Tribunal Supremo. In *El País*. Año XLIV. 15.284. 51. Madrid: Prisa Ed, 2019.
49. RIVAS, JF. “¿Reformar la Reforma Psiquiátrica?” In *Diario Sur*. Sevilla: Sur Ed, 2019.
50. Trabajo en prensa. Moneo, F. Lazos [en prensa]. Bilbao: Ekimen Ed.

Injusticia testimonial: atravesando las fronteras epistemológicas en Salud Mental

Álvaro Cerame del Campo

Residente de Psiquiatría.

Anthyma Violeta Franco Soler

Residente de Psicología Clínica

Paloma Coucheiro Limeres

Residente de Psiquiatría

Instituto Psiquiátrico José Germain

Correspondencia:

alvaro.cerame@salud.madrid.org

anthymavfs@gmail.com

paloma.coucheiro@gmail.com

RESUMEN

La injusticia epistémica queda definida por Miranda Fricker como un mal causado a una persona en su condición de sujeto de conocimiento. Algunos autores han estudiado la manera en la que la injusticia epistémica se manifiesta en la relación médico-paciente y la asimetría epistemológica y de poder que se derivan de la misma, concluyendo que las personas que sufren enfermedades son más susceptibles que la población general a sufrir injusticia epistémica, especialmente en lo relacionado con las patologías crónicas. Sin embargo, la aplicabilidad de este concepto en la salud mental no ha sido tan explorada a pesar de que la identidad social de las personas con sufrimiento psíquico está potencialmente sujeta a un mayor grado de descrédito, así como a la intersección con otros ejes de opresión social. Siguiendo este planteamiento, en la primera parte del artículo presentaremos el marco de la injusticia epistémica propuesto por Fricker. Con el objetivo de aterrizar el marco conceptual en la práctica, expondremos una serie de viñetas clínicas que consideramos pueden arrojar luz y problematizar nuestro quehacer

a través de la óptica previamente planteada. En último término lanzaremos algunas reflexiones en torno a las implicaciones prácticas de incluir la mirada de la injusticia epistémica, así como las controversias y problematizaciones surgidas alrededor de ésta, con el objetivo de pensar en las implicaciones derivadas de concebir la naturaleza de este daño, del que, a priori, somos copartícipes.

ABSTRACT

Epistemic injustice is defined by Miranda Fricker as a damage done to someone in their capacity as a knower. Some authors have studied the way in which epistemic injustice might operate in the doctor-patient relationship and the epistemological and power asymmetry derived from it, concluding that patients are more susceptible than the general population to suffer from epistemic injustice, especially in relation to chronic illnesses. However, the applicability of this concept in mental health has not been adequately explored despite the fact that the social identity of people with mental illness is potentially subject to a greater degree of discredit, as well as the intersection with other axis of social oppression. Following this approach, in the first part of the article we will present the framework of epistemic injustice as proposed by Fricker. With the aim of landing the conceptual framework into our practice, we will expose a series of clinical vignettes that we believe can shed light and problematize our work through the aforementioned lens. Lastly, we will present some insights on the practical implications of considering the existence of a certain form of epistemic injustice, as well as the controversies and problematizations that arose from it, with the aim of thinking about the implications of conceiving the nature of this damage from which we are partially responsible.

PALABRAS CLAVE: Injusticia testimonial, salud mental, epistemología de la psiquiatría.

KEYWORDS: Testimonial injustice, mental health, epistemology of psychiatry.

“La separación entre los dos combatientes a muerte debe sanar de algún modo, de forma que estemos en ambas orillas a un tiempo y veamos, a la vez, con ojos de águila y de serpiente. O tal vez decidamos desentendernos de la cultura dominante, desecharla por completo como una causa perdida y cruzar la frontera hacia un territorio totalmente inédito y separado. O podríamos seguir otro itinerario. Las posibilidades son numerosas una vez que hayamos decidido actuar y no reaccionar contra algo”. (1) (p. 135)

La publicación del libro “Injusticia epistémica” en 2007 (2) supuso un punto de inflexión en el ámbito de la epistemología social angloamericana y ha generado una serie de interesantes debates que han revitalizado dicho campo de conocimiento. La premisa es sencilla: la injusticia epistémica es un tipo de daño que las personas pueden sufrir en su condición específica de sujetos de conocimiento. La autora considera que existe un vacío en la doctrina epistemológica y ética en lo que atañe a los “aspectos éticos y políticos de nuestra conducta epistémica” (p.19), por ello construye una teoría que se centra en la epistemología de la vida cotidiana y en sus prácticas fundamentales: el acto del testimonio y la forma en la que damos sentido a nuestra experiencia (hermenéutica); a partir de dichas prácticas la autora describe los dos modos fundamentales en los que la injusticia epistémica opera. Por un lado, la *injusticia testimonial* se produce cuando el discurso que una persona articula recibe un menor nivel de credibilidad de lo que debería en otras circunstancias, basado en un prejuicio derivado de la identidad social del sujeto. La autora pone como ejemplo una persona negra denunciando un robo con la consiguiente sombra de duda que podría existir sobre sus palabras. Por otro lado, la *injusticia hermenéutica* ocurre cuando una persona no es capaz de dar sentido a lo que le sucede al existir un vacío en los recursos interpretativos colectivos a través de los que conocemos. El ejemplo utilizado en este caso es la dificultad que una persona atraviesa cuando sufre acoso sexual en un contexto cultural donde no existe dicho concepto analítico.

Este marco conceptual ha sido extrapolado al ámbito de la medicina por autores como Havi Carel e Ian Kidd (3)(4)(5), quienes analizan la manera en la que las personas enfermas son especialmente vulnerables a esta forma de injusticia dada la asimetría de poder existente entre los pacientes y los

profesionales en los contextos sanitarios. A nuestro juicio, la importancia de explorar esta forma de injusticia reside en las consecuencias y los daños que pueden causar al sujeto, tanto a corto como a largo plazo. Esto es especialmente relevante en un contexto profesional en el que es un imperativo ético conocer y tratar de aproximarse a los potenciales males causados por nuestras intervenciones, tal como dicta el principio de no maleficencia.

De manera global, dada la importancia que tienen nuestras capacidades como sujetos de conocimiento en la cultura en la que vivimos, cualquier daño agencial, grupal o institucional contra las mismas atentan contra la dignidad de la persona y potencialmente pueden afectar a la propia concepción de ésta como sujeto, así como al lugar que una ocupa en el orden social. En este sentido, en lo relativo a la naturaleza del daño que se deriva de la injusticia testimonial, existen fundamentalmente dos posturas. La primera, encabezada por la propia Fricker (2) lo entiende desde la perspectiva de la *cosificación epistémica*, en la medida que se produce una negación de la subjetividad. La segunda postura, cuyo principal exponente es Pohlhaus (6), entiende que el daño resultante genera una *subjetividad truncada*, una que emerge de la contraposición de una *dialéctica yo-otro* que sustenta las prácticas epistémicas que dan sentido y actúan como soporte de la cosmovisión de las subjetividades predominantemente situadas.

Asimismo consideramos importante señalar dos formas de injusticia epistémica descritas por Hookway (7): el *prejuicio de participación* y el de *información*; que a su vez, Fricker (8) concibe como aspectos del prejuicio en la economía de credibilidad del sujeto que causan la injusticia testimonial.

El *prejuicio de participación* hace referencia a cómo las expectativas y los juicios de credibilidad a los que una persona es sometida afectan al sentido de relevancia de esa persona y, por ende, a su participación en las prácticas epistémicas colectivas. Cuando se espera que una persona hable y contribuya con información relevante, es más probable que lo haga. A largo plazo, esa probabilidad sostenida de mayor participación ayudará a mejorar sus capacidades epistémicas. Imaginemos que una persona sufre un déficit de credibilidad prejuicioso: no se esperará que esa persona hable ni tampoco se considerará que tenga algo relevante que aportar. Por lo tanto, será más difícil para esa persona participar, incluso podrá llegar a abstenerse

voluntariamente de hacerlo, debido a la pérdida de confianza epistémica. A largo plazo, el sujeto no desarrollará todo su potencial como agente epistémico, creando una profecía autocumplida en la que se considera que las consecuencias de las prácticas de exclusión son la razón por la que se justifican esos prejuicios en primer lugar.

El *prejuicio de información* ocurre cuando el conocimiento transmitido por el agente se considera irrelevante o se percibe que este carece de la capacidad de proporcionar información significativa en absoluto. Con el tiempo, esto resulta en una construcción de recursos interpretativos colectivos que no representan la realidad de esas comunidades epistémicamente marginalizadas. Además, esas brechas en los recursos interpretativos colectivos sólo pueden ser detectadas por los grupos discriminados, que al mismo tiempo, carecen de credibilidad para señalar esta ausencia. Un ejemplo de esto serían los sesgos de género que existen en el constructo de la cardiopatía isquémica y cómo estos sesgos han permeado a nivel de los manuales y la evidencia con las consiguientes repercusiones que esto genera en la práctica clínica a la hora de realizar un adecuado tratamiento en las mujeres (9). Kidd y Carel (4) argumentan que los pacientes son vulnerables a estos dos tipos de prejuicios y que estas formas de prejuicio, informativas y participativas, podrían considerarse como problemas estructurales de la asistencia sanitaria contemporánea que ayudan a perpetuar las evaluaciones de credibilidad prejuiciosas de las que emergen.

Solo daremos unas pinceladas sobre el daño generado por la injusticia hermenéutica al no ser el objeto de este trabajo, pero diremos que Fricker (2) lo concibe fundamentalmente como un tipo de asimetría cognitiva que genera individuos y grupos hermenéuticamente marginalizados. Asimismo, Kidd y Carel (4) plantean que en el caso de las pacientes se puede llegar a producir una doble herida dado que éstas no sólo sufren por aquello que les aflige, sino que en muchas ocasiones también sufren por la imposibilidad de darle sentido. Queremos añadir en este apartado un apunte histórico en el que podemos encontrar reflejado la situación descrita. Nos centraremos en el movimiento feminista y su experiencia para nombrar la situación social de las mujeres a partir de un “problema sin nombre” –como lo definió Friedan en su libro *La mística de la feminidad* (10)– y cómo se desarrollan

herramientas de conocimiento conocidas como “creación de conciencia” y que, como expone Herman en *Trauma y Recuperación* (10), persiguen la elaboración de un discurso común a todas las mujeres a partir de los propios testimonios de opresión en su vida diaria. De este modo buscan, como lo definió K.Sarachil –una de sus creadoras– “retar a la ortodoxia intelectual imperante” (p.57) mediante la construcción de conocimientos a través de la inclusión de las experiencias subjetivas de quienes sufren una determinada desigualdad: se buscaba alcanzar un cambio social, que excediera lo individual, a través del apoyo mutuo y la lucha conjunta. Del mismo modo, mediante otro ejemplo, Herman expone cómo los supervivientes de abuso sexual infantil, tras comprender y nombrar el origen de su sufrimiento psíquico, son capaces de elaborar una nueva identidad exenta de estigmas. Como apunta Carmona (11) esta visión se contrapone a la manera en la que desde determinadas corrientes de la salud mental algunos de estos problemas han sido conceptualizados como la incapacidad del sujeto de elaborar la experiencia traumática en contraposición a la imposibilidad colectiva de dar sentido a la experiencia por la falta de recursos interpretativos con los que conocemos.

De este modo, la injusticia epistémica está profundamente atravesada por el ejercicio de poder social, entendido éste como “la capacidad socialmente situada para controlar los actos de los demás” (2) (p.21), que puede actuar activa o pasivamente o en relación de interdependencia. Fricker plantea que habría dos formas fundamentales de ejercer el poder: la agencial y la estructural. La primera se daría cuando determinados agentes sociales (individuos, grupos o instituciones) controlan a otros agentes sociales. La segunda se pondría de manifiesto cuando no podemos identificar un agente concreto que lo ejerza, hallándose el poder socialmente diseminado (si bien siempre recae sobre un objeto). En este contexto el poder operaría de forma holística y las personas seríamos vehiculizadas por éste. No obstante, Fricker considera que el poder agencial es también un fenómeno estructural ya que depende de la coordinación práctica de diversos agentes sociales. En el campo de la salud mental, por ejemplo, el poder de una psicóloga/psiquiatra sobre sus pacientes a la hora de estipular un diagnóstico o de elaborar un informe forense depende del contexto social del conjunto de las instituciones sociosanitarias, de los sistemas diagnósticos

vigentes, de las ayudas públicas, etc. Por tanto, el poder agencial dependería de la alineación social.

En este sentido, cabe señalar que además de la coordinación social práctica entre los agentes, Fricker habla de una forma de poder social, el poder identitario, que requiere de la coordinación, en el imaginario colectivo, de las concepciones de las diferentes identidades sociales. Éste se puede ejercer de forma activa por ejemplo, en el caso de la salud mental, para que la paciente se rinda ante la autoridad de la práctica discursiva paternalista de la profesional. También podría ejercerse de forma pasiva si por el mero hecho de estar ante una profesional la paciente se inhibe verbalmente. Así en este caso emerge la concepción de lo que significa ser cuerdo o loco o de ser profesional o paciente, que actúan conjuntamente con otras formas de poder identitario (v.g. género, racialización y/o clase).

Consideramos que esta forma de poder es particularmente digna de ser contemplada puesto que, además de formar “parte intrínseca del mecanismo del intercambio testimonial debido a la necesidad que tienen los oyentes de utilizar estereotipos sociales en la estrategia heurística para la valoración espontánea de la credibilidad de sus interlocutores” (p. 40), sus lógicas se activan de forma automática a pesar de nuestras creencias, pudiendo llegar a incidir en nuestras acciones aunque “ninguna de las dos partes acepte de forma consciente que el estereotipo es veraz” (p. 38). De este modo, cuando los prejuicios son engañosos pueden suponer un perjuicio para la hablante, pues además de producirse una disfunción ética y epistémica, con la consiguiente pérdida de conocimiento, ésta es desautorizada como sujeto de conocimiento, con el daño que ello implica.

Por consiguiente, compartimos con Fricker la necesidad de incorporar marcos interpretativos socialmente situados, en particular en el campo de la epistemología, que tradicionalmente ha concebido a las participantes de las relaciones epistémicas abstrayéndolas de las relaciones de poder social. Es decir, reivindicamos la politización de nuestras formas de concebir las relaciones epistémicas, en las que se (re)producen relaciones de poder entre tipos sociales. Este es el caso de las ciencias *psi*, que ejercen un papel “regulador del sufrimiento psíquico y las conductas consideradas socialmente como excéntricas o anormales a través del diagnóstico y el tratamiento”

(12) (p.110) y que a través del modelo biomédico sostienen “una configuración paternalista en la atención, donde la profesional es la experta que sabe lo que necesita el paciente y tiene incluso el poder de obrar sin su consentimiento (p. 111)”, contexto idóneo para que se produzcan situaciones de injusticia testimonial, como ilustraremos a continuación a través de una serie de viñetas clínicas.

Viñeta 1

Acude al servicio de urgencias una paciente de 35 años por dolor de garganta, febrícula y mialgias de 3 días de evolución. La paciente, natural de Guinea Ecuatorial, lleva en España desde su infancia y presenta un diagnóstico de Esquizofrenia de larga data, estable desde hace varios años. Al llegar a la urgencia es triada para psiquiatría con la etiqueta «paciente con historial significativo en salud mental». Al poco de empezar la valoración, la paciente se muestra extrañada de que le vea una psiquiatra, se aclara el motivo de consulta y se deriva al circuito general de la urgencia.

Esta viñeta nos permite observar la naturaleza interseccional de los prejuicios en la economía de credibilidad que pesan sobre el sujeto. La paciente está *marcada* por su condición racializada, de enferma mental y de género. No podemos hablar de tres condiciones que actúen de manera independiente sino que son categorías coconstitutivas que generan un *yo*. Un *yo* que ocasionará, como señala Fricker (2) (p.56), un prejuicio identitario que perseguirá al sujeto a través de las diferentes dimensiones de su actividad social. Por ello, podemos ver representada en esta viñeta lo que Fricker califica de injusticia testimonial sistemática, en la que el sujeto es vulnerable a los múltiples tipos de injusticia existentes.

Asimismo, nos parece que resalta las repercusiones a largo plazo en el ámbito de la salud que se pueden dar en todos aquellos que se encuentran en una situación de déficit de credibilidad. Se producirán retrasos en el tiempo de diagnóstico, se harán categorizaciones diagnósticas erróneas o se omitirán cuadros activos. Todo ello podrá aumentar las tasas de morbi-mortalidad en los sujetos atendidos, teniendo esto una especial importancia en la responsabilidad ética de las facultativas. No obstante, es una responsabilidad difícil de advertir en un primer momento ya que no se trata de un daño directo y no contamos con andamiajes conceptuales a través de las

cuales comprender lo que está sucediendo. Del mismo modo, no se trata de exclusivamente de una carga de responsabilidad individual sino que al tener el ejercicio del poder un carácter estructural –en este caso responsabilidad a nivel institucional–, la responsabilidad también existiría a nivel colectivo e institucional. Aquí aparecería el citado *perjuicio de información*¹ y cómo este afecta a la construcción de la evidencia disponible, la capacidad de detectar determinadas presentaciones clínicas, así como la manera en la que se puede llegar a organizar la asistencia sanitaria. Es a raíz de entender que esto pueda suceder como se pueden empezar a tomar medidas que palien este tipo de situaciones y la toma de responsabilidad tiene que empezar a través de, en primer, lugar entender que este fenómeno ocurre y, en segundo lugar, empezar a pensar en soluciones para mitigarlo.

Viñeta 2

Acude al servicio de urgencias un varón de 40 años con seguimiento en salud mental desde hace dos décadas con un diagnóstico de trastorno de personalidad paranoide. Se encuentra en tratamiento en un centro de rehabilitación psicosocial y con neurolépticos a dosis bajas con fines hipnóticos. Es considerado como un paciente “hiperfrecuentador” de la urgencia del hospital de zona donde suele consultar sobre síntomas que revisten baja gravedad como insomnio o ansiedad. En el día en cuestión, el paciente llega a la urgencia por la tarde y el motivo de consulta es insomnio. La atención al paciente es llevada a cabo por una residente de primer año, que conoce al paciente de alrededor de 4 consultas más y que objetiva sintomatología hipomaniaca que el paciente no había presentado con anterioridad. La residente consulta telefónicamente con el adjunto de guardia y le cuenta el caso, señalando como dato novedoso la aparición de la citada sintomatología. El adjunto, que también conoce al

¹ Podemos ver otro ejemplo de lo comentado hasta ahora en un experimento realizado por Green et al. (23) con el fin de estudiar la relación entre la presencia de actitudes raciales implícitas y los procesos de toma de decisiones médicas en pacientes con síndromes coronarios agudos. El estudio apunta a que los médicos que participaron en su estudio y afirmaban que no tenían ningún sesgo racial tenían, de hecho, una puntuación alta en el examen de asociación implícita y que aquellos médicos que obtuvieron una puntuación alta en esas pruebas tendían a tener una tasa menor de prescripción de medicación trombolítica en los casos donde estaba clínicamente indicado. La importancia de este experimento es que muestra que los prejuicios en la economía de credibilidad tienen un efecto más directo y pernicioso que cosificar o excluir epistemológicamente a los pacientes, en ciertos casos, puede afectar la decisión clínica cuando se trata de tratamientos sin los cuales una persona puede perecer. No sería, por tanto, descabellado pensar que esta misma situación pueda darse en personas con problemas de salud mental.

paciente, le plantea a la residente que no parece que se trate de un cuadro hipomaniaco, sino que es algo más caracterial, se indica el alta clínica y se incide en que consulte a sus terapeutas de referencia en un plazo breve de tiempo. Una semana después el paciente ingresa por un episodio maniaco.

El elemento más importante que queríamos resaltar con la viñeta tiene que ver con la manera en que puede operar la injusticia testimonial a través de varios niveles. Por un lado, en el plano de la identidad social médica (residente-facultativo), el relato de la residente no es tenido en cuenta dado el peso de la historia previa del paciente como frecuentador, su diagnóstico de base y su relativa estabilidad durante años. En este sentido, el hecho de que existiese este juicio previo respecto al paciente podría no ser considerado una forma de injusticia que emana de déficit en la economía de credibilidad del sujeto, sino un juicio previo fundado. No obstante, el hecho de negar en cierta medida la participación de la residente como informante supone una forma de injusticia en sí misma. Esto resulta indirectamente en una forma de injusticia hacia el paciente, dadas las repercusiones que tiene para él minimizar su demanda de ayuda que podría dar lugar a otro tipo de intervenciones como una observación más larga o un ingreso.

La viñeta nos permite poder explorar una limitación del marco de Fricker: centrarse en los intercambios testimoniales particulares. Para la autora lo que sufre la residente no podría ser considerado del todo una forma de injusticia epistémica dada su posición predominantemente situada en relación al paciente y la ausencia de repercusiones negativas inmediatas hacia su persona. Por ello creemos que las aportaciones de Dotson (13) y su concepto de *opresión epistémica* son relevantes en la medida que permiten explorar múltiples formas de injusticia sin menoscabar la magnitud de la opresión. Para la autora este concepto describe “la exclusión epistémica persistente que dificulta la contribución del sujeto a la producción de conocimiento” (p.1; traducción propia). Por tanto, en este caso, tanto el paciente como el residente sufrirían una forma de injusticia testimonial. No obstante, esta podría resultar en una forma de opresión epistémica hacia el primero al perpetuar una forma de exclusión persistente, pero en lo relativo al residente esta injusticia podría tener otra función resultando en el desarrollo de formas de actitudes epistémicas (vicios y virtudes) que sustentan las formas de conocer predominantemente situadas (14) (15).

Viñeta 3:

Paciente de 44 años diagnosticada de distimia y alcoholismo crónico de larga evolución, que es derivada a la urgencia por un problema somático. A su llegada a la urgencia solicitan ITC a psiquiatría puesto que la paciente se encuentra con un elevado cuadro de ansiedad. A la valoración la paciente refiere una conflictiva familiar ocurrida en la últimas semanas. Indica que sus familiares, que conviven con ella, le han robado dinero que guarda en su casa. Presenta antecedentes de múltiples consultas a la urgencia por alteraciones conductuales tras discusiones familiares en contextos en los que la paciente presenta un estado de ebriedad elevado. La paciente suele mantener un relato externalizador de la problemática familiar y minimizador de su papel en la misma.

Introducimos esta viñeta por la problemática desencadenada en el facultativo que le atiende. Éste presenta una incapacidad para validar el discurso de la usuaria debido a la experiencia previa que presenta en su relación terapéutica, que con el paso del tiempo ha incurrido en una disminución paulatina de su credibilidad.

El facultativo establece un distanciamiento emocional con la paciente, sosteniendo su malestar actual pero recogiendo la problemática familiar de fondo sin demasiado interés. Nos parece importante señalar dicha actitud puesto que creemos que se trata de una situación compleja que podemos observar en nuestra práctica diaria. Desde el marco teórico de la injusticia epistémica nos gustaría señalar que se trata de un caso complejo por los posibles agravios que se pueden cometer contra la paciente debido al déficit de credibilidad por el prejuicio identitario que a priori se le otorga. Quere-mos señalar, como hemos expresado a lo largo del escrito, que dicho pre-juicio podría ocasionar no solo un daño circunstancial en el sujeto sino un daño epistémico, que de manera consecuente haría mella en los diversos aspectos de la actividad social y que en última instancia podría llegar a relegarla a un rol pasivo en la práctica discursiva, degradándola de sujeto a objeto, es decir, dejándola sin capacidad de aportar conocimiento y por ello *cosificándola epistémicamente*.

Sin embargo, esta viñeta también trae a colación los límites que presenta el marco que abordamos. Se trata de aquello que en determinados contextos puede no estar produciendo un daño ético o epistémico y que por lo

tanto no pertenece al orden de la injusticia. Fricker denomina *errores inocentes* a aquellas situaciones que, aún generando una disminución de la credibilidad del sujeto, no están derivadas de un juicio atravesado por conflictos de carácter ético. Del mismo modo, también existirán ocasiones en las que un sujeto presente un déficit de credibilidad reactivo a hechos reiterados y fundados en la experiencia propia del oyente, que ha generado heurísticos de credibilidad empíricamente fiables. En este caso tampoco estaríamos hablando de injusticia epistémica. Pese a estas aclaraciones, que nos parece oportuno señalar, no pretendemos dilucidar o sentenciar la viñeta presentada, tan solo desarrollar otros planos del marco que tratamos para incitar al lector a una reflexión crítica.

DISCUSIÓN

Hemos querido traer el marco de la injusticia epistémica al ámbito de la salud mental dado que el objeto de nuestra práctica está estrechamente vinculado con la realidad epistémica de la persona, es decir aquella que tiene que ver de forma específica con ser un sujeto de conocimiento y los malestares que se derivan de ello. Además, tanto el corpus teórico como la práctica clínica dependen, o deberían depender, del testimonio de los pacientes así como de la interpretación que realizan de su propia experiencia. Estos dos hechos conjuntamente hacen de nuestro campo un terreno fértil para la injusticia epistémica. Esta óptica permite entender, como señalan Crichton et al. (16) cómo y por qué, a pesar de una buena predisposición, los profesionales de la salud mental con frecuencia no creen a sus pacientes, y esta mirada nos permitiría tratar de revertir una práctica a menudo inconsciente, que daña a los sujetos de conocimiento y también va en detrimento de la práctica clínica.

A lo largo del artículo hemos analizado cómo la injusticia epistémica testimonial se puede manifestar de varias maneras en el contexto de los servicios de salud mental y hemos problematizado sobre los posibles daños que se pueden derivar de la misma, ya sea en un momento inmediato, como las repercusiones que esto puede generar a nivel de la participación de los sujetos y la construcción de los recursos interpretativos colectivos. Asimismo creemos que el propio concepto de la injusticia epistémica es

emancipador en la medida que permite nombrar y dar sentido a un conjunto de experiencias de daño que hasta ahora difícilmente podían ser nombradas. No obstante, consideramos que, conjuntamente con un cambio de paradigma epistémico, son fundamentales, y de hecho ya se están produciendo, movimientos emancipatorios desde los márgenes. Es importante no caer en la *retórica de los comienzos* (17) que supone que cuando aparezca un nuevo marco pueda dar la impresión de que nada ha existido con anterioridad. El empoderamiento de las personas marginalizadas a través de la generación de espacios de creación de conocimiento colectivo se ha convertido en los últimos años en uno de los principales motores de transformación de las prácticas en salud mental, un ejemplo de esto serían los llamados movimientos en primera persona o los *mad studies*. Asimismo, estas corrientes han llegando a permear en la institución con modelos como el de los *Cuidados conscientes del trauma* (18) o el marco de *Poder, amenaza y significado* (19). Estos espacios también han jugado un papel importante en la denuncia de la vulneración de los derechos de las personas psiquiatrizadas. Así, se dibujan varios frentes desde los que combatir la injusticia epistémica.

Por todo ello, creemos necesario realizar un análisis crítico de la práctica diaria en la que pueden aflorar dichos agravios, asumiendo con ello responsabilidades individuales y colectivas. Consideramos que se debe reconstruir el marco de conocimiento en el que nos encontramos con el fin de modificar el imaginario colectivo que provoca –como hemos visto a lo largo del texto– diferentes formas de injusticia epistémica testimonial. Entre algunas de las herramientas que propone Fricker (2) para lograr dicho objetivo se halla la *sensibilidad de escucha*, entendida como la sensibilidad testimonial que se adquiere a través de la reflexión crítica de las experiencias socioculturales individuales y colectivas. Con este término pretende acercarnos, mediante una sensibilidad entrenada, a la realización de una escucha inclusiva espontánea. Es decir, en nuestra opinión, la pretendida neutralidad, la llamada suspensión del juicio, no es más que otro mecanismo de sustentación del *status quo*. Así, para cuestionarlo debemos, ineludiblemente, desenmascarlo y eso pasa por la *consciencia del prejuicio*, de las formas en que habita nuestra mirada. Solo de ese modo, estaremos menos presas de su influencia.

En último término, nos gustaría señalar que las conocedoras dominante-mente situadas, en este caso las profesionales de la salud mental, también sufren/sufrimos de injusticia epistémica (14) (20). Ello no justifica que a su vez ejerzamos un lugar de opresión epistémica, ni diluye nuestra responsabilidad ética. Sin embargo, implica un cambio de paradigma, yendo más allá de la individualidad de la *dialéctica del amo y el esclavo* (que invisibiliza las lógicas estructurales del poder), al considerar no solo las responsabilidades individuales, sino también las grupales y las sistémicas, es decir, al analizar los diferentes niveles en que opera la injusticia epistémica en un contexto socio-histórico determinado (21). Con ello no pretendemos igualar el daño y la opresión sufridos por las profesionales al sufrido por las pacientes, pero sí consideramos imprescindible incluir ambos niveles de análisis pues esto nos permitirá comprender el fenómeno de la injusticia epistémica en toda su complejidad. Solo así podremos plantearnos una transformación real de las lógicas de opresión que se juegan en nuestra práctica clínica: siendo realmente conscientes de nuestro papel como *conocedoras situadas* (22) inmersas en una red de identidades coexistentes y cambiantes, también en lo que al ejercicio de poder se refiere.

AGRADECIMIENTOS

Queríamos agradecer a Iván de la Mata y a Belén González por sus aportaciones y críticas al manuscrito, así como por animarnos a poner por escrito nuestras reflexiones sobre nuestra práctica.

BIBLIOGRAFÍA

1. ANZALDÚA G. BORDERLANDS, *La Frontera*. In: Books AL, editor. *Borderlands/La Frontera: The New Mestiza*. San Francisco, CA; 1987.
2. FRICKER M. *Injusticia epistémica*. Herder Edi. Barcelona, Spain.; 2017.
3. CAREL H, KIDD IJ. “Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis”. *Medicine, Health Care and Philosophy* [Internet]. 2014;17(4):529–40. <http://dx.doi.org/10.1007/s11019-014-9560-2>
4. KIDD IJ, CAREL H. *Epistemic Injustice and Illness*. Coady D, Fricker M, editors. *J Appl Philos*. 2017 Feb 8;34(2):172–90.
5. BLEASE C, CAREL H, GERAGHTY K. *Epistemic injustice in healthcare encounters: evidence from chronic fatigue syndrome*. *J Med Ethics*. 2016;
6. POHLHAUS G. *Discerning the Primary Epistemic Harm in Cases of Testimonial Injustice*. *Soc Epistemol*. 2014 Apr 3;28(2):99–114. <http://dx.doi.org/10.1080/02691728.2013.782581>
7. HOOKWAY C. *Some Varieties of Epistemic Injustice: Reflections on Fricker*. *Episteme* [Internet]. 2012/01/01. 2010;7(2):151–63.
8. FRICKER M. *Replies to Alcoff, Goldberg, and Hookway on Epistemic Injustice*. *Episteme* [Internet]. 2012/01/01. 2010;7(2):164–78.
9. MAAS A, Appelmann YEA. *Gender differences in coronary heart disease*. *Netherlands Hear J* [Internet]. 2010 Dec;18(12):598–602.
10. HERMAN J. *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid, España: Espasa; 2004. (Espasa hoy).
11. CARMONA OSORIO M. “Paradigmas en estallido: Epistemologías para una ¿post?psiquiatría. *Rev. la Asoc. Española Neuropsiquiatría*. 2017;37(132).
12. ORTIZ A, HUERTAS R, (Coordinadores). *Críticas y alternativas en psiquiatría*. Catarata. Madrid, España; 2018.
13. DOTSON K. *Conceptualizing Epistemic Oppression*. *Soc Epistemol* [Internet]. 2014 Apr 3;28(2):115–38.
14. CERAME A. *Epistemic injustice in doctors*. London, UK.: King’s College London; 2017.
15. MEDINA J. *Active Ignorance, Epistemic Others, and Epistemic Friction*. In: *The Epistemology of Resistance: Gender and Racial Oppression, Epistemic Injustice, and the Social Imagination*. New York: Oxford University Press; 2013.

16. CRICHTON P, CAREL H, KIDD IJ. “Epistemic injustice in psychiatry”. *BJPsych Bull*. 2017 Apr 22;41(2):65–70.
17. POHLHAUS G. CHAPTER 1: “Varieties of Epistemic Injustice”. In: *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. New York, NY: Routledge; 2017. (Routledge Handbooks in Philosophy).
18. SWEENEY A, CLEMENT S, FILSON B, KENNEDY A. “Trauma-informed mental healthcare in the UK: What is it and how can we further its development?” *Mental Health Review Journal*. 2016;
19. JOHNSTONE L, BOYLE M. *The Power Threat Meaning Framework*. BPS. 2018.
20. MEDINA J. *The Epistemology of Resistance: Gender and Racial Oppression, Epistemic Injustice, and the Social Imagination*. New York: Oxford University Press; 2013
21. MEDINA J. “The Relevance of Credibility Excess in a Proportional View of Epistemic Injustice: Differential Epistemic Authority and the Social Imaginary”. *Soc Epistemol* [Internet]. 2011 Jan 1;25(1):15–35.
22. HARAWAY D. “Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective”. *Feminist Studies*. 2006;
23. GREEN AR, CARNEY DR, PALLIN DJ, NGO LH, RAYMOND KL, IEZZONI LI, ET AL. “Implicit Bias among Physicians and its Prediction of Thrombolysis Decisions for Black and White Patients”. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2007 Sep;22(9):1231-8.

La hospitalización domiciliaria en salud mental: una estrategia de intervención en crisis para personas con problemas de salud mental

Iria Domínguez Vázquez

Psiquiatra Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y Atención Domiciliaria (UHPAD), Servicio de Salud Mental y Adicciones, Fundació Sanitària Mollet.

Alba Luque Tintó

Enfermera Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y Atención Domiciliaria (UHPAD), Servicio de Salud Mental y Adicciones, Fundació Sanitària Mollet.

Carmen Hidalgo Arjona

Psicóloga Unidad de Hospitalización Psiquiátrica y Atención Domiciliaria (UHPAD), coordinadora Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC), Servicio de Salud Mental y Adicciones, Fundació Sanitària Mollet.

Mar Bodas Martínez

Enfermera Gestora del Servicio de Salud Mental y Adicciones, Fundació Sanitària Mollet.

Antoni Corominas Díaz

Psiquiatra, Jefe de Servicio de Salud Mental y Adicciones, Fundació Sanitària Mollet.

Correspondencia: i.dominguez@fsm.cat

RESUMEN

OBJETIVO: La hospitalización y atención domiciliaria intensiva en salud mental aparece como una alternativa a la hospitalización convencional para personas que atraviesan una situación de crisis o sufrimiento psíquico intenso, permitiendo una atención en domicilio intensiva y especializada que favorezca la recuperación de la persona en su medio. El objetivo del

presente estudio es describir la actividad realizada por el equipo de hospitalización domiciliaria de nuestro centro desde su inicio en octubre de 2017.

MÉTODO: Se presenta un análisis descriptivo del tipo de intervención y el perfil de personas atendidas, así como medidas cuantitativas tales como número de ingresos o estancia media.

RESULTADOS: La hospitalización domiciliaria en salud mental se erige como una alternativa real a la hospitalización convencional. Paralelamente, aporta un valor añadido, al enfatizar el respeto a la autonomía de la persona, la responsabilidad compartida y el foco en el proceso de recuperación.

CONCLUSIONES: la atención domiciliaria en situaciones de crisis en personas con algún problema de salud mental implica un cambio sustancial respecto a la atención prestada durante un ingreso hospitalario. Permite una visión holística de la persona y su sistema familiar, facilitando una intervención dialógica que permita avanzar en la resolución de la crisis y estimula la toma de decisiones compartidas entre la persona, la familia y las profesionales. Asimismo, posibilita el acompañamiento en la resolución de la crisis en el ambiente de la persona, lo cual supone un menor impacto en su biografía y una más ágil recuperación funcional.

PALABRAS CLAVE: hospitalización domiciliaria, atención domiciliaria intensiva, salud mental, intervención en crisis, sufrimiento psíquico.

ABSTRACT

OBJECTIVE: home treatment in mental health appears as an alternative to conventional hospitalization for people experiencing a crisis or intense psychic suffering. It allows intensive and specialized home care, enhancing recovery in the person's environment. The objective of the present study is to describe the activity carried out by the home treatment team of our center since its inception in October 2017.

METHOD: A descriptive analysis of the type of intervention and the profile of people attended is presented, as well as quantitative measures such as number of patients admitted, or average stay.

RESULTS: Home treatment in mental health is a real alternative to conven-

tional hospitalization. It provides added value, emphasizing respect for the person's autonomy, shared responsibility and focus on the recovery process.

CONCLUSIONS: home treatment in people with a mental health crisis implies a substantial change in comparison with hospital admission. It allows a holistic vision of the person and his or her family system, facilitating a dialogic intervention to advance in the crisis resolution and stimulates shared decision making between the person, the family and the professionals. Likewise, it allows the accompaniment in the crisis resolution in the environment of the person, which supposes a smaller impact on his or her biography and a faster functional recovery.

KEYWORDS: home treatment, home care, mental health, crisis intervention, psychic suffering.

INTRODUCCIÓN

La hospitalización y atención domiciliaria intensiva en salud mental aparece como una alternativa a la hospitalización convencional para personas que atraviesan una situación de crisis o sufrimiento psíquico intenso, permitiendo una atención en domicilio intensiva y especializada que favorezca la recuperación de la persona en su medio.

Son bastantes las experiencias internacionales existentes en tratamientos domiciliarios intensivos en personas que atraviesan un problema de salud mental, destacando el caso de Gran Bretaña, donde a partir del año 2000 el modelo de atención domiciliaria en crisis ha sido introducido de manera generalizada (1). En España, ya vienen funcionando desde hace años algunos programas de hospitalización domiciliaria en Valencia (2), A Coruña (3) y Barcelona (4). En el año 2017, dentro de las estrategias del *Pla director de salut mental i addiccions* del departamento de salud de la Generalitat de Catalunya, se crean varios programas nuevos en el territorio catalán, entre los que se encuentra el nuestro.

Con el fin de integrar el funcionamiento de los nuevos dispositivos con las intervenciones domiciliarias que ya se llevan a cabo desde otros programas, en el documento marco "Modelo asistencial de alternativas a la hospitalización

convencional en Cataluña”(5) se diferencian varios niveles de intensidad en la atención domiciliaria en salud mental. En primer lugar se recogen las intervenciones de baja intensidad que pueden realizarse desde el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) o el Centro de Atención y Seguimiento para problemas relacionados con el uso de sustancias (CAS), que tienen como objetivo la evaluación, seguimiento o revinculación.

En segundo lugar se encuentran las intervenciones de mediana intensidad, que tienen como objetivo una atención intensiva en personas que presentan situaciones de complejidad clínica y psicosocial, que se encuentran en crisis o en pre-crisis. Los programas de atención domiciliaria intensiva, los equipos de tratamiento asertivo comunitario y el plan de atención individualizada (PSI) actuarían en este nivel, con intervenciones de frecuencia semanal y duración prolongada (meses).

Por último, las intervenciones de alta intensidad serían llevadas a cabo por los programas de hospitalización domiciliaria y tendrían como objetivo facilitar la estabilización de personas en situación de crisis, como alternativa al ingreso hospitalario. Ello implica una frecuencia de atención presencial en domicilio desde tres veces por semana a diaria, así como una atención telefónica directa siete días por semana, 24 horas al día, estimando la duración del programa entre 3 y 4 semanas.

NUESTRA EXPERIENCIA

En nuestro centro, el programa de hospitalización domiciliaria se ha iniciado en octubre de 2017. El equipo responsable está formado por una psiquiatra y una enfermera, además de una psicóloga a tiempo parcial. Durante el año 2018 se han atendido a 52 personas y a sus familiares.

Se han integrado las intervenciones de alta intensidad en personas que atraviesaban situaciones de crisis aguda, con intervenciones de intensidad media, en personas en las que la situación de crisis es más subaguda. De este modo, el equipo ha ido adaptando el nivel de intensidad de la intervención a cada persona y su contexto familiar y social, de forma que en algunos casos se han realizado visitas domiciliarias diarias (de lunes a viernes)

desde el inicio del programa hasta el alta, y en otros la atención ha sido semanal desde el inicio. Habitualmente, la frecuencia de las visitas domiciliarias ha sido mayor durante las primeras semanas del ingreso en el programa, y se han ido espaciando durante las semanas previas al alta.

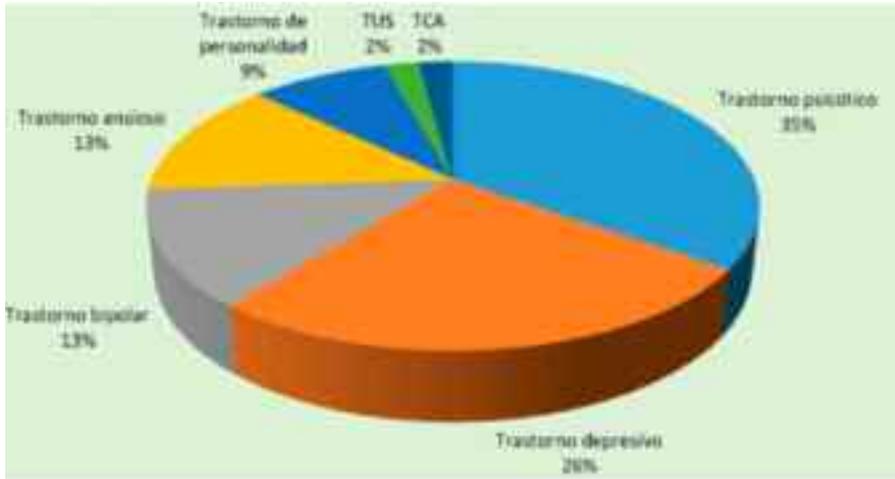
Cabe señalar que, además de las visitas domiciliarias, se ha prestado atención telefónica, lo que ha supuesto una intervención relevante. Por una parte, el disponer de un teléfono móvil directo al que usuarios y familiares pudiesen dirigirse para contactar con el equipo ha aportado flexibilidad (a la hora de cambiar horas de visita, consultar dudas o comunicarse de forma más informal, por ejemplo, a través de mensajes de WhatsApp) así como una sensación de mayor soporte percibido. Por otra parte, ha permitido contener situaciones de crisis sin necesidad de una visita domiciliaria urgente.

La media de tiempo de ingreso en nuestro programa de las personas atendidas en el año 2018 ha sido de dos meses. El perfil de personas atendidas ha sido heterogéneo en cuanto a edades y diagnósticos. No obstante, la gravedad en cuanto al nivel de sufrimiento psíquico, afectación sintomática y funcional, y repercusión familiar ha sido un factor homogeneizador.

A continuación se adjuntan las gráficas de las distribuciones por edad y sexo.



En cuanto a los diagnósticos principales, la siguiente gráfica refleja el perfil de los usuarios y usuarias atendidos en nuestro programa.



Las personas que han sido atendidas en el programa han sido derivadas desde otros dispositivos de la red de salud mental. Una de las prioridades del equipo ha sido el poder dar una respuesta ágil al equipo derivador y a la persona y su familia, intentando que el primer contacto (a veces telefónico y otras veces la primera visita domiciliaria), tenga lugar en las primeras 24-48 horas tras la derivación. A continuación se muestran dos gráficas, en las que se recogen los dispositivos derivadores, así como los dispositivos a los que los usuarios y usuarias son derivados al alta del programa.





La mayoría de derivaciones proceden del centro de salud mental de adultos y de urgencias, con lo que en muchas ocasiones se ha podido evitar el ingreso hospitalario.

Otro porcentaje significativo es de personas derivadas desde un ingreso psiquiátrico hospitalario, donde la derivación a nuestro equipo ha facilitado el alta precoz, y ha permitido completar la estabilización clínica a nivel ambulatorio.

Como puede observarse, las derivaciones al alta de nuestro programa son mayoritariamente a recursos ambulatorios, lo cual es un indicador de la capacidad de manejo y contención del programa. La vinculación al alta al Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC) ha sido significativa, contribuyendo a la continuidad del proceso terapéutico centrado en la recuperación de un porcentaje destacable de las personas atendidas.

REFLEXIONES

La atención domiciliaria en salud mental supone un cambio de paradigma en la atención prestada. Implica entrar en contacto directo con la realidad cotidiana de la persona, con su hogar, su familia, su entorno más próximo. Esto permite al equipo una composición más realista de la persona y de su situación.

Por otra parte, el ser recibido en el domicilio del usuario o usuaria implica una inversión del procedimiento habitual (suele ser el profesional el que recibe a la persona en su consulta). De igual forma, se hace más natural y espontánea la participación de la familia en el proceso terapéutico. Este cambio de encuadre es significativo, y modifica de forma característica la relación terapéutica. Desde la experiencia acumulada en este primer año, la impresión del equipo es que facilita y fortalece la alianza terapéutica, aportando un valor añadido a la intervención prestada.

El primer contacto con el equipo es a veces telefónico o a veces directamente en el domicilio de la persona. Previamente, el equipo derivador ha informado de las características y objetivos de la intervención a la persona y a sus familiares, y éstos han aceptado la derivación, pues se trata de un recurso voluntario. Este primer contacto con el equipo es clave para generar una relación de confianza que venza las resistencias a aceptar la entrada en el hogar de unas personas desconocidas y que permita la colaboración entre el sistema familiar y el equipo. Por todo ello, nuestra actitud es de respeto, de acercamiento cálido e interés genuino por entender la situación de la persona y su familia, y de compromiso en colaborar conjuntamente para favorecer la resolución de la crisis. Desde una posición horizontal y humilde, el equipo intenta facilitar espacios de diálogo, dónde cada persona presente en la visita pueda expresar su opinión o vivencia, y se genere una comunicación de calidad que fomente la responsabilidad compartida y la percepción de apoyo mutuo.

Uno de los requisitos del programa es que exista un entorno familiar contenedor que permita la resolución de la crisis en el domicilio sin necesidad de realizar un ingreso hospitalario. No obstante, esta condición no siempre se cumple, y son muchos los factores que influyen: relaciones familiares conflictivas, sentimientos de incompreensión mutua, minimización del sufrimiento del otro, claudicación o desesperanza. En otras ocasiones, aunque la predisposición familiar es positiva, otros aspectos dificultan la inclusión de la familia en las visitas: obligaciones laborales, cuidado de hijos u otros familiares, no convivencia en el mismo domicilio, etc.

Es por ello que desde el equipo intentamos ser flexibles, adaptándonos a las condiciones de cada persona. No obstante, fomentamos que la familia

pueda incluirse en el tratamiento desde el inicio, proponiendo que los familiares estén presentes en las visitas domiciliarias siempre que les sea posible. Esto implica un mayor esfuerzo por parte del equipo, de la persona y de su familia en cuanto a tiempo, pero también en cuanto al grado de implicación personal y emocional. Permite generar espacios nuevos de comunicación y reflexión, que posibilitan en ocasiones la reformulación de relaciones deterioradas o conflictivas, que han sido fuente de sufrimiento y distanciamiento progresivo. Cuando se produce una mejoría en las relaciones familiares, la evolución de la persona atendida es más favorable.

Por otra parte, durante las visitas conjuntas con la familia, la persona puede hablar sobre lo que le ocurre, incluyendo la manifestación de síntomas que generan angustia a todos los miembros de la familia, tales como alucinaciones, ideas extrañas, delirios, sentimientos de desesperanza o pensamientos de muerte. Ello permite poder hablar abiertamente sobre temas que en ocasiones son tabúes, expresar temores, aclarar dudas o desmentir falsas creencias, dando un sentido a las vivencias y favoreciendo un mejor conocimiento y comprensión de la experiencia del otro, lo cual tiene un importante efecto anti-estigma.

Especial mención ha de hacerse sobre las intervenciones en personas jóvenes que presentan un malestar psíquico intenso, en ocasiones ligado a síntomas psicóticos más o menos persistentes, acompañado de un declive funcional. En muchos de estos casos, existen resistencias a acudir a los dispositivos habituales de la red de salud mental. La intervención domiciliaria es una estrategia útil, pues permite un acercamiento flexible y menos jerarquizado, que facilita el poder iniciar una intervención de manera ágil antes de que la sintomatología se agrave o cronifique. Durante el funcionamiento de nuestro programa, hemos priorizado la atención a este grupo de población, haciendo especial énfasis en trabajar la recuperación funcional, aspectos relacionados con hábitos de salud y prevención, e incluyendo intervenciones familiares.

La hospitalización y atención domiciliaria en salud mental también supone un cambio de paradigma para las personas profesionales que trabajamos en este ámbito. Entrar en contacto directo con la persona en su entorno implica una inmersión en su vida y su problemática. Ello en general supone

un mayor grado de implicación, pero también el riesgo de perder perspectiva. Se hace indispensable el trabajo en co-terapia, que aporta seguridad y apoyo durante las visitas domiciliarias, y permite la elaboración de lo vivido en los espacios informales de desplazamiento entre visitas, además de en las reuniones de equipo. En la medida de lo posible, en nuestra práctica, en las visitas domiciliarias procuramos estar presentes siempre al menos dos de las profesionales.

La presencia de dos o más profesionales en la visita contribuye a una mayor riqueza en la mirada sobre la situación de la persona. Formando equipo con la persona y su familia, las profesionales participamos en el diálogo que se establece desde nuestra propia subjetividad. Se trata, pues, de generar espacios dialógicos en los que pensar conjuntamente. Cada aportación es válida y es tenida en cuenta. El trabajo en equipo en este contexto permite integrar estilos y métodos terapéuticos diferentes. El conocimiento que aportan las profesionales se suma al que aporta la persona atendida y sus familiares, y permite una intervención centrada en las necesidades de la persona en el momento concreto.

Otro punto interesante de este tipo de programas es la facilidad para la adhesión al tratamiento. Al tratarse de una atención intensiva, pero a la vez flexible (facilidad para cambios de horarios de visitas, desplazamiento del equipo al domicilio, contactos telefónicos, etc.) ello posibilita que la persona pueda mantener un nivel de funcionalidad mayor en comparación con otro tipo de intervenciones (hospitalización, hospital de día, etc.) En algunos casos, éste hecho ha sido de una relevancia difícilmente mesurable, como en el caso de madres que han podido mantener el contacto y cuidado de sus hijos pequeños. En otros casos, ha facilitado la reincorporación precoz a la actividad académica o laboral tras un período de baja, manteniéndose la atención domiciliaria por un tiempo hasta asegurar estabilidad y recuperación funcional.

Por otra parte, el cambio que supone el tipo de acercamiento en las intervenciones domiciliarias, hace más fluida y natural la toma de decisiones compartida y la co-responsabilización en el proceso de recuperación de la persona.

Algunos de los contrapuntos negativos de este tipo de atención con respecto a los ingresos hospitalarios son la mayor dificultad en el manejo de

las patologías orgánicas complejas concomitantes o en la realización de pruebas y exploraciones complementarias, al no encontrarnos en el entorno hospitalario.

Por otra parte, y como es evidente, en personas que se encuentran en situaciones de crisis aguda la capacidad de contención es menor que un ingreso hospitalario, donde la presencia de personal sanitario es constante. Esto implica en ocasiones una sobrecarga de las personas que conviven o cuidan del paciente, y tolerar un mayor nivel de incertidumbre por parte de todas las personas implicadas (usuario, familia y equipo). No obstante, pasados los primeros días de ingreso domiciliario y una vez establecido el vínculo terapéutico con el equipo, los niveles de angustia disminuyen.

En nuestra experiencia, en cinco ocasiones ha sido necesario realizar un ingreso hospitalario desde nuestro programa, lo cual representa un 9,6% de las personas atendidas. En tres de los casos, se ha tratado de ingresos voluntarios pactados con la persona y su familia, por motivos y circunstancias diferentes (en un caso para facilitar la desintoxicación y abstinencia a cannabis y alcohol, en los otros por empeoramiento de la sintomatología y aparición de angustia intensa en relación a ideas auto y heterolesivas). En otro caso se realizó un ingreso involuntario de una persona que estaba siendo tratada por el equipo coincidiendo con la ausencia de las profesionales referentes, ante una situación que se consideró de riesgo vital para esa persona. En el último caso, el ingreso hospitalario se realizó durante el fin de semana. En estos dos casos, dos factores fueron condicionantes para que no se pudiese mantener el tratamiento domiciliario: la dificultad para contar con la colaboración de las familias en el tratamiento y la ausencia de las profesionales referentes (por días de permiso o fin de semana).

Como exponíamos arriba, la inclusión de la familia en el tratamiento favorece el poder transitar la crisis en casa, pues permite generar una red de soporte que facilita la recuperación y contiene las situaciones de crisis cuando el equipo no está presente. Por otra parte, en nuestro programa contamos con la limitación de no poder dar asistencia específica durante fines de semana (en caso de necesidad, la atención es prestada por los servicios de Urgencias de Psiquiatría de los hospitales de referencia). Se trata de una limitación impuesta por los recursos humanos disponibles.

Por último, otro de los retos de la atención domiciliaria es el manejo del vínculo terapéutico y la transición al seguimiento en otros dispositivos de la red asistencial. Al tratarse de una intervención intensiva, en domicilio y en situación de crisis, es frecuente que se genere una relación estrecha entre el equipo, la persona atendida y su familia. Se hace fundamental trabajar de manera cuidadosa el alta del dispositivo, dejando espacio para expresar dudas, temores y sentimientos ante la retirada del equipo y la vuelta al seguimiento por el equipo referente del centro de salud mental. En algunas ocasiones, se han realizado visitas conjuntas con la persona atendida, su familia y el equipo referente para facilitar esta transición, con experiencias diversas y enriquecedoras.

Paralelamente, y como otro recurso más para intentar favorecer la continuidad asistencial del proceso terapéutico, durante el año 2019 se ha iniciado un grupo terapéutico post-alta del ingreso domiciliario, que complementa la atención recibida en otros dispositivos de la red de salud mental. Se trata de un grupo abierto, de frecuencia semanal y duración de una hora, conducido por dos de las profesionales del equipo. Las personas que están próximas al alta del programa o ya han sido dadas de alta del mismo son invitadas a incluirse en el grupo, proponiéndose una duración de la intervención grupal de entre 4 y 12 meses. Si bien el recorrido del grupo es aún corto, la valoración inicial es positiva. Permite mantener un espacio regular de contacto con el equipo una vez finalizado el periodo de hospitalización domiciliaria, lo cual evita una ruptura abrupta de la relación terapéutica generada. Por otra parte, permite a la persona beneficiarse de una experiencia terapéutica grupal y vencer las resistencias a este tipo de abordaje terapéutico.

Nos resulta de especial interés poder valorar la satisfacción de las personas atendidas durante un ingreso domiciliario y sus familias, sus propuestas de mejora y los factores más significativos a tener en cuenta en la atención que prestamos, de manera que podamos seguir pensando y trabajando para optimizar y consolidar este tipo de intervención. Desde el equipo, pedimos a la persona y a su familia que respondan un cuestionario de satisfacción al alta del programa. Asimismo, planteamos en la última visita un diálogo con la persona y su familia dónde puedan expresar la valoración que hacen del ingreso domiciliario, las ventajas y desventajas respecto a otro tipo de intervenciones, y los puntos a mejorar. Si bien aún no hemos hecho un análisis

pormenorizado de los datos recogidos, la impresión general es que la valoración del programa es positiva, destacando como puntos fuertes la flexibilidad que supone poder ser atendido en domicilio, la inclusión de la familia en el tratamiento y la mayor facilidad para una toma de decisiones compartidas.

PROYECTOS Y LÍNEAS DE FUTURO

La experiencia que comporta esta nueva modalidad de atención resulta estimulante y prometedora, da continuidad a líneas de intervención que consideran a la persona de forma holística e integrada, y supone un paso más en el cambio de paradigma en la atención a las personas con problemas de salud mental. El pasado 9 de noviembre de 2018 se ha organizado la I Jornada de Hospitalización y Atención Domiciliaria en Salud Mental, celebrada en Mollet del Vallès, que permitió una puesta en común de las experiencias de los diferentes equipos de atención domiciliaria de Cataluña.

El trabajo realizado y los logros alcanzados animan a seguir creando espacios de reflexión y diálogo, en los que integrar a profesionales, usuarios y familiares, así como representantes institucionales, y de esta forma seguir avanzando en mejorar el acompañamiento y atención en los procesos de recuperación de las personas que atendemos y de sus familiares. En esta línea, se ha creado un grupo de trabajo en atención domiciliaria, que actualmente trabaja organizado en diferentes subcomisiones.

