
REVISTA

de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

F. Pereña, Denegación y límite

J. L. Tizón, Un equipo de atención precoz a la psicosis

L. J. Sanz y otros, Un abordaje grupal de conflictos laborales

B. Martín, J. M. Martínez, Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos

D. Lascorz y otros, Coste y eficiencia en una residencia

A. Camino y otros, Ira, fibromialgia y ansiedad

B. Mellor y M. Aragona, De la categoría a la dimensión

Jornada sobre modelos y estrategias en salud mental

C. Rey, Las otras lecturas de Freud

F. Balbuena, Marguerite Séchehayé

L. Martín, Erotomanía, amor y enamoramiento

S. Fernández, Escritos adolescentes y proceso psicoterapéutico

J. Séglas, El delirio de negación

Entrevista con *Michel Foucault*

MÁRGENES

LIBROS

REVISTA

de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

vol. XXIX, fascículo 1, n.º 103, 2009

Director: Fernando Colina
Secretario: Mauricio Jalón

Coordinadora: María José Pozo

Consejo de Redacción: José M.ª Álvarez, Raquel Álvarez Peláez, Ángel Cagigas, Ramón Esteban, Andrés Galera, José Luis Peset, Antonio Sáez

Colaboradores: Y. O. Alanen (Turku, Finlandia); Tiburcio Angosto (Vigo); Víctor Aparicio (Asturias); Enrique Baca Baldomero (Madrid); Eduardo Balbo (Madrid); G. Barrientos (Cuba); Armando Bauleo (Venecia); Germán Berrios (Cambridge); Caldas d'Almeida (Portugal); Carlos Castilla del Pino (Córdoba); Valentín Corcés Pando (Madrid); Manuel Desviat (Madrid); Julián Espinosa (Madrid); Alberto Fernández Liria (Madrid); Juan Fernández Sanabria (Huelva); M. Ferraz (Brasil); J. García González (Oviedo); R. Giel (Groningen); Ramón García (Valencia); Elena Garralda (Londres); Onésimo González (Huelva); Manuel González de Chávez (Madrid); José Guimón Ugartechea (Ginebra); Rafael Huertas García-Alejo (Madrid); Nobuko Kobayashi (Tokio); Alberto Lasa (Bilbao); Isaac Levav (Israel); Fernando Lolas Stepke (Chile); Fernando Marquínez (Bilbao); Odette Masson (Lausana); Federico Menéndez (La Coruña); Vicente Mira (Madrid); Tomás Palomo (Madrid); Francisco Pereña (Madrid); Pierre Pichot (Francia); Fabricio Potestad (Pamplona); Giuliana Prata (Milán); Luis Prieto (Madrid); José Rallo Romero (Madrid); Antonio Rey González (Valencia); Antonio Rodríguez (Santiago de Compostela); Jaime Rodríguez Sacristán (Sevilla); E. Ruiz de Velasco (Méjico); Benedetto Saraceno (Milán); Jaime Spilzka (Madrid); J. Manuel Susperregui (Valladolid); Michele Tansella (Verona); G. H. Ten Horn (Baarn, Holanda); Amelia Tesoro (Almería); Jorge Luis Tizón (Barcelona); J. Tremine (Francia); Ernesto Venturini (Italia)

Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría

Sede de la A.E.N.: Magallanes, 1, sótano 2, local 4. 28015 Madrid. Tel. 636 725599.
Fax 91 8473182 / aen.es / aen@asoc-aen.es

Página web: aen.es/aAW/web/cas/publicaciones/index.jsp

Redacción: Centro Asistencial Doctor Villacián. C/ Orión, 2. 47014 Valladolid.
Tel. 983 427178 / revistaen@dip-valladolid.es

Depósito legal: M. 17149-1981

ISSN: 0211-5735

Impresión: Gráficas Andrés Martín, S. L. Paraíso, 8. 47003 Valladolid

Periodicidad: Semestral / N.º ejemplares: 2.250

Distribución: LATORRE LITERARIA. Camino Boca Alta, naves 8-9. Polígono El Malvar, 28500 Arganda del Rey (Madrid)

Suscripción anual: 18 € / Precio individual: 10 €

La Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría está incluida en las siguientes bases de datos: Latindex; Base de datos del ISOC; Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS); Índice Médico Español (IME); Scielo España.

* Agradecemos la contribución del laboratorio GlaxoSmithKline

Junta Directiva:

Presidente: Alberto Fernández Liria

Vicepresidente: Óscar Vallina Fernández

Secretaria General: Ana Moreno Pérez

Vicesecretario: José J. Uriarte Uriarte

Tesorera: Cristina Gisbert Aguilar

Director de Publicaciones: Fernando Colina Pérez

Vocales: Juan Francisco Jiménez Estévez, Manuel Gómez Beneyto, Ana Vallespi Cantabrana, Fermín Pérez (Presidente Asociación Andaluza), José Luis Hernández Fleta (Presidente Asociación Canaria), Juan A. Estévez Salinas (Presidente Asociación Castilla-La Mancha), Roser Pérez Simó (Presidente Asociación Catalana), Pedro Cuadrado (Presidente Asociación Madrileña), Enrique Pérez (Presidente Asociación Valenciana), Pedro Pizá (Presidente Asociación Balear), Paz Arias García (Presidenta Asociación Asturiana), Mariano Sanjuán Casamayor (Presidente Asociación Aragonesa), Fernando Colina (Presidente Asociación Castilla-León), Margarita Silvestre García (Presidenta Asociación Extremeña), Pilar Balanza Martínez (Presidenta Asociación Murciana), Óscar Martínez Azurmendi (Presidente Asociación Vasca-Navarra)

Sólo los autores © son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

De acuerdo con lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual (RD 1/1996 y 23/2006), queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de la A.E.N. o de los titulares del ©, la reproducción y comunicación total o parcial del contenido de esta revista a través de cualquier medio técnico, comprendidos la reprografía y todo soporte informático.

Para cualquier consulta sobre los números de esta revista, véase www.aen.es

Ilustraciones de:

Giovan Battista Della Porta, *Ars reminiscendi*, 1602

SUMARIO

EDITORIAL	3
ORIGINALES Y REVISIONES:	
<i>F. Pereña</i> , Denegación y límite. Acerca de los llamados trastornos límites.....	7
<i>J. L. Tizón</i> , Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis.....	35
<i>L. J. Sanz, M. T. Almendro, M. Gómez, S. Díaz-Caneja</i> , Una experiencia de abordaje grupal de conflictos laborales desde los servicios de salud mental	63
<i>B. Martín, J. M. Martínez</i> , Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos	79
MÁRGENES DE LA PSIQUIATRÍA:	
La clínica de las letras	99
HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA:	
<i>J. Séglas</i> , El delirio de negación.....	109
<i>F. Balbuena</i> , Marguerite Séchehaye, una pionera en el estudio psicoanalítico de la esquizofrenia	113
SALUD MENTAL Y CULTURA:	
Entrevista con <i>Michel Foucault</i>	137
<i>C. Rey</i> , Las otras lecturas de Freud.....	145
<i>L. Martín</i> , Erotomanía, amor y enamoramiento. Contradicciones	157
<i>S. Fernández</i> , El lugar de los escritos adolescentes en el proceso psicoterapéutico.....	171
DEBATES E INFORMES:	
<i>D. Lascorz, E. Serrats, V. Pérez, J. Fábregas, J. Vegué</i> , Estudio comparativo coste-eficiencia en un dispositivo residencial para enfermos con trastorno mental severo.....	191
<i>A. Camino, B. Jiménez, M. de Castro-Palomino, M. Fábregas</i> , Ira, fibromialgia y ansiedad: aproximación terapéutica desde un CSM.....	203
<i>B. Mellor, M. Aragona</i> , De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica	217
Jornada sobre modelos y estrategias en salud mental: <i>M. Alonso, I. Levav, M. Desviat, B. Saraceno</i>	229
LIBROS.....	253

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL	3
ORIGINAL PAPERS AND REVIEWS:	
<i>F. Pereña</i> , Denial and limits. About the so called borderline disorders	7
<i>J. L. Tizón</i> , Basis for an early attention team to psychotic patients	35
<i>L. J. Sanz, M. T. Almendro, M. Gómez, S. Díaz-Caneja</i> , An experience of group approach on labour conflicts from mental health services	63
<i>B. Martín, J. M. Martínez</i> , Group psychotherapy in an acute psychiatric admission ward.....	79
PSYCHIATRY BORDERS:	
The clinic of letters	99
HISTORY OF PSYCHIATRY:	
<i>J. Séglas</i> , Delusion of denial	109
<i>F. Balbuena</i> , Marguerite Séchehaye, a pioneer in the psychoanalytic research into schizophrenia	113
MENTAL HEALTH AND CULTURE:	
Interview with <i>Michel Foucault</i>	137
<i>C. Rey</i> , The other interpretations of Freud.....	145
<i>L. Martín</i> , Erotomania, love and falling in love. Contradictions	157
<i>S. Fernández</i> , The adolescents' writings during the process of psychotherapy	171
DISCUSSIONS AND REPORTS:	
<i>D. Lascorz, E. Serrats, V. Pérez, J. Fábregas, J. Vegué</i> , A comparative cost/efficiency study in a residential unit for patients with severe mental disorder	191
<i>A. Camino, B. Jiménez, M. de Castro-Palomino, M. Fábregas</i> , Anger, fibromyalgia and anxiety: therapeutic approach from a mental health centre.....	203
<i>B. Mellor, M. Aragona</i> , From categories to dimensions: a critical review of the evolution of psychiatric nosography	217
Meeting about models and strategies in mental health: <i>M. Alonso, I. Levav, M. Desviat, B. Saraceno</i>	229
BOOK REVIEWS	253

EDITORIAL

La AEN: balance y perspectivas

La Junta actual, cuyo mandato expira en el Congreso de junio, afrontó su trabajo asumiendo que la Asociación debía encarar unas transformaciones inevitables sin perder sus señas de identidad. Hoy nos toca hacer un balance de lo ocurrido.

La AEN recuperó en 1977 su vocación de transformación de la salud mental en nuestro país. En 2006 se trataba de mantener viva esta función. En ese terreno, la AEN ha sido una pieza clave en el desarrollo de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y lo sigue siendo en su seguimiento comprometido y crítico. Ha liderado la producción de informes, como el referente a la atención a la salud mental de niños y adolescentes, fruto del consenso promovido por la AEN, y que hoy ha sido asumido por el Ministerio de Sanidad y Consumo; está pendiente de presentación en el Consejo Interterritorial. Ha promovido el Observatorio, que es hoy la referencia más fiable sobre los recursos existentes. Ha defendido, frente a la Administración central, su postura sobre temas como la formación y la regulación de la práctica de las profesiones implicadas, el tratamiento ambulatorio involuntario –impidiendo que se tomaran medidas que considerábamos atentatorias contra los derechos de los pacientes– o la atención a las personas en prisión o en los hospitales psiquiátricos penitenciarios. Ha hecho contribuciones al desarrollo de la Ley de Dependencia, procurando que las personas con enfermedad mental no quedaran excluidas de sus beneficios. Ha contribuido a extender en nuestro país las acciones de las redes europeas que trabajan en exclusión social, del mismo modo que participa en el intento de articulación del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. Es más, a través de sus asociaciones autonómicas ha contribuido con una postura crítica al desarrollo de los sistemas de atención a la salud, y se ha implicado en la defensa de los principios de la psiquiatría comunitaria y la salud pública en las comunidades en las que éstos se han visto amenazados.

En el campo de la producción científica y técnica institucional, la AEN ha desarrollado importantes trabajos para los que ha logrado financiación pública. Además del Observatorio, se han producido consensos sobre prevención y promoción, sobre atención temprana a la psicosis y sobre hospitalización parcial y se ha puesto en marcha un ambicioso proyecto de red de investigación clínico-epidemiológica (RIBSAEN). Con fondos de la industria se está desarrollando un proyecto de investigación sobre necesidades de personas con trastorno mental grave (NEUFAM) y otro sobre psicoterapia de la depresión (NADE). Se ha articulado un sistema para la formación de profesionales en la peritación de casos de tortura y tratos inhumanos, crueles o degradantes. Nos hemos constituido en agencia y estamos coordinando la confección de la Guía de Trastorno Bipolar para el sistema Nacional de Salud.

La *Revista de la AEN*, que ha pasado a ser semestral, ha mejorado su visibilidad con la incorporación a la base de datos SCiELO y la Biblioteca Virtual de Salud y con la construcción de un repositorio que facilita su localización por los buscadores académicos. A este repositorio –aún en pruebas– se han incorporado otras publicaciones afines y los documentos de la AEN. Se está digitalizando el histórico de la *Revista* y los documentos de la AEN, de modo que puedan estar también accesibles por Internet y localizables por los buscadores. La página *web* se ha mantenido actualizada y ha aumentado de forma considerable sus contenidos. Está en marcha el proceso para convertirla en un portal que ofrezca otros servicios, para llegar a ser un instrumento central de la vida de la Asociación.

Mención aparte merece el desarrollo de la Escuela de Salud Mental de la AEN, que se ha dotado de la figura de Fundación. Desde ella se ha constituido un repertorio de actividades docentes, se ha desarrollado un sistema de evaluación y acreditación de este tipo de actividades y se está en vías de firmar convenios con dos universidades para la puesta en marcha de cursos de postgrado. Además, se ha creado un sistema para la acreditación de actividades asistenciales no reguladas por títulos oficiales, que ya está terminado para las de psicoterapia y rehabilitación, y está en proceso para las de atención a niños y adolescentes. Se ha creado también un sistema para apoyar el desarrollo de investigación, así como se ha constituido la base de datos de buenas prácticas y el sistema de evaluación de las mismas que dará lugar a un premio.

En el campo de las relaciones internacionales se ha retomado la colaboración con la muy activa Salud Mental Europa, se ha mantenido la colaboración existente con la Unión Europea de Médicos Especialistas y con Salud Mental y Exclusión Social. También se ha participado activamente y se ha conseguido reencauzar iniciativas de la Sociedad Europea de Psiquiatría. Del mismo modo, se ha mantenido la participación en la Asociación Mundial de Psiquiatría con la que existe el compromiso de organizar una conferencia temática sobre salud mental en atención primaria en el año 2012.

En cuanto a la vida interna de la Asociación se ha mantenido el ritmo de actividades de la asociación estatal y de las autonómicas, alguna de las cuales ha alcanzado una presencia muy importante, defendiendo los principios de la psiquiatría comunitaria en las comunidades en las que éstos se han visto amenazados. Se han puesto en marcha grupos de trabajo con tareas concretas (Psicología Clínica, Enfermería y Salud Mental, Ley de Dependencia, Alternativas de Empleo, Tratamiento Ambulatorio Involuntario) y se está en vías de revisar el funcionamiento de las secciones.

Nos parece que el propósito de garantizar la continuidad realizando los cambios exigidos por el nuevo entorno está en marcha. Y que la AEN tiene la fuerza suficiente para hacerlo resolviendo problemas pendientes como la presencia en Latinoamérica o la incorporación de profesionales jóvenes.

La Junta Directiva

ORIGINALES Y REVISIONES

Francisco Pereña

Denegación y límite. Acerca de los llamados trastornos límites

RESUMEN: El estudio de los trastornos del límite revela que la neurosis y la psicosis sólo cubren un reducido campo de la psicopatología.
PALABRAS CLAVE: Límite, denegación, identificación, ambivalencia, narcisismo.

SUMMARY: Studies regarding disorders of borderline point out that neurosis and psychosis only cover a small field within psychopathology.
KEY WORDS: Borderline, denial, identification, ambivalence, narcissism.

El mundo que nos rodea resultaría desolador si no fuera por el mundo que llevamos dentro.

Wallace STEVENS

Introducción: sobre fenómeno y estructura

Cualquier estudiante de psiquiatría o de psicología que quiera orientarse por el DSM IV en esta omnipresente y a la vez huidiza patología, encontrará diez distintos trastornos de la personalidad a los que hay que añadir para mayor *inrri* un undécimo llamado «trastorno de la personalidad no especificado», como si los anteriores lo estuvieran. Ya, tal abundancia clasificatoria, con el añadido además del inespecífico, nos indica las dificultades y la complejidad de la tarea empezando por la tarea clasificatoria. Cuando uno lee de un tirón las diversas características que se utilizan como criterios diferenciales, pronto uno ya no sabe de qué trastorno se trata, de tan parecidos y meramente acumulativos que resultan. Está el trastorno paranoide de la personalidad (suspicious) y el esquizoide (emocional), pero también el esquizotípico (excéntrico), y luego viene el antisocial y el propiamente límite (inestabilidad-impulsividad), a los que se añaden el histriónico (llamar la atención), el narcisista (necesidad de admiración), el inhibido («trastornos de la personalidad por evitación»), el obsesivo-compulsivo y el dependiente.

No quiero detenerme en resaltar lo caótico, inespecífico y forzado de esta clasificación, para la que todo es un trastorno y que cabría entender en referencia a un ideal de normalidad enteramente ficticio (¿quién no se reconocería en esos rasgos, así, echados a voley?), como lo es el mismo término de «personalidad», comodín que puede servir para nombrar cualquier cosa del individuo y que sólo se puede disculpar porque vino a cumplir en su momento una cierta función epistémica en la historia de la psicopatología que consistía en utilizar dicho término para diferenciar estos trastornos de las dos estructuras clínicas definidas: la neurosis y

la psicosis. Pero ya se sabe lo que sucede con esos términos provisionales, que la inercia tiende a mantenerlos. El término «personalidad» nunca fue bien definido y se usó como comodín epistemológico abstracto y poco riguroso que lejos de iluminar lo particular, lo oscurece y confunde, desplazando el criterio distributivo hacia una concepción de la normalidad del todo inerte, no sólo ficticia, como digo, por inexistente, sino inerte, un ideal de normalidad en el que no cabría la pasión, ni el pánico, ni el desorden, ni el engreimiento, ni la dependencia, ni la rivalidad, ni el sentido persecutorio (¡como si hubiera otro!), ni el odio ni la súplica. He aquí entonces un ideal de normalidad que más bien parece el epitafio cursi y exagerado de un nicho mortuario.