Se hace necesario poder pensar y revisar el trabajo realizado, de manera que los equipos podamos sacar partido de las potencialidades de la atención domiciliaria, manteniendo los valores que la sustentan: el respeto a la autonomía de la persona, la responsabilidad compartida y el foco en el proceso de recuperación.

Como comentábamos previamente, el cambio de encuadre que supone la atención domiciliaria intensiva afecta no sólo al usuario y a su familia, sino también al equipo. Por ello, debemos hacer énfasis la necesidad de espacios de reflexión y de cuidado de los y las profesionales, que nos permitan elaborar nuestra vivencia y repensar el trabajo realizado, con el fin de poder minimizar el riesgo de iatrogenia y potenciar los beneficios en el trabajo conjunto con las personas atendidas y su familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. JOHNSON, S. (2013). "Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model". *Advances in psychiatric treatment*, 19, 115-123.
2. MEGÍAS, F., AGUILAR, E., & SILVESTRE, F. (2004). *Hospitalización domiciliaria. Salud mental*. Valencia: Escuela valenciana de estudios de la salud.
3. SILVEIRA, J., & BOUZA, R. (2012). "Hospitalización psiquiátrica a domicilio (HADOP)". *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría y neurociencias*, 18-30.
4. LEAL, I., MARTÍN, L., CÓRCOLES, D., COLETAS, J., BELLSOLÀ, M., & BULLBENA, A. (2008). "La atención psiquiátrica domiciliaria, una herramienta para lograr la vinculación de pacientes con TMS a la red asistencial". 9º Congreso virtual de psiquiatría. Interpsiquis 2008, (p. 1-7).
5. Consell Assessor de Salut Mental i Addiccions. (2019). *Model assistencial d'alternatives a L'Hospitalització convencional a Catalunya. Pla director de Salut Mental i Addiccions*.

Dolor y fronteras

David Le Breton

Profesor de sociología en la Universidad de Estrasburgo. Miembro del Institut Universitaire de France. Miembro del Instituto de Estudios Avanzados de la Universidad de Estrasburgo (USIAS).

Autor de numerosas obras traducidas al español. Especialmente en España: *Desaparecer de sí. Una tentación contemporánea* (Siruela); *La sociología del cuerpo* (Siruela); *Elogio del Caminar* (Siruela); *El tatuaje* (Casimiro); *El silencio. Aproximaciones* (Sequitur).

Y otra serie de trabajos traducidos en Argentina, México, Chile o Uruguay.

Las variaciones del concepto de fronteras son múltiples: confinamiento, separación, corte, enlace, apertura, punto de referencia... Entenderé en este trabajo este concepto como lo que le permite al individuo estar en su lugar, no estar perdido, tener una orientación. Por lo tanto, la frontera es un límite de sentido y, por lo tanto, una apertura al mundo y a los otros, una condición del lazo social.

En primer lugar, hablaré sobre la dislocación de los límites del yo en el universo del dolor crónico.

La frontera pone a todos en su lugar, para bien o para mal, integra o excluye, establece los límites de significado a través de los cuales se constituye el vínculo social. Entiendo frontera en el sentido simbólico del término, en el sentido de que la condición social requiere de referencias, códigos, ritos de interacción, un sentido de identidad relativamente estable para reconocer a otros, y ser reconocido por ellos.

Las fronteras implican una fluidez, un margen de maniobra, un bricolaje;

nunca son rígidas, son brújulas para orientar los lazos sociales. La experiencia del dolor a veces rompe todas estas convenciones y se sumerge en una zona de enormes turbulencias temibles por su repercusión en el vínculo social.

El individuo que sufre tiene la experiencia de despojarse de lo esencial. Su territorio se reduce infinitamente, pierde su libertad de movimiento.

“El dolor –dice un paciente con dolor crónico– interrumpe mi sexualidad tanto como mi vida diaria, mi sueño, mi vida profesional y social. Todo contribuye a la pérdida de la confianza en mí, de mi autoestima, al alejamiento, al encierro”.

Si el dolor se localiza en un punto específico del cuerpo, el sufrimiento no es una extensión mecánica del mismo, abarca todos los demás aspectos de la existencia sin dejar nada en barbecho.

El individuo es proyectado a otra dimensión de la realidad donde ya no está en absoluto en armonía con los demás.

El sufrimiento desdibuja la línea entre el interior y el exterior, la que permite al hombre disfrutar de su existencia sabiendo dónde está con respecto al mundo.

Destruye los límites que generalmente te hacen sentir a gusto y cómodo con los demás.

Tiene consecuencias físicas: reducción de la resistencia, debilitamiento, incapacidad funcional, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, trastornos del sueño, mala percepción de la imagen corporal...

Consecuencias psicológicas: pérdida de interés en el mundo, dificultad para concentrarse, angustia.

Consecuencias sociales: disminución de las actividades profesionales, mayor dependencia, desinterés en las ocupaciones habituales, pérdida de la libido.

Consecuencias espirituales: pérdida del sentido de la vida, de las convicciones religiosas o, por el contrario, aumento de la fe como último refugio, etc.

El dolor crónico en muchos pacientes confiere una sensación trágica a su existencia que los encierra en una sensación de impotencia.

Conduce a una erosión progresiva del gusto por la vida, o incluso a un colapso que hace que el sufrimiento sea más apreciable. La intensidad del sufrimiento está relacionada con la impotencia que se va agravando con el tiempo, la creciente convicción de que el castigo es irreductible, de que no se vislumbra ninguna alternativa para eliminarlo o reducirlo.

La depresión o la desesperanza que a veces lo acompañan, hace surgir incluso la tentación del suicidio.

Cuando el dolor comienza a golpear, apenas se ve a sí mismo como duradero, su irrupción implica que tarde o temprano el médico llegará al final. De lo contrario, se vuelve impensable y desorganiza la existencia.

Cuando aparece por primera vez, nadie puede imaginar que es el comienzo de una experiencia que todavía será inútil meses o años después.

Un dolor intratable, que va minando con su trabajo día tras día, es una figura de lo insostenible. Los medios de la medicina fracasan. Los recursos culturales y personales se vuelven inadecuados, los valores de resistencia, de paciencia colapsan poco a poco frente a un tormento que los médicos no pueden interrumpir a pesar de sus exámenes y sus habilidades.

El paciente se siente aislado porque se queda solo ante una experiencia que lo desmantela, ante la cual nadie tiene consejo o apoyo.

El dolor crónico, como otras enfermedades duraderas como los trastornos psiquiátricos, por ejemplo, debilita los lazos sociales, porque en estado de vulnerabilidad la persona molesta con sus preocupaciones interminables y arrastra a la impotencia a sus interlocutores.

LIMINALIDAD

Nuestras sociedades ofrecen formas de ritualización de estas situaciones. Las personas que sufren temporalmente son objeto de especial atención por parte de quienes las rodean, aliviadas de sus tareas habituales, y son excusadas incluso por su torpeza si es necesario. Abandonan sus obligaciones o sus costumbres y aplazan otras; incluso se permiten una regresión, quejas, comportamientos que no serían aceptables en otras circunstancias.

En principio, el retorno a la independencia y al trabajo son dos valores a los que nadie renuncia.

El dolor debe marcar su remisión después de un período razonable y el individuo recuperar sus compromisos sociales. De lo contrario, su credibilidad está amenazada.

En situaciones de dolor, aún más cuando se vuelve crónico, el individuo abandona el vínculo social habitual, dimite de sus responsabilidades, entra en la liminalidad es decir, se produce una fuga del significado, y el vínculo social ya no sabe cómo definirlo y comprenderlo. Ya no es la persona que era, ni la persona que sería si fuera liberado de sus males, ya no se reconoce a sí mismo, todavía está en el limbo, aislado de sus atributos anteriores y sin tener aquellos que todavía se le prometen.

El viejo sentimiento de identidad está demasiado alterado para que el individuo se reconozca a sí mismo en él de otra manera que no sea de una forma nostálgica y dolorosa. “Ya no soy la persona que solía ser”. Se convierte en el satélite de su dolor. Él es la sombra de sí mismo (Le Breton, 2017).

Esta ruptura de las familiaridades de la existencia es una promesa de desorden para el individuo y para el tejido social en el que vive. Conduce a una huida más allá de los códigos que tienen en cuenta las complejidades y ambivalencias del vínculo social para darles un marco.

Se produce una ruptura en las expectativas de la existencia cotidiana, que evoca una incisión repentina de lo sagrado que no solo arranca al individuo de los roles esperados, sino que también lo hace esquivo, peligroso. Despojado de los puntos de referencia que lo hicieron inteligible para otros, él se vuelve impredecible.

Las personas que lo frecuentan ya no saben cómo detenerlo, se quedan sin recursos porque los códigos de civismo vigentes se deslizan sobre él sin tener más control.

La liminalidad siempre es ambigua para el vínculo social, pero también para el individuo en cuestión porque se vuelve vulnerable.

El dolor crónico no es solo una condición orgánica, sino también social, porque a partir de este hecho tiene un fuerte impacto en el tejido relacional con los demás.

R. Murphy recuerda que en situaciones ambiguas, individuos, objetos que escapan a las clasificaciones habituales, son asociadas a peligros y poderes.

Desestabilizan el sistema de seguridad ontológica sobre el que se apoyan los lazos sociales. A menudo se los considera “impuros” (Mary Douglas), peligrosos, no sabemos cómo tomarlos porque escapan de todas partes, acaban contaminando las interacciones por el mero hecho de su presencia. La persona crónicamente dolorida es portadora de esta erosión del significado y, por lo tanto, de la amenaza de contagio a otras personas que inesperadamente están en su presencia. Ni enfermos ni con buena salud, ni siendo uno mismo ni siendo otro, al margen de su antigua existencia, no encajan en las clasificaciones tradicionales, estando en desacuerdo con el vínculo social habitual. Están fuera de las fronteras, en tierra de nadie.

El individuo que padece dolor crónico sufre, puede decirse también que sufre como esa carta que nunca ha llegado a su destinatario, está suspendido, esperando, temporalmente sin destino. Inmerso en su situación está en el umbral, a la entrada, ya no está aquí, ni en ningún otro lado, ni aquí ni en otro lugar, está marcado por la otredad, dividido entre puntos de referencia que ya no se aplican a su persona y que afectan a su sentido de identidad.

El cuerpo dolorido crónicamente es un cuerpo transgresor, que socava las defensas de los válidos que no pueden soportar enfrentarse a una imagen de sí mismos intolerable, como en un espejo roto. La identificación con su persona solo se realiza en el contexto de afecto por él, de lo contrario se va devaluando.

Y la dificultad de ponerse en su lugar por un instante es aún más difícil ya que el dolor de los demás casi siempre se infravalora.

La inmersión en el sufrimiento induce una experiencia de soledad, la sensación de un exilio fuera de la vida familiar sin haberlo abandonado nunca, pero con la sensación de verlo a través de una ventana. La capacidad de intervenir en el curso de las cosas disminuye. El dolor nos aísla de las cosas básicas de la vida personal porque las vuelve difíciles de realizar. Toda la evidencia de vivir se pierde. Cada día es un esfuerzo que exige multitud de gestos dolorosos para alcanzar el horizonte.

El dolor atrapa el despliegue del tiempo, priva al individuo de sus expectativas, de sus sorpresas, traza una rutina a largo plazo con la sensación de estar atrapado de modo irremediable incluso si continúa luchando para buscar soluciones.

El individuo vive en un tiempo indiferenciado, ya no como duración sino como persistencia del mal. Se vio privado del futuro, condenado a repetir lo mismo. El sufrimiento congela el paso del tiempo y provoca la sensación de estar frente a un muro de impotencia (Le Breton, 2017).

El dolor rebelde implica una confrontación permanente con la incertidumbre, requiere un tiempo que ya no es continuo y puntuado por proyectos, sino fragmentado y siempre bajo amenaza. Esta incertidumbre es otra fuente de sufrimiento que Cesare Pavese traduce con fuerza en un pasaje de su diario:

“El que sufre siempre está en un estado de expectativa: esperando un comienzo y esperando un nuevo comienzo. Llega el momento en que preferimos la crisis del aullido a su expectativa (...) A veces sospechamos que la muerte, el infierno, seguirá siendo el flujo del dolor sin estallidos, sin voz, sin momentos, todo el tiempo y toda la eternidad, incesante como el flujo de sangre en un cuerpo que ya no puede morir”.

El dolor impone un duelo provisional o duradero de uno mismo. Desgarra los límites del hombre y lo confronta a un pensamiento anticipado de la muerte. Es un avance de la muerte en el corazón de la existencia, un recordatorio constante de la finitud, y obliga a soportar la sensación de estar suspendido y de ser infinitamente vulnerable. En este sentido, agudiza el sentimiento de inseguridad personal. También lleva a algunos pacientes a suicidarse cuando poco a poco desaparece todo su interés en el mundo debido a un sufrimiento que nunca termina.

El dolor divide el mundo en dos, sin querer, empujando a aquellos que se salvan y siguen existiendo para que existan aquellos que sufren y se sienten en desacuerdo. Compartimos el miedo, pero nunca el dolor atrapado en la carne y reducido a una intimidad tortuosa inaccesible para los demás. El dolor devora toda la atención, toda la energía. A veces no hay suficiente espacio en la inversión del mundo y barre todo a su paso, sacudiendo a las parejas y a veces causando el divorcio o la separación. La cuestión de la “buena

distancia” surge en todo momento. Las formas de la vida común se rompen, los ritos se agitan o se vuelven inapropiados. El individuo o la pareja se ven obligados a reinventarse, pero en el sentimiento de pérdida. El contacto corporal es difícil con un individuo acurrucado en su dolor, a menudo en una posición de calma y alivio del dolor. Del mismo modo, la relación afectiva con el mundo se agota por la lucha contra el sufrimiento, la disponibilidad o atención al otro se vuelve secundaria y produce irritabilidad.

LO INDECIBLE DEL SUFRIMIENTO

La liminalidad del dolor crónico también destituye el lenguaje y sus prerrogativas en la comunicación. La experiencia dolorosa que impregna toda la existencia escapa en efecto al lenguaje. Impide pensar porque es como un remolino interior que absorbe toda la energía sin dejar nada atrás. Encerrada en sí misma, evita la posibilidad de nombrarla y comunicarla. Absorbe al individuo en su halo, deshace su rostro, disloca su cuerpo, lo aleja de los demás, pero lo deja impotente para decir con precisión esta intimidad tortuosa.

El lenguaje se encamina para decir que lo devora todo. Las palabras vienen después, cuando el hostigamiento del dolor se relaja y el individuo vuelve a su experiencia en un intento de describirla o comprenderla. Las palabras solo dicen la superficie de lo sentido. Solo hay dolor, pero no hay palabras para decirlo. Se suscita el grito, la queja, el gemido, las lágrimas o el silencio, como muchas fallas en el habla y el pensamiento. El dolor desarticula el lenguaje. ¡Ay! decimos en francés, ¡Ow! en inglés, ¡ach! en alemán, ¡oy! en yiddish.

El dolor invalida los canales habituales de comunicación, enfrenta las deficiencias del lenguaje. Para escapar de su soledad y de lo indecible, usamos metáforas gastadas e inexpresables, pero siempre renovadas por la experiencia vivida por los pacientes a través de un vocabulario tomado prestado del léxico de la tortura y que significa en exceso la virulencia de la agresión.

Las expresiones: “Aplastado en un vicio”, “puñaladas” en la cabeza o el vientre, una sensación de “picaduras, pinzas, quemaduras”... El sentido que cristaliza en los lugares comunes empleados, organiza la experiencia,

contiene lo pensable y lo hace comunicable. La elección de las metáforas dice que es insoportable.

“En este nivel, el sufrimiento ya no es solo individual, sino una variación del dolor universal. Es sólo por esta razón que el dolor se vuelve comunicable, y es posible intercambiar los signos del sufrimiento en la elaboración de la lucha, pero aún más en la producción colectiva de grandes imágenes de dolor en las que el sufrimiento de todos están incluidos y explicados, así como experimentado” (Natoli, 1986, 28).

Es la imagen de un perro que Nietzsche evoca para recuperar el control de su sufrimiento: “Le di un nombre a mi dolor y lo llamo ‘perro’, es tan fiel, tan indiscreto y descarado, tan sabio como cualquier otro perro, y puedo insultarlo y transmitir mis ataques de mal humor: como hacen los demás con su perro, su criado y su esposa”.

Un halo de metáforas intenta torpemente cubrir el halo del dolor. Con este desvío conveniente, el dolor inefable pierde algunas de sus ambigüedades, se traduce a un lenguaje más o menos compartido y, más allá, asegura un sentido de significado, mínimo, sin duda, pero no insignificante.

El dolor siempre está contenido en un sufrimiento, es inmediatamente una agresión más o menos viva que hay que soportar. El sufrimiento es la resonancia íntima del dolor, su medida subjetiva. El dolor es lo que el hombre hace con su dolor, abarca sus actitudes, es decir, su renuncia o su resistencia a dejarse llevar por un flujo doloroso, sus recursos físicos o morales para resistir la prueba. Nunca es la simple extensión de una alteración orgánica, sino una actividad de sentido para el hombre que la sufre. Si el dolor es un terremoto sensorial, golpea sólo en proporción al sufrimiento que implica, es decir, el significado que toma. No es la calcomanía en la conciencia de un robo orgánico, mezcla el cuerpo y el sentido. Es somatización y semantización. No es una sensación sino una percepción, es decir, para el individuo, la confrontación de un evento corporal con un universo de significado y valor.

El sufrimiento es el grado de dolor del dolor. Es inmenso o irrisorio dependiendo de las circunstancias, nunca está orgánicamente vinculado a una lesión.

La sensación trágica de dolor, el ardor del sufrimiento, proviene de no tener control sobre él. Es la dimensión propiamente humana del significado lo

que está en juego aquí: el dolor puede permanecer contenido dentro de los procesos de protección establecidos por el individuo en su enfermedad o ser las consecuencias de su accidente, o incluso más, en la elección de una actividad que lo exige severamente (deporte extremo, body art, etc).

La cantidad de sufrimiento entonces es insignificante. Si el dolor sufrido causa liminalidad, la confusión de los puntos de referencia, a la inversa, el dolor que acompaña a estas experiencias deseadas es una forma de unirse, de encontrar los límites de uno mismo, restablecer un límite entre uno mismo y el otro, el interior y el exterior... Ciertamente, el individuo tiene dolor, pero está en una posición de control frente a su dolor, no se deja abrumar por él, permanece a su nivel.

ELEGIR EL DOLOR

Sería fácil mostrarlo, por ejemplo, en la experiencia del deporte, el tatuaje, el body art o las suspensiones. Pero para concluir, me gustaría recordar aquí el poder paradójico de la reorganización del dolor, por lo tanto, su remedio para la liminalidad en otro contexto.

De hecho, también encontramos esta dimensión antropológica de la reconstitución subjetiva en ataques al cuerpo en un contexto de sufrimiento personal.

En el mundo penitenciario, por ejemplo, son frecuentes las lesiones que los presos se infringen contra su integridad corporal: quemaduras de cigarrillos, excoiaciones, escarificaciones, ingestión de objetos, etc.

El interno subvierte el control de la institución sobre su cuerpo. Para dar fe del hecho de ser hombre, sólo queda mostrar su fuerza física, su violencia o su resistencia al dolor. La institución opera un control meticuloso y humillante sobre los detenidos, compromete su privacidad a través de inspecciones y cacheos en el cuerpo, sobre el momento de hacer sus necesidades o de ducharse bajo la mirada de los demás. Los guardias están allí permanentemente para controlar el comportamiento, o son los otros prisioneros quienes obligan a sus cuerpos defensores a no poder tener su propio espacio. Donde sólo queda el cuerpo para probar su existencia y posiblemente hacer que otros lo reconozcan, el dolor infligido deliberadamente se convierte en

un modo puntual de seguridad de la identidad personal y, al mismo tiempo, en un rito de virilidad.

Pero, sobre todo, el dolor físico es a veces una detención simbólica para oponerse al sufrimiento, una forma de contrarrestar la hemorragia y transferirla a un espacio donde se puede controlar, un dique contra la ansiedad que amenaza con engullir al individuo. Se lo reconoce a través de la escarificación u otros ataques en el cuerpo que afectan a las adolescentes y en menor medida a los niños. Lejos de ser un agente de destrucción, es un proceso activo que induce la defensa personal para no extraviarse. Es la última tentativa desesperada de permanecer en el mundo. Es un dolor homeopático porque evita un sufrimiento abrumador.

Un hombre llega a su médico general debido a la fatiga que siente. El hombre se desnuda para el examen médico y revela un pecho lacerado con largas cicatrices. El médico, desconcertado, le pregunta qué había pasado. Muy conmovido, el hombre evoca un vivo conflicto con su esposa.

El médico no lo entiende. No pudiendo hacer frente a su indiferencia y burla, agarró un cuchillo, rasgó su ropa y se cicatrizó el pecho. Luego le dijo a su esposa: “Ves, lo que me hago a mí mismo no es nada comparado con lo que me haces a mí”.

El dolor, el rastro del cuerpo, la sangre, contienen el desbordamiento del sufrimiento abrumador. La escarificación encarna sobre la piel un sufrimiento que de otro modo sería irrepresentable, lo materializa, y lo extrae de sí mismo. Es una herida de distracción que finalmente te trae de vuelta. El individuo busca unirse para escapar del caos de las emociones que lo llevan, trata de poner fin a la hemorragia del sufrimiento que lo hace ausente para sí mismo.

El corte recrea un sobre, rompe la indiferenciación. El dolor es un punto de enganche para luchar contra la sensación de fragmentación. Ser lastimado físicamente es una forma de tener moralmente menos dolor (Le Breton, 2010).

Muriel (16 años), enamorado de un chico drogadicto y traficante bajo custodia policial, graba en su piel las iniciales de su novio y formula de manera ejemplar el poder de atracción del comienzo en estos momentos de

angustia: “Eres tan miserable en lo profundo de ti mismo, es un dolor de amor, ya ves. Eres tan infeliz en tu corazón y luego te lastimas para tener un dolor corporal más fuerte y ya no sientes más tu dolor en el corazón, ¿ves un poco cómo es?”.

Este límite restaura una relación más pacífica con el mundo, frena el flujo del sufrimiento al oponerse al dolor. Lejos de ser un intento de suicidio, el ataque al cuerpo es una salvaguarda paradójica. Es un “sangrado de identidad” que drena “mala sangre”, “pus”, la parte mala de uno mismo. La sensación de relajación proviene del alivio que el acto produce inmediatamente después de la purga de sentimientos, da la sensación de recuperar un punto de apoyo, ya no se deja llevar por el caos. “Donde más me duele soy yo”, dice Fritz Zorn.

Esta desaparición de la tensión y el asombro de volver a ser uno mismo es lo que induce esta formulación común, llena de malentendidos, que se refiere a una sensación agradable que traduce resolución repentina de la tensión. La sangre que fluye es un bálsamo paradójico planteado por la falta de ser. El dolor que se siente es un recordatorio de la existencia, hace que el mundo esté presente. “Creo que me corté para sentir que todavía estoy vivo. Porque sé muy bien que al cortarme, no es así como moriría. Lo sé muy bien. Entonces no estoy muerto y mi cuerpo no está muerto. Finalmente, no puedo explicarlo, pero no, no estoy muerto. Eso es, eso es todo” (Anna).

El dolor elegido en los ataques al cuerpo restaura inmediatamente una individuación que llega a romper la sensación de despersonalización. Reconstruye las fronteras amenazadas con el exterior, una percepción precisa, delimitada y tangible, es un modo radical de diferenciación entre uno mismo y el otro, dentro y fuera, el interior y el exterior. Es controlable ya que el individuo toma la iniciativa, lo opuesto al sufrimiento, siempre vago, difuso, evasivo en su propia dimensión. No podemos cambiar su historia, pero podemos cambiar su significado.

En esta exposición, quería mostrar la ambivalencia del dolor, tanto destructivo como prometedora de liminalidad cuando impone su violencia, por ejemplo, en la tortura o en el dolor crónico, por el contrario, en el contexto de la escarificación adolescente, tiene el poder de unificar a la persona, para recordarle que todavía está vivo. Se convierte en una fuerza de resistencia.

Donde duele es donde estoy. Sí el dolor destruye, despersonaliza cuando se sufre, como en la enfermedad, las consecuencias de un accidente o en la tortura, pero cuando es elegido o aceptado, restaura los límites del individuo, es decir restaura los límites del significado que autorizan al individuo a existir, a encontrar su lugar en el mundo.

BIBLIOGRAFÍA

- DOUGLAS MARY, *De la souillure: essai sur la notion de pollution et de tabou*, Paris, Maspero, 1971.
- HILBERT RICHARD A., "The acultural dimensions of chronic pain: flawed reality construction and the problem of meaning", *Social Problems*, vol. 31, n°4, 1984.
- LE BRETON DAVID, *Tenir. Douleur chronique et réinvention de soi*, Paris, Métailié, 2017.
- LE BRETON DAVID, *Expériences de la douleur. Entre destruction et renaissance*, Paris, Métailié, 2010.
- LE BRETON DAVID, *Antropología del dolor*, Santiago de Chili, 2019.
- LEVINAS EMMANUEL, *Le temps et l'autre*, Paris, PUF, 1983.
- NATOLI S., *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Milano, Feltrinelli, 1993
- SCARRY ELAINE, *The body in pain*, Oxford, Oxford University Press, 1985.
- TURNER VICTOR, *Le phénomène rituel*, Paris, PUF, 1990.
- TURNER VICTOR, *From ritual to theatre. The human seriousness of play*, New York, PAJ Publications, 1982.

Liminalidad -wikipedia

La liminalidad (del latín *limes* “límite” o “frontera”) es cuando no se está ni en un sitio (que puede ser físico o mental) ni en otro. Es estar en un umbral, entre una cosa que se ha ido y otra que está por llegar. La enfermedad, la adolescencia, el *duermevela* o la locura transitoria, son estados liminales, como también lo son los viajes, ya sean por placer o por necesidad. También puede haber lugares liminales, como un aeropuerto o una cárcel, y pueden ser eventos personales o grupales. El concepto de liminalidad es una noción desarrollada en el libro “Ritos de paso”, por Arnold Van Gennep,¹ tomada posteriormente por Victor Turner,² y alude al estado de apertura y ambigüedad que caracteriza a la fase intermedia de un tiempo-espacio tripartito (una fase preliminar o previa, una fase intermedia o liminal y otra fase posliminal o posterior). La liminalidad se relaciona directamente con la *communitas* puesto que se trata de una manifestación anti-estructura y anti-jerarquía de la sociedad, es decir, de una situación en donde una comunión “espiritual” genérica entre los sujetos sociales sobrepasaría las especificidades de una estratificación. Se trata, por consiguiente, del momento donde las distintividades triviales quedan suspendidas, lo que precisamente permite “el paso” entre una condición social y otra.

Traducción del francés: Sara García / Chus Gómez

NOTAS

¹ Delanty, Gerard. *Community: comunidad, educación ambiental y ciudadanía* Grao (2006) en Google Books, consultado el 22 de junio de 2011

² “Liminality and Communitas”, en *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure* (New Brunswick: Aldine Transaction Press, 2008).

Arquitectura de los espacios comunitarios

Manuel Gallego Jorreto

Arquitecto

Agradezco la invitación que me han hecho para participar en estas jornadas. Lo digo pensando que mi conocimiento del tema se va a enriquecer, pero con el temor que, ante su complejidad, mi aportación va a ser escasa.

Ante la generalidad del enunciado, inicio mi reflexión precisando como entiendo el termino arquitectura e intento señalar cuales son los espacios comunitarios.

La arquitectura en su sentido más amplio, me gusta referirla a la visión de la ecología y por tanto entenderla como parte del hábitat construido del hombre. Se construye para satisfacer una necesidad o un deseo, y esto dentro del proceso adaptativo. Sabemos que los organismos a través de él se van configurando como unidades de vida asociada o comunidades y esto en territorios concretos o hábitats que son su domicilio.

Desde esta generalidad, ya se entiende que todas las acciones, todas las arquitecturas van encaminadas a la conquista del control del medio y a desarrollar las complejas relaciones que conforman la comunidad. Por ello desde este punto de vista, no solo los edificios, sino también las construcciones del territorio y la ciudad son arquitecturas.

Sabemos que los procesos adaptativos son muy complejos y que en ellos la cultura juega un papel muy importante y sabemos también que las convenciones sociales influyen decisivamente en el proceso, lo que se puede resumir diciendo que la arquitectura cuando es de autor, es también una construcción intelectual. Y cuando esto ocurre pueden transmitir una visión del mundo. Construyen con ideas y éstas dan una intencionalidad a la

arquitectura que hacen y la llenan de significados, pudiendo llegar a transmitir una emoción.

Desde esta perspectiva las ideas que soportan la arquitectura son su argumento fundamental, y son en gran medida dependientes del contexto socio cultural y económico en que nacen o sea del lugar donde surgen.

¿Que entendemos por arquitectura comunitaria?

Aquellas arquitecturas que contienen espacios para uso de la comunidad. Se refiere por tanto a espacios de uso público colectivo y a los lugares o espacios de uso comunitario, sean públicos o privados.

Así tenemos el espacio público urbano, espacio de encuentro, intercambio y comunicación de los ciudadanos, espacios que son para celebraciones y confrontaciones, también las vías de circulación y las zonas de esparcimiento entre ellos las plazas, parques o jardines. El espacio público es el espacio urbano fundamental, representativo del espacio social comunitario.

Es el espacio de encuentro, que como una gran escena debe ser capaz de acoger todo tipo de representaciones, así como los cambiantes sucesos de la vida ciudadana.

Es el espacio de todos, y debería interesar a todos, al contrario de lo que suele ocurrir, que no interesa o interesa poco. Debería buscar el anonimato, lo que supone dejar el protagonismo a la escena que en ese momento tiene lugar. Es un espacio que a la vez puede contener diversidad de lugares, es decir espacios capaces de acoger acontecimientos, tanto de la vida social como personales, es decir vivir hechos que quedan grabados en la memoria, pasando a formar parte del individuo y a ser referencias personales.

También son espacios comunitarios los espacios de equipamientos y dotaciones que son espacios conquistados para la mejora de la vida social. Y, por último, hay que citar los espacios de las instituciones como espacios de consenso ciudadano y expresión de una organización social y política.

Con esta simple enumeración nos damos cuenta de que toda reflexión sobre lo comunitario nos conduce a la complejidad de matices y de relaciones cambiantes entre los conceptos público – privado y colectivo.

La ciudad es la máxima creación cultural del hombre y representa la con-

quista del control del medio natural, transformándolo en un medio artificial. Y lo hace desde la topografía, hasta el clima y los materiales.

Entendido por tanto el espacio urbano en toda su complejidad, la ciudad representa las relaciones que se establecen entre sus diferentes usos, cambiantes y en continuo proceso de ajuste y evolución.

Hoy con la idea de ecosistema social podemos decir que toda la construcción del ámbito humano es social. Es su conjunto lo que representa el modo de habitar, el que nos expresa el valor cambiante de las distintas funciones y usos que en la ciudad se realizan. Seguimos llamando ciudad a algo muy distinto de lo que le dio el nombre.

¿Cómo es el proceso de cambio de estos espacios urbanos, cómo evolucionan?

Respondiendo a los cambios socio económicos y culturales. Las carencias y disfunciones que van surgiendo, se van detectando con nuevas visiones críticas e ideológicas que nos van demandando cambios en su arquitectura, para responder a propuestas de mejora de la vida colectiva, lo que a su vez viene acompañado de renovaciones plásticas y del lenguaje.

Esto ocurre con todos los usos del espacio de todas las arquitecturas en cada etapa histórica.

Para citar algunos ejemplos significativos basta recordar cómo se reaccionó ante el intenso y desordenado crecimiento de la ciudad producido por la revolución industrial con el éxodo del campo a la ciudad, creando situaciones de deterioro físico cuya consecuencia serán las acciones y políticas de salubridad e higiene, germen y origen de la Legislación Urbanística, y como ante la necesidad de alojamiento y la degradación existente, se centra la crítica y la acción en la regulación de sus condiciones funcionales mínimas, así como la de su tamaño, regulándose a la vez que sus condiciones higiénicas y de soleamiento. Y recordar como a ello se enfrentó el Movimiento Moderno.

La revisión crítica que aportó el Movimiento Moderno, racionalizó la lucha contra el caos y la complejidad incipiente de los fenómenos urbanos; ayudó a la comprensión de los problemas, los esquematizó y los cuestionó con

un análisis sistemático de su idoneidad funcional, estudiando por separado cada uno de las funciones: el trabajo, el ocio y el descanso, la residencia y la comunicación.

Por el mismo proceso vemos con posterioridad como la puesta en práctica de los principios de la modernidad, puso en evidencia sus carencias y su inadecuación para recoger la riqueza y diversidad de la vida urbana, creando espacios inadecuados para el desarrollo de una vida más armoniosa y así fue vaciándose de su contenido reivindicativo quedando reducido a un estilo plástico, identificable en sus edificios.

Vimos como la separación de funciones, método utilizado para un correcto análisis de las partes, elimino la complejidad urbana, destruyendo la vida ciudadana y con ella a la calle como espacio de relaciones urbanas complejas, provocando el nacimiento de espacios inhóspitos, sin identidad donde se limitaba la capacidad de vivir.

Así se desarrolló un urbanismo que fue cuestionado con rigor tanto en América como en Europa, con ejemplos críticos de gran relevancia fundamentalmente entre los años 50 y 60, despertándose una nueva sensibilidad con los nuevos problemas detectados.

Periodo que por otra parte fue muy fértil en proyectos teóricos donde asistimos a la constante búsqueda de repuestas a las continuas preguntas que se hicieron. Entre ellas se volvió una nueva mirada a la ciudad tradicional, de la que se reivindicó su capacidad de acoger complejidad, así como la recuperación teórica de la importancia de la forma en arquitectura, que buscaba volver a encontrar un contenido disciplinar.

Pero también asistimos con cierta sorpresa a los cambios en la valoración de los temas de arquitectura, así el tema de la vivienda pasó de ser un tema de investigación a ser la solución de un edificio singular con la pérdida de su carga crítica paso a ser un tema más de preocupación plástica y se olvidó como tema de arquitectura.

Coincidiendo con este periodo fecundo de cambios, tenemos que señalar la aparición de los factores que caracterizan la condición post-moderna. Si recordamos solamente algunos temas: Cito entre ellos: la revolución informática, la ciudad en red, la interconexión económica mundial, la glo-

balización, el nuevo orden económico, el consumismo, el nuevo pensamiento Post-moderno, la pérdida de confianza en el progreso, el cambio de paradigmas de los conceptos del tiempo y el espacio, etc. En el fondo cuestionamos el sujeto de la arquitectura.

Del usuario de la arquitectura que es el sujeto protagonista, se bascula al consumidor. La escala de valores se tambalea.

Estoy citando síntomas de una situación general, aunque numerosas y firmes voces coinciden con lo que afirmo, otras han disentido de estos argumentos. Es un momento confuso.

La realidad es que estos síntomas han envuelto todo, provocando que gran parte de la arquitectura producida se vaciara de significado. Y al mismo tiempo lo más significativo fue el valor que adquirió la imagen, que paso a ser la protagonista de la arquitectura.

Toda ha cambiado. Las palabras duran más que sus significados, aunque se sigan llamando lo mismo. Así las 4 funciones del hábitat del hombre, que se definían en la modernidad, como: residir, trabajar, comunicarse y esparcimientos, han cambiado todas. Y sin embargo parece que se sigue recordando nostálgicamente el pasado. Sorprende e induce a pensar que lo que se hace, no satisface. Se añora el pasado y se acepta el presente como irremediable.

Hoy se vive ya, o se puede hacer de forma diferente, la unidad familiar es distinta, también lo es el cambio del papel social de la mujer. Las posibilidades tecnológicas de la construcción son distintas, pero en gran medida la arquitectura ha evolucionado en lo accesorio. Lo importante se mantiene y los problemas persisten y se renuevan.

La relación vivienda trabajo, cambio. Hoy se puede trabajar en casa, en el hogar, la informática lo ha revolucionado y anuncia que lo hará mucho más.

Los medios de comunicación son ya otra cosa, Internet y la telefonía móvil no permiten comparaciones con el pasado, el espacio público invade el privado. Por otra parte, el automóvil como transporte privado exige urgentes cambios.

Cuando el espacio pierde su corporeidad y los canales de intercambio físico

son sustituidos por flujos económicos, y las actividades se desterritorializan parece que sobran palabras para indicar que ya es otro mundo.

A esto hay que añadir una nueva conciencia que se anuncia, producida por los problemas del cambio climático, los problemas globales de agotamiento de los recursos energéticos no renovables y la producción del CO₂. Todo ello provoca un nuevo planteamiento de solidaridad con los seres vivos, que, con una nueva sensibilidad crítica, ahora exige cambios.

Aparecen nuevos problemas, tales como el los residuos y su tratamiento, consecuencia del crecimiento continuo y aumento del consumo y al mismo tiempo nuevas exigencias como la de una nueva relación con el mundo natural que aporte un nuevo significado estimulante y creativo, se busca encontrar un equilibrio.

Ya no nos enfrentamos a la meta de solamente racionalizar el uso y la forma del hábitat, perseguimos que el orden que imponemos, permita un desarrollo compatible con la vida y que tenga como meta, por tanto, la complejidad del sistema social.

Hemos visto como en cada época varía la escala de valores y que por ello dirige sus críticas a aspectos diferentes de los cambios que se producen. Ocurre que estas críticas pueden ser acumulativas al pervivir problemas anteriores no resueltos, existiendo una gran confusión.

A pesar de lo sintético de lo expuesto, vemos que los problemas de la arquitectura son problemas de la sociedad total.

Tal afirmación y la aproximación al conocimiento de su complejidad provoca que al reflexionar y al proyectar, siempre se refugie uno en lo que parece fundamental: que es la conciencia de que el sujeto protagonista es el usuario, el hombre y el objetivo casi único: mejorar sus condiciones de vida. Dignificarla, sin otras disquisiciones.

Hasta ahora me he referido a la arquitectura como la construcción de un espacio para resolver una carencia social, del grupo. Su logro es exigible como avance social.

Pero la arquitectura es algo más que eso, es lo que el autor puede añadir a

esto y que viene representado por la idea que subyace en ella y que es el soporte intelectual que la mantiene. Además, es personal y nace del conocimiento profundo y de la mirada atenta y sensible del que la hace.

Se parte por entender que la construcción de un espacio, además de ser eficaz e idónea para el uso a que se destina, obligación ética del autor, debe ser sensible y estimulante para la vida del usuario. Para lo cual debe ser capaz de sugerir otras experiencias enseñando aspectos nuevos de la realidad. Lo que nos hará sentir más libres al conseguir un espacio digno e estimulante para la vida de la sociedad que lo usa.

Porque la arquitectura no se acaba con el hecho de realizar una construcción. Empieza aquí, cuando la usamos y la experimentamos. Con su capacidad creativa de expresar emociones desde una visión personal. Tendríamos que preguntarnos sobre el papel social del arte y recordar su poder liberalizador cuando está íntimamente ligado a la vida, lo que parece volver a conducirnos a una necesaria escala de valores y compromisos.

Hasta ahora he hablado sobre arquitectura. He razonado sobre ella.

Pero la arquitectura tiene corporeidad, es una construcción que se usa, su percepción es una vivencia, se percibe a través de los sentidos. Sabemos que uno de sus objetivos para conseguir un espacio idóneo es crear un ambiente adecuado, al tema y al lugar. Pero la arquitectura tiene una forma y una imagen, hablar sobre ella siempre es muy limitado. Las palabras nunca suplantán su experiencia. Por ello presento unas imágenes que sé que tampoco la sustituyen, pero nos pueden aproximar a lo que es, e intentar aportar otra información sobre aspectos quizás más intuitivos para que nos predispongan a otros conocimientos y así entender el profundo significado de considerar al usuario, al hombre, como protagonista principal, acompañado del objetivo de hacer su vida más digna y mejor.

Capitalismo y subjetividad

Manuel Fernández Blanco

Psicólogo clínico. Psicoanalista AMP-ELP. A Coruña

Correspondencia: mafeba@mafeba.es

Para responder al título que me ha propuesto el Comité Científico de las Jornadas: “Capitalismo y subjetividad”, me parece necesario comenzar por precisar el primer término del título. La razón es que el capitalismo actual, en las coordenadas del neoliberalismo, responde a una lógica diferente al que podríamos denominar capitalismo clásico. El capitalismo clásico tiene su origen teórico en la ficción de la existencia de un hombre del cálculo, por lo que la referencia a Jeremy Bentham es fundamental.

Bentham, con su teoría de las ficciones, establece una ciencia del hombre que se separa de la ciencia de la naturaleza. La organización de los bienes, como dice Lacan refiriéndose a Bentham, no se realizará a partir de “[...] necesidades pretendidamente naturales y predeterminadas, sino en tanto proporcionan materia para un reparto”.¹ Para Bentham, que desarrolla el discurso económico que se había iniciado a partir del siglo XVII, el objeto de la necesidad económica se sustituye por una ficción, un semblante, el objeto del reparto: “el mayor bien para la mayor parte de gente”, según la hipótesis utilitarista benthamiana. Así el “hombre económico” entra en la dimensión del cálculo. En realidad, el intento utilitarista es pretender que todo el goce pase a la contabilidad, que las ficciones, lo simbólico, permitan un ordenamiento y distribución lo más armónico posible del goce.

El fundamento utilitarista fue transformado por el capitalismo de producción. Pero el capitalismo liberal clásico era todavía –si me permiten la licencia– un capitalismo del Nombre del Padre. No es simplemente una metáfora: recordemos que las grandes corporaciones, como la Ford por ejemplo, llevaban el nombre del padre fundador. En el capitalismo clásico la homeostasis

del sistema se confiaba al mercado, al equilibrio del mercado. Ese equilibrio, que pasaba por momentos de crisis, funcionaba como barrera a lo ilimitado. Pero el liberalismo dio paso a lo que conocemos como neoliberalismo, y el capitalismo clásico a lo que el filósofo francés Bernard Stiegler define como capitalismo pulsional. Un sistema que empuja a lo ilimitado y que rompe, de modo alarmante, el equilibrio entre producción y conservación.

La tesis marxista clásica se sostenía en que las condiciones materiales, el modo de producción, crean la subjetividad, de un modo inexorable, mecanicista. Este mecanicismo ya fue objetado, desde una perspectiva marxista, por Louis Althusser en su día y, actualmente, me parecen especialmente interesantes los desarrollos de Christian Laval y Pierre Dardot, que defienden que el capitalismo es un proceso de subjetivación tanto como un proceso de producción. Margaret Thatcher les dio la razón cuando manifestó, sin rubor ni censura: “la economía es el método, el objetivo es cambiar el alma y el corazón”.

Christian Laval y Pierre Dardot han realizado aportaciones fundamentales al análisis del capitalismo neoliberal y a la producción de una nueva subjetividad. Algunas de sus obras están publicadas en castellano, entre otras, *La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la racionalidad neoliberal*²; Común. *Ensayo sobre la revolución del siglo XXI*³; *La pesadilla que no acaba nunca*⁴; y *La sombra de octubre (1917-2017)*⁵. Mención aparte merece el libro de estos dos autores resultado de la conversación con el psicoanalista lacaniano Enric Berenguer, que ha sido publicado el año pasado con el título *El ser neoliberal*⁶. La tesis de Laval y Dardot que me parece importante destacar es que el capitalismo neoliberal produce un nuevo sujeto: el hombre “empresa de sí mismo”. Este nuevo sujeto tendría que adaptarse a las exigencias del movimiento perpetuo del capital, siendo él mismo un recurso humano que debe autogestionarse, y actualizarse permanentemente, en función de la comparación y evaluación continua de sus resultados. Podríamos pensar, entonces, que estamos ante un retorno de la cuantificación benthamiana, pero no tiene nada que ver. La propuesta utilitarista pretendía una regulación homeostática, la contabilidad benthamiana era un instrumento de la limitación. La evaluación y cuantificación en la economía neoliberal está, por el contrario, siempre al servicio del “más allá del principio de placer”, porque siempre exige más y más.

Un ejemplo: el pasado 6 de mayo se iniciaba el juicio contra Didier Lombard, director de France Télécom entre los años 2005 a 2010, junto a 6 ejecutivos más de esa multinacional de las comunicaciones (Orange desde 2013). En los años 2008, 2009 y 2010 se suicidaron cerca de 60 empleados de esa compañía. Se juzga si la política de los gestores fue la causa de la “espiral de suicidios” entre sus trabajadores, tal como la nombró la propia empresa.

Jean Penin cuyo hermano se suicidó, declaró: “Todos los días nos decían que éramos demasiado caros, demasiado viejos. Todo el mundo prácticamente tomaba antidepresivos”. Cuando tuvo lugar la ola de suicidios France Télécom se encontraba en plena fase de reestructuración, después de que el Estado privatizara la compañía. Los despidos, dijo entonces Lombard, “se harán de una forma u otra, por la ventana o por la puerta”⁷. Cuando ya se había iniciado la ola de suicidios, una de las direcciones territoriales de la empresa publicaba una oferta de trabajo. Se buscaban vendedores “proactivos”, “tecnófilos” y, sobre todo, “resistentes al estrés”. Está claro que para los gestores la solución no pasaba por cuestionar su política, sino por reclutar personal que se convirtiesen en empresarios de sí mismos.

En nombre de los nuevos ideales de gestión económica, se ha instalado en nuestra civilización un discurso que nadie cuestiona, ni siquiera claramente los sindicatos. Los modernos gestores hablan todo el tiempo de eficacia, eficiencia, excelencia o calidad total. En nombre de estos principios, supuestamente encaminados a mejorar la productividad y la rentabilidad, se instala al trabajador en la urgencia permanente. Se trata de la gestión por el estrés o, en términos coloquiales, de “meter presión”. Esta presión se desplaza en las organizaciones: porque el que exige es, a su vez, el más exigido como mando intermedio. Por otra parte, la evaluación individual de los resultados rompe la solidaridad del grupo laboral e induce un uso perverso de la competitividad.

Bajo la lógica de la evaluación basada en la cifra, el empleado que no cumple objetivos, o no se adapta inmediatamente a los cambios tecnológicos, pasa fácilmente a considerarse a sí mismo defectuoso y caduco. El culto a lo nuevo, que se ha instalado recientemente en la civilización (hasta hace no mucho lo valioso se ligaba a lo perdurable y a la experiencia), alcanza al sujeto mismo que puede vivirse como obsoleto, como desechable. El suicidio puede ser, entonces, la respuesta silenciosa una vez que la solidaridad entre

los trabajadores, que permitía amparar al que en un momento cojeaba, ha saltado en pedazos.

La cultura de la ingeniería laboral de los denominados recursos humanos puede tener consecuencias psicopatológicas graves, en ocasiones mortales. Frente a esta realidad, el discurso de los gestores pretende reducir el estrés a un trastorno conductual o a una debilidad biológica. Su remedio, entonces, pasaría por la medicación, las técnicas de relajación, o el coaching.

El sujeto empresario de sí mismo, el ser neoliberal, modifica la relación al superyó. El superyó freudiano exigía la renuncia pulsional en nombre de los ideales. La culpabilidad correlativa al superyó clásico se ligaba al conflicto entre los ideales y el goce, y a la deuda simbólica que podríamos describir diciendo que “los pecados del padre se heredaban”. Si el sujeto, que ya llamaremos clásico, se culpabilizaba por gozar, o por querer gozar del modo inadecuado, o por su herencia simbólica familiar, el sujeto neoliberal se siente culpable de no gozar lo suficiente. De no optimizar más su vida.

Por eso la lógica del capitalismo pulsional, empuja a lo ilimitado. La culpabilidad no se liga a querer gozar de más, sino a que, como ha destacado Jacques-Alain Miller, “[...] la falta de goce hoy es imperdonable.”⁸ En la lógica neoliberal, somos culpables de nuestros fracasos. El discurso neoliberal produce así un nuevo sujeto. Un sujeto que debe, en palabras de Éric Laurent, maximizar su vida: “Debemos pensar más, disfrutar más, experimentar una vida sexual más intensa. Si no lo maximizamos, lo vemos como un fracaso donde los únicos culpables somos nosotros mismos.”⁹

El superyó actual exige el éxito, por eso la felicidad ha pasado a ser un deber, una obligación. La obligación de ser feliz ha instalado en la civilización la depresión generalizada. Además, la promesa de felicidad se hace depender del consumo, favoreciendo la ilusión de la posibilidad de una relación directa del sujeto con el objeto de goce. Esta especie de naturalismo lleva al fantasma al primer plano de la relación social. Cuando el discurso del amo clásico era dominante, la satisfacción del sujeto se confiaba al fantasma íntimo y a la clandestinidad.

Podemos pensar que la búsqueda de la maximización de nuestra vida-empresa, el sometimiento a la cultura de los resultados, podría verse recom-

pensada por la exhibición del éxito que el sujeto mostraría, como espectáculo, al mundo. La contracara de esta exaltación narcisista es que, si hay fracaso, la identificación es con el deshecho prescindible. El ejemplo de los empleados de France Télécom lo ilustra muy bien.

Pero este esfuerzo de maximización, del sujeto neoliberal, es muy fatigoso. Christian Laval menciona las descripciones que pretenden dar cuenta del correlato psicopatológico del “[...] estado del sujeto contemporáneo, del nuevo sujeto, (cansado de ser sí-mismo), agotado por esta carrera hacia el siempre más. En ellas se analiza, retomando términos que vuelven con frecuencia: el sufrimiento en el trabajo, la depresión generalizada, la erosión de la personalidad, la ‘perversión ordinaria’, la cultura de la desconfianza e incluso la desimbolización y los fenómenos psicóticos de masa”.¹⁰

Se destaca a menudo que mucha gente piensa que la burocratización de las prácticas (sanitarias, educativas y de todo tipo) suponen una carga pesada e ineficiente. Pero Laval incide en que la eficacia fundamental de las prácticas gerenciales se da en el plano de la subjetividad, en reformar a los individuos, es decir que la eficacia mayor se da en el plano del consentimiento a la competencia y a la evaluación. Y hay que reconocer que los evaluadores están ganando esa batalla, siempre amparados en las mejores intenciones. Siempre buscando que el sujeto-empresa “optimice su potencial”.

El mayor éxito del neoliberalismo es que el sujeto no se vive haciendo algo que se le impone. De este modo, la producción de esta subjetividad, es una de las claves del éxito del proyecto neoliberal a nivel planetario. Tal como ha destacado Enric Berenguer, se trata “[...] de un dispositivo productor de conformidad y de sometimiento a una forma de vida que se plantea siempre como la única posible”.¹¹ Esta conformidad se hace extensiva al capitalismo de vigilancia que permiten, y promueven, las nuevas tecnologías.

Este aspecto de producción de subjetividad del neoliberalismo ha sido también destacado por el psicoanalista lacaniano Jorge Alemán, cuando señala que el discurso capitalista, regido por un rendimiento circular ilimitado, colapsa la experiencia simbólica. Pone el ejemplo de la transformación que se produce, en el capitalismo actual, de lo que llamamos “pobreza”, que ya no tiene tanto que ver con la satisfacción de las necesidades materiales. Así, lo que vemos operando en los poblados, o en las “villas miseria”, es el

par falta/exceso. Jorge Alemán señala que “[...] el goce taponar u obtura la división del sujeto, volviéndolo un ‘individuo’ que, incluso en medio de la miseria más atroz, se convierte en un emprendedor de sí, en un empresario de su vida, o en un deudor, atrapado en una real sin salida”¹².

La optimización del sujeto neoliberal incluye también una neuropolítica, la gestión de nuestro capital neuronal, que ya sabemos que tiene entre sus cualidades la plasticidad. Es por esto que algunos autores, como Negri, se refieren al capitalismo actual como capitalismo cognitivo. Pero tal vez el aspecto más radical de la tendencia a lo ilimitado, en el capitalismo actual, es el movimiento transhumanista y la pretensión de poder abolir la muerte en el horizonte de este siglo. Google fundó en el año 2013 Calico, una sociedad de biotecnología destinada a luchar contra el envejecimiento con el proyecto explícito de Matar la muerte. Los gurús del transhumanismo ya están prometiendo la inmortalidad. Prometen ganarle la partida al amo absoluto hegeliano, a la muerte.

No deja de ser sorprendente que Lacan ya realizara una premonición del sujeto actual cuando presentó su escritura del discurso del capitalista en la Universidad de Milán, el 12 de mayo de 1972, en su conferencia titulada “Del discurso psicoanalítico”. Lacan había producido sus 4 discursos y establecido el concepto de discurso como opuesto al movimiento perpetuo, implicando una barrera en su circuito. El discurso del capitalista, lo formula como una modificación del discurso del amo. El discurso del capitalista, al contrario que el discurso del amo (que es también el del inconsciente), se basa en el rechazo de la castración, del límite.

En el discurso del capitalista el sujeto aparece dirigiendo sus propias identificaciones. Se trata aquí del sujeto determinando su propia verdad, ya que no hay más verdad que la propia, ni un sentido mejor que otro. Por otra parte, la circularidad del discurso, sin barrera de impotencia o de imposibilidad, permite al sujeto reunirse con el objeto. Esto supone un movimiento perpetuo del superyó como imperativo de goce.

Lo que nos muestra el impasse creciente de la civilización actual es que el plus de gozar no solo sostiene la realidad en el fantasma, sino que está a punto de sostener la realidad en tanto tal, lo que es posible ver por todos lados: la realidad transformada en fantasma. La época de la verdad (término que ya parece

anticuado) ha dejado su lugar a la del goce. El objeto en juego no se confía al fantasma se propone en la realidad. El capitalismo propone que hay objeto para la satisfacción, pero en la realidad, un objeto que se puede tener.

En la conferencia de Milán donde formalizó el discurso capitalista, Lacan comienza expresando que hay confusión, en nuestros días, entre lo que se hace público y lo que se hace basura (juega con la homofonía con *poubelle* –cubo de la basura en francés–). Afirmaba entonces, ya hace 47 años, que hubo un tiempo en el cual lo público no era lo mismo que lo privado y que, cuando uno pasaba de la exposición de lo público a la de lo privado, se sabía que era un develamiento, “pero ahora –dice Lacan– eso no devela nada, porque todo está develado”. Afirmo que el discurso capitalista “es algo locamente astuto, pero destinado a estallar”. En esta conferencia expresa que el discurso capitalista: “marcha sobre ruedas, no puede marchar mejor, pero justamente marcha demasiado rápido, se consume, se consume tan bien que se consume”. Parece que la última crisis, derivada de los cambios promovidos por la rapidez hasta ahora inédita de los flujos del capitalismo especulativo, le da la razón a Lacan: el capitalismo estuvo a punto de morir por fuego amigo, estuvo a punto de autofagocitarse.

Desde el punto de vista del sujeto, J.-A. Miller nos dice que se trata, en el discurso capitalista, “[...] de la promoción del sujeto sin punto de referencia.”¹³ Podemos pensar que, de algún modo, el sujeto contemporáneo sabe que la verdad es inherente al discurso. La hipermodernidad es el descubrimiento de esto (de ahí la vertiente cínica del sujeto hipermoderno). No hay verdad última. La verdad es un lugar que varía y que, diferentes elementos, pueden venir al lugar de la verdad. De ahí el éxito de las fake news.

El sujeto actual sueña con poder comandar sus propias determinaciones. La aspiración más radical del sujeto hipermoderno es la de poder decidir y elegir todo sin limitaciones y abolir cualquier determinismo, incluido el sexual.

La consecuencia de todo esto es una hipertrofia del yo, representada por el triunfo del narcisismo y por la pretensión del sujeto de autodesignarse, y determinar su verdad sin deberle nada al Otro. El sujeto pasa a ser fundamentalmente un individuo, un individuo consumidor, lo que aboca a la adicción generalizada: un sujeto que aspira, mediante la fusión con el objeto, a superar su división igualando su recorrido al de la pulsión en su circuito.