En la lección 31 de sus *Neue Vorlesungen*, Freud compara la psicopatología con el cristal que se rompe según líneas precisas de fractura, quizás invisibles antes de su rotura. Esa sería la estructura del cristal, esas grietas y esas líneas de fractura. Así es, añade, la estructura de la llamada enfermedad mental o *Geistkrankheit*, la cual de ninguna otra manera podría ser conocida más que a partir de su fractura. No es mala idea esta de guiarse no por un ideal de normalidad sino por las nervaduras de las quebras y de las defensas que darían su particularidad estructural al sujeto, cuyas líneas de fractura o grietas irían cristalizando desde el inicio, siendo constitutivas de la encarnadura del sujeto, de su concreción, y que sólo su rotura permitiría ver.

Por eso, la dificultad diagnóstica no se resuelve negando la existencia de tales trastornos por la sencilla razón de que nos topamos una y otra vez con ellos, y podríamos decir que cada vez más. Por lo cual, resulta que topamos con un tipo de «trastornos» respecto a los que no encontramos unos aquilatados modos de inteligibilidad, no por un excesivo afán clasificatorio, o no sólo por eso ni principalmente por eso, sino por ser fenómenos clínicos tan imprevisibles o tan confusos y diversos que se resisten a una mentalidad clasificatoria. De forma que estos trastornos, propiamente fenómenos, que se resisten a una clasificación basada en criterios o proposiciones universales, demuestran que la clínica no se puede basar en tales principios universales, en la autonomía institucional del concepto, aún cuando con ellos se pretenda dar cuenta de la realidad singular, sino en fenómenos, en aquello que se muestra en su realidad diferenciada a la mirada o a la intuición, interrogándonos. El fenómeno resiste en su mostración a su pronta inteligibilidad, y aquello que se resiste a la inteligibilidad de una doctrina es siempre un terreno fértil para hacernos algunas preguntas, quizás no previstas en el guión de la doctrina.

La primera pregunta, la pregunta previa, o si se quiere metodológica, que debemos hacernos es sobre ese aspecto de confusión y de abigarramiento con el que se presenta para el clínico este tipo de fenómenos de tan difícil discernimiento. ¿Esa dificultad responde a nuestra limitación coyuntural para encontrar la

buena manera de ordenamiento, o dicha dificultad proviene del mismo fenómeno clínico que intentamos clasificar y que constituye un obstáculo interior al doctrinarismo que en su afán clasificatorio y reduccionista deja fuera demasiada realidad inadecuada a sus criterios?

Estados límites como estados de desvalimiento

Las Jornadas Interuniversitarias París V-París VII, celebradas en 1998, tenían como tema los estados límites o fronterizos y su título era *États de detresse*, es decir, estados de vulnerabilidad o desamparo, de desvalimiento, en referencia al término o concepto de *Hilflosigkeit* con el que Freud venía a referirse a la peculiar condición del *infans* humano sometido en su desvalimiento a una dependencia que genera angustia y sentimiento de desprotección o desamparo, estado que inicia la particular condición del sujeto humano expuesto nada más nacer a una vida instintiva desordenada o destruida, sin un programa dado de cómo vivir, necesitado de raíz del otro para vivir, con lo que eso incorpora de sentimientos encontrados, de experiencias contradictorias y de continuos anhelos y temores. Cómo valerse en la vida, es una tarea del sujeto y no un programa previo con el que vendría a la vida ya provisto. Pero si algo común del sujeto humano se puede decir es precisamente esta dimensión particular del mismo, ya que al no haber programa de vida previo, se convierte en una experiencia enteramente singular y por ello angustiosa. Lo más común sería así su más genuina particularidad.

¿Por qué esas Jornadas convocan un debate sobre los estados límite como estados de desvalimiento? Quizás por lo que anteriormente dije acerca de la necesidad de abordar estos estados o trastornos desde otras perspectivas que las habituales de la neurosis o la psicosis. Lo que parece fuera de toda duda es que el tal desvalimiento afecta a la particularidad de todo sujeto, independientemente de si puede construir o no una tipología diagnóstica de respuesta, en todo caso siempre insuficiente o nunca definitiva, al silencio del trauma y el conflicto pulsional.

Abordar los estados límites como estados de desvalimiento, ¿querría decir, entonces, que son sujetos sin estructura clínica alguna? Esta fue, como se sabe, la tesis que Jean Bergeret propuso en 1974 (*La personalidad normal y patológica*). Sería una curiosa estructura clínica que se caracterizaría por lo que llamó «a-estructuración» o «estado» en los límites de la neurosis y de la psicosis. Probablemente todos hemos tenido la sana tentación de tomar los trastornos llamados límites como estados de a-estructuración, sin estructura clínica. Quiero hacer al respecto dos anotaciones. La primera es que la estructura clínica se ha de entender como un modo de hablar en el sentido del segundo Wittgenstein, es decir, un modo de inteligibilidad y no un orden conceptual que toma su consistencia de

la profesión de doctrina. El problema es que, en efecto, hay fenómenos clínicos que no responden a su posible adscripción en la neurosis o en la psicosis, que no responden a las estructuras diagnósticas conocidas, porque ninguna de ellas, ni siquiera la psicosis, da cuenta de la realidad más originaria y particular del trastorno del sujeto, de su torpeza afectiva y fisiológica, de su agresividad, de su miedo. Por eso, este tipo de fenómenos clínicos constituyen una oportunidad extraordinaria para mirar nuestra deplorable situación sin anteojeras, de mirar ese fondo de tristeza y daño habitualmente soslayado.

Hay algo interesante en los trabajos de Bergeret que no reside en su propuesta clasificatoria de una estructura «a-estructurada», sino en que haya podido ver, sin demasiados prejuicios doctrinarios previos, la patología depresiva del llamado «estado límite». ¿Por qué? Porque lo que subraya es la dificultad de estos sujetos para tratar la pérdida, incluso, y esto sería a mi parecer lo más específico, para inscribirla en su vida psíquica, lo que les conduce a una dependencia anaclítica que no soporta la separación y que es, sin embargo, un rasgo permanente de la misma condición del sujeto como tal sujeto.

Angustia de separación e «identificación proyectiva»

Esto nos ayuda a entender una *angustia de separación*, por utilizar la expresión freudiana, que nos hace indefensos y asustados, y, por ello, peligrosos, carentes de la kantiana «conciencia del otro», sin la cual no hay distancia libidinal que permita una estrategia del deseo, ni tener conciencia o experiencia siquiera de la realidad separada del otro. La angustia de separación detiene al sujeto en su intento de negación, ante el abismo que esa negación abre, como si no existiese ninguna otra cosa que la nada de la distancia de la conciencia, el vacío y la soledad de la separación que engulle y anula el movimiento. Eso les da ese aspecto de irrealidad, o directamente de falsedad, a lo que hacen o a lo que sienten.

De ese no poder abordar la soledad de la pérdida y crear así un espacio subjetivo, es de lo que ha pretendido dar cuenta a lo largo de los años el concepto de origen kleiniano de la *identificación proyectiva*, es decir, al no haber una distancia subjetiva, la confusión con el otro es habitual y los propios contenidos psíquicos, cualesquiera que sean, fantasías, emociones o temores, se proyectan en el otro, como si carecieran de intimidad propia, sin apercibirse de la existencia real si no es como mero reflejo de temores persecutorios o idealizaciones anaclíticas. El terror a la omnipotencia de ese otro arcaico, figura materna del poder, impide la distancia y la disponibilidad para atender la precariedad de un sujeto marcado por sus identificaciones y sus pérdidas concretas.

Las tesis freudianas sobre la *identificación* no dejan de plantear sus contradicciones, a veces por la confusión entre identificación e idealización y otras por hablar de una identificación arcaica o primitiva, no sólo «anterior a toda elección de objeto», como dice en esa lección 31, sino correlativa a la «incorporación oral». La «incorporación oral» puede ser una sensación, pero de difícil o confuso contenido; experimenta y es, a mi parecer una manera demasiado confusa de referirse a esa figura de terror y de omnipotencia, con la que no cabe identificación posible sino parálisis, inmovilidad psíquica. Para poder tener representación psíquica se requiere una identificación y, por tanto, una separación. Resulta forzado hablar de una identificación indiferenciada, sin sujeto de ese objeto. En lo que sí estoy de acuerdo es en que la identificación es anterior a la elección de objeto, pues sería su condición, pero lo es precisamente por lo que Freud tantas veces señala como rasgo fundamental de la identificación: la pérdida del objeto. No hay elección posible sin la inscripción psíquica de la pérdida, sin la inscripción de esa experiencia. Pues bien, si no hay identificación sin la experiencia de la pérdida, como repite machaconamente, no entiendo cómo se podrían aunar ambos términos: «identificación»-«proyectiva», ya que lo proyectivo en todo caso, si se toma en sentido estricto, es contrario a la identificación, la cual es efecto del rastro o marcas de las pérdidas que fraguan la vida y que se inician con las tempranas experiencias de satisfacción y de dolor en relación con la figura de la madre, y no con la pertenencia grupal. No es que lo que se quiere nombrar como identificación proyectiva no se dé, pues es habitual observar cómo uno ve al otro no como alguien distinto sino como una pantalla sobre la que se proyectan los propios anhelos y, sobre todo, los propios temores. La proyección es un modo de construir una escuálida escena fija, una especie de representación sin desplazamiento, pero de afecto amortiguado, como si a falta de universo psíquico interno se intentara pergeñar una escena que opere como código de una interpretación reiterativa, pero fija, del otro, para que así la angustia pueda respirar.

La proyección, por tanto, sería más bien efecto de una fragilidad identificatoria, de un mimetismo adhesivo y, en suma, un efecto de la angustia de separación (*Trennungsangst*), lo que impide aclarar las pérdidas y prefiere entonces acompañarse de ese escueto ruido interpretativo que crece paradójicamente a medida que el sujeto se resiste a desaparecer en esa escena fija. Y de ese modo, su propia anulación le conduce a adecuarse a una interpretación mecánica, automatizada, o en general a un comportamiento adictivo, en una especie de círculo infernal que necesita, como luego veremos, la denegación o modo de no enterarse de dónde anda metido.

Esa mezcla de proyección «maníaca» (como si se supiera todo del otro) y desvalimiento depresivo, es lo que llevó a Bergeret a tomar la psicosis maníaco-depresiva, los tan traídos y llevados y, por tanto, abusados, trastornos bipolares, más del

lado de los trastornos límites que de la psicosis propiamente dicha. Es cierto que una esquizofrenia, por ejemplo, se parece poco a una psicosis maníaco-depresiva o a un trastorno bipolar. Pero creo que sería un error confundir la psicosis maníaco-depresiva con los trastornos del límite, no sólo porque el delirio maníaco es un delirio que crea un mundo externo donde el sujeto intenta localizarse (participa tanto de la persecución como de la filiación que constituye el fondo argumental de todo delirio), sino también porque no se puede entender la melancolía como falta de vida interior. Un melancólico especialmente advertido me explica que la falta de vida la siente «como mancha moral que sólo se podría reparar con un amor de dedicación». Entiende el «amor de dedicación» como la entrega total e incondicional a otra persona como forma de vida. Pero, añade, «la misma falta de vida impide el amor». Estas palabras indican un tipo de intimidad que no se encuentra en los trastornos del límite. Es de agradecer, de todos modos, el que Bergeret insistiera en ese fondo depresivo del «estado límite», pues, en efecto la precariedad del sujeto, la angustia invasiva y asfixiante ante la separación, y el tipo de dependencia, sea manipuladora o simplemente adhesiva, da esa tonalidad desvitalizada y que hace tan dependiente como insensible. Más adelante abordaré la cuestión de lo absoluto y la creación de un mundo perceptivo (alucinatorio y delirante) en la psicosis en contraposición al trastorno del límite.

La cuestión del límite o límite como concepto

Pero antes veamos algunas cuestiones terminológicas, ¿por qué a este tipo de trastornos se les llama «límites»? Permítanme un pequeño recorrido por esta cuestión del límite en la vertiente que a nosotros más nos puede interesar. *Límite* es un concepto clave del pensamiento moderno desde Kant, quien frente a la idea de un orden finalista, universal y cosmológico, introduce el concepto de límite interno. No les voy a aburrir con un estudio que sería, por otra parte, apasionante, sobre el concepto de límite en Kant o en Leibniz, etc. Trato simplemente de establecer las mínimas referencias. ¿Qué es posible conocer?, ¿qué cabe esperar?, ¿qué se puede hacer?, son las tres preguntas kantianas que reorientan el pensamiento hacia el hombre, hacia el sujeto del conocimiento y de la acción. Hay un límite gnoseológico que da al conocimiento su rigor a la vez que su limitación, y hay un despiste moral en el hombre que le lleva al conflicto de no coincidir nunca con lo que debería, por lo que la «disposición al bien» va ligada a su molestia moral ante el daño padecido y producido. Y no hay sujeto propiamente dicho que no posea esa desazón moral.

La raíz de todo eso habría que buscarla en el lugar del hombre en el mundo. La última obra de Kant –cuatro años antes de su muerte– es la *Antropología desde*

el punto de vista pragmático; con ese título Kant, después de sus detenidos análisis sobre la autonomía de la Razón, quiere referirse al estudio del hombre concreto, singular, no desde el punto de vista metafísico o fisiológico sino pragmático, es decir, de quien obra y actúa a partir de su extravío de la naturaleza, o de cómo podría el hombre gobernar la patología de sus pasiones, que no es otra que la que proviene de su desregulación como viviente. No nos interesa su psicopatología, de lo que también escribió, sino ese punto de partida que supone la indagación, la pregunta sobre el lugar del hombre en la naturaleza, ese lugar *fronterizo*, que es tanto su precariedad como su particularidad productiva y espiritual. El hombre es creador de lo *bello* (modo de dar forma, de crearla a partir de la materia informe, siendo entonces su vida una tarea creativa, formativa, en suma, ética), y víctima de lo *sublime* como el abismo que se abre por su lugar fronterizo entre la naturaleza y el espíritu. La obra de arte es bella y establece un juicio concreto sobre un producto concreto, pero «el inmenso océano enfurecido» o «el cielo amenazador donde se juntan las nubes de tormenta», es sublime, por el lugar reducido, precario y fascinante a la vez que viene a ocupar el hombre en esa inmensidad natural que siempre le sobrepasa.

El hombre está sobrepasado, será una tesis esclarecedora de la antropología de Arnold Gehlen. Al ser el sujeto carencial, incompleto y defectuoso, a la vez que viviente, está siempre sobrepasado por la vida, la vida es siempre excesiva, dada la falta de recursos para saber qué hacer con ella. Por un lado, la carencia de objeto adecuado a su satisfacción, y, por otro lado, el exceso, el sujeto surge así en el límite de la carencia y de su condena a actuar sin saber cómo. Actúa no hacia algo, no para alcanzar algo, que es lo que había propuesto el optimismo kantiano, sino para defenderse de algo, de ese enemigo interior que es como llamaba Freud al exceso pulsional, a la insatisfacción pulsional. La defensa rige la acción del sujeto, por eso no actúa para algo sino *contra* algo, lo que convierte a la acción en una necesidad. Hay un círculo infernal entre insatisfacción-acción-satisfacción-insatisfacción, en el que la acción es el eje de esa noria. Esa condena a actuar es lo que hace al hombre tan peligroso, se junta, se compincha para actuar, y nosotros que hablamos de pasos al acto o de «exoactuación» deberíamos ser menos estrechos y mirar cómo el mundo en general es una locura de pasos al acto. La política de hoy es, por ejemplo, sólo eso, pasos al acto defensivos y reactivos, es decir, verdaderamente peligrosos, sin límite ni rigor internos y, por tanto, sin la más mínima orientación, como si la consigna de «¡enriqueceos!», fuera una ley natural.

El sujeto vive *en el límite y del límite*, entre el rechazo y la dependencia, es decir, vive en el *miedo*. El objeto transicional de Winnicott es el modo que encuentra el niño para protegerse de un mundo, de una realidad completamente extraña que le sobrepasa. El origen de esta extrañeza es su distancia del instinto. El instinto no gobierna la vida de los hombres, que siguen siendo, sin embargo, anima-

les. La *pulsión* es el nombre de esa distancia del instinto, de ese exceso y de esa ineptitud para vivir que le hace precario y dependiente del otro, por lo que también se puede decir que la pulsión es el nombre de esa marca del otro en el cuerpo, la marca de una extrañeza y de una dependencia cuya mezcla le hace tan temeroso.

Pulsión y límite: límite y conflicto

Freud define la pulsión como «concepto límite entre lo somático y lo psíquico». Recoge así el concepto de pulsión de la antropología filosófica alemana que lo había inventado para explicar la particular condición del hombre, como extravío y pérdida del instinto. Freud lo recupera para la clínica *psi*, descubriendo que la pérdida de naturaleza que padece el hombre opera como pérdida del otro, de su protección, aparece en consecuencia como temor al abandono o angustia básica de la que nadie se libra, esté entre algodones o a la intemperie.

Esta idea de *límite* conlleva la de escisión, o condición fronteriza, y la de conflicto entre el empuje a la vida y el empuje desesperado a la destrucción, entre el rechazo y la dependencia, entre el deseo y los obstáculos de dependencias anaclíticas (en las que el cuerpo y el otro andan confundidos), entre el sujeto y el otro, entre el *objeto* de la satisfacción y el *sujeto* del deseo (conflicto intrínseco a la satisfacción humana y que liga tan estrechamente satisfacción y *Versagung* o decepción), conflicto finalmente entre amor y odio. Este asunto es vital para una clínica que trata de la articulación conflictiva de los sentimientos y de las representaciones del otro, y que es especialmente de interés en el caso de los llamados trastornos límites, porque por lo que llevamos dicho se ve que el sujeto humano es un ser fronterizo que vive en el límite, en permanente inadecuación tanto en su condición de viviente como en su afán institucional. Y construir modelos de normalidad es un modo de desentenderse. Desentenderse es, precisamente, una habitual defensa en los llamados trastornos límites, y no sólo en ellos, desentenderse o no poder encontrar alguna manera de entenderse con el conflicto pulsional entre conservar el objeto o destruirlo, y así uno se asusta de su desorden sentimental y pulsional.