NOTAS

- ¹ Jacques Lacan: El Seminario, libro 7, La ética del psicoanálisis (1959-1960). Buenos Aires, Paidós, 1998, p. 275.
- ² Pierre Dardot, Christian Laval: La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la racionalidad neoliberal, Barcelona, Gedisa, 2013.
- ³ Pierre Dardot, Christian Laval: Común. Ensayo sobre la revolución del siglo XXI, Barcelona, Gedisa, 2015.
- ⁴ Pierre Dardot, Christian Laval: La pesadilla que no acaba nunca, Barcelona, Gedisa, 2017.
- ⁵ Pierre Dardot, Christian Laval: La sombra de octubre (1917-2017), Barcelona, Gedisa, 2017.
- ⁶ Pierre Dardot, Christian Laval, Enric Berenguer: El ser neoliberal, Barcelona, Gedisa, 2018.
- ⁷ <https://www.elmundo.es/economia/2019/05/06/5cd073b921efa04f1e8b476b.html>
- ⁸ Jacques-Alain Miller, Éric Laurent: El Otro que no existe y sus comités de ética. Buenos Aires, Paidós, 2005, p. 343.
- ⁹ Éric Laurent: Entrevista realizada por Or Ezrati para Haaretz (publicada el 29 de julio de 2012).
- ¹⁰ Presentación de Christian Laval en el seminario “Pensar con la Antropología”, Laboratorio Sophiapol, lunes, 30 de marzo de 2015, Universidad Paris Oeste, Nanterre La Défense. disponible en <http://lalibertaddepluma.org/christian-laval-antropologia/>
- ¹¹ Pierre Dardot, Christian Laval, Enric Berenguer: El ser neoliberal, Barcelona, Gedisa, 2018, p. 16.
- ¹² Jorge Alemán: En la frontera. Sujeto y capitalismo. Conversaciones con María Victoria Gimbel, Barcelona, Gedisa, 2014, pp. 35-36.
- ¹³ Jacques-Alain Miller: “Intuiciones Milanesas II”, Cuadernos de Psicoanálisis, N° 29, p. 41.

Contextualizando el bienestar psicosocial a través de la ciudadanía y los derechos humanos

Francisco José Eiroa-Orosa

Universidades de Barcelona y Yale

Grupo de Investigación en Primera Persona. Federación Veus

Correspondencia: fjeiroa@gmail.com; feiroa@ub.edu

RESUMEN

Recientemente, movimientos y conceptos tales como la recuperación, de acuerdo con el uso del término acuñado por el movimiento de activismo en salud mental, ciudadanía (tanto como herramientas de participación como terapéutica) o la prescripción social, entre otros, han ampliado la gama de opciones terapéuticas de la práctica primaria y la salud mental mediante el fortalecimiento de los vínculos entre la salud, los servicios sociales y los recursos comunitarios. En línea con la decepción de algunas organizaciones de usuarios occidentales con la manera en que las administraciones públicas han absorbido sus reclamaciones, transformando un proceso de abajo hacia arriba en otro de arriba hacia abajo, se busca discutir el papel que el compromiso social de la psicología debe desempeñar en este proceso. En contraste con conceptualizaciones vacías y supuestamente neutrales, promovemos la participación efectiva de profesionales y usuarios en la construcción, de abajo hacia arriba, de una psicología comprometida y capaz de utilizar intervenciones de participación comunitaria para mejorar y promover la salud mental.

PALABRAS CLAVE: Bienestar psicosocial, salud mental, ciudadanía, derechos, preferencias

ABSTRACT

Recently, movements and concepts such as recovery, according to the use of the term coined by the consumer and survivor movements, citizenship (both as a participatory and therapeutic tools) or social prescription (among others), have expanded the range of therapeutic options in general practice and mental health by strengthening the links between health, social services and community resources. In line with the disappointment of some Western user organizations with the absorption of their claims by the administration, transforming a bottom-up into a top-down process, we seek to discuss the role that the social commitment of psychology should play in this process. In contrast to empty conceptualizations disguised as “neutral”, we intend to offer a bottom-up, source-embedded appreciation of the need to effectively engage practitioners and users within the construction of a committed psychology field, able to use community engagement interventions to promote and improve mental health.

KEY WORDS: Psychosocial wellbeing, mental health, citizenship, rights, preferences

¿PSICOLOGÍA DESCONTEXTUALIZADA?

En un artículo seminal, Cushman (1990) contextualiza la configuración histórica del concepto del “yo” con respecto al campo de la psicología. La psicología, argumenta, tiene el papel de “sanar el yo vacío (...) sin poder abordar sus causas históricas” (p. 599) siendo responsable en parte del mismo proceso de “vacío” que afirma, y se supone que intenta abordar. La psicología, según Cushman, se esfuerza por aparecer como una ciencia neutral, mientras que sus intereses, sus temas, ideologías y negocios, tienen “antecedentes históricos, constituyentes económicos y consecuencias políticas” (p. 600). En este sentido, Sampson (1989) evidencia la transformación de la psicología en una disciplina en la cual la unidad funcional del orden social se ha desplazado de la comunidad y la familia al nivel individual influenciada por el posmodernismo. La teoría del individuo como una entidad racional y autodirigida ha producido una serie de industrias que son responsables de garantizar el funcionamiento adecuado de un “nuevo yo incorpóreo”. Entre estos, la salud mental, centrada en la eliminación

de los síntomas independientemente de su origen, ha sido una de las principales industrias de crecimiento durante el siglo pasado.

Nikolas Rose (1985) sostiene que la psicología y la salud mental son discursos científicos y cuerpos de prácticas destinadas a dar forma a lo que él define como el yo privado (Rose, 1989). Rose analiza la estructura de las industrias de la salud y el bienestar desde la perspectiva de la alineación de los objetivos institucionales con los personales. Sugiere que se necesita una conceptualización más compleja de la realidad para comprender por qué una visión desideologizada de la salud mental ha llevado a una medicalización extrema de problemas, como el TDAH (Rose, 2006). Otros afirman que tales diagnósticos están influenciados por la necesidad de los estados e instituciones de evitar los riesgos y reducir los costos de la atención (Kean, 2005; Moncrieff, 2010). También existe un consenso crítico sobre las formas en que los círculos de poder producen y aplican las industrias de la salud mental y el bienestar. Esto incluye a la industria farmacéutica por su apoyo al biologicismo y al diagnóstico dicotómico, y al incipiente movimiento positivo y de felicidad y su discutida visión acontextual del bienestar (Brown, Lomas, & Eiroa-Orosa, 2017; Christopher & Hickenbottom, 2008; Held, 2004).

Con respecto a la reflexividad en la práctica profesional, en el sentido de cuestionar las prácticas e intervenciones dentro de nuestros puntos de vista del mundo y/o las visiones del mundo reflejadas en los campos profesionales y los sistemas de atención de salud mental, aún hay mucho trabajo por hacer (Eiroa-Orosa, 2018). Entre la poca literatura que analiza el impacto de los valores del clínico sobre el diagnóstico destaca un estudio que incluyó a 363 psicólogos clínicos, demostrando el impacto de la ideología en una disciplina putativamente neutral. En este estudio los diferentes patrones de contrastes ideológicos entre psicólogos y pacientes tuvieron un impacto significativo en el número y tipo de diagnósticos en relación con varias viñetas clínicas (Gartner, Harmatz, Hohmann, Larson, & Gartner, 1990). El estudio tuvo un rigor comparable al de los estudios utilizados para justificar las intervenciones basadas en la evidencia, sin embargo, no se han realizado estudios similares donde se pueda comprobar el impacto de los valores sobre la práctica basada en la evidencia.

La desideologización de la salud mental también puede vincularse con el

control social de las personas diagnosticadas con trastornos mentales que también padecen otras formas de exclusión social. La investigación de Kogel (1988) sobre la falta de vivienda, muestra cómo se diagnostica a las personas como antisociales en función de las acciones que se deben tomar para sobrevivir en las calles. Hasta bien entrada la década de los 80, los principales estudios sobre la falta de vivienda en EEUU se centraron en las características de las personas sin hogar, no en las explicaciones estructurales o sociales de su falta de vivienda. Autores como Bahr (1968, 1973) discutieron la desafiación y el desarraigo entre estas personas que tenían vínculos muy tenues con sus familias y con pocos o ningún amigo. Para Bahr, las personas sin hogar tenían el estigma social de ser alguien con defectos físicos, mentales, morales (perversos, criminales, etc.), psicológicamente (baja autoestima, alta autolesión), socialmente (desarraigados), legalmente (no tratados por autoridades como hombres libres), económicamente (empobrecidos, desempleados) y ecológicamente (que viven en barrios donde ninguna persona decente querría vivir). La psicología como disciplina siguió el ejemplo con intervenciones que efectivamente definieron los problemas sociales como problemas individuales y que apuntaban a transformar o reparar al individuo, sin o con poca o ninguna crítica o consideración del contexto sociopolítico que hacía inevitable la falta de vivienda. No fue hasta los años 90 cuando comenzó el tipo de investigación que cambió el enfoque del problema del individuo a los factores sociales y estructurales. Autores como Shinn y Weitzman (1990) sugirieron la necesidad de explorar la situación de la falta de vivienda no solo a nivel individual, sino también a nivel relacional y socioeconómico.

Otro ejemplo del vínculo de desideologización y control social indica las implicaciones del estudio de la epidemiología psiquiátrica entre los inmigrantes. Durante muchos años se sostuvo que los inmigrantes tenían tasas más altas de psicosis (Cantor-Graae & Selten, 2005) y depresión (Vega, Kolody, Valle & Weir, 1991) que las poblaciones nativas. Las explicaciones que se han dado incluyen las variabilidades genéticas, la inmigración de individuos predispuestos en lugar de poblaciones representativas, o la mayor exposición a influencias sociobiológicas desconocidas que operan en el país de acogida. Sin embargo, se ha demostrado que muchos errores de diagnóstico se deben a los prejuicios de los profesionales de la salud con pacientes de otras culturas,

en los que los profesionales tienden a etiquetar como síntomas patológicos expresiones y acciones que simplemente no son comunes en la cultura occidental (Bhui & Bhugra, 2002). Debido a estos debates, la capacitación en competencia cultural se ha convertido en un requisito para los profesionales y las instituciones de salud en países con altas tasas de inmigración. Sin embargo, como señalan Vera y Speight (2003), este proceso se ha producido de una manera algo aséptica, a menudo no informada por conceptos de justicia social.

Se pueden dar ejemplos paralelos sobre la interacción de identidad de género, sexismo, racismo y depresión. En cuanto a la identidad de género y la depresión, se han demostrado los estereotipos de los roles sexuales con respecto al etiquetado de las enfermedades mentales, y los diagnósticos psiquiátricos particulares, entre las mujeres (Sheppard, 2002). En el segundo caso, los profesionales de la salud, incluidos médicos generales, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, informan las mismas contradicciones, ambivalencias y prejuicios racistas y sexistas que el resto de la población a menudo respalda (Green, Hamlin, Ogden & Walters, 2004; Sheppard, 2002).

Por lo tanto, como parece evidente, la investigación y la práctica en salud mental pueden ser menos objetivas y asépticas de lo que sugiere la disciplina, a pesar del paraguas científico bajo el cual se realiza.

ALTERNATIVAS DESDE LA CIUDADANÍA Y LOS DERECHOS HUMANOS

Desde la década de 1950, la psicología comunitaria y de la liberación han sido los principales actores en los debates sobre las implicaciones ideológicas para la práctica de las profesiones de la salud mental. La psicología comunitaria, de hecho, comenzó como el estudio de la salud mental de la comunidad y luego pasó al estudio de todo el funcionamiento psicosocial de las comunidades. El movimiento antipsiquiátrico fue el responsable de llevar estas ideas al mundo de la práctica psiquiátrica, abriendo una brecha que llevó a la desinstitucionalización psiquiátrica. Los diferentes procesos de desinstitucionalización se centraron en dar derechos y la posibilidad de elección a los pacientes, que recibirían atención dentro de sus comunidades.

Sin embargo, este movimiento adolecía de deficiencias relacionadas con la complejidad de desarrollar intervenciones apropiadas y escasez de fondos. En la década de 1990, los países de Europa Central y Oriental comenzaron sus procesos de desinstitucionalización psiquiátrica, mientras que países como Italia, el Reino Unido, EEUU, Canadá u Holanda, más avezados en este proceso, reconocieron la importancia de la participación de los usuarios de los servicios de salud mental.

En el Reino Unido, por ejemplo, después de la Ley de Atención Comunitaria y NHS de 1990, la participación de los usuarios en la evaluación de los servicios se convirtió en un requisito legal (Barnes, 1999). De este modo, el concepto de ciudadanía aparece en el mundo de la asistencia sanitaria a través de la reivindicación de nuevos derechos para los usuarios. Paralelamente, el trabajo de Paulo Freire en Brasil inspiró a una generación de psicólogos comunitarios a construir espacios de trabajo heterogéneos en América Latina (Larrobla & Botega, 2000). Sin embargo, la introducción de servicios comunitarios en todo el mundo y la participación inicial de los usuarios en el diseño de las políticas no condujeron directamente a la integración comunitaria ni a la ciudadanía plena de los pacientes hospitalizados que pasaron a ser tratados en comunidad.

En el contexto de austeridad actual, nuevas voces reclaman el compromiso político como medio para promover el bienestar individual y colectivo (Prilleltensky, 2012). Isaac Prilleltensky y sus colegas han desarrollado una línea de investigación de acción sobre salud y cambio de organización humana (Evans et al., 2011) que demuestra cómo el compromiso político y la participación respetuosa con las elecciones de los participantes puede, a su vez, respaldar un ambiente reflexivo para la participación sustantiva del usuario en la creación y brindar atención basada en la comunidad (Bess, Prilleltensky, Perkins & Collins, 2009).

Una forma de abordar la experiencia de la desesperanza y la exclusión social es desarrollar enfoques que apoyen la dignidad de las personas y ayudarlas a recuperar el control de sus vidas. Además del empoderamiento personal, el empoderamiento social aborda la exclusión de grupos de personas de procesos de toma de decisiones a través de una mayor participación en el proceso de su propia recuperación. La participación de grupos excluidos y

estigmatizados en la toma de decisiones y la formulación de políticas apoyarían y constituirían un proceso de imagen más abierto y democrático que incorpore el respeto por los derechos humanos. El empoderamiento es uno de los resultados previstos de la participación, ya que una persona empoderada es aquella que puede encontrar más fácilmente una ruta sostenible para salir de la exclusión social. Las definiciones de empoderamiento incluyen ideas sobre suposiciones desafiantes de poder, ayudar a las personas a controlar sus propias vidas y fomentar el poder en las personas para que puedan usarlo actuando sobre temas que consideran importantes. Se dice que el empoderamiento personal es impulsado por la creencia del individuo en su capacidad para influir en los eventos que le rodean.

El concepto de ciudadanía (Rowe, Kloos, Chinman, Davidson, & Cross, 2001) se ha utilizado en el proceso de empoderamiento como marco para abrir oportunidades de participación social a miembros de grupos estigmatizados (Rowe et al., 2009), reduciendo con éxito sintomatología y consumo de sustancias, y aumentando a la vez el bienestar (Clayton, O'Connell, Bellamy, Benedict & Rowe, 2013). En este programa, en lugar de ver a los individuos con enfermedades mentales como problemas que deben abordarse mediante la intervención de otros, se los considera expertos en estos problemas y dificultades y, en consecuencia, los principales expertos en la identificación de soluciones para estos mismos problemas. La tarea central del programa ha sido involucrar a personas sin hogar con adicciones y enfermedades mentales para redefinir sus desafíos en sus propios términos. Las limitaciones del trabajo de calle donde se dieron cuenta que por ejemplo, ayudar a las personas a encontrar vivienda no lleva, en sí mismo, a su integración o membresía comunitaria plena, llevó a Rowe a desarrollar un marco teórico de ciudadanía (Rowe & Pelletier, 2012). El proceso se desarrolló utilizando una metodología de investigación-acción participativa (Rowe et al., 2012) en la cual, a través de grupos focales y entrevistas, identificaron siete dimensiones de ciudadanía (responsabilidades personales, gobierno e infraestructura, cuidado de los demás en la comunidad, Derechos Civiles, Derechos Legales, Elecciones y Administración) válidos para la intervención psicológica, que han sido posteriormente confirmados con técnicas cuantitativas (Clayton et al., 2013). Hace unos años hemos adoptado este marco de trabajo en diversas actividades desarrolladas en el Estado Español (Eiroa-Orosa & Rowe, 2017).

Otros proyectos innovadores como la prescripción social (Brandling & House, 2009) y la recuperación (Davidson, 2016) han ampliado la gama de opciones terapéuticas en la práctica general y la salud mental al fortalecer los vínculos entre salud, servicios sociales y recursos comunitarios. Renedo y Marston (2014) han desarrollado el concepto de ciudadanía participativa en el contexto de la participación del paciente y la sociedad civil en general en el sistema de salud. Proponen una visión dinámica en la que el concepto de ciudadanía involucra la participación de diferentes actores en la negociación y acción sobre sus derechos y responsabilidades.

En nuestra opinión, estos y otros conceptos como equidad, justicia social, empoderamiento y participación tienen en común dos componentes principales: la integración de la evidencia y la práctica en un marco que incluye el contexto social, los usuarios como expertos en sus propias vidas y el planteamiento de abajo hacia arriba versus enfoques de arriba a abajo (Clayton et al., 2013). Aunque la participación y el empoderamiento son valores en aumento en la sociedad en general y en la promoción de la salud mental y el bienestar psicosocial en particular, estos términos pueden tener diferentes significados para diferentes actores (Cornwall, 2008). La aplicación no reflexiva puede conducir a prácticas que en el mundo del desarrollo y la ayuda humanitaria se han definido como “neocolonialismo” y más específicamente “tiranía de la participación” (Cooke & Kothari, 2001). En el mundo de la asistencia médica, una perspectiva acrítica y desideologizada similar puede devolvernos a un escenario de paternalismo o exceso de autorresponsabilización disfrazado de empoderamiento. Por lo tanto, el conocimiento del contexto, incluidas las dinámicas sociales y de poder entre los diferentes actores, y las fuentes de capital social con las cuales se pueden mejorar las posibilidades de fomento de agencia personal (Hyypya, 2003), son fundamentales para la implementación de programas. La ciudadanía activa puede ir más allá del estricto sentido de participación política (McEwan, 2005) mediante el fortalecimiento de la identidad social y el empoderamiento de la participación (Campbell & Jovchelovitch, 2000) para estructurar diferentes espacios de realidad (Drury & Reicher, 2009).

REFERENCIAS

- BAHR, H. M. (1968). *Homelessness and disaffiliation*. New York: Columbia University.
- BAHR, H. M. (1973). *Skid Row: An Introduction to Dissaffiliation*. New York: Oxford University Press.
- BARNES, M. (1999). "Users as Citizens: Collective Action and the Local Governance of Welfare". *Social Policy and Administration*, 33(1), 73–90. <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00132>
- BESS, K. D., PRILLELTENSKY, I., PERKINS, D. D., & COLLINS, L. V. (2009). "Participatory organizational change in community-based health and human services: from tokenism to political engagement". *American Journal of Community Psychology*, 43(1–2), 134–148. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9222-8>
- BHUI, K., & BHUGRA, D. (2002). "Explanatory models for mental distress: implications for clinical practice and research". *The British Journal of Psychiatry*, 181(1), 6–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.1.6>
- BRANDLING, J., & HOUSE, W. (2009). "Social prescribing in general practice: adding meaning to medicine". *The British Journal of General Practice*, 59(563), 454–456. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X421085>
- BROWN, N. J. L., LOMAS, T., & EIROA-OROSA, F. J. (2017). *The Routledge International Handbook of Critical Positive Psychology*. (N. J. L. Brown, T. Lomas, & F. J. Eiroa-Orosa, Eds.). London, UK: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315659794>
- CAMPBELL, C., & JOVCHELOVITCH, S. (2000). "Health, community and development: towards a social psychology of participation". *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 10(4), 255–270. [https://doi.org/10.1002/1099-1298\(200007/08\)10:4<255::AID-CASP582>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/1099-1298(200007/08)10:4<255::AID-CASP582>3.0.CO;2-M)
- CANTOR-GRAAE, E., & SELTEN, J. P. (2005). "Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review". *The American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12–24. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12>
- CHRISTOPHER, J. C., & HICKINBOTTOM, S. (2008). "Positive Psychology, Ethnocentrism, and the Disguised Ideology of Individualism". *Theory & Psychology*, 18(5), 563–589. <https://doi.org/10.1177/0959354308093396>
- CLAYTON, A., O'CONNELL, M. J., BELLAMY, C., BENEDICT, P., & ROWE, M. (2013). "The Citizenship Project part II: impact of a citizenship intervention on clinical and community outcomes for persons with mental illness and criminal justice

- involvement". *American Journal of Community Psychology*, 51(1–2), 114–122. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9549-z>
- COOKE, B., & KOTHARI, U. (2001). *Participation: the New Tyranny?* Zed Books.
- CORNWALL, a. (2008). "Unpacking "Participation": models, meanings and practices". *Community Development Journal*, 43(3), 269–283. <https://doi.org/10.1093/cdj/bsn010>
- CUSHMAN, P. (1990). "Why the self is empty: Toward a historically situated psychology". *American Psychologist*, 45(5), 599–611. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.5.599>
- DAVIDSON, L. (2016). "The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life". *Health Affairs*, 35(6), 1091–1097. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>
- DRURY, J., & REICHER, S. (2009). "Collective Psychological Empowerment as a Model of Social Change: Researching Crowds and Power". *Journal of Social Issues*, 65(4), 707–725. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2009.01622.x>
- EIROA-OROSA, F. J. (2018). "Editorial: The Sociocultural Context of Psychosocial Interventions". *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01795>
- EIROA-OROSA, F. J., & ROWE, M. (2017). "Taking the Concept of Citizenship in Mental Health across Countries. Reflections on Transferring Principles and Practice to Different Sociocultural Contexts". *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01020>
- EVANS, S. D., PRILLELTENSKY, O., MCKENZIE, A., PRILLELTENSKY, I., NOGUERAS, D., HUGGINS, C., & MESCIA, N. (2011). "Promoting strengths, prevention, empowerment, and community change through organizational development: lessons for research, theory, and practice". *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 39(1), 50–64. <https://doi.org/10.1080/10852352.2011.530166>
- GARTNER, J., HARMATZ, M., HOHMANN, A., LARSON, D., & GARTNER, A. F. (1990). "The effect of patient and clinician ideology on clinical judgment: A study of ideological countertransference". *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(1), 98–106. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.1.98>
- GREEN, R. G., HAMLIN, H., OGDEN, V., & WALTERS, K. (2004). "Some normative data on mental health professionals' attitudes about racial minorities and women". *Psychological Reports*, 94(2), 485–494.
- HELD, B. S. (2004). "The Negative Side of Positive Psychology". *Journal of Humanistic Psychology*, 44(1), 9–46. <https://doi.org/10.1177/0022167803259645>

- HYYPPIA, M. T. (2003). "Social participation and health in a community rich in stock of social capital". *Health Education Research*, 18(6), 770–779.
<https://doi.org/10.1093/her/cyf044>
- KEAN, B. (2005). "The Risk Society and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a critical social research analysis concerning the development and social impact of the ADHD diagnosis". *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7(2), 131–142.
- KOEGEL, P. (1988). "The Prevalence of Specific Psychiatric Disorders Among Homeless Individuals in the Inner City of Los Angeles". *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1085.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800360033005>
- LARROBLA, C., & BOTEGA, N. J. (2000). "Psychiatric care policies and deinstitutionalization in South America". *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 28(1), 22–30.
- MC EWAN, C. (2005). "New spaces of citizenship? Rethinking gendered participation and empowerment in South Africa". *Political Geography*, 24(8), 969–991.
<https://doi.org/10.1016/j.polgeo.2005.05.001>
- MONCRIEFF, J. (2010). "Psychiatric diagnosis as a political device". *Social Theory & Health*, 8(4), 370–382. <https://doi.org/10.1057/sth.2009.11>
- MUI, A. C. (1996). "Depression among elderly Chinese immigrants: an exploratory study". *The Social Worker*, 41(6), 633–645.
- NOH, S., SPEECHLEY, M., KASPAR, V., & WU, Z. (1992). "Depression in Korean immigrants in Canada. I. Method of the study and prevalence of depression". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(9), 573–577.
- PRILLELTENSKY, I. (2012). "Wellness as fairnes". *American Journal of Community Psychology*, 49(1–2), 1–21. <https://doi.org/10.1007/s10464-011-9448-8>
- RENEDO, A., & MARSTON, C. (2015). "paces for Citizen Involvement in Health-care: An Ethnographic Study". *Sociology*, 49(3), 488–504.
<https://doi.org/10.1177/0038038514544208>
- ROSE, N. S. (1985). *The psychological complex: psychology, politics and society in England, 1869-1939*. Routledge & Kegan Paul.
- ROSE, N. S. (1989). *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*.
- ROSE, N. S. (2006). "Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice". *BioSocieties*, 1(4), 465–484.
<https://doi.org/10.1017/S1745855206004078>
- ROWE, M., BENEDICT, P., SELLS, D., DINZEO, T., GARVIN, C., SCHWAB, L., ... BELLAMY,

- C. (2009). "Citizenship, Community, and Recovery: A Group- and Peer-Based Intervention for Persons With Co-Occurring Disorders and Criminal Justice Histories". *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 4(4), 224-244. <https://doi.org/10.1080/15560350903340874>
- ROWE, M., CLAYTON, A., BENEDICT, P., BELLAMY, C., ANTUNES, K., MILLER, R., ... O'CONNELL, M. J. (2012). "Going to the source: creating a citizenship outcome measure by community-based participatory research methods". *Psychiatric Services*, 63(5), 445-450. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100272>
- ROWE, M., KLOOS, B., CHINMAN, M., DAVIDSON, L., & CROSS, A. B. (2001). "Homelessness, Mental Illness and Citizenship". *Social Policy and Administration*, 35(1), 14-31. <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00217>
- ROWE, M., & PELLETIER, J.-F. (2012). "Citizenship: A Response to the Marginalization of People with Mental Illness". *Journal of Forensic Psychology Practice*, 12(4), 366-381. <https://doi.org/10.1080/15228932.2012.697423>
- SAMPSON, E. E. (1989). "The challenge of social change for psychology: Globalization and psychology's theory of the person". *American Psychologist*, 44(6), 914-921. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.6.914>
- SHEPPARD, M. (2002). "Mental Health and Social Justice: Gender, Race and Psychological Consequences of Unfairness". *British Journal of Social Work*, 32(6), 779-797. <https://doi.org/10.1093/bjsw/32.6.779>
- SHINN, M., & WEITZMAN, B. C. (1990). "Research on Homelessness: An Introduction". *Journal of Social Issues*, 46(4), 1-11. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1990.tb01795.x>
- VEGA, W. A., KOLODY, B., VALLE, R., & HOUGH, R. (1986). "Depressive symptoms and their correlates among immigrant Mexican women in the United States". *Social Science & Medicine* (1982), 22(6), 645-652.
- VEGA, W. A., KOLODY, B., VALLE, R., & WEIR, J. (1991). "Social Networks, Social Support, and Their Relationship to Depression among Immigrant Mexican Women". *Human Organization*, 50(2), 154-162.
- VERA, E. M., & SPEIGHT, S. L. (2003). "Multicultural Competence, Social Justice, and Counseling Psychology: Expanding Our Roles". *The Counseling Psychologist*, 31(3), 253-272. <https://doi.org/10.1177/0011000003031003001>

Fronteras en los equipos asistenciales

Ramón Ramos Ríos

Psiquiatra

Unidade de Saúde Mental de Mollavao, Pontevedra.

Correspondencia: Ramon.Ramos.Rios@sergas.es

RESUMEN

Se realiza un análisis de algunas de las dificultades comunes (pero no siempre explicitadas) en los equipos asistenciales. Para ello se toma en consideración de la idea de frontera como sustrato desde el que entender conceptos como tarea, grupo o liderazgo. Así mismo, se prestará especial atención a la historia y situación actual del equipo de continuidad de cuidados del Complejo hospitalario universitario de Santiago de Compostela.

PALABRAS CLAVE: Frontera, equipos asistenciales, tarea, límites, liderazgo, salud mental.

KEYWORDS: Border, care team, task, limits, leadership, mental health.

INTRODUCCIÓN

Como muchas veces, al no saber como empezar una presentación, o cuando el tema propuesto puede parecer demasiado extenso o ambiguo, o el foro incita a la creatividad, como es el caso, un principio puede ser ir al diccionario y, a veces, lo hallado puede ser clarificador y dar pistas de por donde debe discurrir la ponencia. Al fin y al cabo, de modo intuitivo, se nos presenta que una de las primeras fronteras para el conocimiento puede ser el lenguaje, pero que para saberes fronterizos como los que

hemos ido desgranando en estas jornadas, el lenguaje pueden en cambio ampliar el horizonte de nuestro destino.

Así, con el vocablo “frontera” encontramos estas acepciones (1):

frontero, ra

De frente y -ero.

1. *adj. Puesto y colocado enfrente.*
2. *m. frentero.*
3. *m. Caudillo o jefe militar que mandaba la frontera.*
4. *f. Confín de un Estado.*
5. *f. límite. U. m. en pl. Su codicia no tiene fronteras.*
6. *f. frontis (|| fachada).*
7. *f. Cada una de las fajas o fuerzas que se ponen en el serón por la parte de abajo para su mayor firmeza.*
8. *f. Arq. Tablero fortificado con barrotes que sirve para sostener los tapiales que forman el molde de la tapia cuando se llega con ella a las esquinas o vanos.*

frontero de

1. *loc. prepos. desus. Enfrente de.*

general de la frontera

Aún no he llegado a definir equipo (aquí si me iré a la bibliografía especializada, sobre todo de sociología de grupos), pero si utilizamos estas definiciones de frontera/ o con equipo nos encontramos:

–Frontera o frontero del equipo como lo que está en frente. Al equipo lo podemos entender en oposición a otros grupos o enfrente (enfrentado o afrontando una tarea).

–Curiosamente, como sustantivo masculino, nos encontramos con la función de caudillo o general de la frontera. General de la frontera que puede actuar como el Coronel del relato de Ferrín “O Castelo das Poulas” que adiestró unos canes para dar muerte al teniente al que envidiaba (2). En este caso, en la *raia*, el mando se ejerce con violencia. Es inmediata la asociación con el liderazgo. Tendremos que hablar

del tipo de liderazgos que puede haber en los equipos; liderazgos que pueden ser destructivos como el del ejemplo, resultar improductivos o ayudar a la construcción de un equipo de trabajo.

–Confín y límite: quizá las acepciones que de modo más inmediato nos vienen a la cabeza. Tenemos el equipo no sólo en frente de otros equipos sino limitando con otros de los que se debe diferenciar. En otro sentido además el equipo debe ser consciente de sus limitaciones (por la norma o por la tarea).

–Frontis o fachada: sugiere la importancia de la imagen del equipo, la identificación de sus miembros con una imagen positiva del grupo. La gratificación que supone el reconocimiento del trabajo del equipo facilita la identificación y posiblemente la integración en el mismo. Pertenecer a ese equipo (al que tiene buena fachada) se convierte en algo deseable, lo que hará que haya menos abandonos y más incorporaciones.

–Frontera como sostén del serón, faja que lo refuerza, que le permite llevar más peso; en este caso nuevamente en género femenino, pareciendo aludir a la función de sostén, holding, según las teorías Winnicott (3). Aquí frontera no como límite sino como estructura que permite que el equipo no se desborde, que no se caigan elementos del equipo.

Si bien he querido emplear la polisemia de frontera/frontero para desarrollar la complejidad de la cuestión que nos ocupa, quiero ser más certero en la definición de lo que entiendo por equipo. Con equipo sucede lo mismo que con otros términos de uso común en salud mental, que de tan manidos, cada vez tienen menos significado y operatividad; además de equipo, podrían ponerse como ejemplo otras palabras como coordinación, interdisciplinar o bio-psicosocial. Aún así, a pesar de que desde la práctica cotidiana en los servicios públicos tengamos la sensación de fracaso de estos significantes, con una hegemonía de lo *bio*, estos vocablos siguen apareciendo de modo destacado en los planes y documentos que dictan las políticas de salud mental. Pongamos por caso la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (4):

Si realizamos una búsqueda en el documento, este es el número de veces que encontramos cada una de las siguientes palabras o raíces semánticas:

Equipo 15

Psico. 101

Farma. 12

Bio. 21

Social 109

Coord. 31

Jef. 0

Respecto a los equipos, la estrategia dice:

Dentro del Objetivo General 4: Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental, entre los objetivos específicos plantea: 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.

Hace la recomendación: *La unidad/ centro o servicio de Salud Mental es responsable del proceso terapéutico de las personas con enfermedad mental. Deben estar compuestos por equipos multidisciplinares dotados con número suficiente de psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares, auxiliares de apoyo domiciliario y cuantos otros (terapeuta ocupacional, educador social o similares) recomienden las mejores prácticas disponibles. Estos equipos ofertarán una atención integral teniendo en cuenta la naturaleza bio-psicosocial de la salud, la diversidad de las personas y los requerimientos específicos del paciente y de su entorno de convivencia para garantizar los tratamientos menos restrictivos posibles con implicación de la persona con enfermedad mental en las decisiones y facilitando la colaboración de sus cuidadores informales cuando los hubiere.*

Citando a Vallejo Jiménez (5) equipo debe ser un grupo, no un mero agrupamiento de profesionales. Siguiendo a Anzieu (6) la etimología del vocablo grupo también nos trae imágenes sugerentes. Por una parte su uso como “nudo” antes de convertirse en reunión. Lo que da idea de una de las características de los grupos: la interdependencia entre sus miembros,

la cohesión dentro del grupo. Por otra parte la acepción de grupa o grupo como algo redondeado, el grupo como círculo, en el que todos sus miembros están a la misma distancia del centro en pie de igualdad y son posibles las interacciones cara a cara.

Generalmente se define el grupo como una reunión de personas, con algo en común que los une y con interacción entre ellos. De acuerdo al número de personas, las interacciones que se establecen o sus objetivos, es posible clasificarlos (multitud, pandilla, agrupación, grupo primario, grupo secundario u organización). Un equipo de trabajo sería un grupo pequeño, en concreto un grupo primario. Las características del grupo pequeño son:

- Compuesto de un número pequeño de individuos (mínimo tres), con interacciones cara a cara entre todos los miembros, numerosas y frecuentes.
- Se establecen relaciones afectivas entre los miembros que pueden hacerse intensas.
- Duración que suele prolongarse unos años (de 3 a 10).
- Se da una diferenciación de funciones entre los miembros.
- Existe interdependencia entre sus miembros y establecimiento de sentimientos de solidaridad.
- Se producen acciones que tienden a la diferenciación del grupo, que pueden resultar innovadoras, que dan lugar a cambios.

Citando a Cooley, el uso del *nosotros* para referirse al grupo implica una especie de simpatía y de identificación mutua de la que *nosotros* es la expresión natural (7).

En oposición al grupo primario (equipo) estaría el grupo secundario (organización) más grande y duradero, en el que las relaciones son formales y las acciones normativas y los movimientos responden a presiones de la estructura, no a la dinámica grupal.

Volviendo a Vallejo Jiménez, este autor describe el paso de equipos de salud mental a centros de salud mental (unidades en nuestra comunidad). Para él este cambio implica el cambio del grupo instituyente al grupo instituido, del grupo sujeto-horizontal o transversal al grupo objeto-vertical.

La distinción se produce entre el grupo de profesionales que construye un esquema referencial común a partir de la tarea encomendada y el agrupamiento de profesionales que se queda en “lo instituido”, en “la práctica de siempre”, cuya actividad queda limitada por los requisitos determinados por la institución y la demanda que la desborda (8). El equipo no se llega a constituir nunca como un grupo primario, queda diluido en el grupo secundario en la organización.

Un último corolario, se da la paradoja de que la organización forma grupos, pero no los quiere en su seno, hay una desconfianza en relación a la autogestión, a los grupos pequeños espontáneos, de los profesores hacia los equipos de trabajo, de la iglesia a las sectas (6), de la psiquiatría hegemónica hacia agrupaciones de profesionales que puedan defender otro enfoque. Me viene a la mente la anécdota que se producía todos los años cuando comentábamos a uno de nuestros jefes que acudiríamos al simposio de tratamiento asertivo comunitario de Avilés y bromeaba diciendo si ya íbamos otra vez a la reunión de la “secta”.

EQUIPOS EN FRENTE DE

Cuando hablamos de equipos asistenciales estamos haciendo referencia a la tarea. Entendemos el equipo como un grupo de trabajo que presta asistencia a personas con problemas de salud mental. La tarea normalmente viene definida por la organización en la cual desarrolla el trabajo ese equipo. En el ámbito de la sanidad la tarea responde a un encargo social y se sustenta sobre unos derechos (recogidos en leyes y decretos) y debe tener a una planificación. Se puede dar el caso de que no exista una correspondencia entre la tarea aparente (curación, recuperación, prevención) y la real (tareas evacuatorias, listas de espera, altas, etc)

En el ámbito sanitario la referencia al equipo se da sobre todo en salud mental y en primaria. Posiblemente campos en los que se deben enfrentar problemas complejos, en los que una mirada reduccionista acabe llevando al fracaso de la tarea.

No es casualidad, por tanto, la constitución de equipos para la atención a problemas de salud mental. Sobre todo cuando se trata con los pacientes

con un mayor sufrimiento, afectados de trastornos mentales graves, discapacidad, situaciones de exclusión social, soledad, falta de metas. Situaciones en las que se identifican múltiples necesidades que requieren intervención de varios profesionales, la coordinación entre distintas instituciones e intervenciones en diferentes ámbitos. Enfrentados a ellos, el profesional aislado, puede fácilmente incurrir en actitudes contrapuestas de nihilismo terapéutico y abandono, lo que se traduce en reduccionismo biológico, modelo de derivación, etc., o bien, el riesgo de actitudes omnipotentes, identificación con el usuario, voluntarismo, intervenciones excesivas que pueden ser perniciosas (9).

Un ejemplo de constitución de equipos en respuesta a la complejidad de la tarea serían los Equipos de tratamiento asertivo comunitario (ETAC) que nacen ante la deficiencia de los modelos de consultorio o de gestión de casos para un grupo de pacientes con elevada dependencia institucional, tendencia al abandono y a situaciones de exclusión social. Esto lleva a la creación de equipos que asumen todas las necesidades de un modo integral, que se coordinan con el resto de instituciones (incluso informales, en la comunidad), móviles que atienden al paciente en distintos ámbitos (10). Equipos flexibles y que van integrando distintos perfiles profesionales (por ejemplo en USA integran especialistas en drogodependencias). Y aquí creo llegado el momento de hablar de mi experiencia profesional en un equipo de estas características.

El Equipo de Continuidad de Cuidados (ECC) de Santiago de Compostela nace en respuesta a un plan autonómico (11) y va creciendo con un movimiento espontáneo y también a través del cambio de la organización. En 2004 se forma un equipo con una enfermera especialista en salud mental y una auxiliar psiquiátrica, muy precario, con problemas de diferenciación, dentro de un hospital psiquiátrico, con una enfermera compartida con otros dispositivos del hospital, con un despacho propio que no utilizan, pero compartiendo espacios con otros equipos. Nace con precariedad de medios, pero con implicación de los profesionales en la tarea. En 2009 no tiene psiquiatra asignado; con mi primer contrato en rehabilitación asumo el apoyo al dispositivo, situación que se consolida cuando cambio de la unidad de rehabilitación a larga estancia, aunque voy un poco forzado a los

domicilios, con dificultades para organizar la agenda y para tener un control efectivo de lo que se hace en el equipo (además me parece que con celos por parte de los otros equipos de los que formo parte). Por fin, con el cierre de unidades, crece el equipo con una enfermera más y otra auxiliar psiquiátrica y más tiempo de jornada de psiquiatra. La evolución del grupo de 2004 a 2012 me hace tomar una decisión: formar dos grupos independientes mezclando el viejo y nuevo personal. Se formaliza un programa, se establecen unos estadillos, se definen las actividades que se pueden realizar, los roles de los profesionales, se diseñan planes de cuidados. Esto va a permitir que se atiendan situaciones cada vez más complejas (12, 13). Además se establecen vínculos de solidaridad e interdependencia y relaciones personales. Creo que esta época se caracterizó porque el grupo estaba centrado en la tarea y en la delimitación con otros equipos del hospital.

La tarea puede ser además de interdisciplinar, intersectorial. En esa línea se encuadraría la experiencia del Colexio de Educación Especial “O Pedroso” en el que me integro posteriormente. Este es un equipo con dos profesionales de sanidad (psiquiatra y psicólogo clínico) y el resto de educación para atender una problemática tan compleja como trastornos de conducta graves en adolescentes.

En frente está la tarea, pero también la organización, y a veces el enfrentamiento es más duro que con la tarea primaria. En el caso del ECC hubo siempre una sensación de falta de reconocimiento del desempeño, de incompreensión por el funcionamiento y de insuficiencia de medios. Durante mucho tiempo la gente lo conocía como “pisos protegidos” aunque el equipo ya no se ocupase de ellos y su actividad fuese cada vez más variada y complicada. La rigidez de la organización también dificultaba la tarea cuando requería una mayor flexibilidad o generaba incomodidades por motivos absurdos. A veces la tensión podía ser mayor en la relación con otros equipos (creo que todos estamos familiarizados con las tensiones entre equipos comunitarios y hospitalarios). Estas dificultades se ventilaban en el grupo, pero a veces la sensación era de estar al borde del enfrentamiento “civil”. En esta situación los riesgos que corríamos eran una idealización excesiva del grupo y de su desempeño. Podría darse la conversión del marco de referencia en una ideología, con una defensa a ultranza de

las decisiones tomadas en el grupo y con paranoidización ante actuaciones de otros grupos de la organización o instituciones.

EL LIDERAZGO EN LOS EQUIPOS

En relación a las instituciones y equipos de salud mental, ha habido muchas contribuciones desde el campo del psicoanálisis, algunas de las teorías con más influencia proceden de las lecturas de Sigmund Freud, W. R. Bion, Melanie Klein, René Kaës, Didier Anziou u Otto Kernberg (14, 15, 16, 17, 18). No profundizaré en exceso en las mismas ya que excede el objetivo de esta ponencia.

Estos autores defienden que los individuos incluidos en el grupo sufren regresiones. Esto se va a producir en mayor medida si la tarea no está definida y el grupo está pobremente estructurado. El grupo puede identificar al líder con el ideal del yo (identificación positiva con la imagen paterna); o con el yo ideal (madre omnipotente), lo que sería un movimiento más regresivo.

Para Bion un grupo poco estructurado acabará funcionando en base a unos supuestos básicos que secuencialmente denomina de dependencia, de lucha-huida y de emparejamiento. Estos supuestos pueden activarse simultáneamente o por separado y en distintos momentos (15). Cuando predominan estos supuestos básicos el cumplimiento de la tarea queda en segundo plano y la energía del grupo se vuelca en estos fenómenos. Así operan grupos con un líder narcisista y una camarilla de aduladores o grupos con un líder paranoide y subgrupos enfrentados. Equipos de trabajo que funcionen como grupos dominados por estos supuestos básicos, que resultan en envidias, comportamientos manipulativos o abandono de la tarea, pueden ser muy dañinos. De hecho muchas veces el mayor malestar en los equipos no es derivado de la tarea asistencial sino de las relaciones entre sus miembros.

Para Kernberg las características de la personalidad del líder no van a ser siempre determinantes para el funcionamiento grupal (18). Destaca la organización en la que está inserta y las características de la tarea: *La efectividad del liderazgo de la organización no depende en exclusiva, ni siquiera de manera predominante, de la personalidad del líder. El primer requisito para el funcionamiento*

efectivo de una organización incluyendo su liderazgo es la relación adecuada entre la tarea global de la organización y su estructura administrativa; la meta debe estar dotada de sentido, más que tratarse de algo trivial, y ser factible, congruente con los recursos disponibles, más que abrumadora. Tareas poco explícitas o ambiguas, una mala estructura organizativa con indefinición de las funciones del líder, pueden favorecer un mal funcionamiento de los grupos. Además en el ámbito de salud mental es muy importante comprender la relación que se establece entre los pacientes y el equipo, a veces el encuentro con pacientes en situaciones de gran desestructuración o sufrimiento también puede dar lugar a movimientos regresivos en los equipos o en algunos de sus miembros (de acuerdo al mecanismo de identificación proyectiva). Aunque en la terapia institucional se considera que esto puede tener su utilidad porque los conflictos interpersonales generados alrededor de cada paciente pueden aclarar la psicopatología individual del paciente, hay que tener en cuenta los riesgos. Aquí el ejemplo más claro podrían ser las relaciones de dependencia de algunos pacientes con miembros del grupo y las luchas que se pueden establecer en el grupo de pacientes o en el equipo por estas relaciones. El riesgo, en esta relación de poder asimétrica, puede ser el abuso.

Kernberg enuncia *cinco características de personalidad fundamentales y deseables para el liderazgo racional: a) inteligencia; b) honestidad personal e incorruptibilidad; c) capacidad para establecer y mantener relaciones objetales con profundidad; d) un narcisismo saludable; e) una actitud paranoide saludable, justificada de forma anticipada, en contraste con la ingenuidad.* Estas dos últimas, como él mismo reconoce, aún resultando sorprendentes, quizá sean las más útiles para la función de liderazgo. Narcisismo saludable implica que no hay una dependencia excesiva de los otros. Es destacable la necesidad de falta de ingenuidad que prevenga de la corrupción y permita el análisis de las motivaciones que movilizan los conflictos institucionales.

También destaca : *El coraje para luchar por sus creencias, por su personal, para desafiar los poderes establecidos—en términos de la tarea, más que de una rebeldía emocional inmadura— es un factor positivo importante. Aquí se debe diferenciar entre el coraje que surge de la fuerza de la convicción, de aquel que representa la quejumbrosidad paranoide, la tenacidad obsesiva o la implacabilidad narcisista, pero en la práctica no es demasiado complicado hacerlo.*

El grado en el cual el candidato obtiene un disfrute auténtico del crecimiento y desarrollo de otras personas es otra consideración muy importante en la selección de un líder. La creatividad y el éxito de quienes trabajarán a sus órdenes no deberían sentirse amenazados por conflictos excesivos pertenecientes a la envidia del líder.

Existe un proverbio que dice que cada hombre debería plantar un árbol, escribir un libro y tener un hijo. Trasladado a las funciones del administrador, plantar un árbol podría representar realizar los proyectos y construir otros nuevos; escribir un libro, el desarrollo de nuevas ideas y conocimiento; y tener un hijo (o parirlo en el caso de las administradoras femeninas), el desarrollo creativo de los recursos humanos de la institución, y la motivación del personal para crecer y desarrollar su capacidad para generar, dentro del proceso de ejecución del trabajo significativo, relaciones humanas buenas y gratificantes (18).

Existen múltiples teorías sobre el surgimiento del liderazgo. Algunos hablan de un liderazgo innato, del líder carismático, en oposición a un liderazgo adquirido. Hay que distinguir también entre la autoridad directiva, formal, que parte de la institución, y la autoridad de liderazgo, que tiene que ver con la capacidad de influir en el grupo. Esta puede ser una cualidad de la persona o función del grupo (19).

El tipo de liderazgo va a influir en el funcionamiento del grupo. En analizar estos fenómenos se han centrado muchos de los estudios de psicología social. Especial difusión han tenido las conclusiones sobre la influencia de los estilos de liderazgo como los caracterizó Lewin:

–Estilo autocrático: Da lugar a una mayor productividad en presencia del líder, pero cuando no está se disparan la agresividad, la apatía y la pasividad.

–Estilo democrático: Hay una mayor regularidad en la productividad y también en la descarga de la agresividad. Da lugar a mayor satisfacción de los miembros del grupo.

–Estilo *laisser-faire*, que podríamos definir por la ausencia de ejercicio de actividades de liderazgo. Se comprobaba que la frustración por la falta de liderazgo llevaba a la agresión.

También se pueden distinguir estilos de liderazgo según las actividades del

líder en el grupo; en general estas pueden orientarse hacia la tarea o hacia las relaciones. En entornos muy estructurados o muy caóticos va a ser prioritaria la orientación a la tarea, en situaciones intermedias tiene más valor la orientación a las relaciones. Estas distintos estilos dan lugar a distintas actividades de liderazgo como son: ordenar, persuadir, participar o delegar (19).

Quizá no tenga sentido extenderse más en todas la teorías sobre el liderazgo en grupos, prefiero llegado este momento recordar alguna experiencia personal en este rol.

Quiero hacer explícito que en mi caso el liderazgo que he podido asumir (o que tuve que ejercer) no fue dispuesto directivamente. De hecho mi situación contractual siempre fue de la mayor precariedad. Mena y Doll (20) ya señalan que en nuestro sistema de salud se da la paradoja de que los profesionales llamados a liderar son los que tienen menos derechos laborales. Otra característica muy extendida es la distinta dependencia jerárquica en los mandos directivos de los profesionales incluidos en los equipos de salud mental, con dirección de enfermería por un lado y jefatura de servicio por el otro. En teoría hay funciones de coordinación en los mandos de psiquiatría, pero depende de como quieran ejercerlos (en el día a día de las instituciones en las que trabajamos se da la paradoja de que, en contraposición con la destacable ausencia de la raíz semántica “jef-” en la estrategia nacional de salud que debería orientar su funcionamiento; las jefaturas de servicio, integradas en las estructuras organizativas de los grandes hospitales generales, ejercen un mando que podríamos caracterizar por el autoritarismo más que por la búsqueda de participación y acciones coordinadas).

En noviembre de 2009 me hago cargo como psiquiatra de una unidad de larga estancia residencial. Me encuentro conflictos interpersonales, una enfermera de baja, agresiones al personal, recurso frecuente a las contenciones físicas, incluyendo el fallecimiento de un paciente en contención. Esta situación no era previsible por el perfil de paciente ingresado en la misma (de muchos años de evolución, incluso décadas). Había una supervisión, pero sólo de tarde (en el hospital los supervisores hacen guardias, y sus funciones son sobre todo organización de los turnos y urgencias). Desde el inicio yo había establecido espacios formales de reunión, una asamblea con pacientes y personal de turno y reunión de equipo para planes de cui-

dados (con intención de cadencia semanal). Ante la gravedad de la situación planteo una supervisión externa, pero esta posibilidad es rechazada. La iniciativa que tomo entonces es convocar reuniones de procedimiento, el objetivo es mejorar el clima de la sala. Para las reuniones se escoge un protocolo (por ejemplo: acogida, comedor, pertenencias...). Todos los miembros del equipo hacen sus propuestas y se discuten. Las reuniones se programan en horario de pase de turno para aumentar la asistencia. Es fundamental para el éxito del proyecto el apoyo de la enfermera que cubre la baja de la titular, que está en uno de sus primeros contratos, pero es muy hábil en las relaciones personales. En este proceso se dan distintos momentos. Hay episodios de paranoidización, se forman bandos, recuerdo la desagradable sensación cuando percibo la certeza de que me están grabando. También hay momentos instituyentes, cuando en una parte del grupo crece la confianza en la posibilidad de mejora de los pacientes. Alguna vez lo he comentado con alguna compañera: Pinel retiró las cadenas, nosotros en 2bh liberamos a los pacientes de los baberos. De todos modos la experiencia terminó con el cierre de la sala y la dispersión del personal. Los procedimientos se escribieron y a posteriori fueron considerados motivo de orgullo por la supervisión de enfermería.

Destaco esta experiencia porque en una situación en la que falta un liderazgo formal, una pareja que asume un liderazgo centrado en la tarea y un liderazgo centrado en las relaciones consiguen reconstruir el grupo justo antes de su final.

LÍMITES DEL EQUIPO

Aquí cabe distinguir los límites entre los miembros individuales del equipo, los límites con los usuarios, los límites con la institución y con la comunidad donde trabaja (en este caso la acepción de confín). También los límites en su acción, en la acción del equipo sobre la tarea y en las actuaciones de sus miembros. Explica Leal: *el trabajo en equipo en una institución pasa por el reconocimiento de límites, por la aceptación de que no hay completud, de que los límites son inherentes al ser sujeto y que es desde dicho reconocimiento como uno puede dirigirse a otro en busca de complementariedad* (9). Dice Vallejo-Jiménez

la puerta cerrada de la consulta puede ser una opción, pero no deja de ser una fantasía, [...] el equipo es la primera realidad que existe tras esa puerta (5).

¿En que se traduce todo esto en la práctica?

Por una parte en una asignación de roles en los equipos. Aún en equipos muy horizontales deberán estar definidas las funciones de cada uno de sus miembros. En un equipo de trabajo interdisciplinar lo deseable es que exista una puesta en común, una circulación de la información que dé lugar a un acuerdo sobre cómo asumir la tarea en el usuario concreto, quién o quienes lo harán y cuales serán las acciones a ejecutar. Lamentablemente muchas veces la realidad en los equipos es que no existe esta retroalimentación y se acaba funcionando de acuerdo a un modelo de derivación en el que las interacciones cara a cara son escasas. Nos acabamos comunicando a través de los pacientes que nos dan noticias del otro y a través de la historia electrónica.

La referencia a los límites con los usuarios de servicios de salud mental puede ser especialmente importante en los pacientes más graves con tendencia a establecer relaciones simbióticas de dependencia. En estos casos el equipo permite romper esta relación diaica. Cuando lo que hay es una triada en la que participa también la familia, la presencia de unos *otros*, no de un único terapeuta, puede ser de especial utilidad constituyendo un nuevo espacio de relaciones e intercambios que muestren un modo relacional distinto al paciente (21).

Hablar de límites en relación a la institución y a la comunidad tiene que ver con la capacidad de control. Volviendo a la definición de *frontero*, el liderazgo puede funcionar como control de fronteras, al concebir el grupo como un sistema abierto, con influencias de otros grupos, de la institución, del grupo de pacientes (22). El equipo debe tener control sobre la tarea que puede realizar (empoderado con respecto a la institución a la que pertenece), sobre la demanda que puede asumir (por parte de la comunidad a la que presta servicio), sobre la entrada y salida de profesionales de los equipos (esto último es muy complicado considerarlo en un servicio público, sobre todo con la precariedad actual).

Por último la constitución de equipos de trabajo, si son operativos y la re-

lación es buena, pueden contener algunas de las ansiedades del profesional aislado que comentamos más arriba, que acaban conduciendo al nihilismo terapéutico (vaciamiento de la práctica clínica o reducción al absurdo) o a fantasías de omnipotencia con un activismo desmedido, ya sea social, farmacológico o psicoterapéutico (22). En este caso el equipo es el primer referente, el primer espejo al que mirarse al afrontar la tarea. Este riesgo del profesional aislado también lo tendremos en los equipos aislados.

Pongamos por ejemplo la situación en que un terapeuta se empecina en que el desempeño ocupacional de un paciente puede ser mayor y lo empuja a implicarse en un itinerario formativo o laboral que no está preparado para asumir. La comunicación del paciente con otros miembros del equipo puede facilitarle un apoyo cuando la presión se haga excesiva y preparar al primer terapeuta para ajustes en el plan.

En el otro extremo se encontrarían situaciones en que una parte del equipo se alinea con la familia o con otro equipo que considera al paciente inepto y comienza a actuar con pasividad ante las demandas de mejora de su situación que manifiesta este. Esto puede llegar a discutirse en un estadiillo dando lugar a un plan que incida en una mejor calidad de vida para el paciente.

LA FACHADA DEL EQUIPO

La fachada va a ser la presentación del equipo ante otros grupos, pero no se trata sólo de que muestre una superficie bonita, sino que ha de ser sólida y tener los vanos suficientes para interactuar con el exterior. Por eso al hablar de fachada querría destacar la moral, el clima y la cultura del grupo: el grupo tiene confianza en la bondad de sus fines, se establecen relaciones de solidaridad entre sus miembros, las interacciones son positivas entre ellos y comparten una serie de valores y de ideas relativas a la realización de su tarea. Si el equipo tiene moral, hay un buen clima de trabajo y una cultura compartida esto posiblemente sea perceptible para los usuarios y otros grupos con los que interactúe.

Cuando se dan estas características, desde un narcisismo saludable, el equipo puede desear dar a conocer su trabajo, sus resultados, sus experiencias a otros profesionales, a la institución o a la comunidad. Esta puede ser otra función

del liderazgo, evaluar y representar al grupo, o puede ser todo el equipo el que se implique en esta comunicación con el exterior. Sesiones clínicas, comunicaciones a congresos, publicaciones, participación en asociaciones o grupos de discusión, pueden ser ocasiones para mostrar esta fachada.

Hago un inciso para dar cuenta de nuestro propio narcisismo (espero que del bueno, parafraseando a Leal) (3) y nuestro paranoidismo saludable. En un determinado momento, hace años, el Equipo de continuidad de cuidados quedó excluido del calendario de sesiones clínicas del servicio de psiquiatría. Se justificaba la decisión porque se consideraba que pertenecía a la sección de rehabilitación que ya tenía sesiones asignadas. Aún siendo así, nunca se nos invitó a rotar con los otros equipos de rehabilitación para impartir esta docencia. Curiosamente en ese periodo si me invitaron a dar dos sesiones en Ourense y una en Lugo. Afortunadamente seguimos participando tanto en las jornadas de la AGSM, en el simposio de Avilés, en el congreso de la AEESM, en los grupos de trabajo del plan estratégico de salud mental de la comunidad y acudimos cuando nos pidieron que fuésemos a hablar a asociaciones o a centros educativos.

FRONTERA COMO SOSTÉN

Tenemos aquí la frontera como faja que fortalece el serón. Esta imagen nos remite inmediatamente a la necesidad de que en los equipos haya una estructura continente, unos espacios de contención que permitan sobrellevar la tarea. Desde esta concepción la cohesión entre los miembros del grupo emerge como una de las condiciones para el adecuado funcionamiento de los equipos de trabajo. Lamentablemente muchas veces esto no es así, en la mayoría de los equipos sus miembros acaban rehuyendo los espacios grupales, se sustituyen las reuniones por tareas asistenciales, las quejas se trasladan a espacios informales y permanecen como lamentos estériles. Posiblemente las propias organizaciones prefieran este funcionamiento grupal, no alentando este tipo de encuentros en los equipos que instituyen en su seno. Asimismo hay un abandono del cuidado entre los profesionales, especialmente preocupante considerando la tarea que nos ocupa a los equipos de salud mental. Tanto en espacios formales como informales se evita hablar de la tarea y de los sentimientos que nos suscita,

las reuniones cuando se convocan serán para hablar de vacaciones o de agendas, pocas veces se dará la posibilidad de un encuentro espontáneo al otro lado de la puerta para manifestar una angustia o una inseguridad.

Afortunadamente he tenido la posibilidad de vivir una experiencia distinta en alguno de los equipos en los que he trabajado, con especial mención a los equipos de continuidad de cuidados y al centro de día del hospital psiquiátrico de Conxo. Creo que me han cuidado y que nos hemos cuidado. Y que si he podido afrontar algunos duelos que hemos vivido en estos años ha sido porque en esa frontera ha habido personas en las que confiar y que han sido para mí sostén y puntal.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Vigésimo segunda edición. Madrid, 2001.
- 2 MÉNDEZ FERRÍN, X. L. “O castelo das poulas”. En: MÉNDEZ FERRÍN, X. L. *Arraianos*. Vigo: Xerais, 5ª Edición, 1999. p. 103-18.
- 3 LEAL RUBIO, J. El cuidado de los profesionales. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental* 2019; 45: 9-15.
- 4 Estrategia en Salud Mental del Sistema nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad, Centro De Publicaciones; 2011.
- 5 VALLEJO JIMÉNEZ, F. Características, funciones y tareas de los equipos comunitarios de salud mental. En: LEAL RUBIO, J (coord). *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios, 1997. p. 59-89.
- 6 ANZIEU, D; MARTIN J. Y. *La dinámica de los grupos pequeños*. Madrid: Biblioteca nueva, 1997.
- 7 RODRIGO DEL BLANCO, M. J. Charles H. Cooley. *Los grupos primarios, claves del proceso civilizador. Cuadernos de Anuario Filosófico*. Serie de Clásicos de la Sociología 2004, nº10.

- 8 VALLEJO JIMÉNEZ, F. Grupo, equipo e institución, en los contextos actuales de los servicios sanitarios. En: DE CASTRO OLLER, M. J.; GÓMEZ ESTEBEN, R. y DE LA HOZ MARTÍNEZ, A. *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios, 2018. p. 93-101.
- 9 LEAL RUBIO, J. Aproximación a una lectura institucional del malestar en los servicios de salud (mental). En: LEAL RUBIO, J (coord). *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios, 1997. p. 33-57.
- 10 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.
- 11 XUNTA DE GALICIA. *Propostas de desenvolvemento da atención á saúde mental*. Colección Saúde Mental, nº18; 1997.
- 12 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>
- 13 RAMOS RÍOS, R; GARCÍA-LUENGO ÁLVAREZ, S; SÁNCHEZ VÁZQUEZ, E., LÓPEZ LANDEIRO, P; CURRÁS CASTIÑEIRA, M.; PÉREZ FERREIRO, M.; PIÑEIRO OTERO, S.; LIÑARES SIXTO, S.; ORTEGA GARCÍA, M. L. "Evolución del Programa de Continuidad de Cuidados de Santiago: la formación de un equipo de tratamiento asertivo comunitario". *Siso Saúde* 2018; 62-63: 107-32.
- 14 FREUD, S. "Tótem y tabú". En: *Obras Completas II*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973. p. 1746-850.
- 15 BION, W.R. *Experiencias en grupos*. Barcelona: Paidós, 1980.
- 16 KAËS, R.; CORREALE, A.; DIET, E.; DUEZ, B.; KERNEBERG, O; PINEL, J. P. Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales. *Elementos de la práctica psicoanalítica en la institución*. Buenos Aires: Paidós, 1998.
- 17 KAËS, R. *As teorias psicanalíticas do grupo*. Lisboa: Climepsi, 2003.
- 18 KERNEBERG, O. *Ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones*. Barcelona: Paidós, 1999.
- 19 SÁNCHEZ SANTA-BÁRBARA, E. Liderazgo y dirección. En: ZARCO MARTÍN, V; RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, A. (DIRS.); MARTÍN-QUIRÓS, M. A.; DÍAZ BRETONES, F. (Coords.) *Psicología de los grupos y de las organizaciones*. Madrid: Pirámide, 2008. p. 137-64.

- 20 MENA PÉREZ, A.; DOLL GALLARDO, A. La tarea y los liderazgos en los equipos asistenciales. En: DE CASTRO OLLER, M. J.; GÓMEZ ESTEBAN, R. Y DE LA HOZ MARTÍNEZ, A. *La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios, 2018. p.103-8.
- 21 NIETO DE GREGORI, M. P. El equipo terapéutico en patologías mentales graves. En: HERNÁNDEZ MONSALVE, M., NIETO DE GREGORI, M. P. (Coord.) *Psicoterapia y rehabilitación de pacientes con psicosis*. Madrid: Editorial Grupo 5, 2011. p. 211-22.
- 22 RICE, A. K. *Learning for leadership*. London: Routledge, 1965.

Fronteras, nómadas y náufragos: el laberinto institucional

José Leal Rubio

Psicólogo clínico. Psicoanalista. Consultor y Supervisor Clínico e Institucional.

Correspondencia: joseleal@copc.cat

RESUMEN

“La organización compleja” era el título que me fue propuesto por los organizadores para mi participación en esta mesa cuyo tema es “Clínicas” dentro del amplio título de la Jornadas tituladas “Fronteras”. La complejidad organizacional la transformé en el laberinto institucional para ampliar las miras sobre el tema ya que la organización no es más que la materialización en un espacio de lo institucional que la abarca. Esa materialización de lo institucional que es la organización, siempre compleja por la multitud de factores que en ella intervienen –humanos, físicos, de objetivos, metodológicos, etc.– deviene muy frecuentemente en un conjunto de fronteras, la mayoría de las veces espacios defensivos, ocupados por sujetos unas veces nómadas, otras sedentarios y generan efectos sobre ellos. Si las instituciones y sus organizaciones están creadas para contener las ansiedades que se derivan, siguiendo el pensamiento freudiano, de aquello que genera malestar –la caducidad del cuerpo, el poder de la naturaleza y la dificultad de las relaciones humanas– su disfunción genera sufrimientos como efecto del abandono y la intemperie en la que queda el sujeto; el naufragio es la metáfora de ese sujeto en desamparo como efecto del grave descuido de la función contenedora que debe cumplir la institución y sus organizaciones.

PALABRAS CLAVE: Fronteras, organización, sufrimiento, abandono, institución.

KEYWORDS: Borders, organization, suffering, neglect, institution.

1. FRONTERAS

Las muy intensas situaciones actuales de obstáculos en las fronteras geográficas y políticas para la circulación de las personas hacen que, entre otras razones, el término frontera remita en primer lugar al predominio y rechazo del mismo por la hostilidad con la que en dichos lugares se trata a aquellos que buscan donde vivir huyendo de las terribles condiciones en las que se encuentran y los tratos que reciben. Es impensable no conocer y no conmoverse ante lo que ocurre en las fronteras entre México y EEUU; las que separan Palestina de Israel; las vallas que se construyen en toda Europa; las terribles vallas con concertinas que separan Marruecos de Ceuta y de Melilla y el mar como terrible frontera donde quedan tantas vidas. Marina Garcés en su libro *Fuera de clase. Textos de filosofía de guerrilla*, se refiere a ellas cuando dice “que sean del tipo que sean, son límites que solo se pueden traspasar bajo determinadas condiciones que algo ha impuesto. La verdad de una frontera está en aquellos que no la han podido traspasar.” Prefiere hablar de diferencias que se articulan. Asimismo, señala Kofi Anann en el discurso de recogida del premio Nobel en 2001: “las fronteras reales de hoy no separan a las naciones sino al poderoso del desvalido, al libre del esclavizado, al privilegiado del humillado.”

Estas lecturas de la frontera como espacio inhóspito desvelan una realidad que no es incompatible con el reconocimiento de la frontera como lugar de evidente diferenciación, de diversidad de matices y de encuentro. Frontera es todo aquello que delimita, evidencia, señala una diferencia. Desde esa perspectiva la frontera es una realidad ante la que caben diversas interpretaciones y actitudes. Puede decirse que atravesar fronteras es la permanente tarea que nos impone el hecho de vivir. Existe una razón fronteriza –título de un libro de Eugenio Trias– que enfrenta la razón ilustrada con todas aquellas cosas que ésta pretendía excluir como la sinrazón, el pensamiento mágico, el mundo de las pasiones o el pensamiento religioso. En el límite entre la razón y sus sombras halla Trias el ámbito de exploración de una filosofía que puede denominarse “filosofía del límite”. El hombre es en este sentido un “ser fronterizo”. La razón que corresponderá a este ser del límite será por tanto una “razón fronteriza”.

Es muy hermoso el discurso que hizo José Luis Sampedro en el acto de in-

greso a la RAE titulado “Desde la frontera”, cuyo contenido yo definiría como celebración de la fronteridad. Explica su pasión por la magia de lo fronterizo y su adicción a ello. La frontera es un tránsito social entre dos culturas. Si la frontera es un espacio de transacción entre culturas existente, lo que importa es hacerlas transitables.

Considera la frontera como invitación aunque, dice, para algunos no es invitación sino amenaza; lo ultramuros es siempre enemigo. Cuando no se intenta comprender “lo otro”, la cerrazón genera en ambos lados la condición de enemigos. Cuando ello ocurre se configuran dos diferentes estilos de vida; el fronterizo y el central. El primero cuenta con lo ajeno, que le provoca curiosidad con adhesiones o rechazos mezclados, le sugiere nuevas ideas y hasta las infiltra en él. Pues las fronteras, por muy altos que sean los obstáculos que defensivamente se coloquen, nunca impiden ignorar lo existente más allá, ni envolverlo en la indiferencia. La identidad de frontera es por eso más flexible y su propensión al cambio es mayor; entendiendo esa propensión en un doble sentido, pues se trata tanto del intercambio con el exterior cuanto de la propia transformación producto del mismo. “Esa es la dualidad del fronterizo, asomado siempre hacia fuera a la vez que atirantado desde el centro del poder. Pero, aunque dependa de éste, la tendencia al cambio hace a lo fronterizo más dinámico, con una vitalidad más abierta a la complicación de lo imprevisible, más propiciadora de vanguardias.” La frontera es la ocasión para el desarrollo de la hospitalidad y la acogida, aunque lamentablemente ello no siempre se produzca.

Porque hay fronteras damos hospitalidad y acogida. La extranjería es la condición estructurante de todo ser. Tomar conciencia de ello se hace imprescindible para sintiéndonos extraños, sentir extraño al otro y hacer que la extrañeza dé paso a la curiosidad en el otro que es lo que nos acerca. Sentimos curiosidad del otro que nos es desconocido y del que sabemos poco o nada. Construir mediante la curiosidad el acercamiento es reconocerle como alguien singular.

La frontera no es aquello en lo que termina algo sino aquello a partir de lo que algo comienza a ser lo que es.

2. NÓMADAS.

Nómada define generalmente a comunidades o pueblos que se trasladan de un lugar a otro, en vez de establecerse permanentemente en un solo sitio. Y van de un lugar a otro en busca de pastos o de intercambios en bien de sus rebaños, de su familia, de sí mismos. Y cruzan fronteras y territorios a sabiendas de sus leyes y sus normas. Lo nómada representa el deseo, la necesidad humana de buscar el conocimiento y la vida en distintos lugares. Es la búsqueda frente al sedentarismo. Es el cuestionamiento frente a las certezas. La verdadera ruptura ontológica se produce en el momento en que el ser se hace preguntas sin respuesta. Todo intento humano por *conocer* arrancaría del instante en que surge la cuestión del *enigma*. A partir de ese punto, los esfuerzos por lograr el conocimiento parecen reproducirse a través de la historia de la humanidad como reflejo de ese gesto original, de un grito, de una experiencia que en cierto modo podemos calificar de inefable. El concepto nómada me es especialmente útil cuando trato dos temas de gran valor como la identidad y el saber.

El saber es nómada y no se puede ceñir al ámbito de una disciplina aunque ésta quiera hacerlo sedentario.

La identidad es nómada porque somos sujetos en permanente búsqueda. El nómada no es un ser perdido es un ser que busca, que sabe que ceñirse a su territorio, ser sedentario es empobrecerse, que eso da una supuesta confianza pero es engañosa. Por tanto, la identidad nómada es la identidad que busca, que no se conforma, que quiere cambios, que no se resigna. El nómada sabe que al cruzar territorios los modifica y se modifica. Si antes señalé centralidad/fronterizo, ahora digo sedentario o nómada.

Yo creo que vivimos ya en un tiempo postdisciplinar y que, por tanto, las disciplinas tal como se han ido estructurando en campos acotados se hacen obsoletas y solo se sostienen y, a duras penas, por la vigilancia gremial (los colegios profesionales, los departamentos universitarios y otros) que se presentan como adalides de la pureza de una profesión pero que, en el fondo, son defensores de un territorio de privilegios para el gremio o colectivo.

La clínica actual en salud mental es una clínica de la frontera y nómada porque así es el sujeto y la sociedad de que se ocupa.

3. INSTITUCIÓN

Las organizaciones son el sustento material de las Instituciones, el lugar donde aquellas se materializan y desde donde tienen efectos productores sobre los individuos, operando tanto sobre sus condiciones materiales de existencia como incidiendo en la constitución de su mundo interno.

La Institución fascina, protege de las ansiedades internas que entonces son derivadas al exterior, cuida de esas ansiedades mediante el pago de un peaje que consiste en la debida obediencia a las leyes que impone, resuelven necesidades y realizan deseos, aunque no todos.

A veces genera efectos contraproductivos, como señala Ivan Illich. La escuela da instrumentos para la libertad y también la coarta en tanto es un instrumento de control y transmisión de valores establecidos en un determinado momento. Los servicios sociales, los servicios de salud pueden apoyar la autonomía o generar dependencia y sometimiento, etc.

El ser humano encuentra en las distintas Instituciones soporte y un apoyo, un elemento de seguridad, de identidad y de inserción social. La institución puede ser lugar de construcción y de destrucción, cura y daño, educa y adiestra. Se mueve siempre en una paradoja; creada para contener ansiedades, las genera. Una excesiva contención de la ansiedad adormece; un déficit en dicha función genera un sufrimiento estéril.

La institución es laberinto en el que es fácil perderse. Perderse es quedar diluido o atrapado en ella.

Se puede decir que el éxito en la relación de todo sujeto en la institución depende del equilibrio que logra producir entre lo que él o ella coloca en la institución y lo que permite que de la institución entre en él. Un exceso de depositación "libidinal" provoca un vínculo de dependencia y empobrecimiento; pero lo opuesto impide un vínculo necesario para su implicación en las tareas.

La relación del sujeto con su organización, con sus organizaciones, siempre es laberíntica. Siempre es lugar en algún punto engañoso porque promete lo que no puede dar: satisfacción permanente de realización. La institución no puede garantizar realizaciones pero sí facilitar acercarse a ello. Estas

son siempre producto de un esfuerzo personal en un contexto de interacciones múltiples. Genera condiciones para la realización o las impide. Aún así siempre queda el sujeto y el campo de libertad que sea capaz de sostener él y con otros.

La organización no deja de ser un espacio instrumental, es decir, lugar de realización de necesidades individuales y colectivas. A veces, refugio de carentes. Otras, escaparate de narcisos. Muchas veces, laberinto de pasiones. Otras, quizás las mas, lugar donde los sujetos se dedican honestamente a cumplir del mejor modo los objetivos para los que fue creada.

Siempre laberinto de espejos que son el rostro, la mirada y la palabra del otro. Por ello ha de ser lugar de tránsito, siempre lugar temporal de refugio. Por ello es necesario también saberse nómada en la propia institución y curioso de los distintos territorios que la conforman y aquellos otros que le son colindantes. En tanto lugar de realización personal, en alguna medida, y de objetivos colectivos es un instrumento para luchar por lo que es necesario y posible. Lo posible no es lo opuesto a la utopía sino un tramo en su deseable logro. No sabemos de antemano de las posibilidades de lograrla pero cada realización de lo posible es un paso. El arte de lo posible no es un ajuste desesperado a la realidad sino el empeño en cambiarla.

Las instituciones forman parte del esfuerzo humano por construir una vida posible y en las mejores condiciones. Pero la construcción humana está también amenazada por la pulsión destructiva. Ese proceso sucede en las instituciones. Y además están en una permanente tensión entre aquello que quiere consolidarse como estable, lo instituido, y todo aquello otro que lucha por imponerse como nuevo y que es lo instituyente. Esta tensión atraviesa permanentemente al ser y asimismo a las instituciones. Sin esa tensión habría escasa capacidad de perduración de aquello bueno que se ha ido creando pero, a la vez, sin esa tensión habría escasa posibilidad de que hubiera progresos. La tensión instituyente, con sus malestares, es la única manera de perseguir y concretar en tanto sea posible el ingrediente utópico sin el cual toda práctica corre el riesgo de quedarse en mera repetición que puede tranquilizar a algunos pero que desespera y desesperanza a otros. Las instituciones generan esperanza y lo contrario. Comienzan como el porvenir de una ilusión y en algún momento aparece el malestar en la cultura.

4. NÁUFRAGOS

Señalé al principio que el naufragio del sujeto es el efecto de una falla que está siempre vinculada a las condiciones en que se construyeron los vínculos y las condiciones del vivir. En alguna medida podemos decir que falló lo institucional que, desde el origen, es imprescindible para hacer posible la vida y la calidad de ésta. Desde hace tiempo, por efecto de la crisis económica, pero también de valores, nos vemos confrontados con situaciones de carencias y sufrimientos en los sujetos y en grupos de población que en los servicios de salud mental muestran una sintomatología que creo se puede llamar una clínica del desamparo.

Si es así que lo que se muestra con mas fiereza en la clínica actual es el desamparo ello quiere decir que las instituciones están fallando en el cumplimiento de su función de sostén. Y que, por tanto, el esfuerzo en los cuidados ha de ir acompañado de un trabajo que incida sobre las condiciones del vivir; sin ello el imperio de lo psi será incuestionable y las profesiones de asistencia irán al alza, pero los sujetos seguirán a la deriva. Muchos de los sujetos con quienes nos relacionamos son naufragos, según define P. Declerck, en su trabajo etnográfico y psicoterapéutico con personas en la frontera de lo inhumano.

También lo son, aunque cueste decirlo, muchos profesionales y equipos que trabajan en condiciones insuficientes por objetivos, muchas veces, imposibles.

Tales experiencias de desamparo provocan un aumento de la indefensión, de la precariedad y de la exclusión.

La exclusión supone un sujeto que no está, o que ya no está, integrado en una red de solidaridad familiar, amistosa o de barrio. La precariedad no atendida lleva a la exclusión. El excluido ya no es entonces el que vive en precario, con escasas condiciones para un vivir digno, sino aquel que ha superado una línea, un umbral, un pasaje, que ha llevado a cabo un salto en el que se ausenta o es expulsado del vínculo social y de la fraternidad del discurso.

Estos riesgos de exclusión cada vez más evidentes son los que ponen en juego la verdadera complejidad de los cuidados, de la atención y de las

organizaciones dedicadas a su soporte. Es en estas situaciones de tan alta complejidad y de tantas fronteras en las que es imprescindible sentirse, cualquiera que en ellas participa, formando parte de un entramado de vínculos que deben ser articulados para ofrecer apoyo ante la carencia que dificulta el vivir, el vivir en autonomía y dignidad. Es, a la vez, cuando se dan estas situaciones individuales o colectivas de alta necesidad cuando las organizaciones que deben cooperar corren el riesgo de encerramiento en la seguridad de su territorio.

Ciertos modos de atención a las personas con trastornos mentales reducen la cuestión a un problema de ajuste del tratamiento psicofarmacológico y olvidan una realidad que es también biográfica, familiar, social, económica y política. Y obvian también una realidad organizacional como lo evidencia la existencia de un alto número de personas con muy altas necesidades para cuya cobertura interactúan a la vez con organizaciones con modos de intervención muchas veces contradictorios cuando no enfrentadas entre sí. Esa es la complejidad y para atenderla hay que buscar nuevos territorios, no ya físicos, de escucha y cuidado que superen el predominio de lo sanitario y ofrezca la comunidad y sus diferentes servicios como un entramado que contiene; tarea compleja y ardua pero fascinante. Ello requiere en los diferentes equipos una disposición a la colaboración horizontal lejana de las posiciones de estatus profesionales arcaicos.

Lo a plantear es la necesidad imperiosa de una revisión de los modelos centrados en la enfermedad y en la exclusividad del mundo sanitario de lo llamado terapéutico para ir hacia el reconocimiento de la importancia de otros espacios, alejados del estigma que incluso el término salud mental genera, en la producción de efectos terapéuticos o de cambio.

Lugares en los que el sujeto para ser no haya de ser un TLP, un TOC, un TMG, un TDAH, un TEA o un PDD (paciente de difícil diagnóstico) o un PCC (paciente crónico complejo)

“Los desafíos de la salud mental no pueden afrontarse desde el ejercicio de delegación exclusiva en los sistemas expertos de tipo sanitario, con sus “sofisticados” protocolos para la detección de síntomas, la intervención clínica y el *management* sanitario.” (Martinez Hernaez, Correa, 2007).

La destrucción formal de las instituciones totales, aparentemente simples, ha ido acompañada de la creación de organizaciones, servicios, dispositivos o programas por los que transitan los sujetos. Dispositivos muchas veces desorganizados entre ellos, con normas muy frecuentemente dispares, a veces arbitrarias que constituyen enormes fronteras por las que circulan personas perdidas, sometidas a rígidas estructuras que mediante la llamada derivación marean al sujeto y lo llevan muchas veces a la deriva. Aparecen tales fronteras cuando los equipos o sus organizaciones se enfrentan mientras, erróneamente, dirimen si un caso es de salud mental o de los servicios sociales, como ejemplo.

En el fondo muchas derivaciones son simples depositaciones en otro lugar liberándose así del sentimiento de impotencia en el logro de objetivos aún llamados rehabilitadores que son erróneos. Muchos de ellos son meros entretenimientos como ya señaló nuestro amigo Benedetto Saraceno en *El fin del entretenimiento*.

Tenemos elementos suficientes para pensar que:

1. Gran parte de la clínica futura en salud mental será la derivada de la disminución de la capacidad contenedora de las diversas instituciones. La clínica consecuente es lo que ya estamos viendo y que yo vengo llamando la clínica del desamparo, de mayor o menor intensidad en función de las estructuras de cada sujeto.
2. Consecuente a ello iremos hacia una clínica de la transversalidad porque no es propiamente una clínica claramente psicopatológica a la que se pueda hacer frente con intervenciones Psi.
3. Asimismo iremos hacia una desfascinación del saber digamos académico y una revalorización del saber “profano”, del trato y del cuidado de la cotidianidad. Ello llevará al surgimiento de nuevas intervenciones y nuevos profesionales.
4. Y hará necesario moverse en un tipo de organizaciones complejas pero imprescindiblemente complementarias.
5. Que la “solución” a los problemas de salud mental y la disminución del sufrimiento psíquico pasa, además de por un aumento de recursos económicos y humanos para hacer frente a los efectos del abandono de estos

años, por modificar las condiciones y estilos de vida y generar actitudes favorables a la libertad de los sujetos, a la seguridad del ejercicio de sus derechos de ciudadanía y al derecho a que su singularidad sea respetada.

Hace falta una lectura no solo desde lo sanitario del sufrimiento humano y que ello dé pie a prácticas transversales en las que las recetas, los consejos y las prácticas de sustitución den paso a espacios de libertad y reconocimiento

La institución ofrece soluciones a los deseos de realización de los profesionales y a las necesidades sentidas o generadas en los usuarios. Ni unas ni otras son enteramente realizables; ello genera frustración y un alto malestar en unos y otros de cuya solución depende la calidad de la atención a dar/recibir y el vínculo de quienes participan.

El acercamiento difumina las diferencias y las articula. La clínica, si es el desamparo, las intemperies diversas y las cada vez mas invivibles condiciones de vida de la población lo que está generando los tan altos malestares que, convertidos técnicamente en síntomas, nos llegan ha de ser una clínica del sujeto que tenga en cuenta el contexto.

Se viene diciendo que es lo depresivo lo que predomina en la actualidad como problema pero yo creo que solo es la expresión o el efecto de no poder soportar exigencia para unos y condiciones para otros que impone una vida que cada vez se hace más difícil. Que llevan a la descomposición del lazo social y por tanto al alejamiento del otro.

La clínica siempre es fronteriza y nómada y muchas veces en los márgenes. Y por ende, libre en tanto quiere ser abierta y no necesariamente protocolar ni evidente. A veces es sobresalto.

Cuando la clínica se hace sedentaria, cuando deja de interesarse por lo que hay a su alrededor, por los otros territorios del saber y formas de entender y explicar el sufrimiento psíquico y los avatares de la vida, se empobrece.

Desde el lugar de trabajo en que me muevo, no es difícil ver los muchos esfuerzos profesionales individuales y colectivos, pero también las muchas fisuras, grandes fracturas a veces entre aquellos servicios y organizaciones que atienden a las personas con problemas de salud mental. Esas fronteras

competenciales, de estatus y de rígidos roles están siendo, muchas veces, inexpugnables. Y constituyen para los usuarios de los servicios un laberinto institucional y organizacional por el que es difícil moverse y salir indemne. No solo los usuarios, también los profesionales. No es difícil reconocer en éstos:

a. aumento del sufrimiento y tendencia a vivirlo en soledad. El sufrimiento individual y colectivo bien encauzado debería llevar un potencial transformador, instituyente que lleve al encuentro de nuevas prácticas y a la superación de las fronteras disciplinares y organizacionales como espacios defensivos.

b. una precocidad en el desencanto profesional y en la renuncia al ingrediente utópico que toda organización debe sostener para ser creativa. Si no es así el resultado es la burocratización de las prácticas y una gestión administrativa de los soportes ante las necesidades.

Recuperar el ingrediente utópico imprescindible para tareas muchas veces al borde de lo imposible es imprescindible para no caer en el desánimo y la decepción.

Fernando Colina, en el prólogo del libro de José María Álvarez, “La invención de las enfermedades mentales” dice lo siguiente:

“... la historia, como representante genuina de las humanidades, ayuda a la psicopatología, disciplina fronteriza por excelencia, a recuperar su trato con las ciencias humanas, hoy bajo peligro de extinción”.

Y añadido, la psicopatología, o podemos decir la clínica, debe tener curiosidad por lo que pasa en esos espacios de colindancia con otros campos de estudio de lo humano y del sufrimiento y buscar la colaboración; si no es así su saber será altivo e infructuoso.

El reconocimiento de frontera es lo que nos hace ser acogedores y desarrollar esa ética de la hospitalidad, tan bien defendida por J. Derrida. Reconocer la frontera con el otro implica la necesidad de pactar el trato a darse y la acogida al que llega. Es porque hay fronteras que nos reconocemos extranjeros y esa extranjería, ser extranjeros para nosotros mismos, que decía Julia Kristiva en el libro del mismo título es lo que construye el permanente esfuerzo por sentirnos protegidos entre todos y

cada uno. La cuestión es cómo nos movemos en esa fronteridad que siempre somos y eso que compartimos con los otros.

A más gravedad, a mayor carencia más necesidad de disponer los recursos de modo que garanticen los cuidados necesarios. Ahí es donde más se puede ver la dificultad para organizar coherentemente los cuidados y hacerse cargo de la atención a la persona, quizás porque como me dijo un día Moncho Area mientras concretábamos mi intervención en este espacio, “lo grave siempre es apátrida.”

BIBLIOGRAFÍA

- COLINA, F. (1999) “Clínica e historia”. En ÁLVAREZ, J.M., *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid. Ed. Dor S.L.
- DERRIDA, J. (2006) *La hospitalidad*. Buenos Aires. Ediciones La Flor.
- DECLERCK, P. (2006) *Los náufragos*, Madrid, AEN,
- FREUD, S. (1.929) El malestar en la cultura. Madrid. Biblioteca Nueva. *Obras Completas*, Tomo VIII.
- GARCÉS, M. (2016) *Fuera de clase. Textos de filosofía de guerrilla*. Barcelona. Galaxia Gutenberg.
- ILLICH, I. (1981) *Las profesiones inhabilitantes*. Barcelona. Ed. Blume.
- KRISTEVA, J. (1991) *Extranjeros para nosotros mismos*.
- LEAL, J. (2016) La posición de los profesionales ante la vulnerabilidad de los sujetos y los derechos sociales. En *Revista de Treball Social (RTS)* nº 207. Barcelona.
- LEAL, J. (2018) Los cuidados en el marco de una ciudadanía inclusiva. En *Revista AEN*, vol. 38, nº 134
- RAMONEDA, J. (2010) *Contra la indiferencia*. Barcelona. Galaxia Gutenberg.

Transitar la jubilación

Antón Seoane-Pampín Montenegro

Psiquiatra

Correspondencia: aseomon@yahoo.es

Cuando recibí la amable invitación para participar en estas jornadas, recibí también la sugerencia del tema a tratar: la jubilación, tema que reconozco, me produjo una cierta zozobra y pereza. Me permití añadir “transitar” y aquí estamos.

Primero, me vino a la cabeza un ejemplo significativo; si de transitar la jubilación se trata, me quedaría con el adiós eterno al que asistimos varias generaciones, la jubilación perpetua de B.Dylan. Nosotros aferrados a nuestra nana particular, p.ej, “Blowin in the wind” y él, invitándonos a repensar sobre el poder conmovedor de la Decepción; concierto a concierto, empeñado en desquiciarnos, exhibiendo cadáveres troceados, cadáveres exquisitos, que nos invitan a un caos, en el que gozar de una deconstrucción tanática. ¿Ha cantado “Like a Rolling Stone”?, se preguntaba angustiada un grupo de fans al final de una de sus actuaciones.

Bien, era un posible comienzo, pero, recientemente, se actualizó en la prensa la información sobre el fallecimiento en 2017, de una chica en un hospital de Asturias. Todo el sistema se había ofuscado, confundiendo una amigdalitis, una meningitis con un posible episodio disociativo. Tres veces yendo a urgencias, hasta que a la cuarta alguien creyó encontrar la explicación científica: su madre era esquizofrénica.

Sobre esa traza “irrebatible”, que la unía a la locura, aceptó mansamente ser ingresada en psiquiatría. Pero pasadas unas horas de errático vacío, solicitó el alta sin ser consciente que, para entonces, ya había sido engullida

por un agujero negro, donde la retuvieron en contención mecánica: 75 horas medievales, hasta el trágico desenlace: muerte por meningitis. Una alerta rancia y pomposamente “científica”: su madre y la Esquizofrenia, la había conducido a una muerte neomanicomial, por una inercia también neomanicomial, que sigue viva como un incómodo eco del estigma. ¿Para esto nos hemos integrado en los grandes hospitales?

¿A nadie le había llamado la atención que aceptase su ingreso en dicha unidad porque, al menos, era un dispositivo médico? ¿Nadie sintió algo extraño en esa racionalidad y mansedumbre?

El fondo de armario nos persigue y no nos sacamos de encima la naftalina. Llevamos la razón excluyente marcada a fuego y en cuanto escuchamos a un paciente más de 15 minutos, empezamos a levantar el brazo como el Peter Sellers de *Volamos hacia Moscu*.

Así se explica, cómo ante su razonada solicitud de ser dada de alta, el automatismo atávico recurrió a un clásico: quien la solicita, siempre está mal. Nadie alertó un error, una duda, en el proceder de una asistencia psiquiátrica asépticamente médica y para eso... no sé cuántas reformas, luchas, integraciones y cierres manicomiales, etc.

El caso es que al final pensé que no era una mala idea, transitar con ustedes y parafraseando un canción de J. Lennon, por alguna de las cosas, en las que, a estas altura del partido, no creo.

– **Nunca lo usé ni creo** en el TEC, equívoco artefacto de violencia, desidia, cuando no, de cómoda y simple extravagancia.

– Entiendo a quien la utiliza, pero, salvo casos de obvia necesidad, **nunca usé ni creo** en el normativo uso de la bata blanca, representación metafórica de que seguimos pensando que las palabras manchan.

– **No creo** en la asepsia de la contención mecánica, aunque la haya prescrito y aplicado personalmente pero, llegado el caso, siempre mediando la palabra que le dé, a esa torturante intervención, sentido, lógica clínica y si puede ser, “humanidad”.

– **No creo** en los que se oponen por principios a la contención mecánica, no creo que hayan hecho guardias, a las 4 de la mañana y con ocho policías

pasivos a la espera de que “tu”, encauces un sufrimiento desbordado, inmune a cualquier razón. Hiperdosis o sujeción, é ahí gran parte del dilema; mientras una cuchilla de afeitar sobrevolaba el aire.

– **No creo** en los protocolos usados a modo de rodillo para homogeneizar y pasteurizar la subjetividad.

– **No creo** en el por qué del maremágnum de pruebas exploratorias, opio de nuestras incertidumbres.

– **No creo** que a nuestros pacientes hospitalizados les haya ido de vicio con la “integración” en los macrohospitales. Unidades con esas puertas cerradas remedo de otras tapias, de otros tiempos. Siempre hay una puerta cerrada que nos lo recuerda, son enfermos, pero distintos, deambulan, necesitan espacio, no están impedidos, pero esas puertas cerradas delatan el desencuentro, son como los otros, pero no exactamente, hasta sus habitaciones son distintas; hasta los wáteres son distintos, mientras siguen girando y girando en lo cerrado de un guetto bonsái, donde se reproduce el discurso del recluso. Tal vez, en el imaginario de los alicatados hospitales, sigan siendo eso, simplemente “locos”, irremediabilmente peligrosos.

– **No creo** que sea casual el hospitalocentrismo en el que nos hemos enrocado. ¡Nos ufamamos de que, al fin, ya estamos allí, en los hospitales, con nuestros colegas, somos médicos!, pero en el conjunto de dispositivos no se refleja la sinergia esperada, atragantada de minifundios.

– **No creo**, obviamente, tal como están, en las USM: Unidad de Salud Mental, dañadas por evidentes ajustes presupuestarios y por criterios ideológico-clínicos. Lugares donde nuestros compañeros, a duras penas, gestionan el no tiempo, con criterios de no seguimiento, para pacientes no escuchados, sistematizando una no asistencia, de la que todos nosotros deberíamos dar razón de su utilidad, salvo si, por fin, admitiéramos que realmente todo es un desmontaje a beneficio del sector privado.

– **Menos creo** en los escasos dispositivos de una precaria Rehabilitación. El paciente que, supuestamente, ha estado ingresado entre mantas tecnificadas, al ser dado de alta se encuentra con decorados de atrezzo. Ubicuo y loado es el voluntarismo de los mermados equipos extrahospitalarios, que siempre acabará manipulando el gestor para crear un trampantojo de

“estamos en ello”, p.ej. en áreas conocidas, más de 18 años sin que la asistencia pública abriese ni un solo centro ambulatorio especializado, ni tampoco ningún piso protegido.

En este estadio, en el que el paciente deviene en puro *resto*, lo llamativo es que, al margen del esfuerzo de las familias, ni el dinero salva el precipicio en los centros concertados, privados, simplemente lo disfraza con una mano de pintura y protocolos rutinarios. “¿Para que voy a derivar el paciente a rehabilitación?”, se preguntaba una pensativa compañera. La Esquizofrenia metodológica: medicamentos y aparatos caros para el paciente “florecido”, agudo o de patología “interesante”, por los motivos que sean y ratios de seguimiento y rehabilitación, low cost.

– **No creo** que esté extinguido el discurso del Manicomio. Renace desde nuestras actitudes, de pie o sentados en el despacho. Cada vez que negamos sentido a la palabra del sujeto; lo reinventamos.

– **No creo** en la medicalización como santasanctorum del hacer psiquiátrico, confiando en medicamentos-drones que pretenden actuar con la delicadeza de un robot quirúrgico, sin preguntarse a qué precio está el kilo de bienestar o el cuarto y mitad de precariedad de ese paciente concreto. ¡Nuevas variantes de neurolépticos intentan ordenar las ideas sin interferir, pulcros que son!, en el nivel de conciencia. Inyectables para un cerebro desbaratado que asiste consciente a su propio desbaratamiento, acrecentando el horror. “¡Por favor, déjenme dormir!”

– **No creo** que fuese una ocurrencia genial abandonar aquellos “frondosos espacios” donde transcurría nuestra atípica actividad clínica, mudándolos en pequeños neomanicomios, con un pasillo como horizonte y en ocasiones con reminiscencias cuasicarcelarias. Un jefe proclamaba: “los hemos bajado del monte, los llevamos a la ciudad, ahora a un nuevo macrohospital...” pero no, no seguía la frase: “y ahora, como todo está saturado, los vamos derivando a las áreas de apoyo, a las subcontratas concertadas, privadas...” cada vez, más cerca, más cerca de un nuevo monte y vuelta a empezar, hasta la derrota final.

– **No creo** que la finalidad terapéutica de un ingreso implique que tenga que ser breve porque sí!, sin ni siquiera haberte asomado por la ventana,

para ver la realidad que el paciente habita. No creo en la intervención *fast-food*, y después el vértigo de la nada: ¡A partir de esta puerta, usted no nos concierne!

– **No creo** que sea imperioso, urgente, imprescindible, prioritario, diagnosticar.

– **No creo** en nosotros, terapeutas, cuando obviamos el sufrimiento del paciente o cuando no nos reconocemos en su desvarío.

– **No creo** en nuevas poses que reniegan de los psicofármacos: quien no ha visto a muchas personas sufrir hasta el ocaso, no sabe de lo frívolo de esa posición.

– **No creo** que sea bueno que la enfermería psiquiátrica, especialidad que tanto costó crear, se vea hoy en día, constreñida en sus competencias, a interesarse, básicamente, por fluidos, sangre, vendajes y la rutinaria administración de medicación oral o inyectables. No creo enriquecedor que nuestros compañeros psicólogos clínicos, titulación que también tanto costó consolidar, se afanen en despejar la ecuación de la locura, a base de algoritmos de complejos tests, plasmados en informes igual de complejos o a veces, en mera sucesión de letras y guarismos. No creo en un trabajo social psiquiátrico reducido a tramitar grados de discapacidad y búsqueda de residencias. No creo en un nosotros estrictamente neuromédico, alejados de todo lo que traspase el estricto perímetro de nuestro despacho.

– En definitiva, **no creo** en nada que no pase por oír y escuchar el relato literal, único, irrepetible y subjetivo de cada paciente, uno a uno.

Volviendo a Dylan. Famosos sus conciertos en los que nos arrastra a un constante ejercicio de revisión de nuestra escucha, no hay certezas, ni *aprioris*, por eso nos invita a cuestionarnos el *Blowin in the wind* de nuestra adolescencia y que ya nunca más oiremos, decepción tras decepción, extraña adicción al caos. En sus conciertos no aparecerá mamá, tan solo queda entregarnos y transitar el desasosiego.

Se está necesitando, como agua de mayo, una voz, una armónica, un texto, que siga erosionando nuestras certezas, haciéndonos salir de la zona de confort en la que nos hemos instalado: la enfermería con la enfermería, los

psicólogos con los psicólogos, los TS con los TS, los psiquiatras con los médicos, los residentes con los residentes, “nos hemos vuelto como neoclasistas” afirmaba un colega aún en activo, “hemos dejado de interhablarnos”.

No solo hemos perdido transversalidad y versatilidad sino que, además, se nos ha ido deteriorando el oído, a fuerza de escuchar poco.

“Hijo mío, disculpa si en estos últimos tiempos no he hablado mucho contigo, pero es que no te escuchaba”, se disculpaba el padre de un paciente, por sus silencios y distancia.

Deambulan por los despachos, muchos pacientes mudos porque abundan los terapeutas sordos. Tenemos que estar atentos a ese: “no he hablado mucho contigo, pero es que no te escuchaba”. Hay una sensación anestésica, que sobrevuela la tranquilidad con que nos hemos inoculado el rol científico-médico; una impresión de haber optado y apostado por los pacientes hablados a través de máquinas y pruebas, relegando a un muy segundo plano a los que se presentan exclusivamente con un relato, siempre la palabra.

A propósito de los jóvenes psiquiatras, dice el mismo colega: se han acostumbrado a vivir como normal una degradación asistencial de nueva creación. Es la realidad que viven día a día. Entre otras, atar ya no es una excepción, es un hábito, hábito con el que, casi se recomienda. que los pacientes sean remitidos desde urgencias; burocracia por el medio; retrasos por el medio; sufrimiento por el medio.

Definitivamente, ahora la alerta se ha hecho viral, fraguando como el cemento, en forma de un oscurantismo inerte. Les hemos transmitido el miedo y permitirse un posible otro criterio se considera, demodé, alocado o simplemente temerario.

Toda una generación de psiquiatras que hemos sido convocados, “obligados” en Galicia, a transitar la jubilación, y que somos deudores de todas las incertidumbres que nos formaron, demandamos un acorde disonante, que nos acerque al vértigo.

A la espera del tsunami estamos, mientras los pacientes siguen girando y girando como derviches descabezados.

Pero no puedo sustraerme a recordar la primera vez que asistí a esa disonancia creativa e irrepitible. Antroido/Carnaval de 1975 y la fiesta derribaba la

tapia del “Sanatorio” de Conxo para que el pueblo entrase y los pacientes descubrieran que las puertas abrían en ambas direcciones. Apenas tres imágenes de aquel día, necesarias, máxime cuando todo aquel escenario de transformación, creatividad, transversalidad y múltiples neopsiquiatrías; represión aparte, sin saber bien porqué, deliberadamente, se ha tergiversado, cuando no, literalmente ocultado, en películas, libros, tesis doctorales, etc... editados en un periodo reciente, al extremo de realmente pervertir la significación real, la memoria, si de jubilación hablamos, de todo lo sucedido en apenas dos años, de abril del 73 a julio de 1975 y sin los que nada de lo que se llamó La Reforma de Conxo, se entendería.

(Proyección de tres diapositivas de la fiesta del Carnaval del 1975 en el Sanatorio de Conxo. 1ª: Entra la banda de música por la alameda central del Sanatorio, 2ª: Público y pacientes se confunden y funden para, como espectadores, ver la actuación de la banda y de un grupo de baile tradicional, 3ª: imágenes de fusión y complicidad entre pacientes y vecinos del barrio).

Desde su creación como Manicomio en 1885, por primera vez los pacientes compartían con los vecinos de Santiago los mismos jardines y el mismo aire.

Solo cinco minutos bastaron para decepcionar a los agoreros de cualquier libertad, siempre vivos y siempre un lastre para cualquier innovación. En los cinco minutos de Víctor Jara, todo fue una sola barriada, la de la “normalidad”.

Y voy acabando. En esa psiquiatría crecí y creo. El miedo, ahora “sensatez”, efectivamente se ha hecho pandemia dando paso a prácticas clínicas de reaseguramiento y control, alejándose sin remedio de un tiempo en que la asistencia psiquiátrica asumía como propio e inherente a su quehacer, el binomio libertad y riesgo.

45 años después, el TEC goza de gran salud, y hasta se evalúa sin pudor el beneficio económico que su uso genera. Las correas son de diseño y los wáteres no tienen tapa por si los enfermos se autolesionan con ella y esta vez, no es porque estemos en los siglos de tenebrosos manicomios, ni porque no haya fármacos ni terapeutas, es algo más intrigante y sórdido.

Corriendo hacia los fonendos, hemos ido perdiendo la conciencia del posible desvarío o del horror de nuevo cuño, del que nosotros, por acción o por tedio, estamos siendo responsables.

Y acabo. En una de sus canciones, “Las Puertas del Eden”, Dylan, nos regala dos versos: “En la fosa de los significados, a veces pienso que no hay palabras”.

Pues bien, quisiera pensar que parte del misterio de estos versos sigue latiendo en lo que hace de nuestra práctica algo propio que seguirá diferenciando nuestro discurso de Anestesiastas, Traumatólogos, Internistas, Neurólogos, etc.

¿La respuesta?, donde Dylan la situó, en el viento.

Una intervención comunitaria

Marta Carmona Osorio

Psiquiatra feminista

Correspondencia: aseomon@gmail.com

Escribo, desde el conocimiento situado de Haraway, aclarando que soy una mujer, blanca, cis, psiquiatra, feminista, asalariada y un montón de coordenadas más que determinan mi voz y me determinan a mí. Desde ahí hablo, porque es el único lugar desde el cual siento legitimidad para hablar.

Hice la residencia en el Instituto Psiquiátrico José Germain, en Leganés, Madrid, y en mi primer día como residente Iván de la Mata, que era jefe de estudios en aquel momento, nos explicó que era un lugar para formarse en profundidad acerca de la salud mental comunitaria. Han pasado 9 años y sigo sin saber qué es la salud mental comunitaria. Y no es porque Iván no hiciera bien su trabajo (que lo hizo muy bien) ni porque no haya visto buenos equipos de salud mental comunitaria a mi alrededor (que los he visto) ni porque no me interese el tema, a mí, que no me sacó a Virchow de la boca¹. Es porque no entiendo a qué llamamos comunitario y cuando más lo pienso menos lo entiendo.

No entiendo a qué nos referimos con comunidad. Me viene a la cabeza un territorio, un barrio. Ese momento de preguntarle a una paciente en qué municipio vive para saber si puede beneficiarse del servicio de hospitalización domiciliaria o si cae fuera de nuestra jurisdicción. La comunidad como límite administrativo la tengo clarísima en la cabeza, os puedo recitar cada una de las fronteras de los sitios donde he trabajado. Aquí el *hic sunt dracones* va por dentro.

Si pienso que trabajamos sobre barrios o sobre distritos me viene a la cabeza el título que le habría puesto a esta intervención si lo hubiera puesto al final y no al principio, “la *airbnbización* de la salud mental comunitaria, o la salud mental comunitaria en tiempos de *airbnb*”. Porque si pienso en territorio me viene a la cabeza un artículo de Layla Martínez para *El Salto*², en el que habla de la mala suerte que tuvo el año que tuvo que mudarse cuatro veces de casa. Por precariedad laboral, por subidas de alquiler, por dificultades en la convivencia con desconocidos. Cómo cada mudanza la llevaba a un barrio diferente, arrasando vínculos y agostando cualquier posible arraigo. Cómo la gente lo entendía como mala suerte, cuando poco influjo del azar había ahí.

Si pienso en territorio me viene a la cabeza un artículo para *El Confidencial* de Héctor García Barnés³, en el que habla de los km entre Madrid y Móstoles, que son infinitamente más largos que los km que hay entre Móstoles y Madrid. Por eso siempre le tocaba desplazarse a él, por eso el ocio había que hacerlo siempre donde dicen quienes viven en el centro de la ciudad más grande. Porque hay jerarquías entre los territorios, jerarquías que no tienen nada que ver con los trámites administrativos, ni con sus fronteras. Son gradientes que nosotros imponemos, que condicionan nuestras pisadas tanto como los otros. Es curioso porque yo soy de Madrid y mi marido es de Móstoles y es cierto, ciertísimo, que ambos hemos vivido esa distancia asimétrica entre coger el metro de Madrid a Móstoles vs cogerlo de Móstoles a Madrid. Héctor G^a Barnés es de Móstoles, como mi marido, pero a mí me llegó ese texto porque el autor, durante la década de los 00 formó parte muy activa de un foro de internet, *ipunkrock*, en el que yo pasé muchísimo tiempo, y al que tengo sensación de haber pertenecido de forma muy intensa. De alguna manera ese artículo me interpelaba más por ese sitio-sin-territorio común que teníamos el autor y yo que porque hablar de un territorio concreto con el que tengo relación.

Pienso entonces que me estoy yendo de tema, porque yo quería hablar de temas relacionados con la salud. Pienso entonces en la unidad básica de salud vinculada a un territorio, los centros de atención primaria. La base de la salud comunitaria, la garantía de longitudinalidad, accesibilidad, equidad. Y pienso en el SERGAS haciendo a médicas de atención primaria cubrir centros de salud separados 122 km en el mismo día (sí, esto ha pasado, consulten al respecto a la plataforma *Precarias pola Atención Primaria*⁴ para más datos) o sometiendo

a su personal a un maltrato continuado por el que mismamente ayer han tenido que hacer huelga. A médicas de atención primaria, garantes de la longitudinalidad, que acumulan 53 contratos en un mismo año. Pienso en esos centros de salud de Atención Primaria donde se pone en marcha esa iniciativa que hay en Madrid de que dejen de dar citas de seguimiento a partir de las 18:00. En cómo eso dinamita el principio de longitudinalidad que vuelve valiosísima e imprescindible a la atención primaria, porque mucha de la gente atendida en esos centros de salud no puede estar en el territorio en el que vive a esa hora porque está atrapada en horarios laborales partidos a más de una hora de transporte. En cómo para solventar esos monstruos la gente se cambia de médico a uno cerca del trabajo y entonces cuando están enfermos su casa está lejos de los servicios domiciliarios de ese centro de atención primaria. En cómo entonces a la gente la atiende cada vez una persona en ese sitio garante de la longitudinalidad, y al que ni siquiera puede llegar a tiempo desde el sacrosanto trabajo, finalmente toma las urgencias del hospital como el lugar garante de longitudinalidad (si entendemos longitudinalidad como que te atienda alguien con formación sanitaria y mentalidad parecida, o que lea de una historia clínica electrónica; porque es a lo que la estamos reduciendo), accesibilidad (porque es indiscutible) y equidad (porque es el único sitio donde de verdad atendemos a todxs). Entonces nos enfadamos. Porque la gente va a urgencias por tonterías. Porque no utilizan bien los servicios. Porque no nos damos cuenta de que las comunidades para las cuales diseñamos esos servicios se han derretido ante nuestros ojos, se han deformado, y con ellas nos han deformado a nosotros, que no estamos siendo capaces de transformarnos o a lo mejor no queremos o no debemos hacerlo.

Pero me he ido tanto a lo concreto de la salud que he perdido la capacidad de abstracción para contestarme eso de qué es la comunitaria. Vuelvo a la digresión aunque volveré a eso de si debemos o no transformarnos con las transformaciones sociales.

Como el territorio me confunde un poco, para intentar entender la comunidad de nuestra comunitaria, a veces pienso también en pertenencia. Comunidad como el lugar, físico o metafórico, al que pertenecemos. Me he criado en el barrio de Prosperidad, en Madrid. De ese barrio es el Gran Wyoming. Y esa es toda la referencia que tengo de mi barrio, porque es un lugar donde no he tenido ninguna participación. Pero como nací en 1984

y en enero de 1993 tenía 8 años, siento mucha más pertenencia a la ¿comunidad? o al grupo de mujeres que crecimos bajo el relato de terror sexual del crimen de Alcasser⁵, y que hasta hace bien poco no hemos sido capaces de nombrar como lo que fue, violencia machista, y que sin embargo ha formado parte de nuestras vidas, con una marca opresiva y amenazante, hasta que llegó Nerea Barjola, con *Microfísica sexista del poder*, y fue capaz de darle la vuelta. Si, sin conocerme de nada, vienes y me dices, “Marta, ¿a ti también te interesa el crimen de Alcasser?” ya tengo mucho más en común contigo que alguien que haya vivido a dos calles de mi casa toda la vida. Y si lo llamas feminicidio en vez de crimen sin conocerte de nada ya sé que estoy dispuesta a partirme la cara por ti frente a tus enemigos, sean quienes sean. Algo que dudo mucho que quiera hacer por alguien que sólo comparta conmigo ser vecino de Prosperidad.

Hasta que no llegó Belén González Callado al José Germain, yo era feminista y era psiquiatra, pero no me parecía legítimo juntar las dos cosas. Pero llegó Belén y se empeñó en que su rotación libre fuera en la casa de la mujer-punto de violencia de género, ese dispositivo del que, de alguna manera no explícita pero sí muy presente, me habían enseñado que servía para mandar allí a las pacientes a las que no teníamos que ver en consulta (y esto es terrible y me avergüenza decirlo, pero la actitud era quitarnos a esas pacientes de encima). Llegó Belén y se encerriló en que rotar en ese dispositivo tenía que ser parte de su residencia de psiquiatría pese a que le advirtieron de que estaba sesgando demasiado su formación y que no estaba aprendiendo cosas útiles para todo. Llegó Belén y le resultó incómoda a mucha gente pero de repente se empezó a hablar de feminismo explícitamente en docencia, y resulta que no era Belén sola la que sentía esa necesidad. Ahora Belén y yo damos bolos juntas contando que entendemos la distimia como un trauma de género y un trauma generacional, y que el papel de las consultas es poder reconocer ese trauma, desde un marco más antropológico y menos psicológico. Y formamos parte de una comunidad de psiquiatras feministas, (porque no hay una Belén, hay muchas belenes) que nos ponemos cara unas a otras, que nos consultamos dudas y momentos de sentirnos perdidas. Belén y su testarudez me permitieron entender que necesitaba una comunidad y que la tenía. Aunque no tenga territorio fijo.

El centro de salud mental donde me hice psiquiatra estaba en Fuenlabrada. En aquella época una multinacional todopoderosa (LA multinacional todopoderosa; coca-cola concretamente) vapuleó salvajemente a los trabajadores de esa zona, negándose a ejecutar una sentencia judicial que la obligaba a revertir un ERE. Aquello hizo un daño atroz, un daño que apareció sangrando y supurando en nuestras consultas. En la población en la que yo trabajaba hubo piquetes y disturbios de trabajadores que lo único que exigían era que se cumpliera una sentencia judicial. No fui a unirme a esos piquetes, no fuimos como servicio de salud mental, no procedía. Era mi rotación de CSM y corría el año 2011. Todos los días en la consulta se hablaba de embargos, de desahucios, de parejas jovencísimas que habían roto pero estaban unidas a perpetuidad por hipotecas impagables vinculadas a pisos que no valían la mitad de lo que se había pagado por ellos. Mientras tanto a mí me enseñaban lo importante de ser capaz de pasar a la posición depresiva y asumir la pérdida. Era 2011 y no se podía decir feminismo en consulta porque no procedía. La casa de la mujer era un sitio al que mandar a la gente que te inundaba la consulta porque estaba mal derivada, porque no tenían trastorno mental, porque me estorbaban para hacer nuestro importantísimo trabajo de salud mental comunitaria. Pero era 2011 y yo ya había leído, en 2008, *Teoría King Kong*, de Virginie Despentes, un libro que cambió mi vida. Por eso se lo presté a una paciente a la que un tipo había violado mientras ella estaba en un trema. Se lo presté a escondidas sin decírselo a mi supervisora porque pensé que estaba rompiendo el encuadre, pervirtiendo la relación terapéutica, pateando un aviso pero porque quizá suscitaba en aquella paciente una reacción a la que yo no era capaz de responder. A lo mejor la descompensaba, sacándola de ese equilibrio precario y triturado que había alcanzado. La paciente se lo leyó, me lo devolvió a la cita siguiente (nunca me han devuelto tan rápido un libro prestado), me dijo que le había ayudado a darle sentido a cosas. Me gusta pensar que quizá aquello la ayudó más que toda mi palabrería de residente sobre la experiencia psicótica.