La pulsión, según la definición freudiana, es un «concepto límite» entre lo somático y lo psíquico, señala, por tanto, es lugar fronterizo del hombre, su extravío como viviente y lo que Gehlen llamó ‘exceso pulsional’ (*Antriebüberschuss*) o desmesura de la insatisfacción por carecer de objeto adecuado. Eso empuja a la confusión, al desorden y a la agresividad. La pulsión es un conflicto que requiere para su tratamiento un límite interno que cree un espacio subjetivo, una distancia del otro. Eso es la vida inconsciente. El inconsciente es el límite interno de la pul-

sión, lo que la vida inconsciente lleva de deseo, a partir de la insatisfacción, y de demanda amorosa, a partir del desamparo. Pulsión e inconsciente son, digamos, los dos conceptos claves de una clínica del sujeto, que trata de los avatares que acontecen entre el cuerpo y la dependencia vital del otro. Adelantaré que en nuestra práctica observamos que no hay, precisamente, experiencia subjetiva o posibilidad de cambio más que a partir de que el sujeto se vea en conflicto moral con lo que hace, que lo que hace le produce un conflicto moral con los demás. En la clínica de los trastornos del límite es ineludible perseguir esta aparición del conflicto, única posibilidad de rectificación subjetiva.

¿Trastornos límites o trastorno del límite?

De ahí el interés de la distinción entre límite externo y límite interno, ya que sólo el límite interno permite tomar al otro como sujeto y, por tanto, tener la experiencia del conflicto. Por eso, lo que se llama trastornos límites, sería más bien, y quiero subrayarlo, trastornos *del* límite, porque el límite no sólo es una contención exterior al sujeto, sino, como vemos, una distancia, un espacio de intimidad que permite, que es incluso la condición *sine qua non* para encontrarse con los demás. Querer algo de ellos, es requisito para poder pedir y poder perder. Decía el poeta Wallace Stevens: «El mundo que nos rodea resultaría desolador si no fuera por el mundo que llevamos dentro». No podríamos vivir sin ese mundo interno. Esa intimidad de la vida inconsciente, esa distancia, es una disponibilidad, pero es también orientarse por la soledad de un deseo propio y no tanto por el daño. El conflicto pulsional, el desbarajuste presente en nuestra relación con los demás, la ineptitud del sujeto para la vida, sólo admite enderezarse por un deseo propio que no es que quite los temores, pero disminuye su absolutismo.

El límite interno crea una distancia del otro que despeja la confusión y la insensibilidad. Por eso insisto en llamar a estos trastornos «trastornos del límite» en vez de «trastornos límites». También lo absoluto es un ataque al límite interno. El absolutismo psicótico, por ejemplo, efecto del fracaso de la represión y del desplazamiento, de la metafORIZACIÓN que quita al lenguaje su tentación de absoluto, toma la subjetividad del otro como si fuera absoluta y el sujeto se ve obligado a crear una trama delirante donde no sea aniquilado aunque todo el tiempo esté amenazado de ello. El sujeto psicótico vive de ser amenazado, se mueve entre el designio absoluto de filiación y el terror persecutorio de la subjetividad del otro, amenaza de la propia. El empeño de Schreber era el de reducir lo más posible la subjetividad de Dios. El psicótico no cree en Dios porque soporta su existencia. Los demás creen en Dios porque no existe. Nadie cree en lo que existe sino en lo que no existe. En realidad, el trueque de una inmortalidad a cambio de un Dios absoluto, produce

mucho más temor que consuelo. El sujeto no soporta a Dios por mucho que lo necesite, sólo lo soporta el sujeto psicótico. Dios, como la muerte, es una figura de terror más que de consuelo. La necesidad de lo absoluto conlleva la amenaza de la aniquilación del sujeto a cambio de un *continuum* que desplaza el límite eternamente. Pero el límite está en la subjetividad misma, es un corte, una quiebra con el *continuum*, por ejemplo, del instinto. De ahí que sólo hay muerte para un sujeto, como ya explicaba el poema de Goethe.

Esa quiebra obliga al viviente humano a regirse por un deseo finito, pero propio y cambiante en correspondencia con la brevedad de la vida. He dicho anteriormente que el inconsciente es límite interno a la insatisfacción pulsional. Ese límite se nombra como deseo o límite al empuje pulsional, pues no hay otro modo de limitar el empuje pulsional, su inadecuación, más que con la distancia subjetiva del deseo. Eso es especialmente complejo a causa de las defensas construidas en torno a la angustia de separación y al miedo, que convierte la ausencia y la distancia en abandono. Ahí no actúa la represión como operación de desplazamiento y de separación. No hay separación entre la representación y el afecto, luego no hay desplazamiento ni metáfora, condición de la diversidad de la existencia del otro, ni hay, por tanto, límite interno. El límite interno opera precisamente desde su discontinuidad, a diferencia del límite exterior que se establece para definir la barrera del *continuum*. Sería la diferencia entre *Grenze* (propiamente 'límite') y *Schranke* ('barrera'). Puede servir como ejemplo el debate acerca de cuándo se puede interrumpir el embarazo. No hay salida sin la convención de un límite externo. Habitualmente, también se encuentra ese criterio en los manuales de psicopatología. ¿Cuál es el criterio diferencial de una u otra normalidad o psicopatología? Con frecuencia el exceso. Está, por ejemplo, el depresivo mayor o mayormente triste o excesivamente triste, y está el excesivamente ansioso, etc. Lo que podemos llamar imperialismo diagnóstico, sería un modo de usar la clasificación como límite externo para contener la angustia del profesional ante el fenómeno clínico.

En esto de los trastornos del límite, su carácter fronterizo ha llevado a definirlos como ni una cosa ni otra, ni psicosis ni neurosis o ambas cosas: un mixto de síntomas psicóticos y síntomas neuróticos. Esta es una concepción del límite exclusivamente exterior por aplicación de criterios diagnósticos exteriores al cuadro propio de los llamados trastornos límites, que por lo dicho anteriormente, habrá que llamar definitivamente trastornos del límite, ya que en tales sujetos lo que parece comúnmente aceptado es que al no haber elaboración no aparece un límite claro entre lo interior y lo exterior, entre sí mismo y el otro, en todo caso es lo que yo estoy tratando de definir como falta de espacio interno libidinal y de vida inconsciente, frente a la muerte interior, característica a mi parecer de estos trastornos del límite o de la falta de límite interno que cree distancia con la subjetividad del otro y posibilite así una percepción de él no meramente atributiva sino en

su distante y concreta existencia y, por tanto, en su complejidad subjetiva y pulsional, etc., como alguien que ama y odia, que busca y rechaza, alguien parecido a uno mismo al menos en sus dificultades con la vida. Sería semejante a lo que los kleinianos llaman *escisión* del objeto. Ellos utilizan el término *escisión* en contraposición a integración y objeto total. Es un lenguaje o una terminología que no me gusta porque una vez más parece suponer un modelo de normalidad basado en la integración y en la reparación. Quiero señalar que subjetividad e integración se contraponen, pues el sujeto es de por sí inadaptado, incompleto y contradictorio, y que la reparación consiste en mantenerse en el dispositivo fantasmático, es decir, sadomasoquista, del poder, ya que el empeño en reparar lo acaecido suele suponer el rechazo de las consecuencias de su acontecer y, por consiguiente colocarse, como diría Benjamin, en el campo del vencedor y de la necesidad de victoria.

Sin embargo, creo que la clínica que subyace en esa terminología acierta al concebir el «objeto total» como aquel que admite ambivalencia, contradicción y que integra lo bueno y lo malo en vez de escindirlo «esquizo-paranoicamente» entre el objeto malo persecutorio y el objeto bueno ideal. Eso, sin duda, apunta a fenómenos clínicos que se ven y a lo que Winnicott expresó como objetivo de un análisis: crear la capacidad de soportar la ambivalencia, la soledad, la finitud y la separación, lo que en el argot psicoanalítico se suele llamar soportar la castración. En ese sentido, se puede decir que en los trastornos del límite no sólo no existe esa capacidad de soportar la ambivalencia, sino que ni siquiera se podría hablar propiamente de ambivalencia. Si el psicótico, debido a su absolutismo, no soporta la ambivalencia, en el trastorno del límite la ambivalencia es borrada por la denegación de la subjetividad del otro.

La cuestión del diagnóstico diferencial

Antes de entrar en el asunto de la ambivalencia, intentemos responder a la pregunta: ¿constituye o no una estructura y qué rasgos entonces la definirían? En el campo psicoanalítico, los «estados límites» surgieron y fueron desarrollados, sobre todo, por la corriente kleiniana, puesto que en dicha concepción el proceso de formación del sujeto pasa por «estados psicóticos precoces» y la forma de salir de esa «psicosis arcaica» marcará la particularidad estructural del sujeto, aunque no de manera constante o inamovible, ya que cualquier situación que activa la regresión, de manera destacable la transferencia analítica, va a hacer surgir estos estados psicóticos esquizo-paranoicos arcaicos. El diagnóstico diferencial residirá en el tipo de funcionamiento predominante. El «estado límite» sería entonces un estado de indefinición como tal estado. Esta era la idea, por ejemplo, del psicoanalista A. Stern, que ya en 1938 habló de *borderline cases*, como casos de sujetos

que no pertenecen propiamente ni a la psicosis ni a la neurosis. Anteriormente, ya en 1932, Glover quiso situar la clínica de las toxicomanías como forma intermedia entre la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva. Pero el primero que creo que habló de *estados* límites fue Knight en 1953, con la idea de construir un cuadro de la particularidad de dicho estado. Los rasgos que va colocando eran conocidos: la fragilidad del yo, el predominio de los impulsos pulsionales desintegradores, el vacío interior (por lo que se pide a la realidad exterior que lo supla, idea sin duda de especial interés), el bloqueo ocasional, afectos inapropiados, dispersión de la atención y del pensamiento, significaciones paranoides y a veces trastornos del lenguaje. Su descripción era excelente y toma como eje el concepto freudiano de «yo débil» (que nada tiene que ver con el sentido enteramente arbitrario que luego le daría Lacan), es decir, de un déficit de distancia subjetiva, de espacio íntimo. Ahí ya se puede ver que la descripción de tales fenómenos clínicos apunta a una tipología que admite, sin embargo, ilustrar y mostrar aspectos de la misma condición del sujeto y que, por ello, nos resuenan a cada uno, más allá de la adscripción diagnóstica.

Desde entonces se ha escrito mucho, siempre en esta línea de situar un cuadro diagnóstico preciso y, sobre todo, mínimamente estable. La insistencia en volver sobre estos casos se debe también a su aumento. Cada vez nos encontramos más este tipo de patología o trastorno que se presenta sobre todo por su inaccesibilidad terapéutica. Su pobreza psíquica, su insensibilidad, su fondo melancólico inabordable, sus pasos al acto, su superficialidad afectiva, su inmovilidad, su escasez de recuerdos, que hace pensar en una falta de experiencia subjetiva y en un desvalimiento improductivo, son rasgos cada vez más frecuentes, en cuya frecuencia interviene el tipo de sociedad, hoy día totalmente predominante y de la que para lo que ahora nos interesa podemos destacar algunos rasgos como son: la superficialidad de la información, la imposibilidad de tener experiencia del acontecimiento, la militarización del consumo, el miedo difuso y omnipresente a perder el paso de una manera de vivir colectiva basada en la posesión, la pasividad ante las informaciones recibidas, la homogeneidad superficial, la falta de una moral que no sea un mandato de éxito y, por otro lado, necesitada de recuperar un sistema de buenos y malos, con lo que eso implica de xenofobia y fanatismo, más o menos encubiertos, y de regreso a lo tribal ante la impotencia para actuar y tomar decisiones, y ante la disolución de la distancia íntima. En nuestro ámbito cabría añadir la sustitución del sentimiento y del afecto por la cognición.

Horkheimer y Adorno escribieron hace años que el miedo más propio del hombre contemporáneo era «el temor a la pérdida del yo y la consiguiente anulación de la frontera entre uno mismo y el resto de la vida» (*Dialéctica de la Ilustración*, p. 86). Es un modo de expresar el pánico al aislamiento, el pánico a ser destruido por los otros en esa crueldad de la vorágine social que hace que el

individuo sólo exista por el miedo a perder, a no ser reconocido, a dejar de existir para los demás, a ser aniquilado por los otros, miedo que el poder, falto de otros argumentos, explota hasta el aburrimiento con indudable y cruel eficacia. El héroe moderno, como ha señalado entre otros Carlo Mongardini, no es el trágico griego ni el descubridor decimonónico, sino el héroe de la evasión, el actor de cine o la princesa X, no el que descubre y enfrenta la realidad sino el que ayuda a escapar de ella, a ignorarla, a desentenderse de ella. En este panorama, los llamados medios de comunicación han adquirido una importancia capital. A ellos se adjudica y ellos se atribuyen la misión de impartir doctrina reduccionista de todo tipo, científica y moral, dicen lo que hay que pensar cada día y en cada momento y lo que hay que saber para el consumo diario. No queda tiempo para más, no hay tiempo para decidir ni para saber. De ahí que tanto el periodismo como la ideología genetista se hayan convertido en alimento indispensable para la pereza científica y moral. Ambos nos dan un saber reducido a la mínima expresión, un saber reduccionista que actúa como veneno y antídoto de una sociedad apresurada, ignorante y «exoactuadora», para así guarecerse en la simpleza ante su complejidad y, sobre todo, ante su confusión. Saber epidérmico e insensibilidad, son las dos formas con las que enfrentar la complejidad de informaciones y la presencia del dolor más insoportable que muestran los telediarios.

El temor a perder el sentimiento yoico y la consiguiente anulación de la frontera (*Grenze*: 'límite') entre sí mismo y el resto de la vida, es el pánico del que hablaban Adorno y Horkheimer, y puede ser una buena formulación de los trastornos del límite. A veces ni siquiera ese temor arranca al yo de su confusión perceptiva y sentimental. Por eso resulta sorprendente que Otto Kernberg, en su, por lo demás, interesante artículo «La vivencia subjetiva del vacío», termine diciendo que nada tiene que ver el tipo de sociedad y lo que él llama la «cultura juvenil» con ese retraimiento y difusa ansiedad que caracteriza la relación del joven «narcisista» con los demás. Pero ya el hecho de subrayar la «relación objetal» (que yo prefiero llamar relación con el otro, pues no hay relación objetal pura, ya que la relación se refiere siempre al otro, el cual posee el permanente malentendido de ser a la vez objeto y sujeto), pues bien, si hablamos de relación con el otro, eso debería hacerle más cuidadoso o riguroso a la hora de hablar de cultura y sociedad. Es cierto que un tipo de sociedad no hace de por sí una determinada patología o trastorno, pero simplista y unilateral sería no abrir la reflexión sobre los modos de lazo social a la hora de entender los trastornos que fuere y que muestran a un sujeto cuyo desvalimiento como sujeto le hace del todo social, volviendo una y otra vez a los demás, dependiente radical del otro. Este ha sido siempre un debate de interés especial, por ejemplo, en el caso de la anorexia.

No creo en el inconsciente colectivo, sería una contradicción *in terminis*, pues el inconsciente es ese espacio íntimo y particular de elaboración y de trata-

miento del conflicto pulsional. Pero cada sujeto se construye con el discernir y elaborar su conflicto pulsional, ese conflicto entre su cuerpo viviente y el otro, a partir de los modos y argumentos con los que se construye la vida colectiva. Pues bien, en el caso de los trastornos del límite, el tipo de sociedad promotora del individuo y a la vez destructora de la intimidad y de la subjetividad, constituye un marco que favorece la pobreza de recursos psíquicos y de encuadre para tratar el desvalimiento traumático de cada uno. Los rasgos que acabo de señalar de este tipo de sociedad, creo que resaltan suficientemente su común parecido con los trastornos del límite, de manera que su descripción sería intercambiable y, por ello, asignable al sujeto en cuestión.

Pero volviendo al asunto del diagnóstico diferencial, hay que tener en cuenta dos cosas. Lo primero es que este tipo de fenómenos ha modificado, como dije más arriba, la militancia diagnóstica. Dicho cambio permite tratar las líneas de fractura de las que hablaba Freud, como lo que son: modos de defensa de uno u otro tipo que, a partir de determinados avatares, muestran su fragilidad y, por consiguiente, su línea de fractura. Como esa línea de fractura tiene que ver con las defensas ante la condición traumática de cada uno, habrá que ver entonces lo que las debilita. La tesis que aquí propongo es la nula o frágil operatividad de la represión inconsciente y, por tanto la falta de vida inconsciente, lo cual dificulta la creación de un mundo íntimo que establezca una distancia subjetiva con el otro. Eso da el rasgo de inestabilidad. La exposición traumática busca la defensa de la insensibilidad a partir de la denegación. No querer enterarse, como si no pasara nada, es demasiado común. Para que este rasgo tan común pueda figurar como rasgo diferencial, hay que pensar más en un modo de predominio que en una estructura inamovible. Otra clínica, una clínica más libre y concreta y menos referida al diagnóstico, es lo que estos fenómenos exigen.

Esos rasgos de inestabilidad y de insensibilidad siempre se han tenido en cuenta, desde el famoso «como si» de Helen Deutsch, hasta esa especie de sentimiento de irrealidad, que el verborrérico Millon expresaba diciendo que tales sujetos se sienten como espectadores de una película, como si no formaran parte de la realidad, estando adheridos, sin embargo, a ella, sin distancia subjetiva con ella, sin vida interior. Y en realidad el ejemplo de Millon no me parece del todo adecuado, pues no es el sujeto mero espectador sino que ese sentimiento de irrealidad le angustia, y como decía una joven apesadumbrada, cuando ese sentimiento le asalta de manera tan desoladora ha de nombrarse y decir en voz alta que es fulanita de tal, hija de tal y cual, que trabaja en tal sitio, etc., para así oxigenar la asfixia que le produce el sentimiento de irrealidad. Si el neurótico habitual parece torturado por sus pulsiones vividas como conflicto moral, y el psicótico crea un espacio íntimo aunque autorreferencial a costa de la realidad colectiva que ha de reconstruir con el delirio, este otro puede tener un trato con la realidad sin distancia interior, lo

que produce, con frecuencia, pequeños y puntuales esbozos delirantes que no son más que intentos de crear un nudo fantasmático, una representación psíquica con la que poder interpretar el mundo. Esto debe entenderse en relación con la tan traída y llevada labilidad yoica, que para mí consiste en que a falta de una escena interior construida, se llame fantasma o fantasías inconscientes –en todo caso espacio libidinal interno o capacidad para fantasear y tener conciencia de los propios sentimientos–, construye esbozos abortados de fantasías mostrándolos o proyectándolos en el exterior. Yo prefiero no usar el término «proyección», porque no es algo interno que se pone fuera, sino que es un interno no construido que se intenta construir con elementos exteriores, lo que da ese aire alucinatorio, sin que se consiga una diferenciación o límite interior/exterior preciso.