Ahora pienso en aquello y me río, porque yo era idiota, porque claro que le puedo prestar un libro a una paciente. Porque claro que ya entonces había gente prestándole libros a pacientes, siempre la ha habido, siempre la habrá, quizá en la consulta de al lado había alguien haciéndolo en aquel

momento. Y ya había psiquiatras feministas dejándose el lomo en dar perspectiva de género a lo que hacemos en consulta. Pero algo raro hacemos para que yo de residente pensara que estaba descubriendo la pólvora por algo así. Sigue costándome ver a servicios de salud mental yendo a parar desahucios con la comunidad en la que trabajan, aunque sí puedan hacer mil informes para frenar desahucios, o avalar incapacidades laborales permanentes que aparejen pensiones que puedan impedir esos desahucios. Claro que trabajamos para esas comunidades. Pero lo hacemos de una forma extraña. Como si el marco terapéutico en vez de depender de los profesionales y del sufrimiento al que damos respuesta dependiera ya de las líneas que nos marque la futura Caridad de San Amancio⁶.

No somos los únicos que hacemos cosas extrañas. En esas urgencias en las que nos enfadamos porque la gente acuda a hacer uso del sistema no como deberían pero sí como la vida les deja, se crean unas narrativas belicistas, de enemigos que huyen y puentes de plata; de quienes acuden a hacer uso de ese servicio como gente desconsiderada, que enferma mal; de quienes prestan ese servicio que lo hacen obligados, a disgusto. Lo hacemos con nuestros conciudadanos, con ese mensaje tan frecuente de “disfruten lo votado”.

Tenemos servicios diseñados para una comunidad que cada vez existe menos. Que echamos de menos pero no recuperamos, o lo hacemos de una forma extraña. En uno de los sitios de internet donde más tiempo paso ahora, twitter, al que de alguna manera considero mi comunidad más que mi barrio actual, Chamberí, conocí el proyecto La Escalera⁷. Es un proyecto que lleva a cabo Rosa Jiménez Pereda, y que consiste muy a grandes rasgos, en facilitar que los y las vecinas de una comunidad tiendan puentes entre ellos, se hagan más conscientes unos de otros, se tengan en cuenta. Rosa participa en aquel momento también en el proyecto contra la soledad no deseada, que casualmente tiene a mi barrio, el físico, el de siempre, como uno de los proyectos piloto. Y la escucho y aprendo y me enamoro de La Escalera, y me la llevo a la que es mi comunidad. No a la de vecinos, sino a la AMSM. Pervierto el fin fundamental de La Escalera por un millón de resistencias internas, pero me lo llevo a otro lugar, tan de pertenencia y tan referente como una comunidad tradicional.

Porque siento que hablar de esa comunidad-territorio nos viene bien a los

de la salud mental comunitaria. Porque nuestros servicios están diseñados para estar en la proximidad de esas comunidades. Pero nuestras herramientas terapéuticas de consulta para adentro no hablan de barrios, ni de escaleras, sino de historias personales, de narrativas, de proyectos vitales individuales. Y todo se queda a medias. Un poco en el territorio, pero sin ir a parar el desahucio de tu vecina contigo, sin ir a exigir que LA multinacional revierta el ERE que ha dejado en paro a media ciudad. Un poco en la narrativa personal, pero sin tratar abiertamente el estrés de minoría, sin abrir consultas para gente explotada, o para gente violentada sexualmente, o para gente con vidas expropiadas por una u otra razón. Ni territorio del todo, ni pertenencia del todo. En tu barrio pero sin conocer la historia de tu barrio (menos aún si en tiempos del precariado ni siquiera voy a poder quedarme más de x tiempo en un sitio). Apuntalando la narrativa que trazas en torno a tu vida pero sin hablar de política, ni enunciar demasiado las múltiples violencias que se ejercen contra ti.

Y sí, claro que hay gente que en sus consultas habla de política, o explicita los nombres de esas violencias, que va de testigo a juicios para apoyar a sus pacientes, claro que lo hay. Pero en lo individual, casi a escondidas a veces, con miedo a que se malinterprete desde fuera.

Ahora bien, ¿tenemos que transformar esa idea de comunidad de la salud mental comunitaria? ¿Tenemos que asumir que ya hay tanta gente que no vive en su territorio, que su territorio es meramente circunstancial hasta la próxima subida de alquiler, que su vínculo con el mundo ha de basarse en otras cosas? ¿Tenemos que pensar en una continuidad de cuidados que valga aunque te mudes 4 veces en un año? ¿Aunque vivas en una zona a la que nadie te va a ir a ver? Sin incurrir en el solucionismo tecnológico, ¿tenemos que empezar a pensar en acompañar de otras maneras? ¿O eso es sucumbir del todo al desmantelamiento del estado de bienestar tal y como lo conocemos? Asumir la *airbnbización* del territorio (cada vez menos vecinos de verdad, centros de ciudades expropiados a sus habitantes y entregados al turismo (de lujo o *low cost*, da igual) que destruye redes) y modernizar nuestros servicios, ¿no es una puerta a *uberizar* nuestros trabajos? Mientras vuelven los mapeos de activos en salud con tanta fuerza como en los 80, ¿mapeamos los recursos de otro tipo? Las políticas de

identidad, las comunidades por afinidad, las relaciones no presenciales, ¿merecen estar en nuestro centro? ¿Tenemos que incorporarlas como herramientas? En los tiempos en los que una de las grandes empresas de lo sociosanitario ha sido adquirida por un fondo buitre e incluye la rentabilidad entre sus criterios éticos; proponer formas de acompañamiento no presencial, recursos fuera de los territorios que se gentrifican y desertizan, ¿abre la puerta a que a algún iluminado se le ocurra sustituir prestaciones por “acompañamientos virtuales hechos por personal ultraprecario y malpagado”?

La comunidad, qué es, ¿lo que quisimos que fuera? ¿Lo que queremos que siga siendo? La intervención comunitaria, en qué comunidad la queremos. ¿La comunitaria consiste en unos equipos con un ideal de comunidad en la cabeza? Porque esa es la definición que yo veo más aproximada a lo que hacemos. Son equipos con los que formamos una especie de barrio de la salud mental en nuestras cabezas, hecho para integrar allí a las personas con muchas dificultades. Un barrio donde las calles son el centro de rehabilitación psicosocial, el centro de salud mental, el equipo de apoyo sociocomunitario, la unidad de agudos (que es la zona chungu del barrio donde nadie quiere ir). ¿Somos terapeutas comunitarios de una comunidad que hemos creado artificialmente? ¿Tenemos que defender esa comunidad artificial porque la alternativa *airbnbizada* y *uberizada* es aún peor y dejaría aún más sola a la gente más frágil? Le enseñé ayer a Mikel Munarriz, presidente de la AEN este texto y me dijo que le dejaba un poso triste. Y nada más lejos de mi intención. Todas estas preguntas, que no tengo ni la más remota idea de cómo responder, me las planteo porque creo que reflejan una contradicción que en realidad no es nuestra, no es de nuestra profesión ni de la salud mental, creo que es una contradicción social, propia de un momento complicado donde nos están quitando muchas cosas, a todos, no sólo a los usuarios, a todos, y que para poder hacer esa comunitaria que queremos hacer (y que seguro que todos tenemos en mente algo parecido, aunque sea lejano o inasible o se explique difícil) tenemos que entender qué somos como comunidad, qué necesitamos y qué batallas tenemos que pelear, que parece que en los próximos años van a ser muchas. Contra el auge del fascismo, concretamente.

NOTAS

- ¹ Colectivo Silesia, quiénes somos <https://colectivosilesia.net/quienes-somos-colectivo-silesia/>
- ² Qué mala suerte <https://www.elsaltodiario.com/vivienda/alquiler-que-mala-suerte>
- ³ El lado oscuro de la recuperación española: te quedarás solo y no sabrás por qué https://blogs.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/mitologias/2018-12-23/amigos-soledad-lado-oscuro-recuperacion_1720082/
- ⁴ Personal precario de la sanidad gallega se planta para “dejar de organizar la miseria) https://www.eldiario.es/galicia/Personal-precario-sanidad-gallega-organizar_0_877713065.html
- ⁵ De Alcasser a Boiro, nuestras desaparecidas <https://www.pikaramagazine.com/2018/02/alcasser-desaparecidas/>
- ⁶ Para evitar llegar a tal atroz futuro recomendando encarecidamente la lectura de Al menos tienes trabajo, de Naiara Puertas. Y esta entrevista a la susodicha: “Cómo vamos a ser demócratas si pasamos la mitad del día en espacios que no lo son” <https://apuntesdeclase.lamarea.com/cultura/literatura/como-vamos-a-ser-democratas-si-pasamos-la-mitad-del-dia-en-espacios-que-no-lo-son/>
- ⁷ Proyecto La escalera <http://www.proyectolaescalera.org/>

Una mirada feminista a la salud mental

Guadalupe Jiménez-Esquinas

Profesora de Antropoloxía Social

Facultade de Filosofía. Universidade de Santiago de Compostela

Correspondencia: guadalupe.jimenez@usc.es

RESUMEN

Este texto es una adaptación de la comunicación presentada en las XXVIII Jornadas Nacionales de Salud Mental AEN “Fronteras” donde, sin ánimo de ser exhaustiva, trato de mostrar algunas de las ideas, reflexiones y preguntas que han venido formulando distintas autoras aplicando una epistemología feminista al análisis de la psiquiatría y la salud mental. Después de exponer el marco teórico utilizaré tres catas históricas en la historia de las mujeres y los sustratos de locura: las brujas, las madresposas y las mujeres contemporáneas.

PALABRAS CLAVE: mental health, feminism, anthropology, epistemology, women history.

1. INTRODUCCIÓN

Parto de que en la construcción del saber científico, incluyendo la antropología, la psiquiatría y las ciencias biomédicas en general ha imperado un sesgo androcéntrico. Desde este punto de vista las mujeres se han construido como una alteridad, las “otras” respecto a un sujeto central en la epistemología científica que han sido los hombres. Pero, además, no se trata de una construcción de las mujeres como alteridad homóloga o equivalente¹, una diversidad que sería bastante positiva, sino como una carencia, una “falta de” respecto al sujeto central que ha incurrido en una subvaloración de las mujeres y lo femenino que se denomina misoginia.

Entonces se trata de una desigualdad histórica, social y culturalmente construida donde la ciencia, además, ha ocupado un papel fundamental².

Sin ánimo de ser exhaustiva, podríamos ver que este sesgo ha venido operando desde Aristóteles que implementó la idea de que existía un solo sexo, el masculino, que era la categoría perfecta del ser humano (principio activo, forma, calor, la razón...) mientras que las mujeres eran una especie de hombre mal formado (pasividad, materia, frío, humedad, sentimiento...) y, de esta división dicotómica también derivaría una menor disposición de las mujeres para el ejercicio del poder. O Galeno que, cinco siglos más tarde, emplearía la "metáfora del topo" para describir cómo la anatomía de las mujeres vendría a ser equivalente a la de un hombre pero invertida, donde el útero sería una inversión del escroto y así sucesivamente. Y, de hecho, en la enseñanza de la medicina y la anatomía se ha rechazado históricamente emplear cuerpos de mujeres por considerarnos sub-humanas, cuerpos imperfectos que no aportaban nada al conocimiento médico³. En este sentido las láminas de anatomía de Leonardo da Vinci fueron todo un revulsivo al atreverse a dibujar, por primera vez, la anatomía de una mujer embarazada. En el ámbito del psicoanálisis cabe mencionarse a Freud que, según sus memorias, estuvo treinta años de práctica preguntándose "¿qué quiere la mujer?" ya que nuestras psicopatologías estaban envueltas bajo un aura de enigma, oscuridad y mentiras donde él no podía llegar a descender para hallar una respuesta satisfactoria. Freud consideraría el hecho de ser mujer como una patología en sí misma, caracterizándonos como seres "carentes de" o envidiosas de un pene, estableciendo este símbolo como categoría central y definitoria. Esta perspectiva oculta que lo que puede ocurrir no es que se envidie un órgano sino el lugar de poder que históricamente han ocupado personas con pene y, además, desconsiderando la posibilidad de que sean los hombres los que tuviesen envidia del potencial de nuestro organismo para engendrar una vida, como ocurre en otras sociedades no occidentales⁴.

Entonces los diagnósticos, el corpus de conocimiento biomédico se ha desarrollado históricamente en relación con un cuerpo masculino y respecto a una epistemología androcentrada, hecha por y para los hombres, sujetos y objeto del conocimiento. Un conocimiento que, sin embargo, se ha dado

por neutral y objetivo, cuando desde la epistemología feminista sabemos que todos los conocimientos son parciales, situados y se formulan desde una subjetividad atravesada por distintas líneas de poder⁵. Por lo tanto sostengo aquí que las desigualdades entre hombres y mujeres no se basan tanto en diferencias somáticas o corporales, reales o percibidas, sino en una serie de mitos y construcciones de género que sostienen un sistema de poder jerárquico y patriarcal.

2. LA NATURALIZACIÓN COMO ESTRATEGIA DE DOMINACIÓN

Uno de estos mitos o construcciones simbólico-culturales tienen que ver con la histórica asociación de las mujeres con la naturaleza, con la subjetividad, con las emociones, con el cuerpo y con la sexualidad. Mientras que los hombres han sido asociados con la cultura, la objetividad y la razón. Como se ha venido analizado por la antropología feminista desde los años setenta se ha generalizado una idea por la que parece que las mujeres estamos sujetas a una serie de vaivenes hormonales, a la menstruación, la menopausia, los partos, la lactancia, los ciclos de la luna, los instintos más básicos... dominadas por las fuerzas de la naturaleza⁶. Pero, el mayor problema es que este ejercicio de “naturalización” nos ubica como territorio a ser temido, dominado, culturizado y domesticado en un ejercicio muy similar al que ocurre con la categoría de raza y los sujetos colonizados⁷. Este ejercicio de naturalización nos aleja del ejercicio de la razón y por tanto nos acerca al caos, a la inestabilidad, la sinrazón y la locura. Por ejemplo, no es baladí que hasta los años ochenta en este país no se admitieran mujeres para ejercer algunas profesiones de poder en el ejército, no pudiésemos ser inspectoras de la policía, conductoras de trenes o juezas poniendo como excusa nuestra emocionalidad o la volatilidad de nuestra razón.

La idea que se asentó con la modernidad sobre lo que define a la “razón” y lo que es una persona mentalmente saludable es aquella independiente, autónoma para satisfacer sus necesidades, constantemente productiva, sin altibajos en la expresión de sus emociones, objetiva y capaz de tomar sus propias decisiones. Todo lo contrario de los roles y estereotipos en los que se nos socializa desde niñas: dependencia, sumisión, emocionalidad, agrado y conformación de nuestra subjetividad por y para los otros, con un alto

grado de renuncia a nuestros deseos y necesidades. Todo ello, además, aderezado con un inmenso sentimiento de culpa y de profundo déficit e infravaloración del cuerpo vivido y de las relaciones⁸. Por lo tanto, simplemente cumpliendo con estos roles femeninos que se espera que cumplamos, se nos ubica en un estadio moral poco desarrollado (véase el debate Kohlberg/Gilligan⁹) y nos salimos del paradigma androcéntrico de la razón para caer directamente en el saco de la locura.

Desde el feminismo llevamos tiempo analizando que esta idea de la razón, la individualidad y la autonomía es una fantasía de la modernidad¹⁰ que ha servido para desprestigiar las emociones, el cuidado, las relaciones sociales y todo aquello asociado a la feminidad. Así podemos hablar de una “feminización de la locura”¹¹ al encontrarnos con este doble rasero que ubica al varón, burgués, blanco, occidental y con todas sus necesidades cubiertas por otras personas como paradigma de la razón, de la civilización y de la ciencia mientras que las personas minorizadas, feminizadas, racializadas, naturalizadas y colonizadas suponen un problema a resolver y paradigma de la locura.

Como han mostrado Foucault y Basaglia la historia de la locura se ha escrito en referencia a la razón y un juicio sobre lo que falta¹². De esta forma la línea de flotación ha ido variando históricamente, visibilizándose e identificándose en cuanto suponía un problema de índole moral-religioso, social o para el sistema judicial, todas estas instituciones en manos de hombres, que daba paso a la búsqueda de una solución para proteger el orden social de tal forma que “el poder decide qué mujeres se quedan afuera y cuáles deben ser encerradas”¹³. Y así podemos ver una serie de paralelismos entre el orden social que se pretende proteger y las oleadas de enfermedades mentales de las mujeres: desde las posesiones demoníacas de las brujas del XVI-XVII; pasando por la oleada de histéricas del XIX, fruto de la moral victoriana y necesidad de represión de la sexualidad; la oleada de anoréxicas y bulímicas de finales del XX, fruto del recrudescimiento del sistema neoliberal y necesidad de represión de la corporalidad diversa y las neuróticas, fatigadas crónicamente y las múltiples enfermedades psicósomáticas que tenemos en la actualidad. De tal forma que estos “malestares de la cultura” de los que hablaba Freud se van grabando sobre nuestros cuerpos y moviendo la línea de flotación de la razón en función de la época

y contexto histórico, sistema económico-político pero también género, sexualidad, etnia y clase social.

3. MUJERES FALLIDAS POR DEFECTO Y POR EXCESO DE “FEMINIDAD”

Con fines explicativos voy a profundizar en dos tipos de mujeres “fallidas”, en palabras de Lagarde, respecto al canon androcéntrico de la razón: unas por defecto del cumplimiento del “deber ser” respecto a la construcción de la feminidad y otras por exceso de cumplimiento de estos roles y estereotipos asignados. Ambos extremos han sido analizados ampliamente desde el feminismo como sustratos de locura, pero voy a detenerme en dos catas en la historia de las mujeres para poder ejemplificarlos.

3.1. Las transgresoras de los mandatos de género

Una de las figuras más transgresoras que se pueden rastrear en la historia son las brujas. Las grandes cacerías de brujas se produjeron en los S. XVI-XVII, aunque continuaron hasta el XVIII en nuestro país. Podemos analizar cómo las cazas de brujas no fueron sucesos aleatorios, espontáneos, fruto de una explosión colectiva de histeria o de intoxicaciones por cornezuelo del centeno¹⁴ sino que puede verse todo un entramado de instituciones, legislaciones y esfuerzos desde la sociedad civil puestos en lo que es una campaña organizada feminicida y epistemicida¹⁵. La persecución de estas mujeres coinciden con grandes cambios sociales, económicos y políticos y, especialmente: 1) Movimientos de insurrección campesina que cuestionan el poder feudal (en Galicia, por ejemplo, las Revoltas Irmandiñas); 2) Nacimiento del capitalismo, acumulación primitiva y necesidad de romper con las redes de solidaridad campesina¹⁶; 3) Persecución del cristianismo de las herejías (en Galicia, por ejemplo, del priscilianismo)¹⁷, control y erradicación de los conversos, moriscos y marranos de la península ibérica, y control del protestantismo. 4) Nacimiento de la ilustración, la racionalidad cartesiana ego-centrada, la ciencia y la medicina. 5) Colonización de América y expansión del sistema esclavista.

Este larguísimo siglo XVI fue determinante para el surgimiento de un nuevo orden social (un nuevo sistema-mundo según Immanuel Wallerstein) y una nueva racionalidad moderna, capitalista, racista y sexista que

pone al sujeto masculino, occidental, cristiano, heterosexual como centro del universo. Siguiendo a Grosfoguel, este nuevo sistema de poder precisó de cuatro grandes genocidios-epistemicidios, ya que no sólo se precisaba acabar físicamente con estas personas, sino también con su cosmovisión y con todo su sistema de conocimiento: el de la invasión cristiana de Al-Andalus que exterminó a moriscos y marranos, el de la invasión de América que exterminó a las poblaciones indígenas, el sistema esclavista que afectó a los países africanos y la caza de brujas que se orientaba a acabar con las mujeres indo-europeas¹⁸.

Las cifras de mujeres asesinadas en Europa varían entre las 45.000 ejecuciones a millones, esta imprecisión se debe a la propia imprecisión de las acusaciones y porque no todas las ejecuciones eran de carácter oficial sino que la sociedad civil también ajusticiaba¹⁹. El 85% eran niñas, adultas y viejas y los hombres ejecutados lo eran por sus “características femeninas”²⁰. En Galicia las cifras oficiales son la punta del iceberg del fenómeno, ya que solo se ejecutaron unas 120 personas entre 1565-1683, la mayoría mujeres, mayores de 50 años y algunas de más de 80 años (una edad sorprendente, ya que no debía ser muy común), de estado civil viudas o solteras y de profesión mendigas o parteras²¹. Siguiendo a Ehrenreich e English²² podemos resumir que estas mujeres eran acusadas de tres tipos de cosas: 1) de tener poderes sexuales contra los hombres, 2) de estar organizadas y 3) de tener conocimientos sobre salud, fueran beneficiosos o perjudiciales. Las brujas representaban todas las inversiones factibles del modelo de mujer virtuosa, piadosa, casta y dependiente.

La primera acusación es por tener sexualidad, que resultó ser toda una obsesión en tratados jurídicos como el *Maellus Maleficarum* en el que se relatan con todo lujo de detalles las supuestas prácticas sexuales aberrantes de las brujas. Se las acusaba de ritos sexuales opuestos a la moral como las orgías, el lesbianismo, la sodomía, de copular con el diablo, un gato o con el palo de una escoba... La aberración sexual y moral también afectaba a su propia apariencia y estatus social ya que se retrataban como unas mujeres de avanzada edad, físicamente alejadas del canon dominante, decrepitas, pobres, en los márgenes de la sociedad, con una serie de adicciones a sustancias psicotrópicas, con una sexualidad libidinosa y gozosa que resultaba

moralmente inaceptable por alejarse de la conyugalidad, por no ser heteronormativa y no orientada a la reproducción²³. La segunda de las acusaciones es por estar organizadas por su cuenta y no estar vinculadas a un dios, un patrón, un padre o un marido. Una autonomía e independencia que cuando se refiere a las mujeres despierta el terror atávico de que los “débiles se venguen de los fuertes”²⁴. Y, la tercera de las acusaciones se centra en que las mujeres suponían un peligro al tener conocimientos sobre salud, especialmente conocimientos empíricos en torno a la obstetricia, ginecología y anticoncepción que suponían una cierta independencia frente a los conocimientos médico-científicos, los religiosos y a la “voluntad divina”. Las brujas eran las curanderas, enfermeras y parteras de los pueblos, que transmitían oralmente una cosmovisión tradicional europea que suponía una racionalidad y una epistemología “otra”, y que se asociaría a partir de entonces con el mal.

Las brujas eran mujeres que bajo un nuevo orden social y una nueva racionalidad androcéntrica que emerge en estos siglos se convierten en figuras subversivas de los mandatos de género en lo político, en lo religioso y en lo sexual, en figuras demasiado independientes y con una cuota elevada de saber-poder al servicio de la población campesina ya no les correspondería. En estos siglos se ubicó a las mujeres en general y brujas en particular en el lado de la transgresión y de lo irracional, algo que sería severamente perseguido y que condenó a nuestras ancestras a las hogueras.

Al igual que las brujas las mujeres que han transgredido el “deber ser” de género estipulado para cada época y contexto cultural o que han transitado la senda de una racionalidad diferente han sido temidas, marginalizadas, perseguidas y castigadas bajo la simple certificación del marido, del sacerdote, del médico o de otra autoridad patriarcal. En la actualidad siguen siendo penalizadas las mujeres que transgreden los tres supuestos: las que ejercen una sexualidad libre, las que se organizan o las que tienen conocimientos. Así, por ejemplo, según la Ley Orgánica de interrupción voluntaria del embarazo de 1985, se despenalizó el aborto en el supuesto de violación, de malformación grave del feto o de un daño físico o psíquico para la madre. Este último supuesto, siempre certificado por una autoridad médica, era el que se argumentaba mayoritariamente por las mujeres ya

que sólo una mujer inestable o con una enfermedad mental podría querer transgredir su “deber ser” como mujer-madre. También las personas trans* siguen entendiéndose como patológicas en el DSM, precisando de un tratamiento médico hormonal y un certificado psiquiátrico para “transgredir” la cis-heteronorma y cambiar su identidad registral.

En la actualidad siguen sin tener cabida las mujeres borrachas o las adictas, o las que gustan de salir de fiesta, o las promiscuas, las putas, las solteronas, las golosas, las lesbianas, las personas trans* y no binarias, las feministas organizadas, las que no quieren ser madres, las agresivas, las criminales, las malas madres que cuidan mal de sus críos, o las que los abandonan, las filicidas... estas son las nuevas brujas. También son brujas los hombres disidentes de una masculinidad hegemónica, los afeminados, los que tienen pluma, los objetores de conciencia, los desertores de la guerra²⁵.

3.2. Las que cumplen los mandatos de género

Resultan más o menos reconocibles los casos de mujeres que he analizado previamente que, rompiendo los esquemas del “deber ser”, terminan cayendo en el saco de la locura. Pero no resulta tan evidente que también el seguimiento extremo de todo lo que se espera de nosotras nos lleva al paroxismo, cayendo en una definición “de sí para los demás” que anula los deseos, necesidades, voluntades y expectativas de vida de tal forma que nos alejamos de la racionalidad androcéntrica tanto como las brujas.

Uno de los ejemplos más evidentes lo analiza Marcela Lagarde en relación al cautiverio de las “madresposas”²⁶. También lo analizó Betty Friedan en los años cincuenta desde el feminismo liberal en un libro que le valió el premio Pulitzer²⁷. Este libro está escrito en un contexto posterior a la segunda guerra mundial, donde el sufragio femenino ya estaba conseguido, las mujeres podían acceder a los estudios universitarios y, por tanto, ya se consideraba que teníamos una igualdad de derechos a nivel formal. También fue un contexto de auge del liberalismo, aumento de las clases medias norteamericanas, las casas unifamiliares en la periferia, del babyboom, de las políticas de planificación familiar, la mejora de los electrodomésticos, los detergentes, los medicamentos y antibióticos, la leche en polvo y los

biberones. Este se suponía que era el escenario ideal para que una nueva casta de mujeres que no existía previamente: “las amas de casa”. Las mujeres que habían trabajado en las fábricas durante la guerra, simbolizadas por la icónica Rosie the Riveter, tenían que convertirse en cuerpos dóciles²⁸ y volver a sus casas, asumir nuevos roles y estereotipos para sostener toda la parte invisible y no remunerada del trabajo de cuidados que redundaba en beneficio del sistema capitalista²⁹.

Estas mujeres amas de casa de clase media comienzan a desarrollar múltiples patologías físicas pero sobre todo psíquicas: patologías autodestructivas, ansiedad, depresión crónica (lo que ahora se denomina distimia), el “cansancio del ama de casa”, dolores generalizados, síndrome de fatiga crónica, alcoholismo, “desmedido deseo sexual”, histerismo, obsesión por la limpieza, neurosis, altas tasas de suicidio, etc. El llamado “problema que no tiene nombre” comienza a preocupar a los psicólogos, psiquiatras y a las revistas para público femenino. Estas nuevas patologías se atribuían, por parte de los psicoanalistas, a un problema de tipo sexual, neurosis específicamente femeninas cuya causa residía en nuestros órganos reproductivos (útero, ovarios, hormonas...), una argumentación muy peligrosa por ser naturalizadora, definitiva y poco modificable. Desde la pedagogía estas patologías se atribuían a un exceso de educación universitaria que influía negativamente en estas mujeres ya que, en definitiva, nunca iban a poder ejercer la profesión para la que se habían formado, una argumentación peligrosa pues vuelve a alejarnos del saber-poder para mantener el sistema patriarcal.

Friedan lo atribuyó a la “mística de la feminidad”, que así se titula su obra, o al complejo de madre-esposa que se generalizó en esta época y que insistía en la conyugalidad, fidelidad, heterosexualidad, crianza, cuidado y construcción de una subjetividad dependiente y “para los demás” como único fin de las mujeres independientemente de su identidad, deseo sexual, necesidades... Y aquí vuelve a aparecer la “naturalización” de las mujeres para garantizar su vínculo indisoluble con el cuidado y la culpabilización como estrategia de control y ejercicio del poder. Surgen toda una nueva oleada de expertos en crianza, en pedagogía, en higiene y en decoración³⁰ con una gran cantidad de recomendaciones sobre limpieza y desinfección, trucos de cuidado facial, comida equilibrada, caligrafía infantil, deporte y ejercicio y

artes amatorias en el lecho conyugal. Sobre las amas de casa recae la exigencia de estas nuevas recomendaciones y de garantizar el bienestar físico, mental y emocional de todos los miembros de su familia ya que, en cuanto dejan de hacerlo, también se les atribuye la capacidad para traumatizar de por vida, castrar a sus hijos e hijas o convertirse en madres-helicóptero o madres-tigre. Este supuesto estatus de “reinas del hogar” se desmorona en cuanto las amas de casa pierden los referentes: la menopausia, el abandono del marido, el “nido vacío” o pérdida del rol de cuidadora o bien la certidumbre de la dependencia económica, como ha analizado de Beauvoir³¹.

Quisiera dejar claro que esto no es sólo una cuestión “de género”, de una atribución diferente de roles entre hombres y mujeres y que, por tanto, con un pequeño ajuste puede solucionarse. Se trata de una cuestión de poder y por tanto es desde un punto de vista feminista, como movimiento social y como epistemología, desde donde hay que interrogar y abogar por derogar todo el sistema patriarcal. Las casas repletas de rulos y bigudíes, de yogurteras y centros de planchado, de ajuares bordados a punto de cruz y pañales lavables, funcionaban como cárceles para mantener un sistema de poder jerárquico, desigual e injusto que provocaban una profunda frustración e insatisfacción bajo una aparente voluntad y consentimiento. Cuidado, porque estos trabajos de cuidado son absolutamente importantes ya que, de hecho, nos va la vida en ello. Son básicos, fundamentales para nuestra supervivencia aunque no se remuneren, no se reconozcan, no se valoren y sirvan para mantener a a las mujeres alejadas del poder reforzando una subjetividad dependiente, de impotencia e infravaloración crónica.

4. QUÉ (NOS) PASA EN LA ACTUALIDAD

Según he podido percibir a través de la prensa, en investigaciones y entre las mujeres que me rodean parecemos vivir en un estado permanente de enfermedad. Acudimos en mayor proporción a los servicios médicos, a las consultas de psiquiatría, a las de psicología pero también a las consultas de los chamanes, pitonisas, sacerdotes, espiritistas y curanderas. Las mujeres parece que estamos en una constante búsqueda de ayuda para remediar nuestros sufrimientos pero que, a falta de una comunidad, familia o grupo de amigas con quien poder compartirlos, tenemos que recurrir a especialistas. Por otra

parte parece ser que, ya que el sistema biomédico es androcéntrico, los dolores, sufrimientos y enfermedades de las mujeres tardan más en ser tomados en serio, tratados u operados de una forma satisfactoria³². Nuestros expertos y especialistas tampoco tienen la solución sino que, muchas veces, sirven sólo para certificar nuestra locura o extender una receta.

Las mujeres estamos hipermedicadas para reducir la ansiedad, el insomnio, la tristeza, la melancolía, para subsanar los estados no productivos. De tal forma que las mujeres consumimos el doble de psicofármacos e hipnosedantes que los hombres, tanto legales como ilegales. El perfil de consumidora es de mujeres adultas, de mediana o avanzada edad, con nivel de estudios bajo, divorciadas o separadas y dedicadas al trabajo doméstico o sin trabajo³³ y que no buscan sustancias para la experimentación sino, más bien, para la evasión. Y, en este informe vuelve a aparecer la histórica asociación de las mujeres con la enfermedad mental “las mujeres s[on] más proclives al diagnóstico de enfermedades mentales y, con ello, a la prescripción de antidepresivos y somníferos”. Aquí se nos señala, de nuevo, las manifestaciones más visibles o el problema que estas mujeres suponen para el orden social pero no las causas subyacentes de estas cifras tan alarmantes.

Creo que va siendo hora de preguntarnos qué nos está pasando, mujeres, ¿de verdad estamos tan enfermas? En este sentido creo que seguimos inmersas en un estado de perpetua minusvaloración, combinando el perfil de transgresoras del deber ser de género y de exacerbación, tanto brujas como madresposas, sin llegar a ser ninguna de las dos. Que vivimos en un ritmo trepidante de dobles, triples y cuádruples jornadas cuyos resultados en nuestra salud todavía están por verse. Que vivimos con el miedo constante que no ha perseguido toda la historia, bajo la estrategia del gaslighting o con el miedo a caer en el saco de la locura. Un saco en el que ya estábamos antes de nacer.

NOTAS

- ¹ DE BEAUVOIR, S. *El Segundo Sexo*. Madrid: Cátedra, 2005.
- ² HARAWAY, D. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra, 1995.
- ³ LAQUEUR, T. La construcción social del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Madrid: Cátedra, 1994.
- ⁴ MIRIZIO, A. ¿Qué quiere una mujer? Feminismo y crítica del deseo. En: Segarra, M. Carabí A. *Feminismo y crítica literaria*, Madrid: Icaria, 2000, 95-120.
- ⁵ HARAWAY, D. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra, 1995.
- ⁶ Ver por ejemplo:
ORTNER, S. ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura? En HARRIS, O. Y YOUNG, K. *Mujer, cultura y sociedad*. Madrid: Cátedra, 1991: 109-132.
ROSALDO, M. Mujer, cultura y sociedad: una visión teórica. En HARRIS, O. Y YOUNG, K. *Mujer, cultura y sociedad*. Madrid: Cátedra, 1991: 153-180.
- ⁷ LUGONES, M. “Colonialidad y género: Hacia un feminismo descolonial”. En Mignolo, W. *Género y descolonialidad*. Buenos Aires: Ediciones del Signo, 2008.
- ⁸ LAGARDE, M. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM, 2005.
- ⁹ BENHABIB, S. *Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral*. Isegoría 1992, 6: 37-63.
- ¹⁰ HERNANDO, A. *La fantasía de la individualidad: sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno*. Madrid y Buenos Aires: Katz Editores, 2012.
- ¹¹ RUIZ SOMAVILLA, MJ. Y JIMÉNEZ LUCENA, I. *Género, mujeres y psiquiatría. Una aproximación crítica*. Frenia, 2003, 3(1): 7-29.
- ¹² Cit en LAGARDE, M. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM, 2005.
- ¹³ *Ibid.*: 694.
- ¹⁴ LÓPEZ IBOR, J. J. *¿Cómo se fabrica una bruja?* Barcelona: Dopesa, 1967. Este psiquiatra español analiza la brujería en relación a los factores sociales, económicos y religiosos y no sólo como consecuencia de enfermedades

mentales. De hecho, el propio título del libro alude a la naturaleza construida de la brujería.

- ¹⁵ GROSFOGUEL, R. *Racismo/sexismo epistémico, universidades occidentalizadas y los cuatro genocidios/epistemicidios del largo siglo XVI*. Tábula Rasa, 2013, 19: 31-58.
- ¹⁶ FEDERICI, S. *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños, 2010.
- ¹⁷ Algunas de estas herejías tenían una propuesta antinatalista como los cátaros, albingenses, vandois, munsteritas, tuchinos, husitas, bogomilas y anabaptistas, que subvertían los deseos de las élites de superpoblar Europa con mano de obra barata.
- ¹⁸ OSFOGUEL, R. *Racismo/sexismo epistémico, universidades occidentalizadas y los cuatro genocidios/epistemicidios del largo siglo XVI*. Tábula Rasa, 2013, 19: 31-58.
- ¹⁹ TERVOR-ROPER, H. R. *The European witch-craze of the sixteenth and seventeenth centuries and other essays*. Nueva York: Harper Torchbooks, 1969.
LEVACK, B. P. *The witch hunt in early modern Europe*. London: Pearson books, 2006
- ²⁰ EHRENREICH, B. Y ENGLISH, D. *Brujas, comadronas y enfermeras, historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos, política sexual de la enfermedad*. Barcelona: La sal, 1988: 12.
OPITZ-NELAKHAL, C. *Witchcraft Studies from the Perspective of Women's and Gender History. A report on recent research*. *Magic, Ritual and Witchcraft*, 2009, 4(1): 90-99.
- ²¹ LISÓN TOLOSANA, C. *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia*. Madrid: Akal, 2004.
- ²² EHRENREICH, B. Y ENGLISH, D. *Brujas, comadronas y enfermeras, historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos, política sexual de la enfermedad*. Barcelona: La sal, 1988: 13.
- ²³ JIMÉNEZ-ESQUINAS, G. *Las meigas: la transformación de un estigma en recurso patrimonial*. *RDTP*, 2013, 68 (1): 55-57.
- ²⁴ STEWART, P. J. Y STRAYHERN, A. *Brujería, hechicería, rumores y habladurías*. Madrid: Akal, 2008
- ²⁵ GUTMANN, M. Y LUTZ, C. *Becoming Monsters in Iraq*. *Anthropology Now*, 2009, 1(1): 12-20.

- ²⁶ LAGARDE, M. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM, 2005
- ²⁷ FRIEDAN, B. *La mística de la feminidad*. Madrid: Cátedra, 2009.
- ²⁸ FOUCAULT, M. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI, 1976.
- ²⁹ FEDERICI, S. *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid: Traficantes de Sueños, 2013.
- ³⁰ EHRENREICH, B. Y ENGLISH, D.. *Por tu propio bien: 150 años de consejos expertos a mujeres*. Madri: Taurus, 1990.
- ³¹ DE BEAUVOIR, S. *La mujer rota*. Madrid: DeBolsillo, 2011.
- ³² <http://catalunyaplural.cat/es/las-injusticias-atencion-sanitaria-las-mujeres-enfermas/>
- ³³ <https://diarioenfermero.es/las-mujeres-consumen-el-doble-de-psicofarmacos-que-los-hombres/>

Compañero del alma, compañero

Antón Seoane

Benquerido Tibur, benquerido amigo.

Hai dous días estaba aprendendo de ti, unha vez máis, a reflexionar e repensar proxectos futuros. E a rir, xa que un dos teus sinais de identidade era a facilidade coa que aledabas a quen te rodeaba. Permíteme que, por unha vez, use o tempo en pasado.

Non é doado escribir palabras, xa que se me pide un exercicio de memoria, cando “en todas estás e ti es toda” parafraseando a Rosalía de Castro.

Falar de ti é referirse á túa fidelidade, compromiso e ética, no teu ideario como cidadán e como profesional.

Como Psiquiatra es o mellor representante dun discurso clínico no que a PERSOA é o centro, o por qué da nosa razón terapéutica; agora, antes, e moito antes, cando o silencio atoraba a voz dos que sufrían.

A ética na amizade, sempre facéndoa tan sinxela; non ser amigo teu, non ten perdón.

Sabes enguedellar o teu Mediterráneo, os campos de algodón de Pozo Estrecho e os minchirones, co amor que profesas a esta terra na que levas tanto tempo, que ata as túas entrevistas clínicas, ee galego, pasan en notable alto.

Cruce de sabedorías, non deixas de teimar no saber, deixando moi poucos recunchos polos que colarche un “dese libro non sabías?”, xa que sempre vas dous metros por diante de nós, humildes e fatigados penitentes da ignorancia.

Rir contigo é case unha obriga. Discutir, imposíbel. Fas da complicidade unha arma poderosa de entendemento e encontro. Non atopo nos miolos, momento algún no que sexa quen de asociarte con “malos rolos”, dobres intencións ou equívocos intereses.

Así, é normal a unanimidade coa que falamos de ti tantos e tantos diferentes profesionais que arreo traballamos contigo no sistema público; sistema no que cres e profesas, manifestación a manifestación; lembra que o domingo toca. Unha das novas psiquiatras sintetizaba o sentir de todos nós na verba “Aprecio”, prezado Tibur.

Os teus compañeiros e amigos agardamos pola túa vindeira conferencia. Volveremos a rir e a falar e, se se tercia, veremos xogar unha vez máis o Barça do teu idolatrado Messi. Pastelerías as de Pontevedra, gozadas xunto a Marisu e Mar; pero de “merengue”, nada.

Cantaban os nosos idolatrados Chalchalers: “ La casa ya no es la casa, el árbol ya no es aquel...” Hoxe, desafortunadamente, os entendemos.

Non será doado sobrevivirte, tentáremolo; agradando singladuras luminosas polo teu Mar Menor renacido.

* Artigo publicado en varios xornais.

El psiquiatra de rostro humano

Victor Aparicio Basauri

*Desde que te alejaste,
cuántos lugares se han tornado vanos
y sin sentido, iguales
a luces en el día.*

Jorge Luis Borges (Ausencia)

Desde que nuestro común amigo Federico Menéndez me comunicó la triste noticia, el 5 de febrero, no han parado de llegar mensajes, comunicados de organizaciones profesionales, notas de prensa, todas con un tono de elogio y cariño que nos acerca a una persona de concordia y tolerancia, que se apoyaba en el diálogo y el ejercicio de escuchar como una forma natural de ejercer la convivencia. Supo introducir este modo de actuar en su ejercicio clínico, como si hubiera sido un alumno aventajado de Francesc Tosquelles cuando este nos señalaba que *“Debemos y tenemos la necesidad de aprender primero la lengua del otro, es decir, que nuestro único diccionario debe ser el paciente”*. Saber escuchar fue una de sus virtudes.

Han sido 46 años en los que he tenido el privilegio de haber compartido el devenir de este amigo y compañero tan polifacético y comprometido con la salud mental pública de nuestro país. No se amilanó y asumió las responsabilidades de dirigir la salud mental de dos comunidades autónomas (Murcia y Galicia). Se implicó en el movimiento asociativo llegando a ocupar el cargo de Vicepresidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-profesionales de salud mental, así como la dirección de la *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Sin embargo, creo que donde más disfrutó fue durante su participación en la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría, un escenario desde el que colaboró en la modernización del sistema de formación MIR.

Las décadas de los ochenta y noventa fueron momentos de gran efervescencia en las políticas de la salud mental de España y Tiburcio, junto a la generación democrática del 72, supo que las utopías se pueden llegar a tocar con la mano y todos pudimos ver como se iban cerrando las deficientes instituciones asilares. Ese esfuerzo fue compensado cuando la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) lo implicó como consultor temporal en la reestructuración de los servicios de salud mental de América latina. Sé que desde Colombia echarán de menos su pedagogía y su saber.

Como buen maestro le gustaba transmitir todo lo aprendido en su vasta experiencia y en ese conocimiento enciclopédico surgido de sus infatigables lecturas. Estos días rememorando nuestras tertulias se me asemejaba a ese maestro librepensador de *La lengua de las mariposas* que tan bien filmó José Luis Cuerda basándose en la obra de Manuel Rivas.

Ahora nos hemos quedado sin su palabra, sin su cariño, sin su entusiasmo y como nos decía nuestro amigo y compañero José Filgueira “*Lo difícil es acostumbrarse a echarlo de menos*”.

Creo que a él le gustaría que en este epílogo no dejara de mencionar a las dos mujeres que marcaron su vida, Marisú y Mar. Deseo que a ambas les agraden estas bellas palabras de Pablo Neruda que pueden servir de consuelo en esta despedida.

*Si de pronto no existes,
si de pronto no vives,
yo seguiré viviendo.*

*No me atrevo,
no me atrevo a escribirlo,
si te mueres.*

Yo seguiré viviendo.

*Porque donde no tiene voz un hombre
allí, mi voz.*

Tiburcio Angosto

Fernando Colina

Tiburcio fue un hombre muy particular y un psiquiatra fuera de lo común. Hay detalles muy concretos que lo demuestran. Uno, quizá el principal, atañe a su presencia. Incluso estando callado centraba la atención de los demás. Tenía ese don, ese peso de identidad. Su fotogenia mental le volvía agradable e interesante en todo momento y lugar. Como el actor de raza que parece atraer la cámara y llena la pantalla sin esfuerzo, casi sin actuar, por pura naturalidad, Tiburcio atraía nuestras miradas y parece que escuchábamos su pensamiento sin necesidad de oírle hablar. Quizá el secreto de su atractiva presencia no fuera nada más que ese: que tenía silencio.

Y también tenía discreción. Resultaba discreto. Incluso siendo progresista y persona de vanguardia, era conservador. Era un hombre antiguo en sus formas. De esos que siempre, sea cual sea la época, parecen de otro siglo. Quedaba muy bien con bata o con el collar de una acreditación de congreso. Fue un ejemplo vivo de esas personas que no firman los tratos, pues les bastaba estrechar la mano y dar su palabra para ello. Por ser tan sabrosamente antiguo vivió como historiador, como un progresista del pasado, si es que esta figura quiere decir algo.

Sin embargo, lo más atractivo de su presencia era su aire acogedor. Una virtud que probablemente tuvo peso en su elección profesional. Si al torero se le exige que lo sea en la calle, y no sólo en la plaza, él era psiquiatra en todo momento y circunstancia. No porque interpretara todas las cosas y se creyera por encima de los demás, sino porque llevaba los brazos abiertos. Fue uno de esos tipos a quien los locos buscan y respetan, pues sabía compartir la soledad con quien fuera. Era un peluche de loco, un objeto transicional gratuito para cualquier psicótico. Estaba, oía, miraba con intensidad no dañina, asentía y de repente esbozaba media sonrisa acogedora que remataba enseguida con media verónica de ironía. Todos se sentían acogidos y atraídos por ese capotazo final.

Era un seductor. O así le entendí yo. Un seductor tradicional, no atrapado aún por el poliamor, el transgénero y la lucha contra el binarismo. A fin de cuentas, es lo que podía esperarse de un hombre cautivado por la histeria. Fue su objeto de estudio principal. En su último trabajo publicado intenta, una vez más, rescatarla del olvido. Se titula «Amar la histeria», y tras el título añade, con cierto pudor, que ese *amar* debe entenderse simplemente como *interesarse por*. La aclaración, casi una excusa, es reveladora. De las tres características que apunta de la histeria, seducción, teatralidad y manipulación, creo que hace suya la primera. Las otras no encajan con su vistoso equilibrio y sus buenos modales.

Tiburcio nos seducía, y de esa capacidad de seducción no hay que desechar la potencia de su nombre. Se podría parafrasear con él una escena de la película *Johnny Guitar*, que cita más de una vez. «¿Su nombre?: Guitar, Johnny Guitar». «Angosto, Tiburcio Angosto», podríamos decir sin notar que le vaya a la zaga el efecto intimidador. En una ocasión en que me invitó a dar una charla en su Servicio, llamé la atención –siguiendo los consejos de su amigo Federico–, que desde el punto de vista lacaniano había significantes tan poderosos que eran capaces de bloquear la forclusión por si solos. Y uno de ellos, por supuesto, pues no podía ser otro, era Tiburcio Angosto. Tenía la garantía de que nunca se volvería loco. Su nombre lo decía todo.

Y a eso voy, porque se ha dicho que los antiguos concebían el nombre de las cosas como una propiedad más del objeto. No era un elemento lingüístico para reconocerlas, sino una posesión íntima de la materia. Esa misma capacidad, tan antigua, descubrimos hoy en el llamativo significante *Tiburcio*, que no era del lenguaje sino de su poseedor. Pero ha muerto y entre sus cenizas no se han encontrado restos de frases ni letras. Hoy su nombre ha vuelto a nosotros y nos pertenece de pleno derecho: Angosto, Tiburcio Angosto.

Palabras para Tibur

Chus Gómez

Podríamos decir tantas cosas de Tibur ¡tantas!...
hablaríamos entonces de tú calidez humana
de tú sonrisa amplia... enorme!, de niño feliz!
¡tan contagiosa!
...de tu curiosidad por saber, de tu pasión por la historia, la historia, los ami-
gos, tu tierra, los tuyos... por el mar, tu Mar, el mar y el nuestro...
por el oficio... la locura, las personas... los libros, el cine... la buena com-
pañía...!
la cuartilla se nos quedaría pequeña...!
Y así ¡jubilosos de decirte!
tendríamos que escribir entonces por los bordes... y por los cantos hasta
desangrar los juncos!
Ya sin tinta ...y así llorando lágrimas saladas llegaríamos al mar...
como una línea de Cortazar que recorre el mundo ...empezando desde el
corazón, a los asuntos, y que sigue quebrada y con ganas hasta descansar
en los hombros del Atlas... trepa al Himalaya...
desciende en tobogán... por la pendiente de una letra infinita cosida en el
borde de una estrella...
y dando vueltas! ... y mas vueltas! sin acabar nunca... con elegancia serena,
noble... de patricio romano que tenías... caballero del alma! Caballero!
Por qué te nos has muerto como del rayo... entrañable Tibur... con quien
tanto queríamos ...compañero del alma!
...tan temprano!...
que con un golpe helado... un empujón brutal... nos ha derribado...
Hasta siempre amigo!

(Piñor 6 febrero 2020)



SOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA - ACP

NIT 8.000.016.790-0

Afiliada a la Asociación Nacional de Psiquiatría (ANP) miembro de la Asociación Psiquiátrica Americana (APSA)

Enero de 2020 - 6 de febrero de 2020

Homenaje a Tibur, un humanista

Este 5 de febrero de 2020 celebró los 70 años de edad, en Vigo, España, el doctor Tiburcio Augusto Saura.

Tibur, como lo llamaban sus amigos, alcanzó a tener la categoría de "Maestro de la Psiquiatría", al ser un humanista convencido. Siempre procuró por la reforma institucional, cerrando las puertas a los manicomios y abriendo las a los centros de atención diurna promoviendo las terapias con el arte, dirigidos a cine-clubs, combatiendo el estigma de la locura.

A través de la historia de los grandes hombres se alimentó como un verdadero Quijote, dio la pelea por el empoderamiento del sujeto que sufre, ayudando a construir el sujeto político con derechos y deberes para la sociedad.

El maestro siempre tuvo un especial efecto por Colombia. Gastado fue consultor temporal de la organización panamericana de la salud (OPS-OMS) viajaba con frecuencia a nuestra tierra, trabajó con nuestras comunidades más precarias y violentas, incluso arriesgando su vida, obedeciendo al imperativo ético, de ponerse en el lugar del otro, su solidaridad y generosidad estaba a prueba de todo.



Tiburcio Augusto Saura, Juanjo Pizarro, Tiberio Carrero, Carlos Quintana, Mariana Saura, Lucía, María, Ana, María, María, María y Ana María.

Garandor del concepto amplio de la salud mental, fue un invitado especial de nuestros congresos nacionales de psiquiatría. Recibió con afecto los residentes becados, que tuvimos la oportunidad de convivir desde la ACP para que rotaran en el servicio que él dirige, en su bella tierra de Galicia.

Dialogar con el maestro, el historiador, el poeta, el filósofo, amante de la buena mesa y de los sublimes vinos, era un verdadero disfrute. La transmisión de su conocimiento con la sencillez y la humildad de los verdaderos sabios, el respeto por el otro, por la cultura diferente.

Carrera 18 No. 34-43 - Calle 44 - Bogotá, D.C. Colombia
Teléfono: (1) (1) 221144 - 927144
www.asociacioncolombiana.depsiquiatria.org



SOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA - ACP

NIT: 0.00.016.790-0

Afiliada a la Federación Mundial de Psiquiatría (WPA) miembro de
la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL)

Nunca abandonó la disposición de aprender, de investigar, de curiosarse la vida, quedan como legado las numerosas investigaciones, publicaciones y guías que nos ha dejado.

Lamentamos con profunda tristeza su partir, es la constancia de la realidad implacable de nuestra finitud, con la muerte del maestro más e incluso la psiquiatría, morimos todos los que tuvimos la fortuna de conocerlo. Buena mor maestro y que los dioses lo puedan recibir como se lo merece.

Juan Carlos Rojas Fernández

Ex presidente Asociación Colombiana de Psiquiatría

La Asociación Colombiana de Psiquiatría, envía sus condolencias a su esposa e hija.

ASTRID ARRIETA NOLASCA
Presidenta Junta Directiva

JOSE MANUEL SANTACRUZ
Vicepresidente Junta Directiva

JOSE FRANCISCO CEPEDA TORRES
Vocal/Ces de de Publicaciones ACP

Carrera 18 No. 46-57 Oficina 404 - Bogotá, D.C. Colombia
Teléfono: (57) (1) 2141168 - 227344
www.asociacioncolombiana.depsiquiatria.org

Los personajes heterónimos de Fernando Pessoa: desequilibrio en la búsqueda de estabilidad

Tiburcio Angosto Saura

RESUMEN

Se hace un análisis psicodinámico de la función de los personajes heterónimos tanto en la vida como en la obra en el poeta portugués Fernando Pessoa (1888-1935) así como de la obsesión por autodiagnosticarse como histérico.

PALABRAS CLAVE: Pessoa. Heterónimos. Psicodinámico. Histeria

SUMMARY

We have done a psychodynamic analysis of the heteronimos character's function, in his life as well as in his work, in the portuguese poet Fernando Pessoa (1888-1935) just us the obsession for self-diagnostic like an hysteric.

KEY WORD: Pessoa. Heteronimos. Psychodynamic.Hysteria

*“Reconozco que fallé, solo me sorprende no tener
previsto que fallaría. ¿Que había en
mí que pronosticase un triunfo? Yo no tenía la
fuerza ciega de los vencedores o la visión de
certeza de los locos... era lúcido y triste
como un día frío”.*

F. Pessoa (1888-1935)

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende llevar a cabo un análisis de los factores que pudieron influir en el proceso creativo de los personajes heterónimos de Fernando Pessoa (1888 -1935) así como si de este proceso se sirvió también

el poeta para tratar de conseguir su propia estabilidad psíquica. Análisis que creemos, no restará un ápice a la extraordinaria belleza de su poesía, y para el cual, como veremos más adelante, nos proporciona, a los psiquiatras, permiso para hacerlo.

En su libro *The Art of Thought*(33) J. Wallas establece para el proceso creativo una secuencia que, aunque ha sido criticada y modificada en diferentes ocasiones y por diferentes autores, (Rosman, 1931; Osborn, 1953; Taylor, 1959, Koestler, 1964, etc) pensamos que sigue vigente para clarificar algunos aspectos del análisis que vamos a hacer de dicho proceso en nuestro poeta.

Wallas describe cuatro etapas: *preparación*, *incubación*, *iluminación* y *verificación*.

Con la *preparación* el autor va llevando a cabo todo un rito de iniciación y trabajo preliminar en el que apenas nada hay concreto en relación a lo que permanecerá después.

La *incubación* es un periodo en el cual el tiempo de asimilación del trabajo anterior es muy variable, desde unos cuantos minutos hasta meses o años, pero siempre debe transcurrir entre la *preparación* y la *iluminación*.

La *iluminación* es, a nuestro entender, la realmente básica: Aquella por la cual un autor encuentra la solución a su problema planteado. Realmente las otras tres intervienen de una forma más o menos importante en la solución de cualquier problema. La *iluminación* consiste, la mayoría de las veces, en la aparición de una forma súbita de la solución buscada. Aunque dicha aparición tiene en algunas ocasiones la forma de “corazonada”, otras puede tener el carácter de la solución encontrada después de un esfuerzo sostenido.

Mediante la *verificación*, el autor acepta definitivamente, mediante la evaluación crítica, lo encontrado en la *iluminación*.

Nuestro poeta recorrió estas etapas en su labor creadora e innovadora y llegó a encontrar una fórmula, para decir y hacer por medio de sus heterónimos y mediante la escritura, lo que como F. Pessoa se veía incapacitado.

Nos ha parecido importante estudiar, para situar mejor nuestro trabajo, la forma en la cual influyeron sus vivencias en el desarrollo de la obra poética, así como de qué fórmulas se sirve ésta para mantener su equilibrio psíquico.

Hablaremos también de la influencia de las ideas psiquiátricas de la época tanto en su obra como en sus autodiagnósticos y como un error en éstos le lleva a diagnosticarse de una forma más exacta. Más tarde daremos

nuestra visión de la creación de los heterónimos y de como concebimos los últimos meses de su vida y su muerte.

Hemos escogido un poeta ya que consideramos que la poesía surge y llega, de y a las fuentes más profundas del ser humano, tal y como nos transmitió Aristóteles: “Todo poema debe procurar la catarsis”. También porque la poesía no nace de la conciencia del poeta sino de su coraje. (31) Y también, además, porque Pessoa, al igual que Van Gogh, Kafka, etc, se encuadra dentro de los innovadores cuya obra no fue reconocida en vida, puesto que su producción literaria, prácticamente sólo la conocían unos pocos amigos. Es decir, no llegó a esa posible malversación que se establece entre las relaciones comerciales y el autor cuando éste alcanza fama en vida.

Y hemos escogido a Fernando Pessoa no sólo porque fue el mejor poeta conocido de “lo íntimo”, sino también porque fue el que mejor extrajo de sus procesos primarios, en el sentido freudiano, las metáforas más hermosas apenas tamizadas por los procesos secundarios, para contarnos su tormento interior.

Hemos consultado para ello alrededor de 20 textos, tanto del autor como lo que otros han escrito sobre él, pero para nuestro análisis nos hemos basado fundamentalmente en: el *Diario Intimo* donde de una forma meticulosa día a día y hora a hora iba reseñando lo que hacía, lo que pensaba, a quien veía...

También hemos consultado las cartas que se han publicado, dirigidas a sus amigos, además de las *Páginas Autobiográficas* y el *Libro del Desasosiego*, auténtico diario de sus diálogos interiores, que nos ha sido de un gran valor. Escrito intermitentemente desde 1914 hasta un año antes de su muerte (1934), es el mejor retrato interior de nuestro poeta que podríamos disponer, en el cual vierte, lo más íntimo de sus pensamientos, aspecto que le impulsa a adjudicárselo a un semi heterónimo, B. Soares, al cual define como: “soy yo menos el raciocinio y la afectividad”. Es decir, “una máscara” (A. Crespo: *La vida plural...*) intentando, como otras muchas veces, disfrazarse y hacer ajeno a él, uno de los libros de literatura intimista más hermosos e importante del S. XX y que como casi toda su obra se publica póstumamente.

Para obtener los datos biográficos necesarios, hemos sobreutilizado el libro: *La vida plural de Fernando Pessoa* de A. Crespo, poeta español, y a nuestro entender la mejor biografía que se puede encontrar de F. Pessoa.

ALGUNOS DATOS BIOGRÁFICOS Y DEL CARÁCTER DE FERNANDO PESSOA

Nace en Lisboa el 13 de Junio en 1888. Su padre, un hombre culto que hablaba francés e italiano, fallece de tuberculosis cuando Fernando tiene cinco años. Un hermano más pequeño muere al año siguiente cuando aún no había cumplido un año. Sin embargo, Pessoa más tarde refiere no haber sentido apenas estas muertes (32).

Durante algunos años de su infancia convive con su abuela paterna que por esa época presentaba un trastorno mental sin diagnosticar, pero cuyo síntoma más importante era su odio a los niños. Cuando tenía las crisis, mientras musitaba largas peroratas incomprensibles salpicadas de obscenidades llegaba a ser agresiva con los que le rodeaban. Estuvo ingresada en diferentes ocasiones en manicomios portugueses.

A pesar de todo esto Pessoa no refiere una infancia triste. En diversos escritos, hace referencia a que transcurrió serena y que recibió una buena educación. Por esta época resalta su tendencia a la mistificación, la mentira artística y la necesidad de aumentar su mundo con personalidades ficticias. Los primeros personajes inventados los refiere, curiosamente, cuando tenía cinco años, edad del poeta cuando fallece su padre. “No tenía yo más de cinco años...” dice en la carta que citaremos muchas veces a Adolfo Casais Monteiro, poeta y amigo que le pide una explicación sobre la creación de los heterónimos. Tenía cinco años y un mes exactamente.

Su madre, que también escribía poesías, se vuelve a casar a los dos años de viudedad, con un militar, miembro del cuerpo diplomático portugués, lo que lo lleva a vivir a Durban en Africa del Sur en Enero de 1896.

De este nuevo matrimonio tiene 5 hijos. En esta ciudad Pessoa recibe una educación típicamente británica. Aprendió perfectamente las lenguas francesa e inglesa, en las cuales a lo largo de su vida compuso múltiples poemas y realizó escritos de toda índole. Tuvo un aprendizaje sobresaliente en todos los estudios y por un hecho solamente explicable desde el punto de vista del exacerbado nacionalismo inglés de la época, no le dan un prestigioso premio como mejor expediente (sacó mejor puntuación que el galardonado).

Viaja a Portugal en 1901, donde permanece durante un año. En 1902 vuelve a Durban y es en 1905, a los 17 años, cuando regresa solo a Portugal. Se instala en Lisboa de donde no saldrá nunca más, salvo pequeños viajes a localidades cercanas a esta ciudad, lo cual no le impidió estar perfectamente

informado de todo lo que se publicaba y pasaba en el mundo. Para esas fechas ya había leído prácticamente todos los autores significativos, tanto en lengua inglesa, a destacar su admiración por Shakespeare, como en lengua francesa, pero sin embargo apenas tiene conocimiento de literatura portuguesa. Para A. Crespo, una de las lecturas de esta época no literarias que más influyó en él, entre otras, fue la *Psychologie Allemande contemporaine* de T. Ribot¹. Más tarde, se hizo un gran conocedor de la obra de P. Janet y de S. Freud.

Como decíamos, a la edad de 17 años vuelve solo a Portugal, conviviendo con su abuela paterna al principio y más tarde con una tía materna, que es su madrina. Intenta estudiar en la universidad, en la Cátedra de Filosofía, un Curso Superior de Letras, pero lo deja después de tomar parte en las huelgas estudiantiles contra el dictador João Franco. Es en estos momentos cuando empieza a aficionarse a la bebida.

Le ofrecen diferentes trabajos bien remunerados que rechaza al tener que someterse a un horario fijo, incluida una cátedra, muchos años más tarde, en Coimbra, de Lengua y Literatura Inglesa, aunque en esta ocasión puso como pretexto para rechazarla que “era un futurista” y tenía un destino como tal.

Intenta montar algunas empresas propias, como una tipografía, que fracasa. Ésta va a ser una constante en su vida. No obstante, no pasó serios apuros económicos a lo largo de su vida, pero sí vivió con cierta precariedad.

En 1908 (20 años) vive solo y comienza su trabajo de traductor de cartas comerciales en las compañías navieras de Lisboa, el cual mantendría toda su vida, y que le daría más o menos para comer. Es también en este año cuando empieza a “desear intensamente escribir en Portugués”, hasta entonces lo hacía en inglés. Por esta época empieza a escribir sus artículos periodísticos de influencia saudosista², anunciando el *Supra Camoens*³ y por tanto empieza a tener cierta presencia en la vida intelectual lisboeta.

A partir de este momento, y durante muchos años, participa activamente en la vida intelectual de Lisboa en la forma de tertulias, artículos periodísticos, lecturas públicas de poemas, etc, lo que le lleva a ser uno de los jóvenes intelectuales más activos y provocadores de Portugal. Estamos en 1913 y tiene 25 años. Siguiendo las etapas de Wallas estaríamos en estos momentos en la etapa de *incubación*.

Es al año siguiente, 1914, cuando decide darse a conocer como poeta con

Impresiones del Crepúsculo, que contiene el poema “Pauis”, y es también en este año el 8 de Marzo⁴, relatado por él como un auténtico episodio de *iluminación*, cuando data la aparición de los primeros heterónimos, según la carta a Adolfo Casais de 1935. Es decir, más de 20 años después se decide a contar como fue la creación de éstos. Lo refiere como un día triunfal, pero que no refleja para nada en las meticulosas anotaciones de su diario en ese día.

Como se sabe, se llama heterónimos a los personajes de ficción creados por el poeta, con unas biografías e ideas propias que aparecen como autores de diferentes composiciones poéticas o pensamientos filosóficos. Serían, en cierto modo, equiparables a los apócrifos Abel Martín y Juan de Mairena de nuestro A. Machado.

Los heterónimos más importantes creados por Pessoa son:

ALBERTO CAEIRO: Poeta bucólico al que considera su maestro. Muere a los 26 años. Era un nacionalista místico.

ALVARO DE CAMPOS: Su poesía es la más tumultuosa y de cierto parecido a la de Walt Whitman. Tenía frecuente crisis neuróticas y con un carácter desidioso.

RICARDO REIS: Era médico y a los 32 años emigra a Brasil; Pessoa decía que era “latinista por educación ajena y un semihelenista por educación propia”. Era todo lo contrario que A. Campos, meticuloso y disciplinado.

ANTÓNIO MORA: Filósofo del paganismo al que dice Pessoa que conoció en una clínica psiquiátrica donde fue internado por padecer paranoia.

Así hasta 72 heterónimos con vida propia, tantos como contradicciones encuentra en sí mismo, tantos como ideas angustiosas se le ocurren, tantos como dificultades tiene para mantener su precario equilibrio psíquico.

Crea junto a varios poetas amigos la revista *Orpheu* (1915) de la cual solo salen dos números aunque queda esbozado el nº3. En ella se publican los primeros versos de su heterónimo Alvaro de Campos. Esta revista causa un gran escándalo literario sobre todo por el hermetismo y lo vanguardista de su poesía, apareciendo en la prensa portuguesa continuamente ácidas críticas contra ella.

El año 1916 fue quizás el año más atormentado de su existencia. Se aficiona a las cartas astrales y tiene las primeras experiencias mediúmnicas, que comunica a su tía Anica.

Se suicida en París su íntimo amigo Sa Carneiro, con el que había fun-

dado *Orpheu*. Se suspende la publicación de esta revista cuando está a punto de aparecer el nº3.

En los 5 años siguientes solo publica algunos poemas en revistas, sin embargo la producción literaria tanto ortónima como heterónima sigue creciendo. En 1920, muerto su padrastro, la madre gravemente enferma, quiere volver a Lisboa con el resto de los hijos; tiene Pessoa 32 años y decide que debe formar una familia y casarse, es en este momento cuando conoce a Ofélia Queirós, una compañera de trabajo, trece años más joven que él, a la cual se declara de una forma apasionada, en pleno apogón de luz, besándola impetuosamente y diciéndole las palabras de Hamlet a Ofelia. “¡Oh querida Ofélia! ¡Mido mal mis versos, carezco del arte para medir mis suspiros, pero te amo extremadamente. Oh! Hasta el último extremo ¡Créeme!”

Mantienen una relación de noviazgo poco apasionada, que se rompe después de un año y se reinicia nueve años después para romperse unos meses más tarde. Nunca refiere haber tenido relaciones sexuales con ella a pesar de que algunos biógrafos creen entresacar de alguno de sus poemas que sí las hubo. La ruptura la vive con alivio ya que no se consideraba enamorado de ella y echa la culpa al tiempo y al destino que transforma el amor y las pasiones violentas solamente en estima.

No se conoció otra mujer en su vida salvo “una rubia”, (Ofelia era morena), que nadie ha identificado y a la cual dedica los últimos poemas amorosos desde 1930 y las dos últimas poesías de su vida, escritas el día 22/11/35 cuatro días antes de la crisis que lo lleva a la muerte, en inglés y la más hermosa en francés. En ella solicita ser amado un solo día: Puede que en otro momento / o ronda / tu me ames, y tan solo un día / Un beso será todo el amor / rubia mía.....

Escribe a lo largo de su vida artículos, ensayos, cartas, poemas ..., más de 25.000, que nunca intenta publicar. Solo unos pocos aparecen en la prensa lisboeta de la época. Todo este material lo guarda meticulosamente en un baúl, ya famoso, con una especie de índice donde reseña el orden en que alguna vez deben ser publicados.

Dice a propósito de esto: “No consigo dejar de odiar la idea de acabar algo ya que ante cualquier cosa simple surgen diez mil pensamientos o asociaciones. Odio los principios y el fin de las cosas porque son definidos. Me enloquece que las cosas de inmediato se cumplan y que los hombres

sean un día felices y que una solución sea encontrada para los males de la sociedad. No soy malo o cruel solamente “soy loco”.

También, para nuestro ensayo, es interesante que dejemos constancia de algunas descripciones que de él hacen quienes le conocieron:

“Con ojos profundos y húmedos, rasgados de almendra; y el mirar ausente detrás de la gafas de gruesos cristales sin aros. Sobrio de palabras, ensimismado y distante, el aire esfíngico no movía los brazos ni agitaba las manos. Vestido siempre de oscuro, usaba trajes de corte anglosajón como si no hubiera olvidado las impresiones de una adolescencia vivida en un país de lengua inglesa. Hasta en la estricta moderación de gestos no tenía nada de meridional o de latino”. (Taborda de Vasconcelos)

“Suavemente simpático, muy bien vestido, que llevaba escondida en el labio superior una sonrisa discretamente irónica.... ese ademán suyo de estar sentado con las manos sobre las rodillas, esa voz velada, le daban un aire extranjero, distante en el tiempo y en el espacio”. (Jorge de Sena)

Siempre puntual no perdía la compostura ni cuando se bebía una botella de aguardiente en una noche. Nunca nadie le vió borracho.

A lo largo de su vida, el poeta, se siente muy preocupado por encontrar y decir la verdad, no sabe bien cuando está diciendo lo que siente o está fingiendo. Dice que tiene una gran tendencia a ser espectador de la vida sin mezclarse con ella asistiendo como un extraño a lo que pasa. Tiene miedo a volverse loco y considera que este miedo ya es locura en sí. Dice que toda la constitución de su espíritu es de excitación y de duda, no encontrando nada positivo ya que todo está rodeado de “incerteza”, incoherencia y cambios.

En otros momentos dice: “¡Que pena no haber sido Madame de Haren! ¡Que pena me da de mí por no haberme sucedido esto! Soy un temperamento femenino con una inteligencia masculina. Siempre me gustó ser amado pero nunca amar. Me agrada la pasividad”.

Aumenta la ingesta de alcohol que en algunos momentos hace temer a su familia la posibilidad de presentar un Delirium Tremens, llegando a pensar en ingresarlo en un sanatorio; él incluso se lo propone a sí mismo, pero los posibles episodios los pasa en su casa sin mayores problemas

Tiene un miedo terrible a las tormentas hasta el punto de que algunos amigos, un día de tormenta, lo encuentran debajo de una mesa asustado.

Es partidario del Sebastianismo: movimiento que cree en la vuelta del

Rey portugués Sebastián desaparecido en el S. XVI para reinstaurar un nuevo y definitivo imperio, así como cree en todo lo esotérico y se declara masón.

En 1932 se presenta en Concurso al puesto de conservador del Museo Biblioteca Conde de Castro Guimarães, en Cascais, no siendo admitido por carecer de titulación oficial. Lo que realmente sucede es que presenta un Curriculum en el que resalta por un lado su erudición y en plena dictadura salazarista expone como méritos sus colaboraciones en revistas tan escandalosas como *Orpheu*, pero lo que es peor, expone como méritos de su conocimiento de inglés, los poemas “Antinoom” y “Epithalamiun” que él mismo había declarado como obscenos, ya que tratan de los amores homosexuales del emperador Adriano y un esclavo llamado Antinoom. “Epithalamiun” se refiere a las fantasías eróticas de una novia antes de casarse. Acaba el Curriculum Vitae con una crítica a las bases de la convocatoria de la plaza. No es de extrañar que no la consiga. Cuenta que fue la primera vez en su vida que llora.

A raíz de este fracaso prácticamente deja de componer a través de los heterónimos y solamente la poesía ortónima crece ininterrumpidamente.

Publica su único libro editado en vida, *Mensagem*, a finales de 1934. Todo 1935 lo pasa componiendo febrilmente su poesía ortónima y los poemas amorosos en inglés y francés. En Enero de este año escribe la famosa carta heteronímica a A. Casais, ya citada.

El día 28 de Noviembre ingresa en el hospital de S. Luis de los Franceses, en Lisboa; el día 29 pide papel y lápiz y escribe: “I Know not what tomorrow will bring”. (“No se lo que traerá el día de mañana”). Es lo último que escribe. Fallece el 30 de Noviembre de 1935 a los 47 años de edad de coma hepático.

ANÁLISIS

A lo largo de sus numerosos escritos, Pessoa da continuas referencias de su mundo psíquico y de cierta fascinación por la psiquiatría y los psiquiatras como observadores del más allá de la realidad, dice en *Páginas de Estética y de teoría y crítica literarias*:

“Propiamente el único crítico de arte o de letras debe ser el psiquiatra, porque aunque los psiquiatras sean tan ignorantes y laterales a los asuntos como todos los otros hombres de aquello a lo que ellos llaman ciencia, tienen aún así, delante

de lo que viene a ser un caso de dolencia mental aquella competencia que consiste en que nosotros juzgamos que ellos la tienen. Ningún edificio de sabiduría humana puede levantarse sobre otros cimientos”. (1)

Siendo así concedido por el poeta el supuesto saber, nos consideramos pues legitimados para tratar de comprender la personalidad del autor de *Mensagem* a partir de lo que él reflejó en sus múltiples escritos y en sus palabras:

“ese modo inmoral e hipócrita de hablar al que se llama escribir, nos oculta más completamente a los otros y a aquella especie de otros a la que nuestra inconsciencia llama nosotros mismos”. (1)

Intentaremos pues encontrarlo allí donde trata de esconderse para diferenciar cual es la influencia de las teorías psiquiátricas de la época en su obra y en su persona, quien fué el poeta y quien quiso ser.

Lo primero que sorprende es la descripción que da, en la carta a Casais unos meses antes de morir, del descubrimiento de sus heterónimos más conocidos: Alberto Caeiro, Ricardo Reis y Alvaro de Campos, a los que adjudicó la autoría de la mayor parte de su obra. El escritor podría estar describiendo un episodio de trance o tal vez de despersonalización:

“Fue el 8 de Marzo de 1914, me acerqué a una cómoda alta y cogiendo un papel comencé a escribir de pie, como escribo siempre que puedo. Y escribí treinta y tantos poemas en una especie de éxtasis de naturaleza que no conseguiré definir... Y lo que siguió fué la aparición de alguien en mí, a quien di, desde luego, el nombre de Alberto Caeiro. Discúlpeme lo absurdo de la frase: apareció en mí, mi maestro”. (2)

En otros momentos da testimonio de lo que parecen automatismos motores, alucinaciones, fenómenos autoscópicos, etc.

“De vez en cuando, unas veces voluntariamente y otras obligado, escribo. Mas raramente son comunicaciones comprensibles... No son diseños de cosas sino de señales cabalísticas y masónicas, símbolos de ocultismo y cosas así que me perturban un poco”.

“Hay momentos, por ejemplo, en que tengo perfectamente alboradas de visión etérica, en que veo el aura magnética de algunas personas y sobre todo la mía en el espejo y en la oscuridad irradiándome de las manos. No es alucinación, porque lo que yo veo otros lo ven, o por lo menos otro con estas cualidades más desarrolladas. Llegué en un momento feliz de visión etérica a ver en la Brasileira do Rossio, por la mañana, las costillas de un individuo a través de su traje y de su piel”.

“Y hay veces de sentirme de repente pertenecer a cualquier otra cosa. Mi brazo derecho, por ejemplo, comienza a levantarse en el aire sin que yo quiera. Y claro que puedo resistirme, pero el hecho es que no quería levantarlo en esa ocasión. Otras veces me caigo para un lado como si estuviese magnetizado”. (3)

Si añadimos a estos testimonios la búsqueda insistente de su diagnóstico psiquiátrico con el autoconvencimiento de ser un histeroneurasténico, no podemos menos que interrogarnos sobre el porqué de ésta tan anunciada estructura de personalidad y nos permitimos cuestionar el motivo que lleva a Fernando Pessoa a buscar refugio bajo esta categoría nosológica.

El escritor parece buscar desde fuera la confirmación de su propia imagen de histeroneurasténico, pero al no poder hacerlo directamente precisa disfrazarse: En un momento de su vida llega a simular su desaparición contando un falso estallido de la casa donde vivía, argumento que utilizará Faustino Antunes, uno de los personajes creados por él, para preguntar a dos antiguos profesores y a un condiscípulo del Liceo de Durbán, en Sudáfrica, sobre su condición mental. (29)

Por supuesto entre sus escritos se encuentran distintas alusiones a un autoanálisis:

“El origen de mis heterónimos es el profundo trazo de histeria que hay en mi... No sé si soy simplemente histérico o si soy más propiamente un neurasténico (...). En los hombres la histeria asume principalmente aspectos mentales y así todo acaba en silencio y poesía” (2).

“Desde el punto de vista humano soy un histeroneurasténico con predominio del elemento histérico en las emociones y del elemento neurasténico en la inteligencia y en la voluntad”. (Carta a Gaspar Simoes, 1931) (4)

“Desde el punto de vista psiquiátrico soy un histeroneurasténico” dice también en una carta de 1919, en la que solicita información del Instituto de Magnetismo y Psiquismo Experimental buscando, según sus palabras, “una coordinación direccional exterior a su vida”. (5).

Persona erudita, se sabe de su interés por las lecturas psiquiátricas destacando su conocimiento de la obra de autores como Ribot, Binet o Freud. Puede inferirse así cual sería la idea de la histeria que, para él, es la “base del genio lírico” (8).

Veamos cuales eran los conceptos de neurastenia e histeria que Pessoa podía manejar.

La neurastenia era una enfermedad de moda junto con la histeria a finales del siglo XIX. Fué descrita por un médico americano, Beard, en 1869. El síntoma básico era, para este autor, el agotamiento físico o mental con la imposibilidad de realización de cualquier trabajo. Describía a sus pacientes como importantes sufridores de cefaleas, neuralgias, hipersensibilidad morbosa al tiempo atmosférico, a los ruidos, a la luz o a la presencia de gente y a cualquier tipo de estímulo sensorial o mental, insomnio, pérdida del apetito, disfagia, alteraciones de las secreciones y temblores musculares (18).

Consideraba una mayor frecuencia de presentación en los hombres y lo relacionaba con el exceso de trabajo; era la “neurosis de la vida moderna”. Para su tratamiento se erigieron sanatorios en América y en Europa.

En un artículo posterior de 1884, Beard establece la etiología sexual de la neurastenia adscribiéndola a supuestas alteraciones como la masturbación, en la que centra la causa principal, idea que se mantuvo hasta los primeros trabajos de Sigmund Freud. Posteriormente, en 1890, se añadiría el coitus interruptus como factor etiológico.

En 1896 Freud hace una clasificación de las neurosis que alcanzaría una gran resonancia, diferenciando las NEUROSIS REALES, que tendrían su origen en las alteraciones de la vida sexual actual del paciente, relacionando a la neurastenia con la masturbación y a la neurosis de angustia con el coitus interruptus, de las PSICONEUROSIS con su origen en la vida sexual pasada, así la histeria se vincularía con el sufrimiento pasivo de un abuso sexual producido por un adulto en la niñez, mientras que las obsesiones tendrían relación con una vivencia placentera de esta situación.

La histeria y la neurastenia fueron comparadas frecuentemente desde su descripción aunque pocos autores las unificaron. Fue Charcot quien en las primeras *Lecciones de los martes* (1887/88) habla de la comorbilidad de ambas entidades describiendo un caso clínico de la clasificada histeroneurastenia a la que atribuye un origen psíquico traumático (19). Tal vez Fernando Pessoa llegó a conocer este artículo de Charcot.

Pessoa, en 1919, considera que en su histeroneurastenia hay un predominio de neurastenia sobre la histeria y por eso no tiene signos externos de histeria que centra en la inestabilidad mórbida en la relación con los otros y en la mentira.

Se adhiere a una histeria masculina que, como vimos antes, caracteriza como silenciosa, es decir, contrapuesta a la histeria del S. XIX de las grandes

crisis y se descarta a sí mismo como perteneciente a la histeria mentirosa tal y como hace Babinsky:

“Mi histeria es apenas interior y solamente mía, en mi vida conmigo mismo tengo toda la inestabilidad de sentimientos y sensaciones”(5).

Este diagnóstico será, según su opinión, compartido por Shakespeare con el que establece cierto paralelismo al respecto de la trayectoria vital y literaria a lo largo de su obra (20).

“No me cuesta admitir que yo esté loco, pero exijo que se comprenda que no soy un loco diferente de Shakespeare, cualquiera que sea el valor relativo de los productos del lado sano de nuestra locura”.

Dice en el esbozo que se conserva y que nunca envió, de la carta heteronímica a Casais. Parece aquí necesitado de distanciarse de la humanidad vulgar a través del diagnóstico psiquiátrico que lo consagraría como un ser excepcional:

“No niego por eso y hasta favorezco la explicación psiquiátrica, pero se debe comprender que toda actividad superior del espíritu, por ser superior es anormal e igualmente susceptible de interpretación psiquiátrica”.

Valoramos como posible la identificación que parece responder a un simple silogismo “Si Shakespeare era un histeroneurasténico y Pessoa es un histeroneurasténico, Pessoa es como Shakespeare” sin que podamos conocer en que datos biográficos del creador de Hamlet se pudo basar.

Algunos autores han querido hacer de Pessoa un supuesto caso psiquiátrico trabajándose con distintas hipótesis diagnósticas. Se ha hablado de la posibilidad de que fuese un psicótico (21), lo cual es francamente discutible si tenemos en cuenta que aún estando muy embriagado no perdía la compostura ni el contacto con la realidad, según el testimonio de varias personas que presenciaban a diario su excesiva ingesta etílica (9), mantuvo además una creación literaria coherente e intensa a lo largo de su vida que no evoca un posible deterioro, colaborando, mediante la publicación de artículos en revistas de la época con influencia cultural (*Águia, Presença, Renascença...*). Uno de los datos que se aportan a favor de esta hipótesis es la descripción de una visión etérea en la que afirma apreciar el esqueleto de un hombre vestido (3) sin que se valore la influencia que pudieron tener las creencias de la época sobre los fenómenos de clarividencia que podrían

acontecer a los que califican como “sonámbulos con cualidades especiales”. Entre ellas figuran, según la concepción de los magnetizadores: ver con los ojos cerrados, ver el interior del cuerpo humano o a través de los cuerpos opacos, penetrar en el pensamiento ajeno, transposición de sentidos, desenvolvimiento de algún genio especial o la previsión de hechos futuros (10). Otros autores apoyan la tesis de la psicosis no desencadenada o compensada a través de la escritura al igual que le pasó a Joyce o Rousseau (30)

También se barajó el diagnóstico de ciclotimia basándose en sus afirmaciones epistolares de haber padecido depresiones, así como en la compulsión a escribir que dijo soportar (11).

Consideramos factible otro tipo de interpretaciones a esta realidad del poeta, ya que por un lado la vivencia depresiva está presente a lo largo de toda su obra si con esta denominación aludimos a la pérdida de capacidad volitiva que Pessoa engloba bajo lo que considera sintomatología neurasténica (4). A pesar de esta queja subjetiva (12) su vida social y su producción literaria se mantuvo siempre bajo los mismos parámetros, con dificultades de relación que tal vez ayudó a paliar el efecto desinhibidor del consumo etílico. La tendencia a la despersonalización y las experiencias de estados disociativos como argumentos explicativos de la creación de los heterónimos, calificados en si como desdoblamiento de la personalidad del poeta, constituyen el grueso de las hipótesis psiquiátricas de varios autores (13, 14, 15). Aparentemente creíbles y conciliables con su autodiagnóstico de histeroneurasténico se contradicen con la conciencia de los mismos y con la racionalización que de ellos hace.

En los textos de introducción de *Ficções do interlúdio* (1930), que sería el título bajo el que se publicaría la obra de los heterónimos de Pessoa, hay una nueva reflexión sobre los mismos:

“A cada personalidad más tardía que el autor de estos libros consiguió vivir dentro de si, él le dió una índole expresiva e hizo de esa personalidad un autor con un libro o libros, con las ideas, las emociones y el arte de lo que él, el autor real (o por ventura aparente, porque no sabemos lo que es la realidad) nada tiene salvo el haber sido, al escribirlas el medium de figuras que él mismo creó... Que esta cualidad de escritor sea una forma de histeria o de la llamada disociación de la personalidad, el autor de estos libros ni la contesta ni la apoya...” (17)

Los síntomas que el poeta recoge para autodiagnosticarse de histérico son, a nuestro entender, prepsicoanalíticos y tienen que ver con las teorías vigentes en la época expuestas por Janet, a quien había leído, Babinsky, cuya obra no sabemos si leyó, pero sobre todo por Freud en su primera época, de quien si sabemos que conocía su obra, aunque no compartía alguna de sus teorías. Estos síntomas se condensan en la famosa carta de Enero de 1935 a Adolfo Casais Monteiro en la que da una explicación de su heteronimia:

“Empiezo por la parte psiquiátrica. El origen de mis heterónimos es el profundo trazo de histeria que hay en mi... Sea como fuese el origen mental de mis heterónimos reside en mi tendencia orgánica y constante a la despersonalización y a la simulación”.

El concepto de despersonalización que pudo manejar Fernando Pessoa, posiblemente sería el descrito por Janet como un estigma psicasténico, como una verdadera idea obsesiva: El paciente está obsesionado por la idea de haberse perdido a si mismo o su personalidad y distingue tres grados:

- el sentimiento de extrañamiento de si mismo
- el sentimiento de desdoblamiento
- el sentimiento de despersonalización completa (22).

Curiosamente ni en la época de Janet y de Freud ni en la actual histeria fragmentada por las clasificaciones internacionales, se incluye este síntoma (el DSM 4 y el ICD 10 lo incluyen dentro de los trastornos disociativos o de otros trastornos neuróticos dentro del epígrafe general de Trastornos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfias). Tanto Janet como Freud lo incluyeron dentro de la psicastenia o la neurosis obsesiva, como ha mantenido la CIE 10. Prácticamente todos los autores mencionan que pueden presentarse en otros trastornos como: la epilepsia, la psicosis, fobias, incluso en individuos mentalmente sanos pero que sean personas emotivas, mientras ninguno menciona la histeria como incluyendo la despersonalización.

Así pues los heterónimos, para Pessoa, están insertos en un rasgo, “la despersonalización”, que nada tiene que ver con el concepto de histeria de la época ni con la neurastenia sino más bien con la N. Obsesiva. Tampoco parece que pertenezca a los fenómenos epilépticos: nadie ha descrito en él crisis en este sentido... ni siquiera cuando la ingesta alcohólica era masiva. Por otro lado tiene una importante conciencia de este mecanismo mental por lo que tampoco parece ir por el lado psicótico. Nos quedan las fobias,

íntimamente ligadas a lo obsesivo así como los individuos emotivos, que no descartarían se pueda insertar dentro de las vivencias obsesivas.

Más adelante hablaremos de su concepto de simulación/fingimiento.

Veamos pues para que le sirven los heterónimos a F. Pessoa.

Algunos biógrafos de Pessoa quisieron encontrar en las biografías de sus heterónimos aspectos que el poeta era incapaz de llevar a cabo o que rechazaba de su propia historia. En las vidas de Álvaro de Campos, Ricardo Reis o Alberto Caeiro, encontramos hechos o rasgos que a Fernando Pessoa le gustaría haber sido: Alberto Caeiro representa la ruptura con el “saudosismo” que él no se atrevió a consumir. Álvaro de Campos tenía un carácter enérgico, era bisexual y poseía un fuerte sentimiento autodestructivo. Ricardo Reis fue el poeta que a Pessoa le hubiese gustado haber sido (23). António Mora sería el teórico del paganismo que el poeta no pudo mostrar... y un largo etc. hasta los 72 heterónimos que llegó a recrear. Nacerían bajo el epígrafe: “Que otro haga o diga lo que yo no soy capaz”, de esta manera se escapa de una posición que le produce conflicto y esta no se manifiesta, según sus propias palabras “en su vida interior y de contacto con los demás” (2).

De esta manera parece ser una forma de contener, controlar y desviar sus afectos conflictivos usando la máscara de sus heterónimos.

Dejemos que sea el poeta quien nos haga sentir sus vivencias recorriendo un fragmento del *Livro do Desassossego* atribuido finalmente a Bernardo Soares. En este diario íntimo de Fernando Pessoa encontramos la transparencia de la personalidad del poeta convertido ya en cristal y renunciando a ser espejo a través de sus heterónimos:

“Sufrió la humillación de conocerme, comprendí que era imposible para alguien amarme, a no ser que le faltase todo el sentido estético y entonces yo lo despreciaría por eso... Ver claro en los otros o en como los otros nos ven!... Ver esta verdad frente a frente!... y al final el grito de Cristo en el calvario cuando vió frente a frente a su verdad, Señor, por qué me abandonaste?” (24).

El reconocimiento de que el aislamiento como defensa se vuelve contra él siendo vulnerable al macrocosmo de las sensaciones que no puede sustituir ni controlar con el microcosmos de las palabras, lleva a Fernando Pessoa a valorar el suicidio y encontrarse con una aparente paradoja que devuelve a la culpa su poderío. Démosle una vez más la palabra:

“Pero la exclusión que me impuse, de los fines, de los movimientos, de la vida, la ruptura que procuré en mi contacto con las cosas me llevó precisamente a aquello de lo que yo quería huir. Yo no quería sentir la vida, ni tocar las cosas, sabiendo por la experiencia de mi temperamento en contacto con el mundo que la sensación de vida era siempre dolorosa para mí”.

¿No parece estar hablando aquí del aislamiento de los afectos?

“Pero al evitar ese contacto me aislé, y aislándome exacerbé mi sensibilidad ya excesiva. Si fuese posible cortar de todo el contacto con las cosas, bien iría mi sensibilidad. Pero ese aislamiento no puede realizarse. Por menos que yo haga respiro, por menos que haga me muevo. Y así, consiguiendo exacerbar mi sensibilidad por el aislamiento conseguí que los hechos mínimos, que antes a mi nada me harían, me hiriesen como catástrofes. Me equivoqué en el método de fuga. Hui por un rodeo incómodo, para el mismo lugar donde estaba con el cansancio del viaje sobre el horror de vivir allí. Nunca enfrenté el suicidio como una solución, porque yo odio la vida por amor a ella. Me llevó tiempo convencerme de este lamentable equívoco en que vivo conmigo. Convencido de él quedé disgustado, lo que siempre me sucede cuando me convengo de cualquier cosa, porque el convencimiento en mí siempre es la pérdida de una ilusión. Maté la voluntad de analizarla. Quien me devolviera a la infancia antes del análisis, aunque incluso antes que la voluntad!” (24).

Pessoa encuentra así la fisura del caparazón que mantuvo y la racionalización, que lo llevó a desarrollos teóricos sobre la vida que, confiesa no vivió, se vuelve contra él sin que le sirva de refugio ni el ocultismo, a través del que buscó la verdad ni el sebastianismo en el que depositó la omnipotencia mágica.

Entonces, cual es el final de los heterónimos como estabilizadores psíquicos?

En una carta fechada en 1932, y por lo tanto previa a la recurrida explicación dada sobre la génesis de los heterónimos, afirma a Gaspar Simoes:

“No sé si alguna vez le dije que los heterónimos, según la última intención que me formé respecto a ellos, deben ser publicados por mí, sobre mi propio nombre, ya es tarde y por lo tanto para el disfraz absoluto”. (25).

Esta no es la primera alusión que hace a la utilización consciente de los

heterónimos como una estrategia técnica literaria y como la expresión sincera, depositada en la persona de otro de sentimientos y de emociones. Así, en relación también a los sentimientos y emociones, en una carta dirigida a Armando Cortés Rodríguez dirá:

“Esa es toda una literatura que yo he creado y que viví, que es sincera, porque es sentida y que constituye una corriente con influencias posibles, benéfica incontestablemente, en las almas de los otros... Esto es sentido en la persona de otro: Es escrito dramáticamente, pero es sincero” (26).

Nos indica aquí el poeta cómo situó en alguno de sus heterónimos aspectos de su propia cobardía y de su destino. La autodestrucción enólica y su propia conflictividad sexual, reflejada fundamentalmente en Alvaro de Campos, al que califica como el más histérico de sus heterónimos y al que le permite el autoreproche por el comportamiento desafectivo de Fernando Pessoa ante la muerte del maestro Alberto Caeiro. Dice Alvaro de Campos:

“Nunca vi triste a mi maestro Caeiro. No sé si estaba triste cuando murió o en los días antes... En todo caso fue una de las angustias de mi vida, de las angustias reales en medio de tantas que han sido ficticias, que Caeiro muriera sin yo estar a su lado... Estaba Fernando Pessoa, pero él es como si no estuviese. Fernando siente las cosas pero no se estremece ni siquiera por dentro”. (27).

Conviene recordar la vivencia de desafectividad de Pessoa a la muerte de su padre y el autocastigo está logrado de esta forma a través de un heterónimo.

En 1932 una vez en que lo rechazan como aspirante a la plaza de bibliotecario de Cascais, como decíamos después de presentar un curriculum con escasas posibilidades de éxito en el puesto de trabajo estable que idealizara en la ruptura con Ofelia, prácticamente deja de producir poemas heterónimos y la poesía ortónima “crece a un ritmo desbordante y virtualmente ininterrumpido” (23) hasta su muerte dos años después.

En cuanto a la simulación, veamos qué dice uno de los poemas ortónimos que llegó a alcanzar más fama, lo tituló “Autopsicografía” (1932):

“El poeta es un fingidor/
finge tan completamente/
que llega a fingir que
es dolor/
el dolor que de veras siente/
y los que leen lo que escribe/
en el dolor leído sienten bien/
no los dos dolores que él tuvo/
sino sólo el que

ellos no tienen/ y así en los raíles/ gira, entreteniendo la razón /ese tren de cuerda que se llama corazón”.

Es decir, el poeta quiere que el observador note que simula algo, que siente en la realidad. ¿No estaríamos ante un acto de ocultamiento más que de exhibición? No nos parece una simulación el fingimiento del poeta al modo de la histeria, en el sentido de que ésta busca una demostración de su sufrimiento o una identidad como enferma, tal y como hace cuando reproduce un ataque epiléptico o una parálisis, sino que este fingimiento parece el de alguien que se pone una máscara para ocultar paradójicamente que está enmascarado. Se trata por tanto también de ocultar y sobre todo contener metiendo en la vía “el tren de cuerda que se llama corazón” a nuestro modo de ver meter “las emociones del corazón” en los raíles del control. Emociones que tanto preocupaban a Fernando Pessoa ya que en ellas situaba el “predominio del elemento histérico” de su personalidad (4).

Pero esta contención, canalización de las emociones, no es precisamente lo que caracteriza a la histeria.

El emerger de la poesía ortónima, coincidente con el fracaso laboral provocado, aunque aparentemente inconsciente, nos lleva a pensar en la posibilidad de un encuentro del poeta con lo que constituye “su vida plural”, su personalidad dispersa en la de sus heterónimos.

Hemos visto como la fecha de su creación es dudosa. Nos hace dudar aun más, que en su meticuloso diario no hiciera precisamente en esa fecha ninguna anotación al respecto y ni siquiera en las fechas posteriores próximas indique nada del acontecimiento del 8 de Marzo de 1914.

En resumen, parece querer utilizar sus conocimientos de psiquiatría para inventarse unos personajes que debían hablar por su inconsciente, pero que lo que realmente quiere es a través de ellos desviar la atención de sus propias fantasías conscientes. Con la creación de sus heterónimos, intentaba ocultar y tal vez ocultarse, incluso pocos meses antes de su muerte con la carta a Casais, situando en manifestaciones inconscientes, todas las fantasías amenazantes que le asaltaban.

Al igual que Gustav Mahler intenta engañar al destino y la muerte con su poema sinfónico *La canción de la tierra* buscando no llegar a componer su décima sinfonía por miedo a que la muerte lo alcanzara antes, como le pasó a sus admirados Schubert, Beethoven y Bruckner, sin conseguirlo.

Fernando Pessoa tampoco fué capaz de conjurar su destino al situarlo en los personajes de su “drama em gente” y el destino le alcanza en la forma de la inestabilidad social y el fracaso.

No fué capaz de engañar al destino depositando en sus heterónimos lo que temía que el destino hubiera depositado en él. De todo esto toma conciencia unos años antes al fracaso en la obtención de la plaza de Bibliotecario.

“De repente como si un destino médico me hubiese operado de una antigua ceguera con grandes resultados súbitos, levanto la cabeza de mi vida anónima para el conocimiento claro de como existo. Y veo que todo cuanto hice, todo cuanto pensé, todo lo que fuí es una especie de engaño y de locura. Me maravillo de lo que conseguí no ver. Extraño cuanto fui y que veo que al final no soy”. (21/2/1930) (11)

Presentándose a dicha plaza de bibliotecario intenta recuperar su identidad que aparece en la forma del crecimiento de la poesía ortónima, consiguiendo publicar algo con esta identidad su único libro publicado en vida, *Mensagem*, así como en la recuperación de sus idiomas queridos, inglés y francés... pero ya es demasiado tarde, su auténtica máscara ya ni le sirve... sólo le queda sucumbir aumentando desmesuradamente la ingesta alcohólica y muriendo de un coma hepático, porque “la muerte es una liberación ya que morir es no precisar de los otros” (*Livro do desassossego*). ¡Ya no se sentiría juzgado!

Podríamos dedicarle la reflexión que un día él hizo sobre Shakespeare, aquel que deseó ser:

“Grandes como son sus tragedias ninguna de ellas supera la tragedia de su propia vida... Se levanta delante de nosotros melancólico, espiritual, semi-loco, sin nunca perder el dominio del mundo objetivo, sabiendo siempre lo que pretendía, siempre soñando con altos propósitos e imposibles grandezas y siempre despertando para fines mezquinos y bajos triunfos. Fué esta y no otra la gran experiencia de su vida, pues no hay gran experiencia de la vida que no sea, al final, la experiencia calma de una desilusión...” (28).

Parecía un hombre inconsistente que dejó una obra tremendamente consistente. Defendía ideas reaccionarias, pero fue un poeta revolucionario en lo que se refiere a la creatividad y la variedad de su temas.

Defendía la monarquía, pero se declaraba republicano aristocrático en una oligarquía de los mejores.

Le atraían la mujeres, pero se sentía con un temperamento femenino.

Quería ser un poeta de la inteligencia y la razón, pero componía como un poeta imaginativo y simbolista de intuición desbocada, creó muchos poemas pero se autodestruyó, en fin, quería ser único y se descubrió plural en sus heterónimos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) PESSOA, F.: “Balança de Minerva” *Páginas de Estética e de teoría e crítica literaria*. (Pag. 42). Lisboa, Editorial Atica. 1994
- 2) PESSOA, F.: Carta a Casais Montero en *Escritos íntimos, cartas e páginas autobiográficas*. (Pag. 221) Lisboa, Publicações Europa América, 1986
- 3) Idem Carta a Tia Anica. (Pag 127).
- 4) Idem: Carta a Gaspar Simoes. (Pag 178).
- 5) Idem: Carta a Hector e Henri Durville. (Pag .138)
- 6) PESSOA, F.: *Páginas de Estética e de teoría e crítica literaria*. (P. 91). Lisboa, Editorial Atica.1994.
- 7) RITA LOPES, Teresa: *Pessoa por Conhecer* (Pag. 37) Lisboa. Editorial Estampa,1990.
- 8) PESSOA, F.: “Páginas de Estética e de teoría e crítica literaria”. (P. 301). Lisboa, Editorial Atica. 1994.
- 9) Testimonios recogidos.: “Fernando Pessoa en palabras y en imágenes”. *Revista Poesía* (Pag. 47) Ed. Siruela, Mayo, 1995.
- 10) CUBI I SOLER , Mariano: *Elementos de Frenología, Fisionomía y Magnetismo humano*. (Pag. 172) Barcelona 1849
- 11) PESSOA, F.: *Livro do Desassossego*. Vol I (pp. 308, 278,1 99, 269) Lisboa, Editorial Presença,1991.
- 12) PESSOA F.: “Cartas a Cortes Rodriguez” (1915). “Carta a Mário Sá Carneiro” (1916) en *Escritos íntimos, cartas e páginas autobiográficas*. (Pag. 87-122) Lisboa, Publicações Europa América 1986.
- 13) PELICIER Y.: “La problemática del doble” *Psicopatología* 1986 6,2 (pp 137 142).
- 14) FERNÁNDEZ DE FONSECA, A: “La despersonalización en FP”. *Psicopatología*, 1986,2 (pp. 127-135).
- 15) FERNÁNDEZ DE FONSECA, A: “Fernando Pessoa” *Psicopatología*, 1995 15,3 (pp.137-145).

- 17) PESSOA F.:Textos de introdução ao Vol. I das “Ficções do interlúdio”. *Textos de intervenção social e cultural*. (P. 188) Lisboa, Ed. Europa América. 1986.
- 18) ELLENBERGER, H.F : “El descubrimiento del inconsciente”. Madrid, Editorial Gredos, 1976.
- 19) LOPEZ PIÑERO J.M. Y MORALES MESEGUER J.M.: *Neurosis y Psicoterapia*. Madrid, Editorial Espasa Calpe,1970.
- 20) PESSOA, F.: *Páginas de estética e de teoría e crítica literaria* (Pag. 301, 304, 104, 322) Lisboa, Editorial Atica, 1994.
- 21) SARAIVA, A: *Pessoa ele proprio*. Lisboa,Cassica Editora,1992.
- 22) GARRABÉ, J.: *Diccionario Taxonomico de Psiquiatria*. Mexico, Fondo de Cultura Económica, 1989.
- 23) CRESPO, A: *La vida plural de Fernando Pessoa*. Pag. 300. Barcelona, Ed.Seix Barral,1988,
- 24) PESSOA, F.: *Livro do Desassossego*. Vol I Lisboa. Editorial Presença,Pags 189y237,1991.
- 25) PESSOA F.: Cartas a Gaspar Simoes en *Escritos íntimos, cartas e páginas autobiográficas* (P192). Publicações Europa América 1986.
- 26) PESSOA F.: Cartas a Cortes Rdguez en *Escritos íntimos, cartas e páginas autobiográficas*. Publicações Europa América(Pag 92) 1986.
- 27) PESSOA F.: “Textos de Intevção social e cultural”. A ficção dos heterónimos. Publicações Europa América, 1986.
- 28) PESSOA, F.: *Páginas de estética e de teoría e crítica literaria*. (P304). Lisboa, Editorial Atica,1994.
- 29) RITA LOPES,T: *Pessoa por conhecer*. Vol I Lisboa, Editorial Estampa, 1990.
- 30) SOLER, C: “Pessoa, le sphinx”. *Revue Barca*, 1995, N°5, Nov, pp101-122
- 31) AZUA, F de: *Diccionario de las Artes*. Barcelona, Ed.Planeta,1995
- 32) CADAFAZ DE MATOS, J: “*Joaquim Seabra Pessoa ou o Engenho Sensível*. Porto, Fundação Eng.Antonio de Almeida,1988.
- 33) WALLAS, J: *The art of Thought*. Harcourt. Brace. N.Y, 1926. (Citado por S.Arieti en *La Creatividad*, Mexico, FCE, 1976).

NOTAS

¹ Psicólogo, maestro de P. Janet. Introdujo en Francia el concepto de Jackson de evolución y disolución de los síntomas positivos y negativos de las enfermedades nerviosas aplicándola a la psicopatología de la memoria (Elleberger, *El Descubrimiento...*)

² El saudosismo partía de la saudade como un estado de ánimo nostálgico igualmente influido por el sentimiento pagano de los romanos y el monoteísmo de los hebreos. Era el punto de partida de una regeneración nacional. Estéticamente tiene que ver con el simbolismo y con la tradición de los cancioneros galaico portugueses así como con los paisajes del romanticismo. (A. Crespo)

³ Personaje mítico, poeta, anunciado por Pessoa en sus primeros escritos, que renovará toda la vida portuguesa y provocará “un renacimiento extraordinario, un resurgimiento asombroso”

⁴ En el esbozo inicial, que una envié, de esta misma carta (todas las cartas las escribía por duplicado) hay una diferencia en cuanto a estas fechas que fija 5 días después: “Soy también discípulo de Caeiro y aún recuerdo el 13 de Marzo de 1914, cuando escuchando por primera vez (esto es acabando de escribir de un solo impulso del espíritu) gran número del *Guardador de rebaños...*” (17) pag. 182.

Amar la histeria.

To love hysteria.

Tiburcio Angosto Saura

Psiquiatra. Hospital Virgen Fátima. Vigo (Galicia).

RESUMEN

En este artículo se trata de reivindicar el derecho a diagnosticar y no rechazar la histeria en el marco de los trabajos de Salud Mental. Tiene también el sentido de hacer una llamada a los profesionales de este campo, sobre todo a los psiquiatras, con el fin de renovar su atención e interés sobre la histeria que parece perdida para siempre del campo de sus preocupaciones después de la publicación en 1980 del DSM-III y sus derivadas posteriores. Se hace también un estudio de los principales aspectos que han incidido en este abandono a la vez que se hace un recorrido por algunos de los autores que más especialmente se interesaron por la histeria y los que contribuyeron a su desaparición.

Se hace especial mención a reprimir actitudes contranferenciales en su tratamiento ante la inquietud que nos crea lo enigmático de sus síntomas y animar a no retroceder ante el desafío que dichos síntomas provocan en los terapeutas.

Palabras clave: Histeria. Diagnóstico. Tratamiento. Contranferencia.

ABSTRACT

This article is about claiming the right to diagnose and not reject hysteria in mental health work. It also has the sense of making an appeal to professionals in this field, especially psychiatrists, in order to renew their attention and interest in the hysteria that seems forever lost from the field of their concerns after the publication in 1980 of the DSM-III and its subsequent derivatives. A study is also made of the main aspects that have influenced this abandonment, while at the same time a tour is made of some of the authors who were most particularly interested in hysteria and those who contributed to its disappearance.

Special mention is made to suppress countertransference attitudes in their treatment in the face of the concern that creates the enigmatic nature of their symptoms and encourage them not to go back to the challenge that these symptoms cause in therapists.

Key words: Hysteria. Diagnose. Treatment. Countertransference.

Introducción

Me planteo este título para proponer una reflexión sobre este tipo de trastorno, pero también como una forma de llamada a los profesionales de la Salud Mental, sobre todo a los psiquiatras, con el fin de renovar su atención e interés sobre la histeria que parece perdida para siempre del campo de sus preocupaciones.

Por supuesto, no estoy hablando de amar en su sentido literal de sentimiento acético hacia algo o alguien, tan poco de amor-pasión que tal y como nos dice C. Cumander¹ es enajenarse, es decir aquellos que no pueden saciar su sed de amar más que en una única fuente. Mi intención real, al emplear la palabra *amar*, es hacerlo en la acepción de "*investigarse per*", de aceptar esa especie de interrogante, y en el fondo de combate, contra nuestros conocimientos, en el que nos introduce cada caso de histeria que tratamos, sea hombre o mujer, y ante el cual, en mi opinión, no debemos retroceder por muchos avatares del combate, más o menos contra y transferenciales, en los que nos vemos inmersos y con proselitismo.

Yo creo que, en lo cotidiano, a los psiquiatras, psicólogos y enfermeras en formación, se les enseña muy poco todo lo relacionado con la histeria y no solo por que haya desaparecido de las clasificaciones internacionales, sino también porque la histeria tiene algo en sus pasiones, en el sentido de Cumander, que trastorna el corral de nuestros conocimientos y los pone en cuestión y también porque la complejidad de sus síntomas escapa sistemáticamente a

todos aquellos escorri vanos enfocados a las escalas y cuestionarios de evaluación que huyen del encuentro clínico en su versión más dialéctica.

Sin embargo, si se dan cuenta, la histeria está presente en un porcentaje muy alto de las urgencias realizadas en los hospitales, bien en la forma de intentos de suicidios, bien como crisis de agitación, bien como cuadros de extraños síntomas corporales sin explicación alguna. Igualmente sigue ingresándose cada vez con más frecuencia casos de histeria en las UH-P. Alrededor de 500 casos se ingresan anualmente en toda Galicia en los que, de alguna forma, aparece el apelativo: histeria, histérico, histerismo y hasta el decimonónico *Espritisme* "Pituitismo".

El encuentro

En mi opinión el primer acto en el encuentro con la histeria, la mínima acción requerida, consiste no precisamente en desbaratar el caso sino en **favorecer ese encuentro**. Encuentro que, aunque actualmente se halla su encaje y desvalorizado por todos partes, debe ser estado todo lo que pueda restringirlo, bajo pena de caer en una falta importante de profesionalidad.

Favorecer el encuentro significa no caer, de entrada, en el monopolio de los psicofármacos ya que sabemos desde siempre que el tratamiento químico de la histeria es una fuente de decepción eterna. A lo que nos interesa la histeria, una de las hermanas que gastáramos a los delgados farmacéuticos cuando desajareció de las

clasificaciones internacionales, allá por los años 80, era proponerles la creación de un fármaco específico para la histeria, como ocurrió para las crisis de pánico. Este probablemente sería un camino, perverso es verdad, para que volviera de nuevo a los libros de texto psiquiátricos. Es una locura, pero no deja de tener cierta seriedad esta propuesta.

Pero que el tratamiento farmacológico no de resultado no significa que no se utilice. Hace poco me dio a una paciente ingresada: *"Yo te que necesito medicinas para que me aguanten en casa... pero también se que necesito algo más... yo no se lo que exactamente tiene que averiguarlo..."*.

Efectivamente hemos encontrado muchos casos en los que una ESD administrada adecuadamente, es decir en el marco de una relación transferencial, ha sido altamente efectiva. Pero otras muchas veces nos hemos encontrado con una especie de respuesta paradójica al fármaco administrado, en el sentido que si damos un antidepresivo produce tristeza o menor "antidepressión" de la esperada o si administramos un ansiolítico, produce alteración o incluso sedación de la requerida. Estos son los trajes en los que nos meten muchas veces de histeria.

Este tipo de reacciones paradójicas creemos que deben entenderse como una resistencia o si lo quieren como una rebelión para que el síntoma no sea callado o "heesinado" que diría Luciano Israel³ (1925-1996). Este autor, uno de los últimos psiquiatras que se interesó por la histeria y al que tanto debemos los médicos que nos hemos interesado tan bien

por ella, en una entrevista-película, que le hicieran unos pocos años antes de su muerte llamada *Parler avec l'amour*, (Hablar e de amor) dice que esta resistencia de la histeria, a lo que siente como una autentica agresión médica (la administración de psicofármacos como única respuesta a sus síntomas), es como una tabla de salvación a la que se agarra como un naufraga, ya que tiene que ver con un acto de fe en la comunicación humana, como algo que tiene que ver con lo interpersonal y como una forma de buscar una **interpretación a sus síntomas** y una **mínima psicoterapia**. Es decir, es una señal que lanza de que nos estamos equivocando cuando recurrimos únicamente a la respuesta química.

De esta forma podemos decir, que un tratamiento con psicofármacos no tiene sentido si no está acompañado de alguna forma de psicoterapia y cuya primera tarea, consistirá, a nuestro modo de ver, en que el paciente histérico sea reconocido como sujeto, escuchado como persona y estimado a pesar de sus síntomas. A veces si se siguen estas sencillas (aunque en algunos casos pueden resultar muy complejas) reglas suele bastar para evitar esa inacción paradójica y los trajes que antes habíamos y así evitar que muchas veces, nosotros mismos revocáramos con una cierta crueldad... por supuesto incesistente.

Teniendo en cuenta todo lo dicho, la importancia de su aparición y la, a veces, complejidad y variabilidad de sus síntomas, justificaría una enseñanza algo más intensa sobre estos avatares de la histeria de la que actualmente se realiza en

las Unidades Docentes para la formación de los profesionales de la Salud Mental. Creemos que con esto se mejorarían las estrategias de abordaje de estos casos y sobre todo se podrían evitar algunos actos contratransferenciales, que en muchos casos alcanzan a ser más graves que una simple imitación provocada por lo que parece una conducta teatral. Sería necesario enseñar a no lanzarse a un tratamiento antidepressivo por el simple lamenta de una depresión, no atiborrar de EFD cuando el paciente hace referencias a ansiedades eternas, o a hipnóticos si el sueño no es justamente como el de un paciente desvelado que sueña, ya que probablemente lo único que desea es encontrar un interlocutor para ese acto relacional que tiene que ver con su tratamiento.

Los intereses de los pocos profesionales que actualmente estudian la historia se centran en establecer el diagnóstico entre síntomas histéricos y síntomas con correlato anatómico mediante el estudio por neuroimagen⁵, (Spence, 2007) llegando a conclusiones como "En los síntomas motores de la histeria parece vislumbrarse una posible disfunción de los circuitos corteza frontal-ganglios basales-tálamo, asociada a señales emocionales estresantes. Los síntomas motores podrán relacionarse con una actividad cerebral preformada frente a situaciones de peligro". Aun teniendo en cuenta que este autor solo habla de síntomas de conversión, el problema que tenemos con este tipo de investigaciones es como discriminar los eventos que van a provocar síntomas histéricos. Una mujer que estuvo primero casada con un enfermo

mental muy severo ante el cual varió todo las situaciones de peligro que se puedan imaginar sin mayores consecuencias para su psiquismo. Más tarde se une a un hombre con el cual convive varios años que la maltrata físicamente y del cual tiene que solicitar una orden de alejamiento... también un conocimiento para su psiquismo, pero en tercera pareja, un hombre que la trata amablemente y se preocupa por ella en demasía, tal y como ella reconoce, hace que aparezcan todo un conjunto de síntomas histéricos de lo más variopinto, incluido ideación suicida... Es difícil explicar este caso desde la teoría de la actividad cerebral preformada, de la teoría lesional, de la disfunción cerebral, o si se quiere volviendo al S XIX de la mentalidad anatomo-clínica, la disfunción física como causa un edato, es decir en palabras de Laín "la monarquía del signo físico"⁶ (La Historia Clínica, 1959)

- El ser viviente como yuxtaposición de partes anatómicas que a su vez tienen una función concreta. Tal parte, tal función. Para la mentalidad anatomo-clínica, la "localización" o disposición espacial sería por tanto el primer principio constitutivo de las realidades vivientes.
- La enfermedad como alteración de las formas anatómicas. Todas las enfermedades proceden de la alteración de las partes sólidas del cuerpo y es una consecución de causa efecto.
- El diagnóstico como la relación entre las lesiones anatómicas y los síntomas, que acaban siendo solo signos que revelan el estado lesional de una parte del cuerpo.