Tampoco es la reconstrucción de realidad que lleva a cabo el sujeto psicótico desde su desconexión. Estos otros sujetos están en la realidad, pero al carecer de espacio interno es como si no tuvieran experiencia subjetiva de esa realidad. Repiten comportamientos e ideas fijas que no consiguen ni una interpretación del otro ni una construcción, lo que les hace especialmente inermes (el acierto de las Jornadas universitarias celebradas en París en 1998 fue precisamente subrayar este aspecto de desamparo e indefensión). Construyen escuálidos maniqués que no les permiten una dimensión en profundidad con la que fantasear un escenario sentimental. De ahí, por ejemplo, que en su relación afectiva no se haya construido una escena amorosa de amor correspondido. No aman, pero tampoco se representan el ser amado. Para esa escena es requisito la distancia y la pérdida, y por tanto la ausencia, en suma, la experiencia de la vida. El que la vida esté sometida a experiencia quiere decir que nadie puede ser suplido a la hora de vivir, nadie puede sustituir a nadie en la vida, lo cual adquiere una tonalidad temerosa cuando se siente ese miedo, del que hablaban Adorno y Horkheimer, a ser destruido como sujeto. El sujeto viviente no puede ser suplido, pero puede ser destruido, acosado o intervenido por el miedo.

Pérdida de percepción versus pérdida de amor

En el Apéndice a *Inhibición, Síntoma y Angustia*, en el apartado sobre «Angustia, deseo y tristeza», decía Freud que la primera condición de la angustia es la pérdida de percepción, que se equipara a la pérdida de objeto y añadía: «No entra todavía en juego la pérdida de amor». La pérdida de amor entra en juego más tarde, una vez que la experiencia subjetiva del otro introduce la ausencia y la conservación amorosa interna. Pero la primera pérdida es la pérdida de la percepción del objeto, una primera pérdida que da lugar a la representación y al pensamiento como muestra el juego freudiano del *fort-da*. Es el comienzo del discernimiento.

En el siempre interesante artículo de 1925, *Die Verneinung* ('la negación'), establece como condición del discernimiento mental el que «se hayan perdido objetos que antaño procuraron una satisfacción real». La precisión freudiana es interesante: 1) la pérdida del objeto es condición de la representación psíquica; 2) esa pérdida debe ser de una satisfacción real para que exista al menos la posibilidad de una inscripción inconsciente de la pérdida y capacidad, por tanto, de duelo. No hay ausencia si previamente no hay presencia.

El que en estos sujetos a los que nos estamos refiriendo, exista esa especie de fisicalismo de la presencia, una adhesión perceptiva, no por su constancia menos epidérmica, quizás nos está indicando que es un tipo de presencia que no creó un vínculo que pudiera luego sostenerse en la intimidad de la ausencia. Cuando esto sucede, cuando la relación con el otro se juega por entero en el campo perceptivo, sin que haya inscripción de la ausencia o falta del otro, el otro es objeto y su condición de sujeto se ve velada por el lugar persecutorio que se le da. El sujeto queda reducido a objeto bajo la mirada del otro, y entonces la angustia le paraliza. Sea que el otro es objeto *desvalorizado* u objeto *persecutorio*, el sujeto es mera angustia al no tener otra existencia que la de objeto *inerte*, inmovilizado. Esa angustia es paralizante e insoportable, y sólo le queda empujar en la dirección de la «exoactuación», del paso al acto compulsivo y violento. ¿Cómo tratar con el otro si la dimensión subjetiva no está en juego? No hay trato, sólo manipulación o temor.

No es del todo sorprendente que pueda haber sujetos, por ejemplo, con manifiesta capacidad profesional y mental, incluso con una cierta capacidad de manipulación, y que tengan, sin embargo, tanta carencia y torpeza afectivas a la hora de preservar y conservar a las personas queridas, sin buscar exclusivamente su mortífero dominio o su presencia inerte. Quizás la frase que añadía Freud a propósito de la pérdida de percepción del objeto sea esclarecedora: «todavía no está en juego la pérdida de amor». Es una frase que al leerla puede sorprender, dada la capital importancia del vínculo afectivo en la representación psíquica, pero nos indica que la pérdida de percepción no es lo mismo que la pérdida de amor, por lo que una capacidad de representación mental, que se basa en la pérdida de la percepción del objeto, no es, sin embargo, lo mismo que el espacio íntimo en el que se construye la escena amorosa, en la cual el otro adquiere una distancia y una existencia subjetiva que no tiene en la primera representación mental, donde era sólo objeto de adhesión pero meramente perceptivo.

Por esa razón podemos encontrarnos con sujetos con claro rendimiento intelectual o artístico y, sin embargo, con una pobreza afectiva y sentimental que con frecuencia es a su vez soporte de su rendimiento intelectual. El saber y el crear pueden ponerse al servicio de la denegación, de no querer saber ni enterarse de sus movimientos pulsionales, de su sinsentido y de su angustia. Sería un modo de

«suprimir» el afecto por medio de la sublimación, es decir, un modo de usar la pulsión por fuera de su condición sexual y corporal, para así contener la agresividad.

La cuestión no es, entonces, la capacidad mental sino la capacidad de elaboración psíquica, la capacidad de amar, si se prefiere, o de sensibilidad. Cuando del otro sólo cuenta la presencia física y perceptiva, la capacidad mental suele verse reducida a las relaciones de poder, de captación y control físico. En los cada vez más frecuentes casos de malos tratos e incluso de asesinato de mujeres por parte de sus «parejas» o «ex-parejas», suele estar presente este tipo de angustia primitiva ante la pérdida de la percepción y del control físico que a falta de sublimación conlleva una sorda agresividad que empuja a la violencia. No es la pérdida del amor lo que está en juego sino el terror ante la pérdida del mero objeto de la percepción, de la posesión perceptiva. Sin él, como sucede en el niño más pequeño, la angustia ante la separación es una angustia de muerte. Como diría M. Klein, no se da la posición depresiva, es decir, el acceso a la ambivalencia, a la realidad contradictoria del otro, viéndose así reducida la distancia entre lo interior y lo exterior, entre el espacio íntimo y la representación de lo exterior. No hay amor sin la existencia separada del otro.

Amor e inconsciente

La distinción freudiana entre ambas pérdidas, la de la percepción y la del amor, adquiere entonces interés para abordar estas cuestiones, dado que, y es lo que quiero subrayar, la segunda supone capacidad de elaboración inconsciente de la pérdida del objeto amado, de su ausencia, no como signo de abandono o de destrucción sino como distancia o pérdida. El inconsciente conserva la experiencia de huellas o marcas de lo vivido, del dolor y de la satisfacción perdida, de lo temido y de lo anhelado, del odio como rechazo y del amor como búsqueda, del desconcierto y de los límites del sentido, es decir, en suma, la experiencia del sinsentido, no sólo como angustia o temor, sino también como enigma del deseo del otro. La pulsión, el modo como el viviente lo es sin programa y sin guía, obligado a rechazar para vivir como sujeto y a depender como defectuoso para vivir y satisfacerse, el conflicto pulsional y moral proveniente de esa paradójica relación del sujeto con la satisfacción, pues el conflicto es inherente a un objeto de la satisfacción que es a la vez sujeto, desde la madre, a la pareja o al amante, etc. Ese conflicto que impulsa en sus contradicciones a la elaboración inconsciente de la ambivalencia de nuestra relación con el otro, no puede ser borrado, está ahí y actúa en la dinámica inconsciente (en el inconsciente dinámico, que diría Freud; es decir, la subjetividad inconsciente), como bagaje con el que se construye ese mundo interno del que hablaba Stevens, que permite que el mundo externo no sea únicamente desolador. La memoria inconsciente es el espacio en el que el otro no sólo es odio-

so o abandonador sino que se conserva como huella viviente de cada uno, de la forma que sea, satisfactoria o no.

El sujeto huye de sus defectos, no se forma principalmente con sus anhelos o proyectos sino con sus defensas, pues lo que quiere, por encima de todas las cosas, es defenderse de su miedo, aunque eso le lleve a la parálisis. A lo que nos enfrentamos en nuestra práctica es a los modos como cada sujeto se defiende, no sólo de su desamparo sino de su conflicto, de su contradicción radical como viviente, de su necesidad de conservar y a la vez de destruir, de amar y de odiar. La cuestión entonces no se resuelve con la exaltación idealista de la moral de la autosuficiencia, como hace, por ejemplo, M. Oakeshott, la cuestión será más bien tratar la defensa no tanto o no sólo como daño mutuo sino como anhelos de encuentros posibles, como anhelo de posibilidad. El conflicto pulsional no se puede borrar, lo que lo convierte en un dilema moral, pues entonces la satisfacción pulsional no se puede sostener en la simple ignorancia de la subjetividad ajena, y eso no sólo como temor sino también como enigma del deseo. En esa situación, el amor es un interrogante, una posibilidad.

Denegación y huida de la experiencia

Inestabilidad, dificultad para amar o soportar la soledad o la ausencia del otro, intolerancia a la pérdida, insensibilidad y superficialidad, carencia de intimidad, dependencia física y anaclítica, sin tomar en cuenta o incluso sin que exista vínculo amoroso o afectivo ni la pregunta sobre qué vínculo se quiere o se busca. La relación con los otros se hace así confusa por no responder a una elección amorosa sino a un uso maníaco o a una inhibición temerosa que evita tomar al otro como objeto de deseo y a la vez como sujeto que rompe la creencia en la objetividad. Esa confusión es correlativa a la falta de límite interno, que es el que pergeña el deseo en el mundo de los impulsos pulsionales, y que se fragua con la experiencia subjetiva del anhelo, la decepción, el encuentro, las pérdidas y los diversos avatares sensitivos, afectivos y morales, tales como la demanda, el amor, el rechazo, el temor, la angustia, la culpa. La experiencia subjetiva, marcada por los acontecimientos que suceden en las relaciones con los demás, mezcla, por tanto, de actos propios y ajenos, de actuaciones y padecimientos, es la memoria inconsciente, que produce el sentimiento de vivir, el sentimiento de que nuestra experiencia no está aún agotada. La denegación pretende borrar todo suceso, pues todo suceso es temible, de ahí que sea una huida de la experiencia misma, como si nada hubiese sucedido, puesto que lo sucedido está demasiado cercano a lo traumático y demasiado desprovisto de elaboración interna. Sorprende la falta de vida inconsciente, contradictoria, indecisa, no digo confusa, plural, ya que la dimensión inconsciente introduce por su propia elaboración otra escena, es otra escena, luego

ya no hay una sola escena como la traumática, una escena fija e inmóvil, aniquiladora de la experiencia. La denegación es contraria a la experiencia, a veces aparece como única defensa, pero radical defensa contra la experiencia, buscando su anulación, en todo caso consiguiendo una especie de insensibilidad, de frialdad y de banalidad de los sentimientos, que necesita siempre el ruido del grupo.

De ahí que en esos casos más extremos encontremos una superficialidad afectiva y una vida inconsciente mucho más escasa que en la psicosis. Pues si, en efecto, el sujeto psicótico tiene dificultades para preservar los límites con el exterior, parece, sin embargo, dispuesto, valga la expresión, a sacrificar la realidad para sostener a su modo su propio mundo interno, un mundo interno atiborrado de interpretaciones de los otros. La relación intensa con el poder que sostiene el delirio psicótico es distinta en la denegación. En la denegación, percibir al otro en su facticidad es un modo de poseerlo, de controlarlo. Estar en el campo perceptivo es primordial, aunque a veces sea de modo persecutorio, y la ausencia es un temor, una angustia aniquiladora. De ahí lo acertado de la conocida frase de Hermann Broch: «El inconsciente es lo que resiste al poder», pues, en efecto, el inconsciente, la intimidad, es lo que escapa al poder, lo único que no capitula ante el poder. Se expresa entonces por el síntoma, por el conflicto moral y no necesariamente por la sumisión. «Resistir» es un buen término, resistir aunque fuera sin esperanza, es el reducto del sujeto del inconsciente, del sujeto marcado y determinado por su experiencia, sin querer borrarla con las fórmulas de la Fuerza colectiva, ya sea la Patria o el Estado.

Esta carencia de vida inconsciente favorece el mimetismo que tiene este tipo de comportamiento tan continuo y sin fisuras que se borra en su propio activismo o en su estéril circularidad, con un tipo de sociedad, como la actual, hipomaniaca, débil e insensible. Si es verdad que la época victoriana favorecía las histerias, mucho más esta nuestra de ahora no sólo favorece los trastornos del límite, sino que quienes los padecen de esa manera tan exclusiva, sin los recursos de la vida interna, parecen clones de este tipo de sociedad. El sujeto histérico puede contraponer a su época su propia respuesta inconsciente, en estos otros casos es como si se careciera de ella. Al no haber vida inconsciente, la otra escena según la calificación freudiana, el mundo se reduce a una única escena repetida cada día sin discontinuidad íntima, un *continuum* sin límite interno que como tal *continuum* no se distingue del entorno. Ser camaleónico, se defiende de la angustia con el mero mimetismo, lo que le desacredita como sujeto.

Carencia de la dimensión del cambio

Sin límite interno, sin discontinuidad o quiebra, la propia dimensión del cambio, inherente al sujeto, desaparece. Así vemos que se presentan sin que precisen, ni

muestren, ni se les ocurra la posibilidad de un cambio real en sus vidas, con un malestar difuso, a-histórico, incluso, a veces, no sólo les parece absurdo hablar de su supuesta historia, sino que muestran su malestar con cierta hostilidad. El cambio es, sin embargo, una dimensión, como digo, inherente a la subjetividad, sea al menos como lo imprevisible y lo inconmensurable (o no del todo previsible o conmensurable). Esa dimensión del cambio es correlativa a la dimensión moral que ha de decidir su respuesta a la demanda de los demás y ha de construir su propia demanda desde la distancia contradictoria con el otro, espacio de la ambivalencia, repito, ya que el otro es tanto objeto de satisfacción como sujeto deseante. Entre su reducción absoluta al estatuto de objeto de uso o su aparatosa dimensión persecutoria, el otro queda fuera del vínculo amoroso y moral. Si se desconoce el conflicto pulsional y la ambivalencia, se carece de criterio moral para decidir qué relación, cómo construirla desde la existencia real del otro y no desde la calumnia, y cómo en su caso preservarla del daño o, en todo caso, cómo en medio de la contradicción y de la ambivalencia entre amor y odio, aceptación y rechazo, mantener un criterio moral, condición de la hondura emocional, de la sensibilidad y de la diversidad del mundo y de sus personajes. Aceptar la existencia del otro no es coincidir con él. A veces la exaltación de la tolerancia suena a inercia o muerte intelectual y moral. Uno puede no tolerar lo que ve, pero acepta verlo y admitir en su propia indignación su existencia, sin tener que borrarlo del mapa, entre otras cosas porque no se puede.

La dimensión de cambio, o dimensión moral, se manifiesta por la desazón, la incertidumbre y el desacuerdo consigo mismo y con la época que le tocó vivir. No es añorar otra, ni negar el hecho de la actual, es simple desacuerdo moral con la tuya. La ideología de la resignación, como, por ejemplo, el genetismo o la doctrina de la predestinación, remiten el cambio a un agente exterior, sea el gen o la voluntad divina, que aniquila la dimensión subjetiva y moral del individuo. Ni sujeto, ni moral, es mero artificio desacreditado del poder.

Dependencia anaclítica y falta de ambivalencia

En este tipo de defensas tan primarias de las que hablamos a propósito de los trastornos del límite, presididas por la denegación, el rechazo no significa separación, sino paradójicamente dependencia y, por tanto, miedo. Es rechazo detenido al borde de su negación, de ese vacío, y entonces se busca sólo la posesión, creando esa bicefalia de rechazo y dependencia que crea relaciones muy superficiales desde el punto de vista del compromiso emocional, pero, sin embargo, muy persecutorias. En ocasiones, la agresividad persecutoria puede ser el escuálido resto de una subjetividad abortada. Decepcionados ante su confusa y apenas atisbada realidad interior y el evanescente sentimiento de realidad interna, incapaces

entonces de fantasear escenas amorosas y afectivas sino sólo de poder, ejercido o padecido, únicamente si odian o se asustan parecen tomar realidad, como si el odio, el miedo y la agresividad fueran el único anclaje interpretativo con la realidad. No supone necesariamente un apartarse de la realidad; por el contrario, el realismo en estos sujetos es en ocasiones sorprendente cuando se les ve desde el flanco de su labilidad yoica. Por realismo entiendo su capacidad de adaptación a un escenario de poder, a su automática y servil adaptación a ese escenario, sea desde el entusiasmo sádico o la inhibición temerosa. El caso extremo de este tipo de adaptación adquiere la tonalidad inquietante de la perversión y en general de las llamadas personalidades narcisistas, sobre lo que luego volveremos.

Esa capacidad de adaptación física y superficial, va ligada a la desaparición de la ambivalencia. Sin la ambivalencia se puede querer algo y lo contrario a renglón seguido sin conflicto, ya que la ambivalencia proviene de la incorporación de la dimensión subjetiva al objeto. Es el caso, quizá extremo, del violador que tapa a su víctima con su chaqueta para que no se enfríe o el que cura con esmero la herida que ha infligido a su pareja. Ya en su *Lehrbuch* de Psiquiatría, Bleuler relacionaba muy acertadamente ambivalencia, represión e inconsciente, es decir, la dimensión conflictiva de la vida inconsciente o vida subjetiva. Sin ella, la agresividad y el sentimiento persecutorio, que parece el único posible, resaltan sobre un fondo depresivo o inerte, casi irreal. El sentimiento persecutorio que proviene de la debilidad de un vínculo afectivo hondo, conflictivo y vivo, crea un universo de complicidades superficiales encaminado a la desvalorización del otro, a protegerse de su persecutoria lejanía. No hay distancia, luego todo signo de la distancia está concebido como persecutorio, como si esa fuera la única forma de que el otro tome concreción y deje de ser un artefacto manipulable. En todos los casos, lo que parece claro que no opera es la ausencia del otro como anhelo, deseo, y sus consecuencias representativas: fantasías o silenciosas interpretaciones. Sin la capacidad de fantasear, la vida se empobrece y el mundo es sólo hostilidad y daño. El sujeto no puede reconocer la ausencia del otro, su pérdida (sea la madre o la pareja o quien fuere) como causa de su sufrimiento, por tanto, no puede construir lazos vivos entre la representación y el afecto, ya que no puede desplazar los afectos (efecto de la represión) sino sólo inmovilizarlos o, en general, denegarlos, como si no acontecieran. El otro así no vive en uno mismo, no tiene lugar ni espacio en la intimidad psíquica, el vínculo se ve entonces que es escuálido o, en todo caso, hostil y únicamente hostil, y la demanda es sólo, a lo más, reproche.

Trastornos del límite y psicosis

Por lo dicho hasta aquí se puede deducir que este campo de los trastornos del límite es extraordinariamente extenso y que por sus propias características es difí-

cil de aprehender. De hecho, sus fenómenos clínicos, aunque quepa localizar un núcleo básico en torno al predominio de la denegación, son muy diversos, y van desde los más cercanos a la neurosis, a los comportamientos o fenómenos que hacen pensar en la psicosis, pasando por ese campo extraño de los fenómenos perversos y psicopáticos. Hay que tener en cuenta que la denegación está de hecho más presente en la neurosis que en la psicosis, mejor dicho, está siempre presente en la neurosis, aún en connivencia con la represión e incluso la elaboración inconsciente, mientras que parece prácticamente inexistente en la psicosis como tal, cuando la psicosis aparece. Incluso cabría decir que al sujeto psicótico, en cuanto psicótico le es propia la dificultad para denegar. El psicótico, incapaz para la mentira, tal como definía Epicteto la locura, es por ello inepto para la denegación. La denegación, presente en la neurosis, se convierte en arrasadora cuando es la única defensa, y entonces el denegador no es alguien que miente sino que *es* mentira. Es lo que tantos clínicos han intentado formular, desde el «como si» de Helen Deutsch al sentimiento de irrealidad al que todo aquel que ha trabajado este asunto siempre se refiere, y que muchos terminaron formulando como *falso self*.

Pero este sentimiento de irrealidad tiene una raigambre mayor que la mera manifestación del *falso self*, proviene de un sentimiento de vacío y desamparo que fue como apareció el conflicto pulsional, la experiencia de un estar vivo sin recursos para ello. Esta congoja reaparece cada vez que surge una renovación de esa angustia ante un acontecimiento actual, sea algo oído o visto, que renueva o repite esa angustia primaria, traumática, que da al sujeto viviente la sensación de irrealidad o un sentimiento de intensa extrañeza. Esta conexión entre lo oído o visto, en todo caso sentido, y la angustia primitiva se puede llamar regresión. No sé si es así como Freud entiende la regresión. A mi entender, la regresión no es una defensa, sino lo que sobrepasa las defensas, ya que se da cuando las defensas se desestabilizan, cuando el orden del mundo y los modos de comprensión se extravían a causa de la quiebra de las representaciones facilitadas o conjunto de representaciones familiares, y viene entonces ese extrañamiento radical o primario, esa reaparición de la primera experiencia traumática con desamparo y pánico. Por eso creo que tras el sentimiento de irrealidad, está el fondo melancólico del que tantos clínicos han hablado y que hay que entender en sentido fuerte: regresión al sin-sentido, al vacío libidinal, a la soledad y al desamparo.

Ahí pueden darse fenómenos alucinatorios, sin que eso implique necesariamente una psicosis. El fenómeno alucinatorio puede deberse a esa sensación de extrañamiento que da al otro un tipo de presencia avasalladora, aniquiladora de una realidad propia y diferenciada, debido a la dificultad o incapacidad de desplazamiento. El desplazamiento es posible por la represión, pues al reprimirse la representación, la carga de afecto queda disponible para vincularse a otras representaciones. Al no haber desplazamiento o al prevalecer otro tipo de defensas más

primarias como la disociación persecutoria del objeto, la carga del afecto no está disponible y se adhiere a una representación que toma en ese momento carácter absoluto y por tanto alucinatorio. Estos fenómenos alucinatorios pueden aparecer, por ejemplo, en períodos de duelo o de muertes inesperadas, también en situaciones de pérdidas muy traumáticas por estar muy ligadas a la angustia de percepción, en situaciones de trauma (es decir, de carga sin representación definida o continente), también en el trance transferencial que se produce porque la transferencia moviliza y favorece experiencias arcaicas alucinatorias conforme a las cuales el psicoanalista puede aparecer como objeto único y absoluto con ese carácter disociativo y la consiguiente aniquilación de la propia realidad interior.

Pero también pueden aparecer con una constancia mayor. Delirio o alucinación es, por ejemplo, que un hombre todavía joven ande buscando los indicios de la presencia de extraños en su pequeño apartamento ante el temor a ser controlado en su intimidad, o ese temor al contagio, que no bastaría con calificar de obsesivo, creyendo que si da la mano a un amigo se verá contaminado de una especie de sexualidad sucia y pegajosa que él a su vez transmitirá si da la mano a otro, a mí por ejemplo, o que teme que restos de semen le sean arrojados o simplemente caigan de las ventanas. Digo «creyendo» porque este hombre sabe que son ideas que se le imponen a pesar de su inverosimilitud, sin tener la certeza de su veracidad sino más bien lo contrario, sabedor de que no es así, de que no se corresponden con la realidad aunque no pueda librarse de ellas y terminen constituyendo su mundo «interno».

¿Cómo tratar lo alucinatorio? Por algún tipo de desplazamiento que permita rehacer el sentido del mundo, inscribir la pérdida y diversificar a los otros y, por consiguiente, romper con la escena fija y única, tanto traumática como incestuosa, sin distancia ni vida inconsciente. El inconsciente es siempre «otra escena». Ni hay un solo acto, ni un solo rasgo del otro, tratamos siempre con una diversidad que da a los demás su carácter de enigma, incluso de perplejidad. Hay un modo menos solitario de quebrar la presencia del otro como absoluto, es la *creencia*. La creencia es, como la llamó Blumenger, una «metaforización de lo absoluto». Por medio de la creencia se construye la grupalidad y la pertenencia. Es la condición de la comunidad. La creencia no trata de la existencia, si así fuera no sería creencia. La creencia está en el lugar de la *epojé*, pues sustituye la nada de la consciencia por la convicción de la comunidad, y la existencia del otro por su figura atributiva.

En la psicosis, por el contrario, no hay creencia. Este fue sin duda un gran atisbo freudiano, el calificar la psicosis como *Unglauben*. Por eso dije anteriormente que el psicótico no es creyente y que por esa razón es quien soporta la existencia de Dios, el terror de su omnipotencia y de su omnivigencia, el terror, en suma, de lo absoluto. No son creyentes, están expuestos a la certeza. Si la creencia es descarga de lo absoluto, la certeza carece de esa descarga y, por ello, es mero terror. El psicótico soporta el terror de la existencia de Dios, por eso carece de iglesia, la iglesia

es descarga de absoluto, es creencia, no certeza, que se resuelve en convicción institucional. La creencia siempre es en grupo, y así la religión institucional como vínculo colectivo terrenal sirve para descargarse de absoluto. El psicótico está solo ante lo absoluto, Dios es real, no metafórico, está siempre ahí, omnipotente y omnividente, y el daño que inflige es igualmente absoluto y letal. Delira para consolarse de sus alucinaciones, pero a la vez ese delirio no tiene otro soporte que la alucinación. De ahí que cuando un delirante tenaz, por ejemplo, un paranoico, vira hacia la religión, intenta una vía de salida, un modo de entrar en una comunidad de creyentes que opera, por tanto, como metaforización de lo absoluto. De ahí que normalmente esos intentos terminen en el psicótico empedernido en un fiasco.

En la psicosis, el delirio es el modo de construir una pertenencia y una inclusión en lo histórico, en la filiación sexuada. Se puede entender entonces como un modo de desplazar la representación y descargarse de la carga de objeto adherida a ella y así incluir lo alucinatorio en un tipo de historia y de ese modo disolverlo. La amenaza parece preferible a la inanición libidinal. Es un modo de construir una realidad aunque sea a costa de romper con la realidad grupal, la basada en el sistema de creencias. Puesto que en cuanto psicótico no le está permitida la denegación, esa extrema sensibilidad ante el acontecer de la vida le obliga a una constante actividad mental de recreación interminable. Es lo que Schreber formuló como «empuje a pensar», insidioso, terrible e imparale.

La presencia de la denegación no excluye radicalmente la posibilidad de delirar. Incluso comprobamos en nuestra clínica diaria que un psicótico no es psicótico todo el tiempo, solemos decir de alguien, por ejemplo, «hoy está psicótico». Si fuera psicótico todo el tiempo, sólo tendría como salida el estallido de un delirio imparale, des-metaforizado, o la absoluta inanición, es decir, la muerte en uno u otro caso. El delirio viene siempre en ayuda de una fragilidad identificatoria, de una angustia traumática, de una contención precaria de la agresividad y, en suma de una pérdida, o hemorragia de vida interior. Si no permite descansar en algún sentido o en alguna significación, su estallido es especialmente destructivo.

Volviendo sobre la denegación, vemos que en estos casos extremos de trastornos del límite, sucede que el temor y una inhibición incapacitadora les impide el trato social y el juego de la comunicación. Estropean las palabras de tanto buscarlas, su discurso es repetitivo y monótono. La fragilidad fantasmática interna, la incapacidad para fantasear, hace que algunos pensamientos se proyecten hacia fuera como si los vieran u oyeran desde fuera, como si la escena fantasmática se fraguara en ese instante escueto y frío, sin discontinuidad. No es un delirio construido, es un esbozo delirante que intenta una representación psíquica. Como en el caso del hombre señalado más arriba, es un intento de supervivencia que no construye una realidad propia, sino que toma un esbozo o fragmento externo para darse realidad y sentir que existe. Pueden pasar desapercibidos incluso para ellos mis-

mos. Este encuadre vacío es lo que llevó a Bergeret a hablar de un estado depresivo de fondo con ese lastre corporal y regresivo que les hace torpes, anaclíticos y adheridos sin poder crear una relación fluida o viva. Ese fondo melancólico, que tanto indagó Bergeret, y el sentimiento de irrealidad, subrayado por todos, proviene de un desamparo tan radical que no es sólo la dependencia del *infans*, sino una especie de condena melancólica, como si su venida al mundo careciera de transmisión y fuera una funesta casualidad, condenados entonces a no tener lugar alguno en los otros, sin historia y sin poder inventársela. La filiación sería un mero hecho externo, no una vivencia histórica de transmisión de vida. El llamado *falso self* tiene una raíz aún más seca: no sólo ellos se sienten falsos sino la vida misma, y si la vida es una ficción, los impulsos de la pulsión no tienen otro destino que el paso al acto, la inhibición más radical, el mutismo del superviviente o el grito falto de demanda (a no ser que como en las llamadas personalidades narcisistas consigan adentrarse por la senda de la manipulación y de la admiración conseguida en compensación de la muerte interior).

A veces una extraordinaria debilidad o pobreza de elaboración hace que puedan aparecer como débiles psíquicos y mentales, y siempre uno se sorprende de que puedan hacer en muchos casos su trabajo, a veces incluso técnicamente complejo. Parecen espectros en su aislamiento afectivo, sacudidos por la hostilidad y el miedo, pero sin conseguir una mínima interpretación eficaz del otro. Se les da de lado porque ellos mismos se sienten inexistentes e invisibles. «Me siento a la mesa familiar y nadie me ve», decía un sujeto anclado en lo que él mismo llama su bloqueo permanente. Tiene su «teoría» que repite una y otra vez de modo cansino y automático: «Si me muevo entonces mi padre va a morir de un infarto, mi padre es puro y neto, y entonces que nadie se mueva, que nadie diga nada, si digo algo es que lo estoy matando». Y así día tras día, inmutable, a-histórico. Sólo muy recientemente le oí usar el verbo en pasado, con lo que quizás esa distancia verbal pueda significar el tiempo de la respiración psíquica.

¿Cómo se sostiene en esa inercia psíquica sin que tampoco acontezca una «exoactuación» destructiva? Parecen sobrevivir con el mínimo gasto psíquico. Dado su estado de pobreza de recursos, prefieren no viajar ni cambiar de ambiente. En ocasiones, la hipocondría parece la forma de crear un espacio de preocupaciones que parece suplir o compensar el terror de la muerte interior, su torpe y frágil investimento libidinal del cuerpo.

El debate sobre las personalidades narcisistas y la cuestión de la perversión

Los trastornos del límite se caracterizan en general, tal como venimos diciendo, por esa falta de distancia subjetiva y de vida interna con predominio de la

denegación que borra las preguntas sobre quién se es o qué se quiere o de dónde se proviene o por quién se es amado, si lo fuere, preguntas más presentes en las psicosis (las primeras, que dan lugar a los delirios específicos de filiación y de salvación) y en las neurosis (las segundas). Pero los hay para quienes la denegación les hace eficaces manipuladores de los sentimientos o debilidades ajenas: desde los más actuadores, o «exoactuadores» como algunos los nombran, a los más certeros en el comportamiento estratégico de conseguir, de los demás, admiración y dependencia. Ellos son los genuinos representantes de las llamadas «personalidades narcisistas» o «trastornos narcisistas de la personalidad», que de ambas maneras se conocen, por mucho que la tan traída y llevada personalidad sea un hueso duro de roer. Es asunto, en todo caso, de indudable interés clínico, dada la frecuencia del cuadro. Se esté o no de acuerdo con las «elucubraciones teóricas» de Kernberg, no cabe duda de su soltura clínica a la hora de describirlo. Tiene muchos textos y pasajes al respecto. Elijo sólo uno que me parece pertinente. Dice así: «Los rasgos sobresalientes de las personalidades narcisistas son la grandiosidad, la exagerada centralización en sí mismos y una notable falta de interés y empatía hacia los demás, no obstante, la avidez con que buscan su tributo y admiración. Sienten gran envidia hacia aquellos que poseen algo que ellos no tienen, o que simplemente parecen disfrutar de sus vidas. No sólo les falta profundidad emocional... sino que además sus propios sentimientos carecen de diferenciación, encendiéndose en rápidos destellos para dispersarse inmediatamente. En particular, son incapaces de experimentar auténticos sentimientos de tristeza, duelo, anhelo y reacciones depresivas, siendo esta última carencia una característica básica de sus personalidades. Cuando se sienten abandonados o defraudados por otras personas, suelen exhibir una respuesta aparentemente depresiva, pero que, examinada con mayor detenimiento, resulta ser de enojo y resentimiento, cargado de deseos de venganza, y no verdadera tristeza por la pérdida de una persona que apreciaban» (p. 206).

La descripción es excelente. Kohut diría que inespecífica, por lo que pretendió separar estos casos de los llamados «estados fronterizos», pero esa distinción, en el caso de Kohut, no esclarece mucho, ya que si en efecto estudia las maneras arcaicas de la defensa narcisista tampoco aclara mucho la formación del narcisismo como diferenciado del autoerotismo, como tampoco lo hace para distinguir esos «estados fronterizos» de la esquizofrenia. Esto revela una vez más que poner el acento en la clasificación diagnóstica no es más que un debate estéril. Los trastornos del límite son trastornos que de uno u otro modo, y en cuanto que se refieren a lo más primario del vínculo afectivo, a todos nos atañen.

ORIGINALES Y REVISIONES

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) BERGERET, J. (1974), *La personalidad normal y patológica*, Barcelona, Gedisa, 1996.
- (2) BERGERET, J., *La dépression et les états limites*, París, Payot, 1975.
- (3) BLUMENBERG, H. (1981), *La legibilidad del mundo*, Madrid, Tecnos, 2000.
- (4) DONNET, J. L.; GREEN, A., *L'enfant de ça. Psychanalyse d'un entretien: psychose blanche*, París, Minuit, 1973.
- (5) FREUD, S. (1933), «Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis», en *Obras Completas 8*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1974.
- (6) FREUD, S. (1926), «Inhibición, síntoma y angustia», en *Obras Completas 8*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1974.
- (7) GEHLEN, A. (1974), *El hombre*, Salamanca, Sígueme, 1980.
- (8) JOYCE, J., *Retrato del artista adolescente*, Barcelona, Argos Vergara, 1980.
- (9) HORKHEIMER, M.; ADORNO, T. (1944), *Dialéctica de la ilustración*, Madrid, Trotta, 1994.
- (10) KANT, E. (1798), *Antropología, en sentido pragmático*, Madrid, Alianza, 1991
- (11) KANT, E. (1790), *Crítica del juicio*, Madrid, Espasa-Calpe, 1977.
- (12) KNIGHT, R. P., «Boderline States», en LOWENSTEIN, R. M., *Drives Affects, Behavior*, Nueva York, Intern, Univ. Press, 1953.
- (13) KOHUT, H. (1971), *Análisis del Self: El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*, Buenos Aires, Amorrortu, 1977.
- (14) MONGARDINI, C., *Miedo y sociedad*, Madrid, Alianza, 2007.
- (15) PATOČKA, J. (1975), *Ensayos heréticos*, Barcelona, Península, 1988.
- (16) PEREÑA, F., *El hombre sin argumento*, Madrid, Síntesis, 2002.
- (17) PEREÑA, F., «Cuerpo y subjetividad: acerca de la anorexia», en *Revista Española de Sanidad Pública*, 81, 5, 2007, Madrid.
- (18) CHABERT, C.; BRUSSET, B.; BRELET-FOULARD, F. (1999), *Neurosis y funcionamientos límite*, Madrid, Síntesis, 2001.
- (19) KERNBERG, O. (1975), *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, Barcelona, Paidós, 1979.