En este libro citado Lafón Entralgo hace toda una reflexión sobre lo que significó el encuentro con la histeria para Charcot y los verticilos de pensamiento que tuvo que realizar para explicar la variabilidad de los síntomas en la histeria desde el pensamiento lesional, recorriendo la teoría para asegurar que no encontraban lesiones cuando hacían las autopsias (las pocas que hicieron de histéricas) porque estas lesiones eran pasajeras. Reflexión de Lafón, por otro lado, no ajena a cierta crítica al proceder de Charcot por el que "cultivaba" en la Salpêtrière un determinado cuadro clínico de la enfermedad (pág. 362).

Para acabar con esta parte, resulta llamativa la obstinación de muchos de nuestros colegas actuales para seguir buscando la base lesional de los síntomas histéricos sin pararse a pensar la posible dirección que los ha hecho aparecer.

Teatralidad, seducción y actitud manipulativa

A mi modo de ver lo que más entorpece el correcto tratamiento de la histeria, no es únicamente los síntomas conversivos o los crisis histéricas, sino unas síntomas clave y clásicos de lo que se ha diagnosticado como personalidad histérica, **Teatralidad, seducción y actitud manipulativa**.

Estas características son atribuidas a la histeria desde finales del SXIX por casi todos los autores que intentan descriptivamente comprender o definir la histeria, y casi todos llegan a la conclusión que el engaño y la superchería es la base de su patología.

Se entiende por **Conducta teatral** aquella que es en exceso efectista, exagerada y deseosa de llamar la atención o ser el centro de esta.

En relación con la **Seducción** se trata con o verense más adelante de un intento de comunicación no de un engaño con *arte y maña* como dice el diccionario. La base de la seducción histérica iría en el sentido de embargar y oscurecer el ánimo del observador.

Las **Actitudes Manipulativas** en la histeria serían aquellas pautas de conductas de poca credibilidad que se caracterizan por intentos de modificar y tener bajo su propio control la conducta o las ideas de otra persona con el fin aproximarlas a las propias. Dichas pautas de conducta se extinguen una vez consiguen su objetivo.

Estos tres aspectos, teatralidad, seducción y actitud manipulativa, se incluyen dentro de lo que se ha dado en llamar "Histrionismo". Aplicada a la histeria, refiere todo lo que de superchería y engaño existe en esta o lo decíamos antes y se interrelacionan de tal forma que es difícil en algunos momentos de la evolución separar unas de otras.

Sin embargo, no todos los autores las venían de la misma forma.

Teatralidad

La palabra Teatralidad fue empleada por primera vez en 1908 por un dramaturgo ruso, Nicolás Evreinov¹ para denominar un instinto del *homo faber*, como una necesidad de ser otro o distinto de el que es, la necesidad de

transfiguración, dice, es tan poderosa como el hambre o el instinto sexual.

Otro autor, M. Corvini² dice que la testaridad se define por tres hechos: es presencia (la dirección, a quien va dirigida, el espectador), vive nada más que de la ausencia (lo que se representa no existe), y sin embargo procura que esta ausencia sea presencia; es la vez una señal, una falta y un empujamiento. *Une absence, un manque, un manque.*

Pensar en esta dialéctica presencia/ ausencia para las crisis de histeria puesto que en ellas se separaban todos los aspectos que se citan para el teatro: dramatización, personaje y espectador.

La **dramatización** porque en sus síntomas se refiere a un tiempo y a un lugar distintos del presente.

Porque en sus crisis quiere ser un **personaje** que nos aparece como empujamiento dado el sufrimiento que le acusan.

Pero siempre, dichas crisis, deben tener un **espectador**, al cual dirige su mensaje, que casi siempre está como ciego y sordo, dado que no suele entender nada de lo que allí está pasando. Espectador al que, en algunos casos, se ha dado en llamar: "La víctima de la histeria"³. (L. Israel)

Escamier⁴ en su ya clásico trabajo "Histeria y teatro" indica que la histeria se sirve del teatro y de sus recursos como finalidad para la existencia y, como compromiso con su neurosis le es útil. La histeria no hace teatro, es teatro, no es un actor, sino es actor, no

tiene emociones, es emociones. El actor puede abandonar su personaje, pero el histérico "es" su personaje.

El histérico no puede prescindir del espectador. Para Escamier el actor transfigura las emociones, el histérico las desfigura. No pudiendo decir con palabras lo que siente, tiene que actuar corporalmente para decir algo que no es comunicable.

¿Por qué se liga más que la histeria femenina con la testaridad?

Aunque la histeria no se da siempre en una mujer, la histeria, como patología es siempre femenina, es decir que, aunque también hay hombres histéricos, la histeria, como expresión patológica constituye las manifestaciones de la parte femenina de cada hombre⁵.

Un poco más sobre la testaridad. Nos dice Sara Bernhardt (1844-1923): "*El arte teatral me permite más bien femenino; contiene en sí mismo todos los artificios correspondientes a los recursos de la mujer: el deseo de agradar, la facilidad para extorsionar los sentimientos y disimular los defectos y la atracción, que es la esencia misma de la mujer.*"

Por eso es tan fácil para los/los histéricos recurrir a la testaridad para manifestar sus conflictos. La testaridad acaba estando en la esencia de su expresividad. Así como el delirio es la esencia del psicótico. No hay psicosis sin alguna forma de delirio, como no hay histeria sin alguna forma de expresión teatral.

¡¡Nónteme, dime que me quieres!! – le dice Johnny/Charot a Vienna- en la película de su mismo nombre y en la declaración de amor más inédita jamás filmada¹¹. En esta escena queda condensado todo lo que de teatro tiene la vida. Le está pidiendo que haga teatro y le diga algo que este Johnny no siente Vienna, le pide que dramatice o que se transforme, por un momento, en una mujer enamorada. Cuando ella cumple su función teatralmente, Johnny/sin plemente le responde: *Gracias, muchas gracias!* Esta teatralidad provoca la catarsis de los afectos sanos de ambos. Al oír a Johnny decir -/Gracias/- Vienna se enfurece y le acusa a su vez de hacer teatro: *Deja de compadecerte!* -le dice Vienna, quitándole el vaso de Whisky y estrellándolo con furia contra el suelo- para acabar confesándose que todo lo que se ha dicho a través de la teatralidad es cierto. Pero han necesitado ese código del teatro para poder decirse de nuevo que se quieren.

¿Si en muchos aspectos de la vida está permitido hacer teatro por qué se lo negamos a los histéricos como una forma de expresión y por qué nos enfurece tanto que lo hagan? La respuesta está en cada uno de nosotros cuando estamos ante un caso.

Sedución:

Para L.Israel¹² la histeria representa La Mujer en sus juegos, produciendo la demanda de mirar en el otro, que en el momento que pueda liberarse de su hostilidad, producida por la seducción histérica. Llegaré a entender que no se trata más que de ensayos de comunicación.

“En la histeria se conjuga la pasión de la seducción y la de la simulación ante el miedo de ser seducido. Por eso su proyecto de relación consiste menos en seducir que en no dejarse seducir” dice J.Braudillard¹³. Para este autor la seducción es lo que sustrae al discurso su sentido y lo aparta de su verdad.

No se trata aquí, como ya se habrá entendido, de la seducción como escena real en la cual un sujeto sufre pasivamente algún tipo de insinuación o maniobra sexual tal y como las primeras histéricas, relataron engañosamente a Freud. Sino de esa otra seducción en la que, utilizando un contenido latente en su discurso, al que se dirige, interpreta aquello que el/la histérico/a desea, y actúa en consecuencia.

Algunos autores decantan a la seducción hipersensibilidad moderna de la histeria.

Charcot se dejó seducir por los síntomas tan vitales que las histéricas de la Salpêtrière mostraban, solo hay que ver la iconografía fotográfica realizada por Boumville y Regnard¹⁴ y Freud por la esoucha tal y como reconoce a su amigo Fliess en carta fechada el 21.09.1897. En esta carta Freud confiesa a su amigo que se había dejado seducir, y tomado por real, el fantaseado relato de seducción de sus pacientes, pero en el fondo, al igual que a Charcot, le interesaba el engaño para mejor ajustar a la incipiente teoría sobre el trauma, el relato de los pacientes.

La **actitud manipulativa** y la simulación serán todas por todo intento previamente detectado de seducción por parte del

observador para explicar su propia ignorancia sobre el caso

Los productores de la reducción han sido los enemigos de la histeria para ser considerada como una entidad clínica. Desde las pacientes de Charcot que imitaban las crisis epilépticas para ser consideradas *primas doctas* en La Salpêtrière, hasta Anna O, su pseudoembarazo y la huida de Breuer a Venecia, hechos que han contribuido al mito de que eran unas furantes sin tener en cuenta que gran parte de estas conductas son asimiladas por las histéricas para poder decir lo que no se les escuchaba cuando hablaban.

Odio/amor a la histeria

A lo largo de la historia, la histeria ha desatado siempre grandes odios o amores. L. Israel vio su vida unida, tercamente, a la histeria después de haber escrito un libro tan docente como el de *La histeria el reo y el médico*¹⁴. Uno de sus artículos lo inicia diciendo: *La penitencia viene por el mismo camino que el pecado...y yo cometí el pecado de escribir un libro sobre la histeria*. Desde entonces lo llaman con continuidad para hablar sobre la histeria y mantuvo durante bastante tiempo un seminario en Strasbourg, donde trabajó toda su vida, sobre este tema.

Pero hubo autores que rechazaron la histeria, algunos después de haber quedado su vida en su estudio o utilizando la histeria para negar cualquier tipo de enfermedad mental. Veamos algunos:

Lasegue¹⁵: *"Jamás se ha dado la definición de la histeria y jamás se dará"* (1831). En

esta frase que los negacionistas de la histeria toman como bandera, Lasegue se refiere más a las dificultades de comprensión de esta patología que a negar su existencia. Recordemos que fue de los primeros en que esbozó una cierta dimensión de la mentira en la histeria.

Babinsky¹⁶: Prefirió catalogarla como simuladora inconsciente o semisimuladora. *"Cuando uno habla entendiendo convertirse el alma no hay histeria que valga"*.

LSzaz¹⁷: dedica la mayor parte de su libro *"El alma de la enfermedad mental"* (1951) a la histeria como paradigma de las esencias psicológicas de las psiquiatras negándola como entidad clínica. Fue un libro importante en cuanto a su incidencia en citas entre los psiquiatras de la época. No obstante, visto ahora más de 50 años después de su publicación parece poca cosa para tanta alforja, acaba diciendo que: *"la histeria es un juego caracterizado por el dominio y el control interpersonal que utiliza la coacción, la incapacidad y la enfermedad como estrategias para alcanzar el fin"* (pág 277). En realidad, para Szaz la histeria es una inadaptada pues juega en el juego de la vida con unas reglas antiguas y lo que hay que hacer para tratarla es enseñarle el juego actual de jugar ??? Todo esto después de decir que la psicoterapia o el psicoanálisis lo único que hacen es adaptar al sujeto a las normas del terapeuta.

Slater¹⁸: Que junto con Mayes-Glass y Roth escribieron el manual de Psiquiatría Clínica que manejamos muchas generaciones de psiquiatras dice de la histeria: "El

diagnóstico de histeria es el disfraz de nuestra ignorancia y fuente fértil de errores clínicos. De hecho, no es solo una ilusión sino una trampa". "carece de definición, patología, patogénesis, estructura, unitaria de los síntomas, curso individual o de evoluciones"

Cludolf¹⁹: En "The diagnosis of hysteria: An overview" llama a la histeria: "Fácil con innumerables circunstancias por diversas capas de significado".

Spitzer²⁰: "*Hysteria Splits Aunder*". (Histeria hecha pedacitos) Con este artículo Spitzer, padre del DSM-III, firma el acta de defunción de la histeria para el ámbito anglosajón y para las clasificaciones DSM venideras.

Pero otros la amaron, por supuesto, Freud, Charcot y sobre todo Briquet que realmente fue el que hizo su formalización clínica en el S.XIX – y otros muchos que no voy a mencionar. También algunos literatos se sintieron atraídos por la histeria. Ya hemos hablado en otro lugar de cómo los novelistas del S.XIX utilizaban los casos de histeria como personajes centrales en sus novelas (Madame Bovary, La Regenta, etc.)²¹

Un grupo de jóvenes poetas publicaba en 1928 un artículo en una revista de París que se inicia de esta forma: *Novotny, surrealistas, queremos celebrar aquí el cincuentenario de la histeria, el mayor descubrimiento poético de finales del siglo XIX, y esto en el momento mismo en que el despedazamiento del concepto de histeria parece un hecho consumado. Novotny, que*

nada amamos tanto como a esas jóvenes hísticas, cuyo tipo perfecto nos lo facilitó la observación relativa a la agradable X. L. (Augustine) ingresada en la Salpêtrière en el Servicio del doctor Charcot el 21 de octubre de 1875 a la edad de quince años y medio, estamos muy afectados por la laboriosa refutación de los trastornos orgánicos, cuyo proceso no veía el de la histeria más que a ojos de los simples médicos.

Los surrealistas también dicen: *Art Janet, nosotros proponemos, en 1928, una definición nueva de la histeria: "La histeria es un estado mental, más o menos irreductible, que se caracteriza por la subversión de las relaciones que se establecen entre el sujeto y el mundo moral del cual cree depender, al margen de todo sistema delirante. Este estado mental se funda en la necesidad de una reducción recíproca que explica los milagros aparentemente aceptados de la sugestión (o contra sugestión) médica. La histeria no es un fenómeno patológico y a todos los efectos puede considerarse como un medio supremo de expresión"*.

También hemos hablado en otro lugar de ese desmembramiento de la histeria que anunciaban y denunciaban hace 70 años los surrealistas y de cómo su desaparición de las clasificaciones internacionales²² tiene que ver con ese desamor o retraso o si se quiere, cobardía ante los casos de histeria.

Corolario:

Debemos intentar tratar los casos de histeria y proporcionarle un lugar y un tiempo para hablar, pero sobre todo ofrecerle la opción de

revelar el mensaje oculto bajo el síntoma, en lo cual debemos insistir aún a sabiendas de la resistencia a desvelarlo y contra lo cual se va a defender activamente con los síntomas que hemos referido. Este es el momento de los malos encuentros. En muchos casos el mensaje histérico parece confirmar que puede existir una relación, pero esta no debe ser entendida como una relación de amor, con el fin de evitar los desastres y los falsos omnicidios, es decir los malos encuentros.

Malos encuentros que tienen que ver con la dificultad para pensar que es lo que nos demanda la histeria y que a su vez tiene que ver con el vacío de habilidades para tratarla en que últimamente se ha entrado. Pero es que además los histéricos también han percibido este vacío, con lo cual el encuentro se hace absolutamente propicio para las actividades contratransferenciales que acabarán en actos que silenciarán el mensaje que habíamos oído antes y si tenemos en cuenta además que el síntoma histérico se expresa como una petición al médico en el terreno de la medicina tradicional, todos los elementos intervienen para que se produzcan los malos encuentros, siguiendo la nomenclatura de L. Israel¹¹.

Lo saben bien en las unidades de hospitalización donde se reciben las consecuencias de muchos de estos desajustes y donde son más fácilmente detectados, dado que la presentación de los síntomas se hace más cotidiana, la observación más continuada y profunda y donde aparecen aún más claros los problemas de relación y comunicación.

De esta forma suicidios o tentativas de suicidio, priorizaciones, intervenciones quirúrgicas no justificadas, hipermedicaciones, hipersedaciones, etc., etc., conforman los accidentes que marcan muchos actos de desamor que antes han sido de amor transferencial y lo que hemos llamado malos encuentros:

- Suicidios ante la banalización de los síntomas.
- Priorizaciones ante la posibilidad de ser seducido.
- Intervenciones Quirúrgicas repetidas ante la incapacidad de dar otra respuesta a la neurosis del paciente.
- Hipermedicaciones e hipersedaciones con o respuesta a demandas insaciables.
- Excesos de exploraciones.

Todo este cortejo de acciones conforma la enfermedad iatrogénica para la histeria que los médicos tan bien conocen y que tienen que ver con nuestras acciones unas veces dirigidas por nuestro *fiore sensu* científico y otras por la intervención contratransferencial agresiva.

Pero muchas veces nuestros afanes terapéuticos se agotan y se recurre a la iatrogenia de las hospitalizaciones preventivas. En muchos casos la conducta de la histeria nos empuja a solicitar la hospitalización con las que a veces conseguimos curaciones casi inmediatas e inexplicables. Una paciente, con otro ingreso previo, que en esta ocasión había ingresado por que no era capaz de cuidar de sus hijos menores de edad y esto le creaba grandes

sentimientos de culpa con los consiguientes intentos de suicidio decaía, después de varias semanas ingresada, que ya se encontraba mucho mejor. Le pregunté que era lo que le había mejorado durante su estancia. Me dijo que el tratamiento farmacológico que le dábamos. Yo como probé asumiendo que estaba tomando el mismo que cuando se trataba ambulatoriamente. Al hacerle lo notar, me dijo: – *Bueno, además aquí puede ayudar a otros pacientes a mejorar* –

Pero no siempre la hospitalización es beneficiosa ya que mediante este hecho consigue diversos objetivos no estrictamente terapéuticos y ante los que debemos reflexionar debido a los mensajes implícitos que contienen, muchas veces tienen que ver con huir de la responsabilidad de sus actos o sus deseos o ser protegida de sus propios impulsos, otras veces, el ingreso hospitalario le proporciona la etiqueta de un sufrimiento mayor que los demás, en estos momentos hay que recordar como Freud recomendaba que un acto terapéutico consistía en *“transformar mi miseria histerica en un infortunio corriente”*.

También debemos tener en cuenta que tanto un diagnóstico como un ingreso

pueden permitir para el paciente histerico ser protegido de los avatares externos y requerimientos sociales que le provocan grandes inquietudes.

Sabemos que a veces es muy difícil interesarse críticamente por los casos de historia. Como diría Israel⁷ hay historias gentiles a las que vemos sufrir y pedir ayuda, suelen ser dóciles y muchas veces víctimas, e historias perversas, aquellas que nos meten en mil vicisitudes asistenciales y contratransferenciales, pero esto no es muy distinto de la vida relacional de las personas, solo que si aceptamos el concepto de la historia debemos saber que no somos ajenos a lo que pasa, que nuestra función debe ser analizar nuestra

conduita, domando nuestras pasiones, tanto las excesivamente amables como las perversas, pero sobre todo siempre escuchar, aunque muchas veces nos muestra, con toda crudeza, lo irracional de nuestros conocimientos.

La historia, tanto masculina como femenina, es lo que ha sido siempre, un bastión de resistencia a la dicha del otro yentandám algo siempre dentro de un lenguaje metafórico

Referencias bibliográficas

- 1/ Guzmendz C. Tratado de las pasiones. Mexico: Ed FCE(1ª Edición en español); 1965
- 2/ Partez-moi d'un our - Dialogues avec le Professeur Lucien Israël - Un film d'Isabelle Rébut, VHS SE CAM, 42 min, Editions Arcanes , Production G/O Films Alphacom , 1992
- 3/ Spence, SA. Hysteria: A New Look. Psychiatry, February 2006, Volume 5, Issue 2, 1: 56-60.
- 4/ Lalin Entralgo P. La historia clínica. Madrid: Ed CSIC; 1950. Pág.914
- 5/ Evreinov N. Apologie de la théatralité. En La théatralité. Etude Freudienne. Yves Thorot. Paris: Ed Dunod; 1995
- 6/ Corvis M. Théatralité. Dictionnaire encyclopédique du Théâtre. Paris; Bordas;1991. p.620-621.
- 7/ Israël L. El goce de la histérica. Barcelona: Ed Argonauta. Biblioteca de Psicoanálisis; 1979. p15
- 8/ Rácamier PC "Las histéricas" en Sauf JJ (Compilador). Buenos Aires: Ed Nueva Visión. Psicopatología;1975.
- 9/ Israël L. En la escuela de Mina en La escuela, la historia. Irene Krell (com). Buenos Aires. Ed Paidós; 1984
- 10/ Johnny Guitar. Dirigida por Nicholas Ray. (1954)
- 11/ Israël L. La histérica el sexo y el médico. Barcelona: Ed Toray-Masson; 1979.
- 12/ Baudouillard J. De la seducción. Madrid: Ed. Catedra;1981
- 13/ Iconographie Photographique de la Salpêtrière. Paris: Progrès Medical; 1876 a 1880 Tomos I, II y III de.
- 14/ Israël, L. Idea 11
- 15/ Laségue EC. Les Histéricas, ou perversité, ou métréas. (Société Médico- Psychologique. Seance du 26.05.1861) en De la folie à deux à l'hystérie et autres états. Paris: L'Harmattan; 1996
- 16/ Babinsky, J. «Définition de l'hystérie», Société de Neurologie de Paris, sesión del 7 de noviembre de 1901, Oeuvres Scientifiques. Paris: Masson; 1954. p. 457-464
- 17/ Szasz, T. El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Ed Amorrortu (1ª Ed en español); 1976.

Como la histeria

- 16/ Slater, E. "Histeria 311". Journal of Mental Science, London. May 1961, Vol 107: 359- 361.
- 19/ Chodoff, P. The diagnosis of hysteria. An Overview. Am J of Psychiatry. 1974; 131 (10): 1073-1076.
- 20/ Hyler, ES and Spitzer, RL. Hysteria Split Asunder. Am J Psychiatry. December 1978; 135(12): 1500-1504.
- 21/ Angosto, T. Histeria y Novela. Asociación Galega de Saúde Mental. Cadernos de Psiquiatría, Psicoanálise e Literatura. Febreiro, 1991.
- 22/ Aragon et Breton. Le Cinquantenaire de L'Hystérie. La Révolution Surréaliste. Nº11 Quatrième année. 15 Mars 1928
- 23/ Angosto, T et al. La Psiquiatría y la histeria hoy. Análisis bibliográfico de su fragmentación diagnóstica y bibliométrico en las bases de datos. IV Jornadas de la Asociación Castellano-Leonesa de SM. 1995. p.91-113.

Tiburcio Angosto Saura
Correspondence: tbur1993@hotmail.com

La ansiedad que no cesa

Fernando Martín Adúriz. Xoroi Edicións

Rebeca García-Nieto

Mucho han cambiado las cosas desde la época retratada por Stefan Zweig en *El mundo de ayer*. A la seguridad y certidumbre de los años previos a la Primera Guerra Mundial, nos dice Martín Aduriz al principio de su ensayo, se contraponen la constante incertidumbre en que vivimos ahora. La inestabilidad laboral, –en las relaciones, y en prácticamente todas las esferas de nuestra vida– y la tendencia a la inmediatez, a vivir en presente continuo, que diría Bauman, son las señas de identidad de nuestro tiempo. El neoliberalismo y los valores (o más bien la falta de ellos) de la llamada sociedad de consumo han dejado marca en el sujeto. Simple y llanamente, han hecho del hombre una máquina de desear insaciable. En palabras de Fernando Colina, «una vez instaurado el derecho a la felicidad como una exigencia irremplazable, cualquier fallo, lentitud o tropiezo del deseo nos vuelve pacientes de la psiquiatría con excesiva facilidad». Así las cosas, no es de extrañar que la ansiedad sea la cabeza más visible del malestar en nuestra cultura. Tampoco es de extrañar su carácter epidémico.

Se podría decir que *La ansiedad que no cesa* es un catálogo del malestar del siglo XXI, pues hace un recorrido por distintas formas de sufrimiento psíquico características de nuestro tiempo. Como se muestra en el libro, nuestro estilo



de vida es cada vez más ansiógeno. La volatilidad en las relaciones personales, en el trabajo, etcétera, hace que muchas personas se sientan como un funámbulo que camina, a toda velocidad, sobre una cuerda cada día más fina. Con cada vez menos asideros firmes a los que agarrarnos, a veces es inevitable mirar hacia abajo y ver el vacío que acecha al fondo. Es entonces cuando entra en escena la angustia, ese «huésped desconocido», en palabras del autor, que todos llevamos dentro. Siguiendo a José María Álvarez, que firma el prólogo, el libro retrata «con resuelta soltura al sujeto incapaz de esperar y al falta de decisión para elegir, al esclavo de las comunicaciones vertiginosas y vacías, al naufrago del deseo y al abrasado por la instantaneidad del goce solitario, al frenético que se agita en mil actividades para escapar de la llamada de atención de la angustia, de la interpelación que acompaña a la ansiedad». Esta última parte de la frase de Álvarez tiene gran importancia, y en ella se detiene Martín Aduriz en buena parte del libro, pues los «remedios» que utilizamos para anestesiar la ansiedad, para hacer oídos sordos a esa angustia de fondo que reclama nuestra atención, pueden acabar generando más problemas que beneficios.

Dado que «tiene usted ansiedad» es una de las frases más repetidas en una consulta, ya que buena parte de los profesionales de la salud mental «han elevado el síntoma a la categoría de enfermedad», no está de más precisar de qué hablamos cuando hablamos de ansiedad. Coincido con el autor cuando, en una de las numerosas (y acertadas) notas al pie, afirma que la ansiedad no es «un gran error emocional», como señaló el psicólogo Domènec Luengo i Ballester, sino «un completo acierto». La ansiedad es la tarjeta de presentación de un malestar más profundo. Siempre dice algo sobre el sujeto, algo que trata de ignorar y haría bien en pararse a escuchar. Para Martín Aduriz, la ansiedad es simplemente «un envoltorio», un embalaje que hay que desenvolver *lentamente* para ver qué contiene en cada caso. Esta apelación a la lentitud, a tomarse las cosas con calma, tiene en sí misma un efecto ansiolítico. A su antónimo, la prisa, está precisamente dedicado un capítulo del libro. Al fin y al cabo, la prisa no es solo un signo de los tiempos que corren (nunca mejor dicho), sino también, como nos recuerda el autor, un escudo con el que atenuar nuestra angustia: al estar en perpetuo movimiento, evitamos pararnos a reflexionar.

Llama la atención, entonces, la prisa que tienen algunos profesionales de la salud mental por hacer desaparecer la ansiedad a toda costa, sin pararse a escuchar lo que tiene que decir. Al recetar ansiolíticos para atajarla o al intentar erradicar de raíz los «pensamientos negativos» asociados con ella, se corre el riesgo de que el sujeto no se haga ninguna pregunta y, por tanto, la ansiedad vuelva a aparecer, por la misma vía u otra distinta, en un futuro próximo. Para el autor, «sustituir los síntomas o pensar que desaparecen mediante ejercicios, mediante entrenamientos más o menos inteligentes, según las escuelas de psicoterapia diversas, es partir de un supuesto radicalmente distinto del que parte un psicoanalista». En efecto, el supuesto del que parte el psicoanálisis, y el propio libro, es otro. Desde el punto de vista del psicoanálisis, y como no podía ser de otra manera, el sujeto está directamente implicado en lo que le ocurre. Por tanto, lo que haga, o deje de hacer, con su ansiedad determinará los derroteros que tomará esta. Algunas formas de «calmar» la ansiedad, como recurrir a la bebida o a la comida, son de sobra conocidas; en cambio, otras, como el exceso de trabajo o de ejercicio físico, no son tan obvias. No está de más, entonces, que el libro se detenga en estos aspectos que con tanta frecuencia pasamos por alto.

Tampoco suele asociarse la ansiedad con el hecho de viajar, pues, como dice el autor apoyándose en el escritor Claudio Magris, viajar implica cruzar fronteras internas, un desplazamiento entre dos puntos de nuestra geografía interior. Ni con el amor (por lo general, asociamos la ansiedad con problemas laborales, el estrés del exceso de trabajo o con la falta del mismo...). Por eso me ha parecido particularmente interesante el capítulo titulado «Ansiedad y mal de amores», en el que se afirma que «la crisis de ansiedad de nuestro tiempo va asociada con los quebraderos de cabeza del amor», es decir, «a esos riesgos de no ser correspondido, a los continuos malentendidos y sobreentendidos, a los sutiles enredos con el secreto y la clandestinidad, a las eternas dudas, y, claro, a las interminables esperas». Esta relación entre el amor y la espera, como nos recuerda el autor, ya la señaló Roland Barthes en *Fragmentos de un discurso amoroso*. Si el enamorado es aquel que espera y, como hemos dicho más arriba, esta época –la época del Tinder y el Grindr– se caracteriza por la satisfacción inmediata de los deseos, por una intolerancia, por no decir aversión, a la más mínima demora, podemos concluir que corren malos tiempos para el amor. El libro,

en definitiva, da pie a algunas reflexiones interesantes al abordar cuestiones en las que no solemos reparar cuando hablamos de ansiedad.

La ansiedad que no cesa se presta a dos posibles lecturas, la que ofrece el texto en sí (atravesada por múltiples referencias literarias que lo enriquecen y dotan de profundidad) y otra, más teórica, que puede seguirse leyendo las notas que figuran a pie de página. En este segundo viaje, el lector camina de mano de Jacques-Alain Miller o Barthes, pasando por Foucault o, por supuesto, Lacan. Para trazar las relaciones entre ansiedad y deseo, el autor se sirve de este último, más concretamente de su *Seminario 10*, dedicado a la angustia, texto que, a decir del autor, es inacabable, por lo que conviene volver a él de vez en cuando en busca de guía. Desde este punto de vista, la angustia es signo del deseo y señal de lo real. No obstante, aunque en el tramo final el autor aborda las dinámicas del deseo en términos lacanianos; en general, el libro destaca por su sencillez. No en vano, este libro de Martín Aduriz inaugura la nueva colección + Otra, de Xoroi Edicions, «destinada a ensayos breves, sencillos e intensos», como sostiene en el prólogo José María Álvarez, director de la colección, junto a Juan de la Peña y Kepa Matilla.

Asimismo, destaca su voluntad docente y el carácter práctico del libro, ya que rehúsa quedarse únicamente en el plano de la reflexión teórica. En el último capítulo, el psicoanalista palentino se plantea qué habría que hacer para convertir la ansiedad que no cesa en ansiedad que cesa, y explora vías para abordar este síntoma en distintas edades (desde la infancia a la vida adulta) y en diferentes estructuras (obsesiva, histérica, paranoica, melancólica...). Con todo, si queremos llevar «una vida más vivible» van a ser necesarios cambios culturales más profundos. Básicamente, nos dice en el prefacio, tenemos que aprender a perder: «En la época en que se inculca desde la cuna el empuje al triunfo, se manejan con fruición términos como incentivos, *bonus*, premios (...) y demás conceptos de la competición entre iguales (...), afirmar la nobleza del romántico fracaso que vivimos a diario, cuando perdemos amigos, cuando perdemos oportunidades, supone afirmar que saber perder es acercarnos a vivir una vida sin ansiedad».

Fuente: *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2019; 39(135): 263-266 doi: 10.4321/S0211-57352019000100014,

<http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/17088>

Penúltimos días: mercancías, máquinas y hombres

Santiago Alba Rico. Editorial Catarata

Ramón Area

Me interesan mucho esos libros en los que hay una búsqueda de conceptos para el análisis social, apostando por una filosofía rigurosa en la que el discurso sobre lo macro no es únicamente una crítica pesimista escupida a bocajarro.

Alba Rico articula una reflexión lúcida del sistema socioeconómico y sus efectos en la subjetividad de las personas. La estructura del texto se agrupa en tres grandes cuestiones: mercancías, máquinas y hombres. Durante su lectura, uno se va encontrando con frases que detienen la mirada y se impactan en el pensamiento, dejando casi una obligatoriedad a pensarlas y recordarlas, como si desvelaran o abrieran todo lo que esta nueva cotidianeidad se empeña en cerrar para enviarnos al centro comercial, la página web o la cháchara electrónica.

La primera parte, “Mercancías”, aborda la transformación que desencadena el capitalismo en algunos elementos que son intrínsecos a lo humano: el placer, el sufrimiento, la memoria, la fantasía, el lenguaje....

“El sufrimiento solo puede huir hacia los otros y hacia afuera. Para bloquear ese regreso a la humanidad –de la migraña al pensamiento, del cólico a la revuelta– la industria capitalista ha inventado los antidepresivos, la religión y... los placeres”.



“La memoria individual ha sido sustituida por un folleto publicitario universal en el que el sujeto de la experiencia, desprovisto de cuerpo, es intercambiable por cualquier otro”

“Lo raro es que a la fantasía destructiva del mercado la llamen realismo y a la preocupación por nuestros amigos la llamen utopía”.

“Contra las marcas, debemos recuperar los amuletos, los torniquetes, los signos, los nombres con los que podemos llamarnos unos a otros”

“La humanidad capitalista vive ininterrumpidamente pendiente de lo que está ocurriendo en otra parte: la boda real, la copa del mundo, el foro virtual...”

“Hemos prohibido la infelicidad privada como hemos prohibido la disidencia pública, y más o menos, por las mismas razones: porque denuncian, acusan, revelan la verdad de nuestro mundo”.

“La ley del mercado es lo contrario a una ley puesto que una ley es un límite y los leones no aceptan ninguno”.

“La desproporción entre lo que somos y lo que podemos se llama lujo”.

“El infierno son los otros –decía Sartre– pero ahora, los otros, sobre todo, dan pereza”

“La deuda era el eje mismo de la regulación social... en todo momento estábamos en deuda con alguien... pero aquel compromiso con el otro que se extendía a lo largo del tiempo ya no está presente en el mercado ya que el consumo sitúa al individuo por fuera del tiempo hasta ser no deudores sino consumidores fallidos”.

La segunda parte, “Máquinas”, explora los efectos antropológicos de la producción y destrucción de objetos a través de la fabricación y de las nuevas formas de distribución y consumo.

“El capitalismo no se define por su capacidad para producir riqueza sino para destruirla... El 90% de las mercancías que se fabrican en el mundo estarán dentro de seis meses en la basura”.

“El mercado ha subvertido el sueño democrático liberal. Ha vuelto completamente opaco el Estado y completamente transparentes los cuerpos y las almas”.

“Para luchar contra el capitalismo, para defender la democracia, es necesario volver al armario, reivindicar la fuerza resistente del secreto”.

“La tecnología capitalista nos impide fantasear: todo está ya, material-

mente, imaginado”.

“Sobre el espionaje total: uno de los rasgos que más escandalizaba a los occidentales sobre el régimen soviético era su tentativa rudimentaria de espionaje. Esa pesadilla antiliberal se ha hecho realidad en occidente y no se ha dicho demasiado. Una explicación es que este espionaje total se ha hecho a través de la misma tecnología en la que también están atrapados nuestros amores, nuestros placeres y nuestros trabajos”.

En la tercera y última parte, “Hombres”, Santiago Alba Rico traza un semblante de este ser humano atrapado en el capitalismo.

“La juventud no es la rebelión contra los mayores sino contra la infancia, es la negativa radical a ser tratados como niños”.

“Si no fuese colonialismo, el turismo sería, en todo caso, mala educación”.

“Chesterton siempre prefirió un comunista a un predicador y si se alejó de los comunistas fue precisamente por su manía de predicar”.

“La izquierda ha tratado de mantener el hilo de la memoria entre generaciones. El problema es que este hilo no enhebra el mundo, la memoria de lucha estaba pensada para otra humanidad y se ha conservado heroicamente, pero al margen de la sociedad misma”.

“Bajo el capitalismo todo está socialmente concebido y ordenado para que no pensemos en la muerte y para que no tengamos compañeros”.

“No puede haber jamás transparencia entre el orden del pensamiento y el orden de la acción. Puede haber, eso sí, dignidad”.

“Para averiguar lo que somos no hay nada mejor que escuchar una conversación entre desconocidos desde la distancia de otra mesa, en un café o en la antesala de un médico”.

“Un saludo es, por decirlo así, el átomo de la antropología humana”.

“Bárbaro no es quien induce la decadencia de una civilización sino quien la ilumina: en este sentido, los inmigrantes son bárbaros”.

El futuro es historia: Rusia y el regreso del totalitarismo

Masha Gessen. Editorial Turner

Ramón Area

La autora escribe un libro de historia mucho más revelador que cualquier tratado al uso. Lo que nos cuenta es la vida cotidiana durante el período comprendido entre los años ochenta y la actualidad, desde el inicio de las reformas emprendidas por Gorbachov hasta el estado presidido por Putin.

Gessen relata de manera minuciosa la biografía de siete personas, vidas atravesadas por lo político, lo sociológico, lo psicológico o lo filosófico. Sin embargo, el texto no se construye desde esa causalidad que propone una historia de líderes y grandes acontecimientos. Muy al contrario, es lo cotidiano y lo subjetivo, la propia experiencia humana lo que permite un acceso a cualquier universal, el cual no tiene ningún sentido sino es a través de la carne y la palabra de Liosha, Borís, Tatiana, Zhanna, Alexander, Gudkov o Arutyunyan. Es este tipo de lucidez la que debiera acompañar a cualquier intento por situarse en la clínica.

Ramón Area



Principios de una psicoterapia de la psicosis

José María Álvarez. Editorial Xoroi

Carlos Rey

Psicoanalista.
Psicólogo especialista en psicología clínica
Barcelona

carlosry@copc.cat

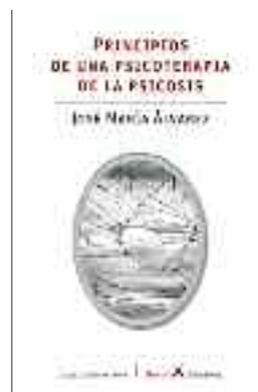
PRINCIPIOS DE UNA PSICOTERAPIA DE LA PSICOSIS

José María Álvarez
Editorial Xoroi.

SOBRE UN SABER HACER EN EL TRATO Y TRATAMIENTO DE LA LOCURA

Bien pudiera decirse que el nuevo libro de José María Álvarez: *Principios de una psicoterapia de la psicosis*, es la continuación de su anterior trabajo: *Hablemos de la locura*. Allí nos habló de la relación entre la locura, la libertad y la creación, de la lógica y función del delirio, 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. Pues bien, allí donde lo dejo en su último capítulo es donde ahora lo retoma ampliándolo en formato libro.

Principios de una psicoterapia de la psicosis es un texto clínico y bibliográfico, ya que combina la experiencia clínica de su autor con la de los clínicos pioneros en la terapéutica de la locura. Con ellos dialoga nuestro autor porque les reconoce una experiencia institucional de la que teóricos lacanianos de las psicosis carecen. Es evidente que la experiencia clínica gana en profundidad



cuando se adquiere –como nos recuerda Álvarez– «en primera línea del frente, esto es, en los CSM, las Unidades de hospitalización, rehabilitación, comunitarias, las instituciones de media o de larga estancia o manicomios, etc.». En el caso concreto del autor que nos ocupa, su perspectiva de la locura y su terapéutica está modulada por su lugar de trabajo: la asistencia pública, y más concretamente «en la Unidad de Psicoterapia Especializada, en el marco de un Servicio de Psiquiatría y Psicología clínica, dentro de un hospital general. (...) En nuestro caso, la UPE se asienta sobre una base asistencial comunitaria, en la que un equipo *está con* y *acompaña* a los pacientes y les sirve de *referente* para facilitarles las cosas de la vida cotidiana y sobre todo para estar cerca de ellos siempre que lo necesiten o más alejados, pero relacionados. (...) Aunque adquiriera formas distintas, el soporte comunitario más la psicoterapia es el modelo predominante en los países punteros de Europa septentrional continental, como el que Yrjö Alanen comenzó a desarrollar en el hospital psiquiátrico en Turku, Finlandia, a partir de 1969. Hoy día, las casas Soteria (salvación o liberación) funcionan actualmente en Suecia, Finlandia, Alemania, Suiza, Hungría, Estados Unidos y algunos otros países». Por situar la modalidad del trabajo de la UPE, Álvarez lo sitúa más cerca de la Soteria suiza de Luc Ciampi que de la Soteria de Loren Mosher. En todo caso, es importante resaltar que el acompañamiento y la psicoterapia suponen una alternativa mucho más eficaz que el tratamiento único: farmacológico, de la cada vez menos hegemónica psiquiatría oficial, como lo demuestra que el Consejo Superior de Salud de Bélgica se acaba de posicionar en contra del DSM y la CIE y favor de un cambio de paradigma, en cuanto que dichas clasificaciones internacionales definen las diferentes sintomatologías psíquicas como enfermedades biomédicas sin evidencia científica alguna. Por otra parte, tanto la British Psychological Society como la organización Mental Health Europe y la ONU han abandonado el modelo biologicista y apuestan por el modelo psico-social.

«*Principios de una psicoterapia de la psicosis* –cito al autor– se abre con una introducción que da cuenta de qué es la psicoterapia de la psicosis y expone su aplicación en el contexto de nuestro trabajo hospitalario. En la segunda parte, le siguen diez capítulos que desarrollan sendos principios, los que me sirven hoy de guía: la locura como defensa; su variada expresión clínica; la necesidad de la psicopatología para la psicoterapia, y viceversa; la relación de la transferencia y la soledad, y de ésta y la locura; las diferencias

entre la transferencia neurótica y la psicótica; el poderío de la transferencia; las características de las relaciones transferenciales con arreglo a los distintos polos de la psicosis; la sugerencia de no interpretar al loco; y, por último, cerrando el círculo, la recomendación de no perturbar la defensa, menos aún con esas interpretaciones que pretenden sacar a la luz las entretelas de la historia de un sujeto que apostó por rechazarlas como si jamás hubieran existido».

Estos principios dice el autor haberlos escrito en función de su experiencia clínica más que en lo leído en los libros de los pioneros de la terapéutica de la locura: Paul Federn, Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, Herbert Rosenfeld, Wilfred Bion, Harold Searles y Sivano Arieti. De éstos Álvarez ha podido separar el grano de la paja, como por ejemplo, «que la relación transferencia era mucho más resolutive que las técnicas empleadas» y el abuso de las interpretaciones, y pese a que «emplean un lenguaje rancio, de los que echa para atrás». Algunos de estos pioneros fueron psicoanalistas de inspiración freudiana y kleiniana y «vinculados a a dos clínicas señeras: la Chestnut Lodge (Maryland) y la Tavistok (Londres)».

Sostiene nuestro autor que la idea que se tiene de la locura repercutirá en su terapéutica. «Si la psicosis se concibe principalmente como una alteración de la relación con la realidad, la tendencia del clínico consistirá en intentar restablecer el orden de la realidad y devolver al paciente a ese marco referencial desvirtuado por la locura. Si, por el contrario, la locura se comprende esencialmente como una defensa necesaria y los síntomas como muletas imprescindibles, el tratamiento se orientará hacia un reequilibrio, se adapte o no a la realidad imperante y se amolde o no a los ideales de cada momento», o a la normalidad normativa.

El modelo psicopatológico que nos propone Álvarez parte de que «las formaciones patológicas son el resultado de procesos y mecanismos defensivos». La clínica bajo transferencia del caso por caso nos marcará cuándo, cómo y con quién tenemos que apuntalar o dismantelar sus defensas. Así es una clínica diferencial entre la locura y la neurosis. Si la locura es una defensa radical hay que ir con mucho tiento, pues aunque nos valemos de palabras, sus efectos terapéuticos dependen por entero de la transferencia conseguida. Aunque tampoco hay que estirla más de la cuenta, pues aun-

que el loco pueda soportar un *quántum* de nuestras palabras de más, siendo la transferencia una cosa de dos, el profesional hará bien en tener muy claro lo que de ninguna manera tiene que decir y en que terreno minado no pisar. En palabras del autor: «Una cosa es acotar ciertos acontecimientos y avatares de la historia personal (como los desencadenantes de sus crisis) y otra bien distinta es ahondar en lo que está bajo el cemento de la forclusión».

¿De qué se defiende el loco de manera tan radical? Álvarez nos dice: «Representaciones intolerables, sexualidad, pulsión o castración serán algunas de las referencias que motivarán la defensa, los topes que indican lo que un sujeto puede y no puede soportar». Y cita a S. Arieti: «La psicosis puede considerarse como el último intento por parte del paciente para resolver sus dificultades». Y también a O. Fenichel: «Cuando el paciente necesita su delirio para fines de defensa, el analista debe respetar este hecho».

Como se lee, psicopatología, clínica y ética son la base del arte de la acción pero sobre todo de la omisión del profesional. Nuestro autor nos pone un ejemplo: «¿En qué beneficiaremos a Luis Francisco, un hombre joven al que estamos dedicando muchas horas de nuestro trabajo, si lo confrontáramos con la realidad y le explicáramos machaconamente todo ese rollo patatero de las distorsiones cognitivas? Cuando él se plantea: “Soy Dios, porque o soy Dios o soy esquizofrénico”, vamos nosotros y lo desnudamos diciéndole que es esquizofrénico porque lo otro es imposible. ¿Eso le puede ayudar a reequilibrarse? ¿Se volverá a levantar pronto al día siguiente y hará unos cuantos kilómetros por caminos y callejuelas, entre la lluvia y el frío del otoño, para venir a vernos, tomarse un café con nosotros y pasar allí unas horas, mientras «las paranoias» (autorreferencias) se lo permiten?».

Insistir sobre la importancia de la transferencia en el trato y tratamiento de la locura será porque no nos viene dada sino que hay que construirla desde las primeras entrevistas preliminares y, porque a diferencia de la transferencia en la neurosis, en la locura hay más certeza que amor y deseo. Aun así, Álvarez nos dice que «la transferencia del neurótico y la del psicótico no son lo contrario; son dos formas diferentes de relación». No hay que tomar por opuesto lo meramente disímil.

De las aportaciones de Lacan que aparecen a lo largo del texto de Álvarez, vale la pena destacar las que hacen referencia a la transferencia, pues son

capitales para entender la diferencia entre la transferencia que se da en el psicoanálisis de las neurosis y la transferencia que se consigue en la psicoterapia de las psicosis. Así como para entender la transferencia psicótica. Cito a Álvarez: «Seguramente la mejor caracterización de la transferencia psicótica corresponda a la que Lacan hiciera sobre la erotomanía»... en la paranoia. Pero como la paranoia es un polo de la psicosis, Álvarez amplía las transferencias psicóticas a los tres «polos de la psicosis: la indiferencia en la esquizofrenia; la ambivalencia y la dependencia exigente en la melancolía; la erotomanía en la paranoia». Por otra parte, y para frenar el furor interpretativo, tanto en el análisis del neurótico como en la psicoterapia de la locura, Álvarez trae a colación alguna de las ideas que Lacan dejó dichas sobre el uso y abuso de las interpretaciones, no vaya a ser que nos pase como a la Jurado con el amor, que se nos gaste la efectividad de la interpretación de tanto usarla.

Volviendo a la psicoterapia de la locura, lo que posibilita la transferencia con el loco es la extrema soledad del trastornado, ya que, sitiado en su torre de defensa por sus perseguidores o con la única compañía de sus voces, poco lazo social puede llevar a cabo. Lo que le defiende, le aprisiona a partes iguales. «Esa incomodidad de la soledad por excelencia deja un pequeño resquicio, un ahogado grito de socorro por el que los terapeutas nos colamos» para ofrecernos como un interlocutor posible. Ser el secretario del alienado para, desde dentro de la relación, actuar como contrapeso a su exceso de goce. Con nuestra presencia y escucha no perseguimos su curación, puesto que las experiencias psíquicas no son enfermedades, sino procurar el reequilibrio, la compensación, la creación de síntomas soportables, así como ayudarlo a encontrar suplencias creativas, ya «sean musicales, literarias, políticas, psicológicas, científicas o lo que sea, a condición de que favorezca la creación de una obra» que actúe como contrapeso a su autodestrucción. «En cualquier caso, como sucede en cualquier terapéutica, lo que se busca es mermar el empacho de goce y aminorar su poder adictivo». Arte y oficio que requiere del profesional «tener curiosidad, mostrarse en falta, habituarse al sinsentido y al exceso de sentido, prescindir del sentido común y dejarse usar».

Para ajustar aún más nuestra acción y omisión ante las diferentes posiciones subjetivas o polos de la psicosis, Álvarez nos recomienda: «con el

esquizofrénico, debido al encierro interior, al desgobierno del lenguaje y al sindióis de la fragmentación corporal, lo mejor es *no comprender*; con el melancólico, a consecuencia de la falta de deseo y la ausencia de todo soplo de vida, se recomienda *no desfallecer*; con el paranoico, tan infatuado, narcisista y ciego de certeza, lo que conviene dar a entender es *no saber*».

A fin de comprender las variadas y particulares experiencias de la psicosis que nos podemos encontrar en nuestra clínica diaria, nuestro autor nos dice que: «la profundización en el entendimiento del *pathos* incide directamente en la terapéutica, y ésta, a su vez, supone un penetrante conocimiento de la psicología patológica». Como a partir de Freud la psicopatología clásica se enriqueció con la psicopatología psicoanalítica o psicología patológica, Álvarez nos exhorta a coaligar ambos enfoques: lo objetivo –semiología– con las experiencias singulares de un sujeto –la subjetividad–, a fin de «orientar la dirección adecuada de la psicoterapia de la locura y del psicoanálisis de la neurosis». Como la psicopatología clásica o descriptiva es necesaria pero insuficiente, necesitamos las aportaciones de la clínica psicoanalítica sobre los mecanismos psíquicos que determinan las experiencias singulares de cada sujeto, particularidad que se evidencia en la relación con el paciente o clínica bajo transferencia.

El último capítulo del libro que nos ocupa, lo titula su autor: «Homenaje a Freud», pues a pesar de que el padre del psicoanálisis se atrevió más con el análisis de los aspectos psicológicos de la locura que con su terapéutica, tampoco dejó la puerta totalmente cerrada a su tratamiento. Álvarez rescata lo que dejó dicho Freud en 1905 en: *Sobre psicoterapia*. «Las psicosis, los estados de confusión y de desazón profunda (diría: tóxica), son, pues, inapropiados para el psicoanálisis, al menos tal como hoy lo practicamos. No descarto totalmente que una modificación apropiada del procedimiento nos permita superar esa contraindicación y abordar así una psicoterapia de las psicosis». Esa puerta hacia la psicoterapia de la psicosis ya está totalmente abierta y la han atravesado, modificando el dispositivo, cuantos se han atrevido a explorar nuevos territorios terapéuticos con la infancia, la adolescencia y la locura. Y es que, «gracias a él la locura dejó de considerarse una enfermedad similar a las demás y empezó a entenderse como una defensa que algunas personas necesitan. (...) De no haber sido

por Freud, tocante al tratamiento de la locura seguiríamos merodeando sin rumbo, como así había sido con anterioridad. La autoridad de su legado se convirtió en un referente insoslayable. Unos la critican de arriba abajo. Otros la seguimos con mayor o menor fidelidad, pero con suma admiración y agradecimiento. Sea como fuere, en el ámbito de los tratamientos anímicos, Freud continúa siendo el faro al que todavía miramos, aunque sea con el rabillo del ojo».

En palabras del autor: «Ningún libro soluciona el cuerpo a cuerpo de la clínica. Confío, no obstante, en que éste aporte algunas claves. Y me gustaría que allanara el camino a muchos principiantes para aligerarles los sinsabores que hemos pasado otros».

Finalmente decir que *Principios de una psicoterapia de la Psicosis* de José María Álvarez –editado por Xoroi Edicions– se completa con dos notables aportaciones: un prólogo de Juan de la Peña y un epílogo de Chús Gómez.

Comunicado da AGSM-AEN sobre a problemática das persoas sen fogar da cidade de Compostela

A Asociación Galega de Saúde Mental-AEN en relación ás últimas novas aparecidas en prensa sobre a problemática das persoas sen fogar da cidade de Compostela e as solucións propostas pola actual corporación municipal (https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/santiago/santiago/2019/09/18/personas-techo-eligen-xoan-XXIII-pese-plazas-albergue/0003_201909S18C1995.htm https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/santiago/santiago/2019/10/30/presencia-policia-local-toural-expulsa-plaza-indigentes-conflictivos/0003_201910S30C4991.htm), manifesta:

Que nos últimos anos foi invitada a participar no deseño e no seguimento das distintas iniciativas que dende o Concello se estaban implementando para afrontar esta problemática, en concreto na mesa xeral sen teito que periodicamente se reunía na Concellaría de Políticas Sociais, nas tres xornadas sobre a situación das persoas sen fogar que se celebraron na cidade e no Consello Municipal de Saúde de Compostela, a través dun representante da súa xunta directiva.

Nestes foros, esta asociación puido aportar o saber técnico derivado da experiencia de tratamento de persoas con problemas de saúde mental e exclusión social e a súa visión dende a perspectiva comunitaria, o que pensamos enriqueceu o proceso que se estaba levando a cabo.

No decorrer destes anos participamos no proceso de consulta que derivou no *Centro municipal de atención integral ás persoas sen fogar*, na revisión do *Plan de atención ás persoas sen fogar* e na aprobación do mesmo no Consello Municipal de Saúde, iniciativas todas que sorprendentemente contaron co beneplácito do grupo político actualmente no goberno da cidade, entón na oposición.

A valoración de ambos proxectos por parte da Asociación é moi positiva xa que non caen en respostas reduccionistas, afrontan a problemática dende

a óptica dos dereitos (tanto o dereito á saúde e o dereito a vivenda coma outros dereitos básicos) e contaron no seu deseño coa participación de todos os axentes implicados, tanto técnicos que levaban anos traballando con este colectivo, como coas persoas sen fogar ás que se dirixía a intervención.

Por estes motivos recibimos con tristura e decepción a noticia de que a actual corporación decidira desbotar estes proxectos e volver a solucións doutras épocas que deixaban de lado todo ese proceso participativo, as ensinanzas derivadas do mesmo e os esforzos conxuntos na liña dunha solución digna e respectuosa cos dereitos das persoas afectadas desta problemática. Para tratar de retomar a colaboración, que consideramos segue sendo necesaria, a finais do mes de setembro remitimos á Alcaldía e á Concelleira De Políticas Sociais, Saúde, Medio Ambiente e Parques e Xardíns un correo solicitando un encontro, sen obter resposta.

Pasado un tempo prudencial, volvemos a ver con preocupación as noticias de prensa que afondan na culpabilización das persoas sen fogar, na insistencia en solucións simplistas e respostas coercitivas (nomeadamente incapacitacións e internamentos involuntarios), nunha resposta dende a orde que insiste nos prexuízos sobre este grupo de persoas que volven a ser alleos á comunidade. Co pretexto de que a solución proposta os segregaba, se da paso a unha segregación e exclusión maior; semella que a pretensión sexa transformar a fronteira psicolóxica que xa existe, na que estas persoas están privadas de dereitos de cidadanía, nun muro real que é o que se conseguiría a través dos procedementos de incapacitación indiscriminados.

Dende o noso saber profesional, o respecto polo público e a consideración dun modelo comunitario coherente coa planificación existente a nivel autonómico, tanto para saúde mental coma para a abordaxe do senfogarismo, insistimos en que existen modelos de intervención axeitados para afrontar esta problemática e experiencias frutíferas e de longa data noutras cidades e países, algunhas das cales foron presentadas nas sucesivas xornadas sobre a situación das persoas sen fogar de Compostela, aportándose datos concretos sobre a súa efectividade e implementación.

Ao abandonar estes proxectos e ignorar de modo deliberado a opinión dos técnicos responsables do seu deseño e indirectamente a todos os profesionais e entidades que participaron no proceso previo, a corporación muni-

cipal está abandonando a este colectivo e ademais actuando en contra das recomendacións tanto da *Estratexia Nacional Integral para as Persoas sen Fogar 2015-2020* como do recentemente aprobado *Plan de Atención ás Persoas Sen Fogar en Galicia 2019-2023* que considera, entre outras medidas, o “aumento de prazas de aloxamento media-longa estancia sen proxecto condicionado” que era co que se dotaba a Santiago de Compostela ao continuar co planificado.

Santiago de Compostela, 6 de novembro de 2019

Xunta directiva da AGSM-AEN.