* Francisco Pereña, psicoanalista.

Correspondencia: C/ Hortaleza, 106, 2.º dcha, 28004, Madrid.

** Fecha de recepción: 14-VII-2008 (aceptado el 20-VIII-2008).

Jorge L. Tizón

Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis

RESUMEN: Pródromos, la duración de la fase prodrómica y los factores de riesgo en la infancia y adolescencia de los cuadros psicóticos y, en especial, del «desequilibrio psicótico postpuberal» o «esquizofrenia».

PALABRAS CLAVE: Psicosis incipiente, pródromos de psicosis, esquizofrenia.

SUMMARY: Prodromic symptoms, the duration of the prodromic phase and the risk factors in the childhood and adolescence of the psychotic disorders and, especially, of the «postpuberal psychotic disorder» or schizophrenia.

KEY WORDS: Early psychosis, prodroms of psychosis, schizophrenia.

Introducción

Los «síndromes esquizofrénicos» y, en general, los trastornos psicóticos son los trastornos mentales que, probablemente, suponen más sufrimientos y costos tanto psicológicos (individuales y familiares) como micro y macrosociales (tabla 1). En las actuales condiciones de asistencia, el primer contacto con los servicios de SM de los pacientes diagnosticados de «psicosis esquizofrénica» y, en general, en todas las psicosis «delirantes» o «funcionales», usualmente está precipitado por los dramáticos síntomas y trastornos psicosociales del primer episodio (1-9). En la mayoría de los casos, el evento se halla precedido por una acumulación más o menos rápida de síntomas no específicos, síntomas «en negativo» y, finalmente, síntomas «en positivo», como ya describieron los primeros estudiosos del síndrome esquizofrénico (Bleuler, Kraepelin, Conrad, etc.).

¿Cuál es la experiencia personal, como sujetos, de los pacientes diagnosticados de «esquizofrenia» o «psicosis»? ¿Cómo viven la aparición de los primeros malestares, alteraciones, síntomas, tanto ellos como sus familias? Desde el punto de vista asistencial y técnico, esas tremendas experiencias, con las frustraciones, limitaciones y sufrimientos que conllevan, ¿pueden ayudarnos en la prevención, el tratamiento, la atención precoz? O, por el contrario, ¿esas vivencias y comunicaciones son sólo «acontecerec humanos» que no poseen ningún valor para la ciencia y la técnica, «excrecencias» y «actos vacíos de sentido», «discursos sin sentido para la ciencia y para la técnica?». Y si poseen sentido y valor para las aproximaciones asistenciales y para el estudio científico de tales formas del sufrimiento humano (10), ¿cómo usarlos en nuestras aproximaciones y técnicas de cuidado? ¿Con qué actitud, con qué instrumentos, con qué ética, con qué epistemología? Por ejemplo, si los estudiamos, ¿nos servirán para detectar precozmente esos trastornos psicopatológicos de las relaciones humanas y para ayudar

a esos pacientes y grupos humanos desde los primeros síntomas, desde los prodromos? Más allá aún: ¿existen factores de riesgo detectables en la infancia y adolescencia que puedan avisarnos del posible desarrollo de una esquizofrenia o de una psicosis en la edad adulta? Y si existen ¿se puede incidir en ellos desde su manifestación en los dispositivos de Atención Primaria de Salud y en la interfase salud mental–atención primaria de salud?

Una vez que el trastorno está declarado, ¿cómo viven en nuestras sociedades los pacientes psicóticos que no ingresan, y sus familias? ¿Visitan los dispositivos de salud mental comunitaria, los médicos de familia o más bien tienden a perderse «en los intersticios de la sociedad y de sus propios repliegues psíquicos»? ¿Qué magnitudes suponen sus diversos subgrupos asistenciales: 1) los que ingresan a menudo; 2) los que no lo hacen pero están en contacto con los servicios de salud mental extrahospitalarios; 3) los que sólo conectan con los médicos de familia y enfermeras, con la APS, 4) los que desaparecen de las redes asistenciales durante años, hasta la próxima crisis aguda? (9-26).

Häffner y otros (1) han resumido los trabajos internacionales (Alemania, Suecia, USA, Australia, etc.) en los que se ha estudiado la duración del trastorno antes del primer ingreso o del primer contacto terapéutico (4-6). A pesar de las dificultades metodológicas de varios de tales estudios y de su disparidad tanto cultural como metodológica y de enfoque, casi todos ellos muestran que pasan varios años entre los primeros síntomas prodrómicos y el primer tratamiento, es decir, que el período de *psicosis no tratada* dura varios años en nuestras sociedades. En ese sentido, la vieja discusión entre «episodio» y «brote» (sin relación con la vida anterior del individuo) no es sostenible hoy. Se sabe cada vez más de los síntomas prodrómicos de la esquizofrenia, es decir, del amplio período que pasa entre sus primeras manifestaciones y el reconocimiento y primeros tratamientos del trastorno, la *DUP, Duration of Untreated Psychoses*, de los anglosajones (1; 8; 15-16; 27-30). Pero es que, además, tanto las investigaciones retrospectivas como las prospectivas aportan datos que hacen pensar en la existencia de síntomas neurológicos menores y, desde luego, en la existencia de numerosas diferencias entre el desarrollo de los niños y adolescentes que luego van a ser esquizofrénicos y otros sujetos de control (8; 20; 31-36).

Por otra parte, en la mayoría de los casos, el primer episodio manifiesto de la psicosis se halla precedido por una acumulación de síntomas no específicos, síntomas «en negativo» y, finalmente, síntomas «en positivo». Es la acumulación de síntomas y perturbaciones a lo largo de los meses y los años o, más bien, la «ruptura del self» que los provoca, lo que hace aparecer en el ámbito social los «síntomas en positivo», usualmente los primeros que suelen valorarse como «trastorno». El paciente suele acabar entonces ingresado o, en otros casos, comienza su trata-

miento sin necesidad de ingresar, etc. Usualmente, tendemos a pensar que ese es el «primer episodio» de la psicosis, que ingreso y «primer episodio» son eventos coincidentes. Empero, como apuntamos (10), en realidad ese paciente suele llevar ya varios «episodios» agudos o subagudos de sufrimiento y con síntomas: es la deformación tecnocrática y hospitalocéntrica de nuestros conocimientos lo que nos hace pensar que el trastorno no existe hasta que el paciente y/o su familia contactan con nosotros, con los «técnicos», con la «red profesional de asistencia».

Para los que trabajamos durante decenios en contacto clínico con esos pacientes y sus allegados, una primera preocupación es aclarar cómo conviven los pacientes psicóticos y sus familias con un trastorno tan grave y doloroso. En especial, cómo y desde cuándo comenzó el trastorno y cuáles fueron sus percepciones, cogniciones conflictos y sentimientos entonces. La hipótesis que hace decenios va calando en la psiquiatría mundial es que, si esos antecedentes se pudieran detectar con suficiente validez y fiabilidad, se podrían tratar antes y mejor (1; 6; 8; 11; 15; 28; 30; 37-48). El grupo Australiano y otros (7-8; 49) han resumido los trabajos internacionales (Alemania, UK, Suecia, Finlandia, USA, Australia, etc.) en los que se ha estudiado la duración y avatares del trastorno antes del primer ingreso o del primer contacto terapéutico.

Yendo más atrás en esa retrospectión-prospección, todas las hipótesis etiológicas actuales sobre las psicosis obligan a pensar en factores de riesgo y vulnerabilidades desde la infancia en la mayoría de casos y cuadros (46-47; 50-58). La literatura sobre factores de riesgo en la infancia y la adolescencia ha crecido exponencialmente, pero aún no existe un amplio acuerdo internacional sobre la importancia relativa de dichos factores de riesgo y, en especial, sobre las formas y métodos para localizarlos suficientemente fiables (18; 59-62). Por ejemplo, tanto las investigaciones retrospectivas como prospectivas cada vez aportan más datos que hacen pensar en la existencia de síntomas conductuales, cognitivos, emocionales y neurológicos menores, así como en la existencia de numerosas diferencias entre el desarrollo de los niños y adolescentes que luego van a ser catalogados como «esquizofrénicos» y otros sujetos de control, incluso hermanos de los afectados (7-8; 18; 53; 59) (7-8; 18; 20; 31-36; 53; 59). Hay investigaciones que apuntan incluso a la existencia de diferencias visibles desde el primer año de la vida (13; 19; 35; 63-66).

Uno de los problemas no resueltos consiste en que muchos de tales datos a menudo se asientan en estudios que metodológicamente poseen importantes lagunas y, por otro lado, son poco específicos. En realidad, en la mejor de las posibilidades, predicen trastornos mentales en los casos detectados, sin diferenciar demasiado si los mismos aparecerán en la propia infancia, en la adolescencia o en la edad adulta, ni sobre los diagnósticos con los que dichos individuos tenderán a

ser diagnosticados. Esas dificultades metodológicas resultan comprensibles si tenemos en cuenta la complejidad de realizar un estudio prospectivo que necesitaría seguir poblaciones de 10.000 personas o 3.000 pacientes psiquiátricos para detectar nueve casos al año, complejidad que aumenta con los problemas éticos y económicos de ese tipo de estudios (19; 35; 67-69).

Tal vez una vía para salir del bloque teórico y metodológico de tales estudios consistiría en intentar buscar, más que factores de riesgo específicos, «constelaciones» o «agrupaciones» de los mismos en las diversas edades de la infancia y la adolescencia dentro de los antecedentes de dichos pacientes. Todo ello sin olvidar que el concepto de «esquizofrenia» e incluso el de «psicosis» está necesitado de profundos replanteamientos tanto teóricos como epistemológicos, sin los cuales la investigación e incluso la clínica se hallan abocadas a frecuentes callejones sin salida. Y si avanzamos hacia la pubertad y la adolescencia, ha de tenerse en cuenta datos hoy confirmados como los del estudio ABC alemán, replicado entre nosotros en Cantabria –y que estamos intentando desarrollar en nuevos campos y poblaciones–. Los europeos (cf. 19; 24; 28; 70-71) tienden a presentar el primer signo del trastorno a los 22, 5 años y las europeas a los 25,4 años. Pero el 73% de los mismos experimentaron una larga fase prodrómica de una media de 5 años con síntomas psicóticos ya manifiestos, pero sin diagnóstico ni tratamiento. Los estudios alemanes, así como los australianos, norteamericanos, suecos, fineses, etc., han descrito asimismo el tipo y características de esos primeros síntomas.

Hace años que investigamos sobre esos temas, en especial, dentro del Proyecto SASPE y el Proyecto LISMEN (19-20; 60). Uno de los objetivos era realizar una primera aproximación a esos síntomas y signos prodrómicos, así como a los factores de riesgo en la infancia y adolescencia. El equipo investigador proponía, en primer lugar, recoger datos sobre todos los pacientes que padecen esquizofrenia y psicosis en dos barriadas determinadas de la conurbación de Barcelona. ¿Cuántos son esos pacientes? (Tablas 2 y 3). Los datos provenientes de encuestas poblacionales con estos tipos de trastornos dan numerosos «falsos negativos» y «falsos positivos». De ahí que interesara una cuantificación real, porque, según nuestros datos, la mayoría de estos pacientes graves no ingresan en hospitales o lo hacen entre 2 y 4 veces en toda su vida. Cada año, de nuestra muestra de 476 pacientes esquizofrénicos y 362 con «otras psicosis», ingresan en servicios hospitalarios especializados únicamente el 8%, con gran tendencia a los reingresos entre los que ingresan más de una ocasión (hay un número de pacientes que nunca ingresan, otros que lo hacen entre 1 y 4 ocasiones y otros que sufren numerosos reingresos). Hemos podido determinar tasas de incidencia y prevalencia en población general y en población de riesgo comprobadas para la población estudiada, así como otra serie de características

psico-sociales: edad de aparición, distribución por géneros, barriadas y grupos sociales, fertilidad y fecundidad de los sujetos, etc. También algunos datos iniciales acerca de la influencia de los factores sociales en la diferenciación de la psicopatología y la eclosión y evolución de los trastornos. En una de nuestras muestras de esquizofrénicos que se visitaron durante un año concreto (2004), utilizando como herramienta la entrevista semiestructurada IRAOS-ERIE (*Interview for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia*) (1), pudimos determinar que los síntomas prodrómicos más frecuentes en esa submuestra eran, por este orden: a) Las alteraciones de conducta (conducta extravagante, desorganizada y peleas); b) Ideación delirante (percepción megalomaniaca, ideas paranoides y delirio de referencia); c) El retraimiento o la euforia; d) Los problemas relacionales (de pareja o familiar, laborales y sexuales); e) Las alteraciones del sueño. Unos resultados algo diferentes de los publicados en los estudios australianos (8). Por otra parte, en esta submuestra del estudio SASPE hemos encontrado síntomas psicopatológicos definidos ya 5 años antes del primer episodio (20). En la mayoría de los casos, esos síntomas aparecen entre 1 y 5 años antes del primer episodio que se trata. En una minoría de los casos, hasta 10 años antes del diagnóstico. La moda en esta primera muestra (N = 22) se sitúa en los 3 años: son datos sobre la DUP (*Duration of Untreated Psychoses*) en estos pacientes.

Ahora bien, ¿existen medios para mejorar la detección y, por lo tanto, para acortar la duración del período sin tratamiento de la psicosis? El interés de los mismos resulta obvio: si los síntomas se pudieran detectar antes, el trastorno y sus pródromos se podrían atender antes. Con el efecto sobreañadido de que algunos estudios muestran ya que un tratamiento psicosocial precoz mejora la evolución de dichos pacientes (y disminuye el sufrimiento de sus familias) (7; 45; 48; 72-73). Es decir que, con una menor DPUP (*Duration of Psychosocially Untreated Psychoses*) la evolución tiende a cambiar en sentido positivo (8; 74-77). Resulta crucial la determinación tanto de los factores de riesgo como de los factores protectores de la aparición del primer episodio y de las recaídas. Usualmente se atribuye un papel fundamental a la red sanitaria entre esos factores de protección, pero ello implica el apriorismo de pensar que la mayoría de tales pacientes visitan los dispositivos de salud durante el año, algo que está por demostrar, incluso en nuestras sociedades tecnológicas, y que nuestros datos provisionales se contradicen. En realidad, sabemos poco de cómo viven en nuestras sociedades los pacientes con psicosis y sus familias cuando no ingresan. Ni siquiera estamos suficientemente seguros de la magnitud que suponen esos diversos subgrupos asistenciales que antes hemos citado: a) los que ingresan con elevada frecuencia; b) los que no ingresan pero están en contacto con los servicios de salud mental extrahospitalarios; c) los que sólo conectan con los profesionales de la Atención

Primaria de Salud; d) los que se evaden de las redes asistenciales durante años, y sólo reaparecen en las crisis agudas (10; 18; 67; 78). Pero incluso cuando los síntomas prodrómicos ya están definidos (cuando el trastorno psicótico ya sería evidente si el paciente consultase), en el caso de los sujetos que no ingresen en la red sanitaria, tampoco sabemos para ese período cuáles son las «vías» o «camino» que siguen esos pacientes y sus familias para evitar o «rodear» la asistencia y para encontrar una nueva posición social en la que ubicarse. Anteriormente, las investigaciones sociológicas, y hoy las estrictamente epidemiológicas y psiquiátricas, han proporcionado abundantes datos acerca de cómo ese nuevo lugar social implica importantes pérdidas de salud en la familia, pérdidas en su calidad de vida, ruptura de lazos con la red social, etc. (23-24; 48; 68; 78). Consecuentemente, tiende a pensarse que una mayor DUP (*Duration of Untreated Psychoses*) se acompaña de mayores pérdidas y disfunciones familiares, sociales y personales y de severas pérdidas en la calidad de vida. Sin embargo, hay que aclarar que hoy por hoy se trata de una hipótesis que cuenta con datos a favor pero que aún no podemos dar como comprobada (17; 76) y que debe ser replanteada desde la perspectiva de las «terapias integradas», es decir, que utilizan tratamientos psicológicos y psicosociales en la atención precoz. Por eso antes hablaba de la diferenciación entre DUP (*Duration of Untreated Psychoses*) y DPUP (*Duration of Psychosocially Untreated Psychoses*) o DPTPP (*Duración del Período sin tratamiento psicosocial de la Psicosis*).

Lo que resulta claro, desde luego, es que las características tanto de los pródromos como de las vías de acceso o evitación de los tratamientos están sujetas a numerosas influencias, tanto psicosociales (individuales y familiares) como sociales: organización del sistema sanitario y el sistema social, ideología y cultura de la población, importancia de la estigmatización, tipo de dispositivos existentes, accesibilidad de los diversos tipos de tratamientos, cultura de grupo y esperanza institucional de los dispositivos funcionantes, etc. (19; 70-71; 79). Por otra parte, tampoco está clara la definición del «síndrome prodrómico» y su diferenciación con la «psicosis no tratada» ni poseemos medios suficientemente válidos para definir a esos sujetos en pródromos, trema, «estado mental de alto riesgo» o «psicosis incipiente» (40).

Ahora bien, la clínica de los equipos de atención precoz de al menos tres continentes apunta cotidianamente a la importancia del tratamiento precoz de los niños, púberes y adolescentes que presentan muchos de esos tipos de déficits funcionales y relacionales. Y muestra también, cada vez con mayor frecuencia, importantes resultados positivos tanto de numerosas intervenciones precoces en la infancia (58; 80) como del tratamiento precoz de las psicosis y los pródromos de psicosis (7-8; 58; 65-66; 81-82). Los resultados preventivos se observan cuando los tratamientos no son meramente farmacológicos y, cuando, además de realizar

el necesario apoyo psicológico del niño, púber o adolescente, se centran en el apoyo y contención psicosocial de la familia y los núcleos vivenciales naturales de desarrollo del niño (58; 66; 83). Es decir, cuando se trata de una auténtica «terapia combinada» o «integrada» (84; 48). Los equipos escandinavos hablan del «tratamiento adaptado a las necesidades», pero preferimos hablar del «tratamiento adaptado a las necesidades del paciente y su familia dentro de la comunidad» (TAN-PFC).

Todo eso hace pensar en la necesidad de instaurar procedimientos y equipos para la detección y atención precoz de los pacientes y las familias que están padeciendo esas graves y dolorosas situaciones, algunas de las cuales pueden desembocar en una psicosis luego. Los equipos nórdicos fueron pioneros en este campo, así como los australianos y algunos británicos. En España, el Programa de Prevención de las Psicosis de Cantabria (P3, www.p3-info.es) tiene seis años de existencia (se inició en el año 2000). En el caso de Catalunya, presentamos al Programa de Salud Mental del Departamento de Salud un anteproyecto, en 1999, de lo que llamábamos PAIPP (Programa de Atención Integral al Paciente con Psicosis), en el que se hacía hincapié en las actividades preventivas y de atención precoz integral (85); y en el año 2004, presentamos nuestro Proyecto de Equipo de Atención Precoz a los Pacientes con Psicosis (EAPPP), que realizó sus primeros pasos a partir de octubre de 2005 y, con el programa integrado en marcha y el personal adscrito, comenzó a rodar el 1-VI-2006.

Uno de los objetivos tanto de nuestra propuesta de PAIPP como del EAPPP era dedicar un equipo, unas actividades y un tiempo a transformar la actividad de los profesionales, los dispositivos y el pensamiento de administradores y políticos en el sentido de hacer hincapié en la prevención primaria y secundaria y no sólo en las actividades rehabilitadoras y de atención y prevención terciaria, institucional. Eso requería todo un cambio de actitud y de ideología asistencial que, en principio, pensábamos que podría tardar entre 5 y 10 años en ocurrir en la situación catalana actual. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que fuimos conservadores en esa evolución cronológica. Hoy la necesidad de creación de equipos o programas como los que aquí vamos a exponer se ha convertido en uno de los objetivos prioritarios del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Catalunya. En la rapidez de ese cambio (menos de dos años), han jugado un papel preponderante, por un lado, la dinámica puesta en marcha con la creación de grupo de trabajo para la redacción del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de la Generalitat (2006-2010), con su gran hincapié en la prevención y en las edades infantiles, al menos sobre el papel y en las intenciones. En segundo lugar, el hecho de que, por primera vez, el Institut Català de la Salut, decidiera en menos de un año apoyar un equipo de dichas características y dotarlo del necesario presupues-

to. De forma tal que, en cuanto el ICS ha mostrado que puede y quiere crear y sostener un equipo de esas características, todo el resto de empresas de salud mental catalanas concertadas con el Servei Català de la Salut –y el propio S.C.S.–, se han lanzado a estudiar la posibilidad de poner en marcha programas y equipos piloto en este campo, tras las resoluciones de un «Grupo Operativo sobre Psicosis Incipiente» del Servei Català de la Salut y el Departament de Salut de la Generalitat (Grupo Operativo de Psicosis Incipiente, 2006) (40).

Como se discutió en dicho grupo de trabajo, hay dos formas de poner en marcha dichos programas. Dos formas a las que designaremos con los términos de «creación de equipos integrales piloto» y «programas de integración basados en las sinergias y colaboraciones entre diferentes empresas y dispositivos». Todo ello no podría entenderse si no se tiene en cuenta que en Catalunya gran parte de los dispositivos de SMiA son concertados, no propios del Servei Català de la Salut ni del Institut Català de la Salut, y que en determinadas zonas de 100.000 habitantes, como la que atiende nuestro EAPPP, puede haber hasta siete empresas diferentes haciéndose cargo de los temas de salud mental de la población. De ahí que lo que en una sanidad pública se resuelve con la creación de un equipo piloto o «demostrativo» integrado, que se pone en marcha y crea las necesarias sinergias con los equipos de otros niveles actuantes en el mismo territorio y población, en la sanidad catalana y su sistema empresarial mixto ha de tener en cuenta que esa es tan sólo una vía o posibilidad. La otra consiste en la creación de programas que han de irse integrando progresivamente basándose en acuerdos económicos y gerenciales interempresariales para compartir personal, espacios, locales, actividades, etc. En todo caso, esos «programas» o «equipos integrados» deberían cubrir las tareas y dotarse de un tipo concreto de organización sobre los cuales queríamos aportar aquí unas ideas iniciales. Se trata de las ideas y nociones que han servido de base a la creación del primer equipo catalán dedicado específicamente a estos temas, si bien para las mismas hemos tenido en cuenta tanto nuestra propia experiencia personal como las revisiones y consensos nacionales e internacionales sobre el tema (1; 6-8; 11; 15; 28; 30; 37-49).

Objetivos y población-diana de los equipos de atención precoz a los pacientes con psicosis y/o de psicosis incipiente.

Los objetivos de la puesta en marcha de este tipo de equipos de atención precoz e integral a los pacientes con psicosis suelen agruparse en «generales» y «específicos». Los objetivos generales serían: a) La disminución del sufrimiento individual, familiar y social que significa tanto la duración de los pródromos del primer episodio de la esquizofrenia (2 a 5 años en las sociedades europeas), como la cronicación subsiguiente, que hoy parece vinculada parcialmente con el retraso en la

ORIGINALES Y REVISIONES

ayuda integral a estos pacientes y sus familias. b) Disminuir los costos sociales de los trastornos esquizofrénicos, un resumen de los cuales aparece en las tablas 1 y 2.

Los objetivos específicos suelen agruparse en los siguientes apartados: A) Detección precoz de los pacientes y familias sufriendo durante años los primeros síntomas, pródromos o el trema psicótico inicial. B) Atención psicosocial y psiquiátrica integral precoz. Con el fin de disminuir los índices de cronicidad, cronificación medicalizada y costos sociales del trastorno, según los datos aportados por la bibliografía pertinente. Con el fin de ampliar la escasa libertad de tratamiento del cual hoy disponen esos pacientes y sus familias. En gran parte de los casos, la realidad asistencial hace que, durante años, los únicos tratamientos que se apliquen sean tratamientos biológicos. Integrar los diferentes dispositivos terapéuticos para pacientes con psicosis de su área de influencia.

Población diana: Un esquema de ella, según nuestras perspectivas actuales, aparece en la tabla 4. Ahí especificamos que los grupos de consultantes atendidos por un EAPPP serán en realidad de esos cinco tipos. Los tres primeros, específicos para un EAPPP. Los otros dos, inevitables dada la situación de saturación de nuestros dispositivos de salud mental y el índice de desgaste profesional de bastantes de los técnicos de los mismos. El grupo MV (menores vulnerables), que nosotros consideramos de gran importancia preventiva, sólo puede ser accesible con equipos integrados que, dentro de sus capacidades técnicas, incluyan la prevención (y no sólo la asistencia) y la atención (prevención y asistencia) tanto de adultos como de niños (tablas 5, 6 y 7). Es un tema que conlleva polémica en los grupos de expertos, pero que nosotros consideramos insoslayable, máxime teniendo en cuenta las últimas orientaciones de la OMS en este campo y, en general, en el ámbito de las prioridades en la atención a la salud mental (73). En el mismo sentido, consideramos de gran valor preventivo (y social, dado el índice de maltrato doméstico en nuestras sociedades) la atención precoz de los pacientes con trastornos delirantes (celotípicos, paranoides, etc.) antes de lo que en la actualidad suele hacerse, a menudo, con la aparición pública del maltrato, la violencia, la autoexclusión social, etc.

Atenciones específicas del EAPPP

Un equipo de estas características ha de estar técnicamente preparado para realizar una serie de tareas definidas (figura 1 y tabla 8). Bastantes de ellas, aunque no todas, cuentan con una comprobación empírica suficientemente aceptable. Sin embargo, el grado o nivel de comprobación empírica de sus cualidades como técnicas es heterogéneo y no podemos aún considerar que los diversos indicado-

res de su utilidad: eficacia, eficiencia, accesibilidad, seguridad, etc. (61; 66; 86; 93) se hallen totalmente comprobadas según las pruebas empíricas existentes (17; 76). Esquematizando, en nuestro caso intentaríamos que el equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis pudiera realizar las siguientes tareas asistenciales específicas como equipo:

1) Detección comunitaria precoz de los tres grupos de sujetos: Sujetos en riesgo de psicosis (SRP), menores vulnerables (MV) y Primeros episodios (PE) o, en otra terminología, «psicosis incipiente»: (PI). Es una actividad que debe realizarse en estrecha colaboración con los Equipos de APS, los equipos de urgencias y los equipos pedagógicos, sociales y de las instituciones comunitarias, etc. Incluso este tipo de actividades debería ser evaluado para determinar la posible eficacia y eficiencia de este tipo de equipos. Indicadores para la evaluación podrían ser del tipo línea de base de incidencia en servicio durante el último año o los años siguientes, tasas de detección confirmadas con SCAN, PANSS, ERIE-IRAOS y FETZ u otros instrumentos psicopatológicos, variabilidad en la procedencia de los sujetos derivados, etc.

2) Visitas a domicilio, en el Centro de Atención Primaria o en el propio Equipo para establecer el vínculo terapéutico (con el paciente o probable paciente y con la familia). Los sistemas de evaluación de esta actividad podrían basarse en la comprobación diagnóstica mediante escalas y entrevistas estándar (ERIE, SCAN, PANSS), índices de falsos positivos/falsos negativos con el fin de poder reevaluar los conceptos y metodología, índice de visitas a domicilio y/o CAP que dan lugar a un «vínculo terapéutico estable», etc.

3) Intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales. En el caso de los «falsos positivos», que no resulten pacientes psicóticos o SRP, habría que aplicar medidas psicosociales de urgencia, si se precisaran, y vincularlos con su Centro de Atención Primaria y/o de salud mental correspondiente. En los casos que resulten diagnosticados de psicosis, primer episodio, o de SRP, habría que aplicar el tipo de tratamiento que hemos resumido con el acrónimo TAN-PFC (tratamiento adaptado a las necesidades del paciente y su familia en la comunidad), compuesto por los siguientes elementos: a) Tratamiento psicoterapéutico «adaptado a las necesidades» (del paciente y la familia). Seleccionado, en función del paciente y su familia y en función de la preparación del equipo, varias de las siguientes técnicas (7; 11; 16; 39; 83; 87-91) talleres psico-educativos multifamiliares y/o grupo psico-educativo, psicoterapia individual y/o psicoterapia grupal de los pacientes, terapia de resolución de problemas y grupo de habilidades sociales, atención psicoterapéutica familiar (psicoanalítica o sistémica) y/o grupo paralelo de familiares de pacientes y/o grupo multifamiliar, ayuda psicoterapéutica a la pareja parental en el caso de MV, centrada en los propios padres como pacientes o bien aceptando (provisionalmente) el modelo de «atención a los

padres a través del hijo» (92); b) Ayudas psicosociales. En colaboración con el trabajo, la institución escolar, los servicios sociales e instituciones sociales, etc. En el propio equipo habría que poner en marcha ayudas del tipo «terapia de resolución de problemas sociales» y «grupo de habilidades sociales». c) Tratamiento psicofarmacológico con dosificaciones prudentes que permitan realizar el resto de la terapia combinada, según el modelo expuesto por ejemplo por Alanen, Cullberg o Tizón (2; 11; 87; 93).

Los sistemas de evaluación de estos tres tipos de actividades son mucho más conocidos y vienen resumidos por ejemplo en los trabajos de Edwards y McGorry, Martindale y otros (7), Read y otros (48), Olsen y Rosenbaum (8; 17; 76), etc. Sin embargo, para asegurar la eficacia y eficiencia de los EAPPP habría que adaptar esos sistemas a nuestras realidades, tanto sociales como asistenciales. Por ejemplo, para evaluar la eficacia de las medidas psicosociales en casos no-psicóticos (SRP) podría utilizarse las tasas de vinculación con el CAP o USM, GHQ y escalas psicopatológicas, escalas de calidad de vida tipo Lancashire (94), etc. En los casos PE o PI, la eficacia y demás indicadores de calidad podrían evaluarse a través de indicadores funcionales, tales como los índices de vinculación al CAP o a la USM, índice de aceptación de los diversos tratamientos individuales, índice de aceptación de los diversos tratamientos grupales, evolución psicopatológica (Escala de calidad de Vida, PANSS, Índices de adaptación social, etc.), tasas de ingresos hospitalarios grupo de intervención/grupo control, dosis psicofarmacológicas y costes en este y otros capítulos, etc.

4) Delimitación, cuanto más temprana mejor, de los grupos globales de pacientes con trastornos psicóticos o pródromos. Por las experiencias anteriores, a este tipo de equipo probablemente acudirán cinco tipos de pacientes (6; 8-9; 11; 17; 76; 79; 97-102). En primer lugar, tres grupos de pacientes con «psicosis delirante» (PPD): a) Pacientes «psicóticos» ya cronificados, que acuden al EAPPP por error o por desvinculación con respecto a otros dispositivos de la red asistencial correspondiente. Con ellos habría que intentar realizar la vinculación con la USM y el CAP correspondientes. b) Pacientes con psicosis cuya evolución hacia la cronificación está avanzada. Por criterios de eficiencia y de coherencia con el resto del circuito asistencial, el EAPPP debería intentar la vinculación de la familia y el paciente con el Centro de Salud Mental correspondiente y, si el CSMA lo solicita, el tratamiento familiar durante un máximo de un año. Debería también asegurar la coordinación inter-equipos para intentar aplicar el programa tipo PAIPP a cargo de los equipos de su territorio (85). c) En el caso de pacientes y familias en pródromos, trema o inicio del primer episodio psicótico (estimación de los PE: 30-40 % de los detectados) habría que intentar aplicar el programa terapéutico «adaptado a las necesidades» del paciente y su familia en la comunidad.

Además, acudirán otros dos grupos: d) El equipo debería atender preferentemente a quienes llamamos «Sujetos en riesgo de psicosis» (SRP). El grupo de individuos sometidos a importantes factores de riesgo y que muestran síntomas más o menos inespecíficos de psicosis (crisis de ansiedad, fobias sociales, consumo de sustancias sin patrón o con patrones muy irregulares, síntomas esquizotípicos y esquizoides, etc.). En el caso de este grupo, las tareas de un EAPPP deberían ser las de un «Seguimiento terapéutico», con aplicación de protocolos «adaptados a las necesidades». Tras el seguimiento adecuado, con una limitación temporal en nuestro caso de entre 2 y 5 años como máximo, se debería proceder a realizar el alta o derivación hacia los equipos de SM y APS de la red según evolución en caso de no avanzar hacia la psicosis. La dificultad del enfoque de la atención de este grupo es que aún sabemos poco de su delimitación exacta, los sistemas y medios para su detección o los índices de evolución hacia psicosis. e) Un quinto grupo de sujetos debería ser buscado específicamente por los EAPPP de vocación más preventiva. Se trata de los «menores vulnerables» (MV) por acumulación de factores de riesgo, o por síntomas y trastornos específicos: hijos de psicóticos, niños que acumulan FR y SA en las revisiones del programa del «niño sano» (103), niños detectados por cuestionarios o entrevistas ad hoc tipo CBCL o LISMEN, etc. (19; 20; 60; 104) (tabla 4). En este grupo, el EAPPP debería asegurar que, con la participación central del Equipo de salud mental infanto-juvenil y/o de trastornos mentales graves en la infancia, se pusieran en marcha con estos sujetos los programas preventivos necesarios y previamente definidos. El sistema de evaluación de estas actividades «según grupos de consultantes» debería estar fundamentado en el uso de escalas de evaluación y entrevistas estructuradas o semiestructuradas tipo PANSS, SCAN, ERIE-IRAOS, y los criterios CAARMS, SIPS o EASE, calidad de vida, etc. y, al tiempo, de las tasas de vinculación al EAPPP de cada de los grupos, según sus características psicopatológicas, así como de las tasas posteriores de vinculación y uso del resto de los servicios de la red de salud mental (primarios, secundarios o terciarios).

5) Seguimiento clínico y mediante protocolos de investigación empírica de la cohorte «Grupo de intervención» (entre tres y cinco años). El EAPPP realizará el tratamiento con cada paciente y familia durante 1 a 3 años (media, 2 años). La incidencia en servicio estimada, en nuestros cálculos actuales, es de 10 a 30 nuevos pacientes y familias/año/100.000 habitantes en el caso del grupo PE y entre 30 y 150 del grupo SRP. Para este apartado, el sistema de evaluación debería basarse en la comparación grupo control versus el grupo de intervención, por ejemplo, en los siguientes apartados: Tasa de ingresos en dispositivos hospitalarios, secundarios y terciarios, medicación, dosis, costos, costes de otros tratamientos, escalas de calidad de vida, número de episodios psicóticos agudos o subagudos (ERIE-IRAOS), etc.

6) Actividades de Coordinación: Sería imprescindible una coordinación estrecha y un trabajo en red con el Centro de Atención Primaria y el Centro de Salud Mental correspondientes, el Circuito asistencial de adultos correspondiente, equipo de TMS o PSI correspondiente, Equipo de PAIPP o TMS si existiera, el Grupo de trabajo correspondiente del Plan Director de Salud Mental y el Consell Asesor de Salud Mental, los dispositivos de enseñanza y el Programa de Salut i Escola, los dispositivos de SS, etc. (Tabla 9). Pero el EAPPP debería realizar actividades en los medios de comunicación, espacios públicos y empresas de publicidad, según el modelo australiano, finlandés, holandés o alemán. Los indicadores para la evaluación en este apartado podrían provenir de índices como los siguientes: tasa de reuniones/paciente atendido, índice de reuniones con planes asistenciales concretos para pacientes concretos/número de reuniones, actas documentadas de cada reunión, etc.

7) Puesta en marcha con estas familias del «Programa preventivo para hijos de pacientes con diagnóstico de TMS» (18-20; 92).