Valoración da AGSM-AEN en relación á ficha de seguimento da visita realizada ao Hospital Psiquiátrico de Conxo

Os días 29 e 30 de novembro do ano 2017 a oficina do *defensor del pueblo* realizou unha visita ao hospital psiquiátrico de Conxo coa finalidade de estudar o seu funcionamento, detectar deficiencias e propoñer melloras¹. Dous anos despois, publica a ficha de seguimento² onde dá conta do estado das conclusións, das resolucións emitidas e das medidas postas en marcha polo servizo galego de saúde. Poden agruparse en tres grandes epígrafes.

1.- Medidas coercitivas: contencións mecánicas, internamentos involuntarios e o seu rexistro e seguimento³.

O Sergas aceptou a necesidade de formalizar un sistema de documentación e arquivo das historias legais e administrativas dos doentes pero, a día do hoxe, non está en funcionamento.

Esta medida deriva da necesidade de poñer especial atención e coidado en todo aquilo que garde relación coas medidas xudiciais nas que repousan os internamentos involuntarios. Son, polo tanto, actuacións que gardan relación cos dereitos fundamentais e coa ética, e, en consecuencia, deben afrontarse con urxencia e seriedade. No mesmo sentido, con calquera actuación encadrada na coerción débese ser especialmente minucioso e só o axeitado rexistro das mesmas permite analízalas, visibilízalas e proceder a un plan que teña como obxectivo a súa desaparición.

2.- Modelo asistencial.

O centro reflicte as deficiencias globais na asistencia ao formar parte dunha rede de saúde mental. A proporción elevada de doentes en réxime residencial derívase das insuficiencias nesoutros recursos que favorecen o mantemento e o retorno do usuario á comunidade. A presenza dunha soa psicóloga clínica, o sinalamento de sobremedicacións, a elevada taxa de incapacitacións e curatelas (con escasas vistas dos tutores), as estadías medias prolongadas, a escasa participación dos doentes no funcionamento do centro, as recomendacións ao redor dos horarios das comidas, as poucas actividades

dirixidas a unha mellora da autonomía, a ausencia de reunións de equipo e de plans de rehabilitación... están a falar dun hospital que deba ter unha función principalmente rehabilitadora e que tende a unha función residencial para doentes graves. Debera procederse a unha análise de tal gravidade, tanto dende unha perspectiva transversal (é dicir, como mellorar a situación clínica dos usuarios en termos dos seus síntomas e do seu funcionamento) como lonxitudinal (analizando o percorrido da súa enfermidade e dos recursos asistenciais aos que tiveron acceso ao longo da súa historia vital).

3.- Instalacións.

O estado do centro é unha paisaxe que pode captar calquera mirada, non se precisa coñecemento nin saber específico para describilo. Aínda máis, é a mirada profana a que con maior seriedade dá conta das deficiencias graves: goteiras, humidades, fiestras en mal estado, frío, habitacións triplas, paredes coa pintura esconchada, corredores estreitos...

Non é algo que estea en discusión, o edificio é un desastre e debe procederse ao seu arranxo. O seu estado actual reflicte desleixo, condena aos seus residentes a unha habitabilidade precaria, del non emana preocupación polo coidado e rodea aos seus habitantes dun entorno que transmite precisamente todo aquilo que sitúa ao sufrimento mental na marxinação social. Cómpre engadir, que na historia da rede hospitalaria do Sergas repetíronse estas situacións de abandono nos hospitais psiquiátricos, amosando diferencias de longa data respecto aos hospitais clínicos ou ás unidades de agudos, nun agravio comparativo que converte ás persoas ingresadas en cidadáns de segunda categoría. Neste tipo de instalacións é doado observar un estigma que procede das institucións públicas, as mesmas que adican tempo e discursos a falar do estima social da enfermidade mental.

Dende a AGSM queremos amosar a nosa preocupación por que, dous anos despois do devandito informe, aínda non se procedera a corrección das deficiencias funcionais e estruturais no hospital psiquiátrico de Conxo. Urximos a administración sanitaria para que, á maior brevidade e coa maior das decisións, se poña ao que se ten que poñer. Son cousas concretas, observables, que xa están por escrito e das que se derivan consecuencias na saúde e na dignidade das persoas.

XUNTA DIRECTIVA DA ASOCIACIÓN GALEGA DE SAÚDE MENTAL

NOTAS

- ¹ <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/visita-al-hospital-psiquiatrico-de-conxo-en-santiago-de-compostela-a-coruna/>
- ² https://www.defensordelpueblo.es/gestionDocumentalWS/rest/matrizSeguimientoMNP/1702_5032
- ³ <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/visita-al-hospital-psiquiatrico-de-conxo-en-santiago-de-compostela-a-coruna/>

Tiburcio Angosto Saura

Federico Menéndez Osorio

Javier Pérez Montoto



Me cruzas muerte, con tu enorme manto
de enredaderas amarillas.
Me miras fijamente.
Desde antiguo
me conoces y yo a ti.
Lenta, muy lenta, muerte en la belleza
tan lenta del otoño.
Si esta fuese la hora
dame la mano, muerte para entrar contigo
en el dorado reino de las sombras.

José Ángel Valente

Tibur nos ha dejado. Se nos ha ido. Nos ha dejado un legado y un ejemplo a seguir... y un inmenso dolor y vacío.

Se ha ido después de una larga andadura profesional, que comenzó como MIR en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo, donde ya mostró su compromiso y su lucha por una psiquiatría emancipadora, libre, antimanicomial y defensora de la dignidad y los derechos del llamado enfermo mental.

Pasó los siguientes años en el Hospital Psiquiátrico del Rebullón y en los Servicios de Salud Mental de Vigo, donde llegó a ser Jefe de Servicio y donde se jubiló.

Su compromiso y coherencia ética y profesional le llevó a ocuparse de tareas de gestión y planificación en Salud Mental Comunitaria, que defendió

con ardor y se mostró consecuente con ello, ocupando, por breves periodos de tiempo, los cargos de dirección de los Servicios de Salud Mental en las Autonomías de Murcia y de Galicia.

Desarrolló y propició en dichos servicios, nuevos enfoques y dispositivos asistenciales basados en el modelo de la psiquiatría y salud mental comunitarios, siguiendo e impulsando las líneas de la Reforma Psiquiátrica de la ley de Sanidad y el Decreto de Salud Mental de la Xunta de Galicia.

Fue, asimismo, consultor temporal de la Organización Panamericana de la Salud (OPS - OMS).

Su inquietud y apertura intelectual le hizo desarrollar una formación clínica amplia y diversa, que abarca los saberes y conocimientos que van desde la psicopatología clásica y del alienismo, hasta los enfoques psicoanalíticos y psicodinámicos, así como el campo de las neurociencias.

Participó activamente en congresos, cursos, jornadas, seminarios, etc. De todo ello dan cuenta los numerosos artículos y publicaciones en diversas revistas científicas y libros. Fue director de la revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y formó parte del consejo de redacción y asesor de otras varias revistas de salud mental.

Comprometido con la formación y en la ardua tarea de transmitir los conocimientos en salud mental, estimuló, formó y se ocupó de promover y organizar cursos, seminarios, debates y actividades abiertas para los distintos profesionales y trabajadores de los equipos y centros de salud mental. Divulgación y formación que extendió a las distintas asociaciones de pacientes, familiares, medios de difusión, etc. etc.

Dada su amplia mirada, apertura e interés, su inquietud intelectual y creativa le llevaba a participar en tertulias literarias, cine, o de otros actos culturales y sociales. Para él, nada de lo humano le era ajeno.

Pero no es únicamente destacable esta especie de abreviado currículum, que le valida y hace hincapié en su rigor y competencia profesional como clínico, sino que lo es más, su humanidad, su sencillez, su honradez y su disposición y entrega a todos cuantos le necesiten.

No había en él pretensión vana, ni jactancia, ni postureo al uso, ni falsa

erudición, ni chalaneo con las ideas y los principios. En todo su hacer y estar, dominaba la modestia, la firmeza de sus convicciones, el espíritu abierto y acogedor, buscando acuerdos y encuentros, todo ello con la bonhomía que le caracterizaba.

Su cariño y afecto más profundos, los compartía con sus seres queridos, Marisú y Mar.

Su lealtad abarcaba a sus amigos, de cuya amistad y fidelidad no había duda y de la cual hemos quedado huérfanos. Echaremos en falta su estar ahí, su saber escuchar, compartir, reír, disfrutar de la buena mesa y del buen vino, las discusiones futbolísticas, las tertulias y los viajes...

El mismo día que nos dejaba Tibur, se iba también José Luís Cuerda. Quiero imaginármelos, con el humor surrealista de Cuerda y la afición cinéfila de Tibur, que cuándo amanece –que no es poco– estarán ya montando una divertida tertulia lúdica y báquica, para disfrutar y divagar sobre cine, literatura, vinos, política... y comentar en la distancia todo cuanto ocurre por aquí abajo. Oigo la risa de Tibur, franca, contagiosa, espontánea, abierta, sincera y limpia, como su corazón, magnánimo y grande.

Nos deja un vacío lleno de nostalgia y dolor. Nos lega su obra y su ejemplo. Queda coger el testigo y darle continuidad, será el mejor homenaje y ofrecimiento que podemos hacerle. Siempre quedará entre nosotros.

Febrero 2020

Hablando de Pepe García tras su fallecimiento el día 23 de Marzo de 2020

Begoña Olabarria

Francisco Torres



Dice María Moliner que un obituario es el “libro parroquial en que se anotan defunciones y entierros”. Por eso nosotros no queremos escribir así el del Dr. José García González, el de Pepe García.

La crisis del coronavirus y su implacable y necesario aislamiento nos ha negado la oportunidad de un último encuentro, de una despedida, y a cada momento percibimos su ausencia o tal vez un modo de presencia invisible que nos impulsa a un diálogo que, siendo imposible, nos dirige hacia vosotros.

Queremos presentarle para quienes no le conocisteis y, sobre todo, queremos hablar en su honor (ahora que por su fallecimiento no puede impedirnoslo), para compartir la tristeza con muchos de los que leeréis estas palabras en un espacio de encuentro, lo que al fin es esto: uno entre tantos. Espacio que tal vez no sea el último y que está de algún modo participado por él. Pepe García ha sido un creador de “espacios”, en numerosas ocasiones claves. En ellos había pensamiento, debate, reflexión compartida, búsqueda de verdad y coherencia hacia la acción... es probable que sean muchos los contenidos de valores y discursos referentes que fueron participados y liderados por él, junto con unos pocos en su conformación, discursos que después se iban trasladando y asumiendo, trabajando de manera anónima, convirtiéndose de manera “natural” en patrimonio de muchos.

El día 23 de marzo ha fallecido en Oviedo. Y ahora nos sobreponemos al pudor que tanto le caracterizaba para hablar de él, de su obra, de su acción, de su vitalidad intelectual y de su compromiso con los seres humanos frágiles y oprimidos sin acceso a la condición de sujeto de derechos; de su apuesta permanente a lo largo de su vida por desarrollar los cambios imprescindibles en la atención a la Salud Mental, en la Sanidad y en los Servicios Sociales. Una apuesta permanente, activa hasta el final, junto con su otra apuesta íntima e intacta: por sus seres queridos, por su familia; y también por sus amigos y por sus compañeros de los diferentes contextos en que desarrolló sus construcciones de pensamiento y acción.

José García González, nacido en Asturias en 1938, se licenció en Medicina en la Universidad de Salamanca, realizó la formación de especialista en Psiquiatría en el Hospital de Valdecilla, Santander. Más tarde trabajó y se formó en los hospitales PsychiatrischesLandeskrankenhaus de Marburg y en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Giessen, en Alemania, donde conoció a Gerda Vogedes, su mujer. Tuvieron dos hijos y tenía dos nietas a las que también entregaba su afecto a raudales.

En 1969 se incorporó como psiquiatra adjunto al Hospital Psiquiátrico de Oviedo. Un terrible y viejo manicomio donde, como era frecuente entonces en el resto de España, las condiciones de vida, de asistencia manicomial, de anulación de la condición de sujeto de derechos de las personas ingresadas. En pleno franquismo, la experiencia termina con la expulsión de los MIR, entonces becarios, por reivindicar un contrato laboral. La mayoría de facultativos del hospital fueron también despedidos por apoyarles, Pepe García entre ellos. Algún tiempo después fue contratado como jefe de servicio en el Sanatorio Psiquiátrico de Conxo, en Santiago de Compostela. Allí se enfrentó una vez más con los trabajos en pro de la transformación manicomial y el desarrollo de prestaciones en la Comunidad, lo que culminó de nuevo con su despido en 1975, junto con otros médicos, con residentes y personal técnico de la plantilla.

En 1979 obtuvo el grado de doctor por la Universidad de Granada, bajo la dirección del ilustre historiador de la Medicina, Luis García Ballester y con la tesis "Psiquiatría y cambio social". Tras ello se incorporó como Adjunto al Servicio de Psiquiatría de la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social de

Oviedo. En 1982 en el primer gobierno democrático del Principado, en la Consejería de Sanidad dirigida por Juan Luis Rodríguez Vigil, ocupa el cargo de Director Regional para la Reforma de la Asistencia a la Salud Mental en Asturias. Ambos se mostraron decididos a poner en marcha la complicada Reforma Psiquiátrica en Asturias. La cual estuvo siempre ligada a las vanguardias europeas lideradas por Basaglia, siendo uno de los referentes claves en España. La reforma asturiana terminó siendo reconocida como modelo de referencia para la OMS. La reforma implicó el progresivo desmantelamiento del psiquiátrico de La Cadellada, compartiendo con Franco Basaglia que “la libertad, es terapéutica”. En paralelo hizo surgir los centros de Salud Mental comunitaria en todo el territorio, una unidad de hospitalización en el Hospital General, donde prevalecieron la escucha y el respeto a los derechos de las personas con enfermedad mental. Introdujo el trabajo en equipo, e impulsó la rehabilitación, y con ello el desarrollo progresivo de pisos ‘tutelados’. Dando con ello lugar a un salto conceptual en la praxis, en la libertad, en el respeto a los derechos, en la clínica y sus modelos y en el pensamiento psicopatológico. Un esfuerzo denodado, exitoso y pionero que hubo de enfrentar múltiples resistencias corporativas e ideológicas, convirtiéndose en uno de los referentes claves del país.

En 1983 fue elegido Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, cargo que desempeñó hasta 1986 sosteniendo las líneas que habían ido elaborando los pensadores y protagonistas de conflictos psiquiátricos durante el franquismo y de los procesos de Reforma Psiquiátrica y de construcción de modelos de servicios territoriales con recursos de atención comunitaria interdisciplinar, lo que impulsó de manera relevante. Desde su responsabilidad de gestión en Asturias, en 1983 puso en marcha el primer Programa PIR del Estado. Un Programa novedoso y audaz semejante al de los MIR, si bien introduciendo elementos nuevos y significativos: Un programa de formación referente publicado y tutorizado en equipos interdisciplinarios. Fue clave para la creación oficial de la especialidad de Psicología Clínica en 1998.

También en 1983 se creó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, presidida por el Subsecretario del Ministerio de Sanidad, Pedro Sabando, que elaboró el correspondiente Informe Ministerial, publicado en 1985, clave en

los señalamientos de dirección estratégica de los cambios para la superación del Hospital Psiquiátrico y la conformación de un modelo de Salud Mental Comunitaria. En ella participó aportando su lucidez y experiencia.

Por su compromiso continuo con la construcción del cambio necesario en el país, durante los 90 se hizo cargo la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno asturiano que presidió Juan Luis Rodríguez Vigil. Su gestión se dirigió a la planificación sanitaria y a la creación de la primera ley de Servicios Sociales del Estado que establecía un marco objetivo de prestaciones y de planificación de los servicios buscando la coordinación sociosanitaria.

Como profesional de la Psiquiatría, su trabajo como Director de Centro de SM de Oviedo había sido significativo en la conformación estratégica de la acción comunitaria del equipo multidisciplinario. Y su vuelta posterior a la responsabilidad como Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Central de Asturias supuso otra vuelta de tuerca en la concepción y en la praxis de su trabajo.

Es decir, Pepe García ha sido alguien a quien sus múltiples tareas, funciones, responsabilidades, cargos, aportaciones y escritos desarrollados durante más de 50 años no sólo no le han apartado de sus áreas de interés, sino que las ha vertebrado y potenciado a través de una trayectoria vital y profesional rica y apasionada, ejercida con inteligencia y mesura en los ámbitos de la clínica psiquiátrica y psicoterapéutica (tenía una formación reglada en Terapia Sistémica), asistencial, de formación e investigación, así como de creación de redes de servicios. Todas con sentido, direccionalidad y oportunidad contrastada con la búsqueda de soportes a los derechos y la autonomía de los pacientes en una Sanidad Pública y unos Servicios Sociales modernos, atendiendo siempre a las necesidades de la población, con un diseño riguroso. De hecho, muchos han destacado sus decisivas contribuciones en cuestiones claves que cambiaron la atención sanitaria y los servicios sociales en Asturias y contribuyó a hacerlo en España y en otras partes del mundo.

Creemos que tal vez sólo entre algunos de nosotros, de los que hemos compartido con él espacios de trabajo, debates y conversaciones, hemos admirado algunas otras de sus capacidades o de sus valores, propias de su excelencia humana.

Esta excelencia era auténtica, pero teníamos nosotros, los otros, que descubrirla, porque él no la exhibía. Se podían apreciar destellos de ella, como su afabilidad, su trato cercano y a veces efervescente, al tiempo que medido, cálido y cordial. También era notable su esfuerzo sostenido y auténtico desde la agudeza en el pensamiento y en la palabra, y la erudición sin ostentación alguna por su ejercicio hacia el debate, a la polémica o tal vez mejor, a la crítica. Siempre abierto, también a la duda, enfrente de cualquier dogma (que suelen contener poderes espurios) compartiendo con Leonardo da Vinci que “quien invoca la autoridad en una discusión, no hace uso de su inteligencia, sino más bien de su memoria”.

Pero más aún, siempre buscaba ejercer el mensaje de la serenidad y lo hacía con cautela y con respeto y tolerancia. Estaba contra el daño generado por los intereses, a veces poderosos, que injieren en la atención a la Salud Mental, a la Sanidad Pública y a los Servicios Sociales.

Fue inmune a los dogmáticos y a los poderosos que creen reinar sobre el saber. Por ello arrastró riesgos y costes personales a lo largo de su trayectoria, porque el ejercicio de la acción reflexionada como referente al servicio del cambio sobre las condiciones para la vida autónoma como sujeto de derechos de los fragilizados, no suele estar exento de ellos.

Dispuso de una capacidad de pensamiento y de acción que no sólo fue siempre cuidadosa en relación a los objetivos, procesos y lapsos temporales, sino que al mismo tiempo era crítica y contenedora de interrogantes. Algo que nos parece infrecuente en este país donde abunda el pensamiento dogmático, el ejercicio simple y dicotómico y los sinuosos diseños de planes que establecen como centrales los objetivos oscuros al servicio de intereses contrarios al cambio. Pero donde también abunda la decisión, el saber y la búsqueda de los cómo para dicho cambio; la definición de objetivos colectivos y de alianza entre muchos para ello. Su liderazgo, tanto funcional como en tramos de su trayectoria en la gestión pública, parecía surgir de esa manera natural y única que conocíamos marcando la direccionalidad y la reflexión compartida.

Creemos poder decir que el perfil de Pepe conformó una especie de línea estratégica vital en él, que sostuvo también en el marco de un alarmante problema cada vez más perceptible entre nosotros: la disociación entre jui-

cio ético y acción efectiva. Una disociación que él no ejercía, por más que su uso se generalizaba a su alrededor. Y es que, por obviedad, no todo lo que parece crítica lo es ni todo vale, aunque se esconda entremezclado y detrás de “las grandes palabras” de discursos con apariencia de éticos y presentados como progresistas.

Y esa suerte nuestra de compartir con él algunos espacios fructíferos la tuvimos hasta el final con su participación activa e implicación en el grupo de, quienes viniendo de diferentes lugares de España a Madrid, elaboramos juntos la "Declaración de Atocha en defensa de la atención pública a la Salud Mental"; o en un libro colectivo de próxima publicación o en el que acababa de finalizar, ha dejado su pensamiento y no ha tenido tiempo de verlo en sus manos.

Siempre y de nuevo, sus ideas, sus análisis, sus propuestas, su experiencia, su saber, su responsabilidad, su cordialidad, su autenticidad, su compromiso podrán ser admirados en el libro que pronto verá la luz.

Pepe, descansa en esa paz que ha sido tan bien ganada.

Entre Madrid y Granada, 28 de Marzo de 2020

Con el *Siso-Saúde* a punto de publicarse, en nuestra geografía humana se instaló un virus y un confinamiento. Por tal motivo, nos parecía necesario incluir en este número algunas reflexiones alrededor de la salud mental y lo social, en un momento de crisis sanitaria y en el que asoman algunas consideraciones alrededor del sufrimiento y las formas de abordarlo que vuelven a ser lo de siempre: la enfermedad, el trauma, los expertos...

El siguiente texto se corresponde con la participación de Ramón Area Carracedo en el webinar que la AEN organizó en su canal youtube, con el título "Relatos víricos".

INTRODUCCIÓN

INICIO: Una fenomenología del comienzo tal vez nos lleva a situarnos en el puro *acontecimiento*, en lo que sucede, en lo que se presenta como acción y nos coloca en la pasividad de la víctima o el testigo. También en una aprehensión a través fundamentalmente de lo visual y que atrapa la mirada. Es el afuera entra por los ojos para constituirse en experiencia y pura descripción.

La forma en que se engarzan ser y mundo toma la forma de *urgencia* y de *obligatoriedad*, nos domina lo exterior, y lo emocional parece responder a una lógica de la causalidad física.

Por ejemplo, epidemia vírica que causa muertes, con alta tasa de contagios, con colapso del sistema sanitario, que viaja por el mundo y que desencadena miedo e indefensión en los ciudadanos.

CRISIS: Sin embargo, todo acontecimiento se constituye en vivencia. Así, la epidemia es una crisis y el protorrelato inicial incorpora el *sufrimiento* y el *dilema* como primeros elementos de lo psicológico. El padecer y el hacer son elementos que ponen ya en juego la subjetividad y el relato.

CONFLICTOS: El relato nos sitúa delante de la *historicidad* (el antes, el después, el presente) ante la necesidad de engarzar los hechos, de entender lo que está sucediendo, de intentar conocer que nos depara la actual situación o cómo saldremos de ella. Al tiempo, ese hilvanar trae al relato los elementos conflictivos que están en juego, lo consciente y lo inconsciente, lo silenciado y lo hablado, lo dicho por unos y por los otros, las hermenéuticas posibles y las impuestas. Además de sufrimiento y dilema, está presente una *dialéctica* que reposa en lo que está en conflicto, tanto en el seno del individuo como de la sociedad.

1. la aparición de la muerte: en una epidemia irrumpe la condición de seres finitos, aquello que es consustancial al vivir pero que debe permanecer por fuera de la conciencia individual y colectiva, en ese juego necesario de lo que se sabe y lo que no, de lo que se reconoce como propio y, al tiempo, se sitúa en los demás. Las ventanas de los domicilios clausurados son también las pantallas desde donde constatar que la muerte está en otra ciudad, en otro barrio, en las unidades de cuidados intensivos, en la curva y las estadísticas diarias. Es una aparición en lo ajeno pero que nos recuerda, irremediablemente, que también somos el otro.

2. la plaza pública: Constantemente se señala la importancia de lo público en una pandemia (para referirse a la sanidad, a los servicios sociales...). Pero hay otra acepción de lo público, el *ágora*, donde la gente charla, donde está presente la casualidad, el encuentro súbito entre personas, la conversación anecdótica, el mirar del *flâneur* (que, como decía Aute, pasaba por allí) o los momentos en que, sin previo aviso, se presenta alguna realidad diferente a la propia (un músico callejero, un grupo de adolescentes, dos señores mayores delante de una obra, tres perros ladrando, la rama de un árbol caída).

El *ágora* y su imprevisibilidad contribuyó al nacimiento de la democracia. Dicen que el parlamentarismo inglés surgió en el pub. En todo caso,

esa manera de encontrarse con el otro, a veces caótica o desagradable, obliga a deliberar, al acuerdo, a entenderse, pone en marcha el odio pero también la empatía o la solidaridad. La pandemia transforma el ágora en un lugar de contagio pero, al mismo tiempo, sabemos que es el único lugar en donde gestar soluciones.

3. el desplome de las metáforas identitarias del capitalismo:

–**lo vírico ante lo vírico:** Existen tres grandes teorías sobre el origen de los virus. La *teoría de la regresión celular* propone que los virus fueron, en un primer momento, células que parasitaban otras células pero que, a lo largo del tiempo, fueron perdiendo los genes que no eran necesarios para su parasitismo. La *teoría del origen molecular* señala que algunos virus son fragmentos de adn o arn que se separaron de un organismo celular (a partir de plásmidos o de trasposones). La *teoría de la coevolución* postula que los virus surgieron junto con las primeras células complejas, constituyendo una forma de vida intermedia y dependiente de la vida celular durante millones de años.

El parásito, el viajero y el vecino son algunos de los imaginarios que surgen desde las teorías sobre el origen de los virus.

El origen teórico del virus informático debemos buscarlo en una conferencia pronunciada por Von Neuman a finales de la década de los cuarenta, titulada *El autómata reproductor*. En ella, se hablaba acerca de una posibilidad futura: un organismo mecánico que causase daño, pudiera replicarse e infectar a otros equipos de la misma manera que un virus biológico. El primer virus informático fue el programa *Creeper*, diseñado en la década de los setenta. Su creador pretendía demostrar la posibilidad de crear un programa con capacidad de replicarse. Un año después apareció el virus *Rabbit*, con capacidad para replicarse pero también de causar daño tras infectar a otro computador: creaba múltiples copias de sí mismo hasta colapsar el rendimiento del sistema.

Lo vírico se ha comportado como lo vírico. Es decir, el coronavirus se ha reapropiado de la metáfora que lo había relegado a puro pasado, a antigualla cuya única función era sustentar un nuevo sentido (lo viral) en medio de un nuevo mundo (lo virtual).

La fiebre, la muerte o la insuficiencia respiratoria han corroído el orden

mundial para colocarnos en la pura perplejidad delante de lo humano como organismo y del planeta como lugar de vida. Es como si dijésemos: pero entonces, ¿seguimos siendo esto?

–**la virtualidad:** Vivíamos en un sistema sociopolítico (un ecosistema ideológico) que precisaba de una creencia compartida en la infinitud para así sostener un funcionamiento basado en el intercambio masivo como motor económico. La virtualidad es ese otro mundo en el que es posible la *inmediatez* (subvertir el orden del tiempo), la *globalización* (subvertir el orden del espacio) y el *individualismo* (subvertir el orden del vínculo y la dependencia). Lo vírico nos ha obligado a lo virtual para comunicarnos, para saber de los nuestros, para pedir una compra al supermercado o consultar lo que está permitido y lo que no en el mundo real. Y así, lo virtual volvió a ser, sobre todo, *apariencia*.

–**la productividad en movimiento:** El mundo siempre estuvo definido por una ambivalencia esencial. Es el hogar del ser humano pero, al mismo tiempo, un envoltorio hostil en el que anida el sufrimiento y la muerte. La propia idea de civilización parece asentarse en una utopía de dominación en la que el concepto de progreso no es más que el intento de apropiación absoluta del hábitat. Si en el origen de la especie existió una idea de madre-naturaleza, quizás en el presente ha sido completamente sustituida por la idea de naturaleza-producto.

El coronavirus ha viajado como viajan los seres humanos: en minutos y de punta a punta. Ha colonizado turistas, hombres de negocios, excursionistas del Imserio, estudiantes desplazados o hinchas fieles a su equipo de fútbol. Ha encontrado un mundo en el que todo debe estar en movimiento perpetuo (personas, capital, inversiones) para así generar una plusvalía. Es un virus que se replica gracias a un mundo que especula con lugar y tiempo. El aquí y el allí, el ahora y el después... se definían no solo por la distancia o la sucesión, sino en cuanto a localizaciones y temporalidades que permiten un enriquecimiento basado en el desplazamiento de personas y mercancías.

–**Los bajos fondos:** lo infeccioso pertenecía al mundo de la contaminación, de la alcantarilla, de las heces y los orines. Las epidemias sacaban a la luz esa parte de la humanidad que permanecía oculta y bajo tierra. Sin em-

bargo, la epidemia del coronavirus no guarda relación con lo sucio. No es esa la debilidad humana la que desvela. Las ciudades europeas o chinas son ciudades más o menos limpias, no hay problemas con las aguas residuales o la acumulación de basuras. Las megaciudades del planeta son lugares de hacinamiento que favorecen la transmisión del virus, pero también lugares hostiles a todo ser humano que no participe de la productividad infinita. Las urbes, lugares de concentración de habitantes, contienen a su vez hipolugares destinados a los que no siguen el ritmo frenético de la vida. Pese a un relato que afirma que la epidemia afecta a todos por igual, los datos insisten en diferencias de clase, en diferencias entre lo rural y lo urbano, en diferencias entre viejos y niños.

La flaqueza biológica desnuda las debilidades sociales relacionadas con la vulnerabilidad socioeconómica, las formas de vida y el cuidado de los mayores.

¿QUÉ FORMAS DE RELATOS PODEMOS ESCUCHAR SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA PANDEMIA?

UNO / EL CONFINAMIENTO

Una población puede aceptar un confinamiento preventivo por diferentes motivos. Quedarse en casa tiene que ver con la dimensión social del ser humano, con la aceptación de una ley, con el bien común, con lo que cada uno de nosotros debemos hacer para así contribuir a la solución de una catástrofe global. Los ciudadanos ponen en cuarentena el individualismo o, si se prefiere, las pulsiones de satisfacción más egoístas.

El altruismo o la empatía, como parte de nuestro acabado personal, son algunos de los determinantes que permiten esta salida hacia el bien común.

Quizás sea Sócrates el ejemplo histórico que da cuenta de una aceptación extrema de esta dimensión social del ser humano. En el año 399 a.n.e. fue acusado de impiedad a los dioses y de corromper a la juventud. Fiel a su conciencia, respetó la decisión injusta de Atenas. Bebió la cicuta¹ y renunció a eludir la sentencia, pese a que tuvo oportunidades para hacerlo. Sin embargo, esta ejemplaridad socrática suele ser ejemplo por su excepcionalidad y, por ello, en todos los lectores del *Fedón* siempre asoma esa otra dimensión ante la amenaza y que el personaje parece fue capaz de trascender¹.

El confinamiento es también un encerrarse por miedo a la enfermedad, al sufrimiento, a la muerte. El miedo (cuando se relaciona con las angustias más primitivas) posee una *espacialidad* social particular, diferente a la observable en el altruismo o la solidaridad. Parece obligar a una salida del individualismo pero a través de una reconfiguración profunda de la estructura del yo/mundo. Si tengo que definirla, quizás diría que en la emergencia ante un contagio, desaparece la *segunda persona* (es decir, el tú, el vosotros). Sustenta, en cierta manera, la expresión “distancia social” que emplean asiduamente las autoridades sanitarias (y que me disgusta casi tanto como “nueva normalidad”).

En la psicología del desarrollo es frecuente la mención a Winnicott y su propuesta de un *tercero*: la aparición en el niño de un espacio transicional, el mundo del juego, del como si y de la representación, de un lugar donde se permite el nacimiento de algo intermedio entre el yo autista y los demás como amenaza persecutoria. Paradójicamente, en esta geografía de confinamiento, asistimos a una puesta en duda de lo *segundo*. Es decir, la identidad que surge desde el miedo traza una escisión entre la seguridad y el peligro. La seguridad se busca en los de casa, en esos otros que también son un yo por ser un nos-otros. El peligro está en ellos, en los chinos, las ratas contagiosas o los que vienen de Madrid.

Hay un matiz alrededor del contagio de personal médico al principio de la epidemia que me parece muy revelador. Se trabajaba con la dificultad de estar delante de algo imprevisto y desconocido, en el desastre de la escasez de material de protección. Hubo, sin embargo, un contagio importante *entre* profesionales, ya que si bien ante los etiquetados como pacientes se intentaba, a pesar de la precariedad, tomar precauciones, no así entre los sanitarios, cuando se encontraban por los pasillos o se reunían para analizar la situación general o comentar un caso concreto. Hay algo atávico y propio de las dinámicas del miedo que impulsa a funcionar estableciendo un nosotros/seguro y un ellos/peligro, a pesar de ser incierto y estar por

¹ Sorprende que en la descripción que Platón hace de la muerte de Sócrates no haya referencia alguna a los síntomas de envenenamiento por cicuta (es una muerte terrible): temblores, parestias, neuralgias, delirio, alucinaciones, convulsiones, parálisis progresiva que alcanza los músculos respiratorios hasta producir asfixia en pocas horas pero sin que se deteriore el nivel de conciencia. Algunos autores han señalado que Platón habla de *farmakon* y no de *koncion*, quizás por el empleo, en las condenas a muerte por envenenamiento, de una mezcla de sustancias entre las que estaría la cicuta pero también el opio.

fuera de toda lógica racional.

Dos / LA GUERRA.

La amenaza es un enemigo y las dificultades y vicisitudes de estos días, las propias de una guerra.

La banalidad, que antes era un exabrupto sin pudor alguno por las repercusiones en el sufrimiento de las personas, se convirtió en una banalidad militarizada con capacidad total para gobernar sobre el destino de los sujetos: cualquier cosa es válida con tal de derrotar al virus.

En nombre de este bien, los ancianos mueren solos, se convierte en héroes al personal sanitario, se increpa desde los balcones a cualquiera que pasee por la calle, se deciden criterios para entrar en las unidades de cuidados intensivos o se recluta estudiantes de último curso de enfermería y medicina.

Y en nombre de este mal se justifica la ausencia de equipos de protección, los recortes a los sistemas públicos de salud, las incapacidades para gestionar la crisis, la descoordinación entre las distintas administraciones, la tasa de contagio entre los profesionales de la salud, la falta de ventiladores mecánicos y el número de camas hospitalarias para los cuidados críticos.

Asistimos a una biopolítica en la que el poder sigue siendo poder. Las instituciones no han sido capaces de ocupar su lugar. Las décadas de castración de lo público y de lo común, las ha dejado en un presente para la que se muestran incapaces de pensar, de coordinar, de substraerse a ese relato de guerra en el que lo virtuoso es obedecer (aunque no existan órdenes o éstas sean completamente cambiantes y confusas).

El líder, la institución y los cargos intermedios han aceptado que estamos en guerra. El líder dicta normas mientras su parte perversa sonríe ante la excepcionalidad que lamina los mecanismos de control y los equilibrios de poder. Las instituciones, corroídas por la melancolía, se encuentran en riesgo de desaparición como si fueran las culpables de la descoordinación y el fracaso, con dificultades para sostener un discurso que hable de la necesidad de lo público y de lo universal por encima de los mercados, los intereses corporativos y la geopolítica.

El control ciudadano durante una guerra pasa por señalar la excepcionalidad (ustedes lo que necesitan es un amo fuerte), dictar normas para

todos y por muy duras que sean (la ley más absurda es la que señala más certeramente la obligatoriedad del sacrificio) y un departamento de propaganda. El eslogan se postula como sustituto de los ritos comunitarios: el aplauso a las ocho, los mensajes de quédate en casa, el parte que recita estadísticas, las colas ante los supermercados, los militares patrullando las ciudades, las mascarillas y los guantes...

Dicen que la historia la escriben los vencedores y que quienes la desconocen están condenados a repetirla. Y creo que fue Bismark el que apuntó que nunca se miente tanto como antes de las elecciones, durante una guerra y después de una cacería.

El que cada uno de nosotros intente descifrar lo que acontece no es un acto de desobediencia. Es compartir aquello que decía Aristóteles: todos los seres humanos desean por naturaleza conocer.

No es lo mismo decir que *de esta crisis salimos todos juntos* que afirmar que *de esta crisis saldremos en conjunto*.

Lo primero es borreguismo. Lo segundo humanidad.

TRES/ EL CAMBIO

Toda crisis lleva implícita un choque existencial, una puesta en duda de lo que se tenía por seguro y con lo que se podía contar en los buenos y en los malos momentos. Las experiencias de sufrimiento y muerte hacen tambalear esos anclajes de la existencia y dejan un poso acerca de la necesidad de otra vida posible, de hacer y sentir todo de otra manera, más plena, más sincera, tal vez más feliz.

En consulta se escuchan con frecuencia estas reflexiones. En los duelos, hay momentos en que parece que todo se terminó, que lo irremediable ha hecho acto de aparición en la vida de uno: *¿Cómo puedo seguir adelante? ¿Cómo puedo encontrar un sentido?*

Al tiempo, poco después o mucho después (depende de la singularidad del sujeto y de sus circunstancias) aquello que estaba colocado en el pasado (*si lo hubiese sabido, hubiese hecho las cosas de otra manera*) se desliza hacia el presente y hacia el futuro: *ya nada será igual, me molesta cómo la gente se enreda en nimiedades, esto me va a acompañar para siempre, nunca seré el mismo*.

En ocasiones, la voluntad de cambio permanece y las personas son diferentes a lo que fueron. Hay una vivencia de estar inmerso en una experien-

cia transformadora y a algunas personas no se las puede entender sin aquello que una vez les sucedió. En otros casos, la crisis que puso bajo la sombra de la duda los cimientos de la existencia, va diluyéndose poco a poco y la reconstrucción personal parece seguir el mismo camino trazado en la infancia, volviendo a mostrarse la persona tal cual era, con sus conflictos y sus defensas, sin demasiada variación, con idénticas preocupaciones y las mismas maneras de enredarse en la trivialidad.

El cambio y su dirección siempre sorprenden. Es decir, no es algo previsible, que se pueda intuir o adivinar. Quizás sea la misma esencia del cambio: no es algo definible por su contrario sino, más bien, por lo sorprendente, lo inesperado, lo que surge de nuevo (y no solamente el reverso de lo viejo).

Los cambios sociales no tienen una relación de equivalencia con el cambio personal. Creo que no son esencialmente lo mismo. En lo personal, el cambio pertenece al vínculo, a los modos y maneras de relacionarnos. En lo social, el cambio está relacionado con el poder, con la libertad y con la justicia. Son, por decirlo de otra manera, niveles de realidad diferentes. *¿Cómo me relaciono con el mundo?* no es la misma pregunta que *¿cuáles son las leyes que rigen (o deben regir) el mundo?*

Por eso, decir que cuando todo esto termine el mundo será diferente, es una afirmación ambigua. Habrá personas para que les suponga un choque existencial y modifiquen la forma en la que interpretan el mundo (y a sí mismos). Pero si hablamos del mundo, me parece más atinado reflexionar sobre cómo cambiarán las leyes que esperar una modificación del sistema sociopolítico a través de un cambio en el espíritu colectivo. La historia, en general, nos dice que son contadas las ocasiones en que esto se ha producido.

Y la historia del capitalismo nos ha enseñado que, al igual que los virus, el sistema posee una alta capacidad de mutación.

**¿QUE OCULTAN ESTOS RELATOS? ¿CUÁL ES EL MENSAJE? ¿QUÉ VALORES HAY DE FONDO?
¿EN QUÉ LUGAR NOS COLOCA A LA POBLACIÓN?**

Decía que el acontecimiento se significa en crisis y que detrás de toda crisis siempre se agazapan los conflictos. Algunos relatos se erigen desde la consideración de la realidad como puro acontecimiento, es decir, la narrativa

se presenta desde la obligatoriedad, la urgencia y la unicidad. Cuando la salud mental se organiza y se piensa de esta manera, en el fondo regresamos a paradigmas ya suficientemente conocidos, aunque esta vez sustentados en un contexto covid.

Seguridad: El riesgo de contagio es lo que determina (por completo) los modelos de asistencia a lo mental. Este riesgo resuena a las maneras en que se organizó lo mental alrededor de otros riesgos: la disrupción, la incapacidad, la violencia o el suicidio.

Enfermedades: Volvemos a un planteamiento del orden de la enfermedad. Aunque se establezca un origen común y social del sufrimiento, sin embargo lo morboso se sitúa en el individuo y el tratamiento, generalmente farmacológico, se dirige a un organismo portador de la secuela, del trauma. Estamos, nuevamente, ante viejos conocidos: la patologización, la medicalización, la psicologización del sufrimiento, el sobrediagnóstico.

Caricatura del encuentro: se propone una equivalencia a la distancia social en el cuidado del sufrimiento. La elección del mundo digital como herramienta reposa no solamente en la cuestión del contagio sino también en cuestiones de índole económica e ideológica. En una situación aguda, ya lo sabemos, la distancia física interpersonal requerida es inversamente proporcional a los medios disponibles. En el desescalamiento del sistema de salud, esta relación se mantiene. Por ello, la llamada teleasistencia, sin más, puede convertirse en una caricatura del encuentro: el síntoma se recoge a través de un test, se envía por un cable, sale en la pantalla, se pulsa la prescripción y... el siguiente.

¿QUIÉN LOS ARTICULA? ¿DESDE QUÉ POSICIÓN DE SABER?

Considero que este tipo de *autorías* se manejan en supuestos, es decir, ideas o visiones de mundo que no se explicitan, pero que determinan poderosamente el relato. Hay como tres pulsiones que no están necesariamente separadas y que tampoco generan necesariamente un discurso idéntico.

Lo autoritario: todo lo existente se escinde entre lo permitido y lo prohibido, sin matices posibles, universal, y que toma la apariencia de una ley natural. Viene a decirnos que es necesaria la imposición a través de la ley para que

haya sentido común y cumplimiento de las normas por parte de la ciudadanía. De alguna manera parece gozar con las imágenes de los inconscientes o transgresores, estableciendo que la excepción justifica una autoridad dura. Por fuera, queda todo lo relativo a la participación y al acuerdo.

Lo individualista: la enfermedad deja un mundo de enfermos y sanos, de personas seguras y otras que son fuente de contagio. Se pierde la perspectiva social de toda epidemia y así, el egoísmo puede negar la necesidad de cualquier norma o, por el contrario, mostrarse como un ferviente defensor de todo aquello que preserva su salud y aleja de sí cualquier otro amenazante.

La experticia: el saber que se levanta desde la confusión de una crisis global es un conocimiento con aspiración de serlo sobre todo, sin cegueras parciales ni nada que no pueda ser remitido al experto de turno. En general, se despoja al sujeto y a la comunidad de cualquier forma de conocimiento.

La relación entre suceso y afectación no es un acto reflejo sino que siempre se dota de significación. Por fuera del acuerdo, la participación, el altruismo y el saber construido desde múltiples miradas, no existe una crisis en sentido estricto. Existe un acontecimiento que niega esencias de la propia condición humana.

¿CUÁL ES EL RELATO QUE QUEREMOS CONSTRUIR DESDE LA SALUD MENTAL? ¿QUÉ EC-HAMOS EN FALTA?

EL ARTE

Frente a esa definición de la psiquiatría como una especialidad médica he escuchado, en numerosas ocasiones que la clínica es un arte. Me gustaría comenzar por explorar esta cuestión, un poco más allá del contenido más aparente de la afirmación, ese que nos dice, que la cosa tiene su miga o que está involucrada la experiencia, el interés, los valores o la intuición.

Theodor Adorno en *Teoría estética* analiza lo artístico no solamente como aquello que se define desde lo bello o hermoso. El arte moderno sitúa la experiencia estética en dos ejes que le permiten constituirse como discurso social: la autonomía y la soberanía. La autonomía del arte le otorga a la experiencia estética una capacidad de erigirse como un modo de conocimiento tan legítimo como la ciencia.

Además, el arte, en cuanto soberanía, permite transgredir y romper las formas y los contenidos establecidos para poder crear lo nuevo. En esta tensión entre autonomía y soberanía reposa la capacidad de lo artístico para la denuncia, la transformación, el cambio social.

La estética de Adorno define el objeto artístico como una construcción, es decir, como una creación que surge desde lo individual y desde lo subjetivo. Su posibilidad de existir en el mundo compartido se debe a la capacidad (del buen arte) de aparecer ante los sentidos como si fuese resultado de la naturaleza. A este *como si* Adorno lo denomina mimesis. Tal imitación, además, está en una posición singular respecto a la verdad o la mentira. El objeto artístico lleva inscrito un *contenido de verdad* al reconocerse como una imitación surgida en el artista pero que aspira a una existencia que solo puede otorgar el espectador.

Periodistas, políticos y expertos han estado confinados en sus casas. Son profesiones en las que, últimamente, parece que lo tienen más fácil aquellos que prefieren el trazo grueso de la postverdad: en una frase breve caben varias mentiras y un par de ataques demoledores.

La mentira es el territorio de quien no está demasiado preocupado por explicarse y de quién no sufre demasiado por causar daño. Por ello, está cómodo en la brevedad, no le importa saltar a otro tema y tampoco se siente preocupado cuando alguien le señala que ayer dijo justo lo contrario.

Sin embargo, desmentir suele ser trabajoso. Lleva su tiempo, hay que encadenar argumentos, esforzarse en mantener una cierta coherencia, aceptar el peso del pasado y de la historia. En otras palabras, exige argumentar en detalle para ser creíble.

Tal vez, en un mundo así, nos quede como posibilidad el arte que reconforta a los infortunados y molesta a los aburguesados (Banksy). O que es, en sí mismo, un acto de resistencia (Deleuze). Quizás debamos aguardar algo de la creatividad capaz de producir instantes de comprensión, de desnudar a los reyes y de abrir los ojos a otras miradas posibles.

La clínica, en cuanto arte, tiende a llevarle la contraria a las políticas sanitarias. El seguidismo es otra cosa, probablemente una pura burocracia asistencial.

El sufrimiento se empeña en seguir su camino pese a que se le encorsete en la dsm o en los fármacos. Además, el sufrir siempre nos dice algo del

sujeto, pero también de la condición humana y de la sociedad desde el que brota. La clínica, en cuanto autonomía y soberanía, tiene la obligación de constituirse como un relato alternativo sobre el sufrimiento y los modos de cuidar.

LA CLÍNICA

Gabbard en *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica* propone una clasificación jerárquica de la angustia basada en el desarrollo emocional y cognitivo de los seres humanos desde su nacimiento hasta su madurez.

La angustia superyoica se corresponde con un malestar relacionado con la imposibilidad de cumplir un ideal interno (*no soy lo que debo o como debo ser*).

La angustia de castración se relaciona con un sentimiento profundo de incapacidad ante el desafío (circunstancia) y delante de aquellas figuras investidas de autoridad (*el que juzga mi valía*).

La angustia de separación expresa un temor a la pérdida de amor o atención (*originalmente un progenitor*).

La angustia persecutoria es un temor a que el exterior (el otro) invadan nuestro interior y lo destruyan.

La angustia de desintegración da cuenta de un miedo primitivo relacionado con la propia identidad física y corporal, un temor a perder los propios límites y a fusionarse con el exterior para así desaparecer o, una preocupación a la fragmentación del sí mismo y a la pérdida de la integridad.

Las angustias intermedias (el miedo a no dar la talla y que quienes nos rodean reparen en ello) es la propia de aquel que aguanta pese a estar a punto de derrumbarse, de pedir ayuda, de dejarlo todo y buscar ser protegido o salvado. El síntoma (un insomnio, una somatización...) se presenta como una prueba de debilidad que debe superarse, un recuerdo íntimo de la propia insuficiencia que siempre retorna pese a todos los esfuerzos por dejarla definitivamente atrás.

Esta vulnerabilidad de algunos sujetos ha permanecido en una *pax romana* durante las primeras semanas de confinamiento. Es, en cierta manera, el reverso de las patologías somáticas graves que se quedan en casa y renuncian a acudir al hospital (infartos, ictus).

La crisis económica traerá desamparo y dejará a muchas personas por fuera de aquello que les permitía, mal que bien, desarrollar un trabajo y

cobrar por ello, para, (como cualquier mecanismo de defensa) así alcanzar una cierta estabilización de la angustia.

La aparición de urgencias más básicas en donde antes solamente rondaba una cierta insatisfacción por el sentido de la vida, no siempre trae el cambio o la revolución. En demasiadas ocasiones deja parados que se sienten culpables por no tener trabajo o, como si fuese su reverso, sujetos instalados en una queja real y simbólica que dificulta mucho el hacerse cargo de la propia existencia.

El síntoma (tristeza, ansiedad, cuadros conversivos...) será esa cárcel erigida por la economía pero que algunos sujetos la sienten, en su más profunda intimidad, como merecida.

Las angustias primitivas ocupan la casa no como lugar de convivencia sino como lugar de refugio. Toda vivienda posee una pluralidad en las maneras de habitarla. La cueva originaria permitía esconderse de los depredadores y brindaba protección frente al frío o el calor extremo. Luego, los seres humanos han incluido entre esas cuatro paredes las conversaciones alrededor de una chimenea, las visitas para tomar una taza de café, las ventanas desde las que ver la vida pasar, los patios en los que se comparte vecindad, las habitaciones en donde se acuna a un bebé o se hace el amor y las camas en las que es posible estar a salvo con solo taparse y cerrar los ojos.

En las casas han permanecido personas vulnerables a las que el mundo parece dejar a su aire mientras respeten la prohibición de no salir. Ante las angustias relacionadas con el miedo a desaparecer como sujetos, a desintegrarse, a ser destruidos por el Otro... solo hay un señalamiento cuando se sitúan en un paso al acto en el orden del vínculo, o en una transgresión que les lleve a un incumplimiento de la ley.

Cuando todo esto termine puede dejarnos una organización de lo mental en la que solo existan personajes encerrados en su cuarto (sostenidos precariamente por su familia) y sujetos que ponen en riesgo a la sociedad a través de sus conductas (y que serán tratados con los mecanismos jurídico-psiquiátricos específicos en razón de su peligrosidad).

Los dispositivos intermedios se pusieron en funcionamiento (precariamente) para evitar internamientos psiquiátricos masivos y prolongados. Pero, además, también eran *intermedios* por el hecho de situarse más allá de la conducta en la manera de entender el sufrimiento psíquico, y por in-

corporar la necesidad de lo social en cualquier intervención.

La desaparición de lo intermedio en razón del riesgo de contagio y de una crisis económica será ese espejo en donde las angustias más primitivas confirmarán sus temores (el Otro quiere mi destrucción o mi desaparición) y en donde las angustias intermedias corren el riesgo de alienarse.

Confinarse y desconfinarsse (encerrarse y romper) son dos posiciones sociales (e infinitas) a las que se pueden estar abocados los sujetos más vulnerables si no hay un esfuerzo por levantar y reforzar un trato basado en lo intermedio.

LA ASISTENCIA

Mucho de lo hablado, de una u otra manera, ya estaba presente en el oficio.

–Sabemos que no es lo agudo de las emergencias reales y generalizadas, donde emerge preferentemente la sintomatología mental. Hay una demora temporal entre las circunstancias adversas y psicopatología, que se corresponde con el proceso singular de construcción simbólica de lo acontecido en cada sujeto, con los efectos perjudiciales en la constitución o derribo de un sentido de mundo y de vida, y a la entrada progresiva de las circunstancias deletéreas en el mundo del vínculo y de las relaciones interpersonales.

–Hace falta también tener en cuenta que la vulnerabilidad es un hecho complejo resultante de la acumulación de órdenes y registros distintos, dotados de un ritmo propio, y donde deben incluirse, sin duda alguna, las consecuencias económicas y de empobrecimiento que seguirán a esta crisis sanitaria.

–De la consulta telefónica y, con carácter general, de la llamada teleasistencia, se pueden encontrar referencias a diferentes estudios que, a pesar de los años transcurridos, siguen a proporcionar una evidencia no definitiva acerca de su utilidad: la videoconferencia o la teleasistencia no es lo mismo para todas las patologías o todos los grupos de edad y, tampoco es el incluso que las llamadas o los mensajes electrónicos. Por eso, más allá de una discusión alrededor de artículos también es procedente una reflexión epistemológica acerca de la tecnología en la comunicación humana y de la situación en la que estamos.

–El medio es el mensaje: no todo puede (ni debe) ser hablado en cualquier lugar, de cualquier manera y a través de cualquier instrumento. La pantalla o el teléfono son encuadres que permiten unas posibilidades de comunicación e impiden otras.

–La accesibilidad no es una propiedad ubicada únicamente en el registro de la realidad. La accesibilidad es una cuestión simbólica y política: las llamadas se cortan entretanto que las entrevistas se finalizan, los usuarios pueden ser *premium* o en situación de pobreza tecnológica.

–El coronavirus, además de ser una emergencia sanitaria, lleva camino de convertirse en un paradigma, de manera semejante a otras enfermedades que, en momentos históricos, se irguieron como prototipos de todas las enfermedades, por el éxito en su tratamiento o por la gran morbimortalidad que supusieron.

El Covid-19 pertenece al grupo de las enfermedades infecto contagiosas y, por tal razón, los elementos centrales en la forma de comprenderla y abordarla, incluyen una causa clara, la importancia de la prevención, los cuidados médicos como forma predominante de tratamiento, la cura se define por la remisión de síntomas, una homogeneidad en los casos (a pesar de haber distintas formas evolutivas de acuerdo a un criterio de gravedad, lo cierto es que todos los casos se parecen mucho), la suspensión en aras de la curación urgente de los aspectos subjetivos del enfermar, la escasa influencia de los patrones relacionales en su presentación (no así de los culturales).

Sabemos que las enfermedades son distintas desde un punto de vista ontológico. Lo infeccioso es un modo del enfermar, como lo es, por ejemplo, lo reumatológico o lo mental. Y también sabemos que las respuestas asistenciales de mayor éxito tratan de dar cuenta de estas maneras diferentes por las que la enfermedad se expresa en el enfermo.

–El sufrimiento mental no se corresponde con un esquema de consulta individual y hospitalización. Los síntomas no remiten por completo con un tratamiento farmacológico. No es esperable la aparición de una vacuna. Depende en gran medida de cuestiones que tienen que ver con las relaciones entre las personas, empeora con la pobreza, precisa de intervenciones por fuera de lo individual (grupales, familiares).

En general, necesita de toda una serie de recursos y dispositivos que

conforman una red en la que dar respuestas a todas las necesidades derivadas del sufrimiento y en todos los momentos evolutivos.

–Los centros de salud y los hospitales, en cuanto lugares de aglomeración, son paisajes de contagio. Se hace necesario mejorar la arquitectura asistencial, poner a disposición de usuarios y profesionales elementos de protección. Apostar por una mayor participación ciudadana en las decisiones que afecten a su salud no va a incrementar el riesgo epidémico sino todo lo contrario. Dotar adecuadamente de personal los servicios y así rematar con las salas de espera atestadas y el volumen de casos que se atienden en una jornada, contribuye a que las epidemias infecciosas vayan mejor. Apostar, decididamente, por la atención domiciliaria, tiene efectos beneficiosos en el sufrimiento y en las posibilidades de mantener el contagio alejado.

–Lo glocal: lo global y lo local se han presentado en discusiones alrededor del territorio (provincia, área sanitaria, comarca, comunidad autónoma, estado, estructuras supranacionales). Quizás esta consideración pueda contribuir a redefinir el debate entre lo hospitalocéntrico y la atención comunitaria: lo glocal, aquello que da cuenta de los problemas globales a través de su entendimiento y su resolución en lo local. Creo que se hace necesario empezar a hablar de un *ecosistema asistencial* como manera de incorporar lo social en las enfermedades, el sufrimiento y las respuestas públicas de salud. La salud mental debe incluir de manera decidida una dimensión ecológica.

–El problema de lo sucedido en las residencias de la tercera edad no guarda relación alguna con la asistencia a los problemas conductuales de los usuarios. Y lo digo porque es uno de los puntos de algún plan que he podido leer en relación a la asistencia en el contexto covid. Se trata de un problema que remite a una cuestión comunitaria y política: cómo y de qué manera podemos cuidar de nuestros mayores y cómo y de qué manera quieren ellos ser atendidos en sus dificultades.

Vivíamos en una época donde, el poder adquisitivo y la manera de entender la vida, determinaron un gran confinamiento de las personas mayores. De una manera semejante a lo que supuso la reforma psiquiátrica en el cierre y transformación de las instituciones manicomiales, estamos delante de una circunstancia que obliga a plantearse un cambio de arriba

a abajo (y de izquierda la derecha) en la atención a los mayores, ofreciendo maneras bien distintas a un régimen residencial, fuera de su entorno y, en algunos casos, en condiciones lamentables.

Fuera de esta propuesta y de facilitar otras alternativas, la red de salud mental no es la responsable de una mejora en el modelo, sino de hablar de otros modelos y de cómo podría contribuir a su desarrollo.

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