8) Actividades de formación y supervisión: La formación específica y la supervisión son elementos básicos no sólo para la calidad de la asistencia, sino para asegurar disminuir en lo posible el inevitable «desgaste profesional» del personal de este tipo de equipos. En ese sentido, habría que asegurar que los EAPPP, por separado o agrupados, pudieran realizar los siguientes tipos de supervisiones y actividades formativas: supervisiones de la orientación clínica global de los pacientes, según el sistema de «clínico referente» (92), supervisiones de las terapias grupales, supervisiones de las psicoterapias individuales, supervisiones de las terapias familiares, supervisiones de las técnicas psico-educativas, cognitivas y de resolución de problemas, formación específica y estancias en servicios similares escandinavos, británicos, alemanes, norteamericanos o australianos, etc.

9) Actividades docentes: La docencia en este tipo de equipos y dispositivos tiene un doble papel: por un lado, asegurar la difusión de la formación y experiencia en este tipo de tareas y asistencia; por otro, ayudar a disminuir el «desgaste profesional» de los miembros de los equipos. Además, tal vez un objetivo a medio plazo sería avanzar hacia una formación integrada y específica, por ejemplo, según el modelo finlandés (2): un sistema de formación integrado de postgrado, interdisciplinario, sobre «Atención Integral al Paciente Psicótico». Tal programa docente e integrado en la «carrera profesional» podría pivotar en el personal docente de diversos EAPPP, en profesorado universitario y/o del Instituto de Estudios de la Salud y en diversos institutos de formación continuada interesados por el tema.

10) Actividades de Investigación: Los primeros equipos de estas características deben concebirse asentados directamente sobre la investigación continua-

da de su trabajo y desarrollo. Para ello, habrá que introducir el personal adecuado, a ser posible formado previamente en el ámbito de investigación comunitaria de los trastornos psicóticos. La inclusión de la investigación como tarea indispensable se fundamenta en la necesidad de evaluar su eficacia, eficiencia y demás indicadores de calidad, pero también como otro de los medios para reducir el «desgaste profesional» del personal de esos equipos. Se trataría de que éstos realizaran al menos tres tipos de investigaciones: a) «longitudinales» del funcionamiento del equipo y el proyecto; b) específicas, tales como la de evolución de la cohorte en tratamiento a lo largo de los años en comparación con el grupo control y la evolución de los hijos de dichos pacientes en comparación con éste; c) sobre la realidad de la vida cotidiana de los pacientes de estas características en nuestras sociedades.

Necesidades de personal

Las investigaciones y revisiones europeas (2-7; 28, 95-96), que hemos podido corroborar y contrabalancear con nuestras propias investigaciones (19), muestran que la incidencia en servicios de alta accesibilidad de los trastornos psicóticos es de 1 a 3 nuevos casos por 10.000 habitantes, con un máximo de 6 por 10.000 habitantes. Eso significaría que, en una población de 100.000 habitantes, geodemográficamente delimitada, el EAPPP habría de hacerse cargo inicialmente de unos 10 a 30 nuevos casos de PE /año (ya que cerca de la mitad de los otros pacientes detectados probablemente se hallarían en un estadio de evolución avanzado con respecto a su trastorno).

Teniendo en cuenta los datos sobre dedicación horaria por paciente, que hay que incrementar en al menos el 50% con la dedicación a coordinación y trabajo en red, formación, supervisión e investigación, así como el tipo e intensidad de la cartera de servicios ofertados por el EAPPP (Tablas 8 y 10), estimamos necesaria la siguiente dotación de personal para iniciar este Programa piloto: un director, 1-2 psicólogos con formación psicoterapéutica específica (psicoanalítica y cognitivo-conductual), 1-2 psiquiatras con formación psicoterapéutica y experiencia en el tratamiento de pacientes psicóticos, 1 trabajador social especializado, 2 enfermeros especializados en visitas domiciliarias, 1 secretaria en cada turno, y un técnico de salud o de investigación psicosocial a media jornada (personal calculado para una zona geodemográficamente delimitada de 100.000 habitantes).

Ya en Catalunya se ha discutido sobre el dilema «equipos específicos» o «programas específicos integrados en Centros de Salud Mental». Existen argu-

mentos para apoyar ambas alternativas, máxime en un panorama gerencial como el catalán, en el que se dan más de sesenta empresas diferentes atendiendo a la salud mental, de tal forma que constituir un equipo coherente, integrado y diferenciado puede chocar con los intereses gerenciales diferenciados de las mismas: ello parece que aporta argumentos a la idea de que es mejor crear programas integrados en los CSM del sector o integrando personal procedente de diferentes equipos y niveles asistenciales (CSM, servicios de ingreso, hospital de día, etc.) para facilitar la aceptación del funcionamiento del tipo de atención aquí propuesto dentro de la red. Pero es dudoso que puedan constituirse equipos bien integrados, proactivos y estables por la vía de la integración progresiva a partir de experiencias y empresas diferentes. Máxime si tenemos en cuenta que serán equipos que han de atender a trastornos cuyo problema fundamental está asimismo en la integración (del *self* y con la comunidad): la tendencia a la escisión y disociación que promueve el contacto continuado con la psicosis facilita el desarrollo de esas mismas tendencias en los equipos asistenciales –lo cual se tiene poco en cuenta en el replanteamiento de la atención a los pacientes con psicosis–. Por eso, si las experiencias e historias institucionales son diferentes, puede resultar algo más difícil proteger adecuadamente a medio plazo las actividades específicas, dedicación y protección del desgaste profesional del personal integrado en este tipo de «programas». Con todo, esa discusión (menos relevante en lugares donde existe una empresa única para proporcionar servicios de salud mental), ha sido revisada a raíz de la muerte a manos de un paciente del psiquiatra estadounidense Wayne Fenton, antiguo investigador del NIHM. La revisión realizada por Smith y Shiers (77) es aclaratoria, pues se necesitan equipos integrados, dedicados a este tipo de programas y con personal formado, protegido y motivado, algo difícil de gestionar en un CSMA habitual o sólo integrando personal de procedencia diversa (6; 30; 77).

En cualquier caso, dadas las diferencias en incidencia, prevalencia, frecuentación, integración social, evolución y demás características de los pacientes diagnosticados de «psicosis» o incluso de «esquizofrenia» en diversos medios geodemográficos (20; 48), el sistema de funcionamiento debería ser como «Equipo o Programa Piloto». El desarrollo del equipo, su extensión a otras zonas geodemográficas, y su composición y desarrollo interno deberían estar sujetos a las especificaciones proporcionadas por las evaluaciones y autoevaluaciones del mismo.

Asimismo, la adscripción del personal al Equipo, dado su alto índice de «desgaste profesional» potencial, debería ser temporal. El personal debidamente formado y que cumpliera el perfil, podría solicitar su adscripción al programa durante un período de dos años renovables por ambas partes (Dirección y

Gerencia del programa, por un lado, y profesional, por otro). Porque, tal vez a diferencia de propuestas que se han ido realizando desde los años sesenta del pasado siglo acerca de la «reforma de la atención a las psicosis», hoy sabemos algo más acerca de la gravedad de los trastornos de los cuales estamos hablando y, también, sobre las limitaciones y repercusiones que su cuidado obra sobre los equipos y profesionales que nos dedicamos a ello. Sabemos algo más acerca de cómo un tipo de relación que se halla en la base de muchos trastornos psicóticos, el tipo de relación al que he llamado «simbiótico-adhesivo», es difícilmente modificable si no es con un trabajo integral, intensivo y precoz. Entre otras cosas, porque conlleva el que esos pacientes o potenciales pacientes tengan una gran tendencia a «perdersen en los intersticios sociales y en sus propios repliegues psíquicos», tendencia que a veces no ha sido estudiada y atendida con la gravedad que comporta –y menos aún, en cómo repercute en actitudes y organizaciones de los equipos cuidantes–. En suma, estamos avanzando en un tipo de trabajo que en absoluto es ni va a ser la panacea para solucionar estos graves sufrimientos de pacientes, familias y equipos. Se trata tan sólo de un modelo de trabajo que merece que le dediquemos actualmente al menos una parte de nuestra experiencia y capacidades profesionales y personales.

Tabla 1
El coste de la esquizofrenia

País	Estudio	Coste
USA	APA (M. L. Bourgeois [105])	2'5% de los gastos directos de Salud = 19.000 (millones de dólares en 1990). 10% de las invalideces totales. 25% de los esquizofrénicos sin alojamiento. 25-50% de los pacientes, sin tratamiento alguno.
Francia	F. Rouillon, y otros, 1997 (105)	12'5% de los gastos de salud (cerca del 10 % PIB). 82.600 Francos/año (2-3 M de ptas.) Menor que en Suecia y similar a USA Una recaída de un esquizofrénico cuesta lo mismo que un tratamiento de mantenimiento de por vida.
UK	(Según M. L. Bourgeois [105])	Gastos menores (hay 3 veces menos psiquiatras que en Francia)
Suecia	B. Wistedt, 1992 (105)	Una recaída cuesta 2.000 kr. (1992).
España	PSICOST (106; 107)	Coste familiar objetivo anual (Ptas. 1997): 115.318 ptas./mes en Gavá 111. 102 en Burlada 128.864 ptas./mes de media = 9.294 Euros/año/paciente Sin contar los gastos «top-down»: Por ej. Costes NNLT/paciente/año = 2.000 € de media

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 2
El sufrimiento de la esquizofrenia

Suicidio	3-13 % en los dos primeros años
Prevalencia puntual	Finlandia: 0'1-0'8 % (Y. Alanen [2]) Sant Martí (BCN): 0'37-0'7
Prevalencia vida	0'7-1 % (mayor en los estudios ECA norteamericanos)
Incidencia en Servicio (por 10.000 habitantes)	UK: 0'7-1'4 Finlandia: 1'1-1'4 Finlandia (junto con los trastornos esquizofreniformes): 1'6-2'0 Sant Martí (Barcelona): 3'56-5'85
Incidencia de Tr. Mentales en servicio	Finlandia: 0'4 % Sant Martí (Barcelona): 1'2 %
Pensiones para pacientes (Finlandia y UK)	10 % del total

Tabla 3
*Incidencia en servicio de esquizofrenia y otras psicosis (2001-2003),
según el «Registro de Casos» de la USM Sant Martí-La Mina, fichero «Siglo XXI».*

Nuevos casos. Población: 105.516 habitantes desde el 2001

		Adultos La Verneda	Menores La Verneda	Adultos La Mina	Menores La Mina	Total
2001	Esquizofrénicos	6	0	3	0	9
	Otras psicosis	8	0	7	2	17
2002	Esquizofrénicos	8	0	4	0	12
	Otras psicosis	8	2	4	1	15
2003	Esquizofrénicos	10	0	1	0	11
	Otras psicosis	14	0	1	1	16
						32
TOTALES «SASPE Siglo XXI» (2001-2003)	Esquizofrénicos	24	0	8	0	(3'03 por diez mil= 1'01 anual)
	Otras psicosis	30	2	12	4	48 (4'54 por diez mil = 1'51 anual)

Tabla 4
Grupos de población-Diana y actividades correspondientes

<ul style="list-style-type: none"> - Psicosis Incipiente (1.º episodio hace un año) <ul style="list-style-type: none"> • 10-30 casos/año/100.000 habs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa terapéutico completo (PTI y TANC)
<ul style="list-style-type: none"> - SRP o EMAR: <ul style="list-style-type: none"> • Estimación: 200-150 % de los derivados en primer episodio • 50-60 casos/año/100.000 habs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa terapéutico adaptado a sus necesidades del paciente y su familia en la comunidad (TANC)
<ul style="list-style-type: none"> - MV (Menores Vulnerables): Adolescentes o Niños con acumulación de Factores de Riesgo. <i>(Grupo difícilmente cuantificable: depende de la eficacia preventiva)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas preventivos, seguimiento, coordinación con los equipos correspondientes...
<ul style="list-style-type: none"> - Tr. Psicóticos o «Esquizofrénicos» con evolución hacia la cronicación, no PE <i>(probablemente, hasta el 30-40% de los derivados)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculación de la familia y el paciente con la CSMA correspondiente y tratamiento familiar durante un máximo de un año. • Coordinación para intentar aplicar el programa PTI a cargo de los equipos de su territorio.
<ul style="list-style-type: none"> - TR. Psicóticos o Esquizofrénicos ya cronicados <i>(Difícil de cuantificar: depende de la eficacia asistencial)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculación con el CSMA y el CAP correspondientes.

Tabla 5
Criterios de derivación desde los CSMIJ o desde pediatría

CUADROS CLÍNICOS SASPE en la PUBERTAD y ADOLESCENCIA	Programas asistenciales o preventivos específicos
<ul style="list-style-type: none"> • ESQUIZOFRENIA • Trastorno esquizofreniforme • Trastorno esquizoafectivo • Trastorno psicótico breve • Trastorno psicótico compartido • Trastorno psicótico debido a enfermedad médica • Trastorno psicótico inducido por sustancias • Trastorno psicótico no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> • Hijos de pacientes con Psicosis Delirante. • Adolescentes postautistas, psicóticos, etc. • Complementos para sus terapéuticas habituales. • Dudas diagnósticas sobre padres, hijos, familia. • Niños o chicos con acumulación de FR y SA en el Programa del Niño Sano o en el LISMEN. • Niños o chicos con SA en el Protocolo de SM del Programa del Niño Sano.

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 6
Criterios para la adscripción al grupo SRP

(Cada equipo utilizará los criterios A-B-C o bien el D en función de su formación y capacidades de investigación empírica).

A. Diagnóstico de trastorno esquizofreniforme	
B. Criterios de trastorno esquizofrénico incompletos	<p>A. <i>Síntomas característicos: 1 de los síntomas siguientes y durante más de 1 mes</i></p> <ol style="list-style-type: none"> (1) ideas delirantes (2) alucinaciones (3) lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia). (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia. <p>B. <i>Disfunción social / laboral con signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses.</i></p>
C. Criterios de Síndrome Prodrómico SASPE, FETZ o IRAOS.	<p>D. Los síntomas NO cumplen los criterios de otro trastorno mental definido diferente de Psicosis Delirante SASPE.</p> <p>E. No se deben al consumo de sustancias o a una enfermedad médica.</p> <p>F. Si hay o ha habido un diagnóstico de TGD (trastorno generalizado del desarrollo) junto con algún criterio de los anteriores, habrá que pensar en «Alto riesgo de Psicosis» (SARP o UHR).</p>
D. Criterios empíricos para la adscripción	<p>A. <i>Subjecto con síntomas psicóticos transitorios (Síntomas psicóticos intermitentes breves: BLIPS)</i> <i>Alucinaciones (PANSS >4); Delusiones (PANSS > 4); Desorganización conceptual (PANSS > 5)</i></p> <p>B. <i>Sujetos con síntomas psicóticos atenuados (APS):</i> <i>Alucinaciones (PANSS = 2-3); Delusiones (PANSS = 3); Desorganización conceptual (PANSS = 3-4); Suspiciacia (PANSS = 3-4)</i></p> <p>C. <i>Sujetos con factores de riesgo de rasgo y estado:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> C.1. <i>Sujetos con acumulación de FR y un deterioro reciente en su funcionamiento: (5 o > en GHQ, 30 o menos en la GAF).</i> C.2. <i>O que tienen un familiar de primer grado con un Tr. Esquizofrénico, o que ya ha tenido un diagnóstico de Personalidad Esquizotípica (SCID).</i> <p>D. <i>Pacientes con un primer episodio psicótico que requieren hospitalización (niños, adolescentes o adultos) o recursos especializados de SM o Adicciones.</i></p>
Colectivos de atención especial (tabla 7)	Si cumplen con alguno de los criterios anteriores.

Tabla 7
Colectivos de atención especial

Personas marginales desvinculadas de las redes profesionales.
 Abuso de sustancias, desorganizado, atípico, con múltiples ingresos en distintas instituciones.
 Inmigrados sin red social.
 Personas víctimas de abusos sexuales en la infancia.
 Personas con antecedentes previos de trastornos psiquiátricos inespecíficos.
 Personas con tentativas de suicidio.
 Personas que provienen de familias desestructuradas multiproblemáticas.
 Otros grupos de Prevención del Plan Director de Catalunya 2006-2010.
 Gran prematuridad y complicaciones obstétricas.
 Padres con trastornos mentales graves.
 Madres en situación de riesgo psicosocial.
 Maltrato y abusos en la infancia.
 Fracaso escolar reciente o abandono de la escolaridad.
 Adicciones en la infancia y la pubertad.
 TGD.
 Trastorno Disocial.
 Retraso mental.
 TDAH.
 Depresión o TOC en la infancia.

Tabla 8
Actividades del EAPPP

-
- Detección comunitaria precoz.
 - Visitas a domicilio / en el CAP para establecer el vínculo terapéutico.
 - Intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales.
 - *Talleres psicoeducativos multifamiliares.*
 - *Psicoterapia individual.*
 - *Grupo psicoeducativo.*
 - *Psicoterapia Grupal de los pacientes.*
 - *Grupo paralelo de Familiares de Pacientes.*
 - *Terapia de resolución de problemas y grupo de habilidades sociales.*
 - *Atención psicoterapéutica familiar (psicoanalítica o sistémica).*
 - *Grupo multifamiliar.*
 - *Ayuda psicoterapéutica a la pareja parental (o atención a los padres a través del hijo).*
 - *En colaboración con el trabajo, institución escolar, servicios sociales, o instituciones.*
 - *Terapia de resolución de problemas sociales y Grupo de Habilidades sociales.*
 - Intervenciones psicofarmacológicas adaptadas a las «terapias combinadas» (93).
Con dosificaciones prudentes que permitan realizar el resto de la terapia combinada.
 - Atenciones específicas relacionadas con la delimitación temprana de los grupos de psicóticos.
 - Seguimiento de la cohorte «Grupo de intervención».
 - Actividades de Coordinación.
 - «Programa preventivo para hijos de pacientes con diagnóstico de TMS» y otros.
 - Actividades de formación y supervisión.
 - Actividades docentes.
 - Actividades de Investigación.
-

ORIGINALES Y REVISIONES

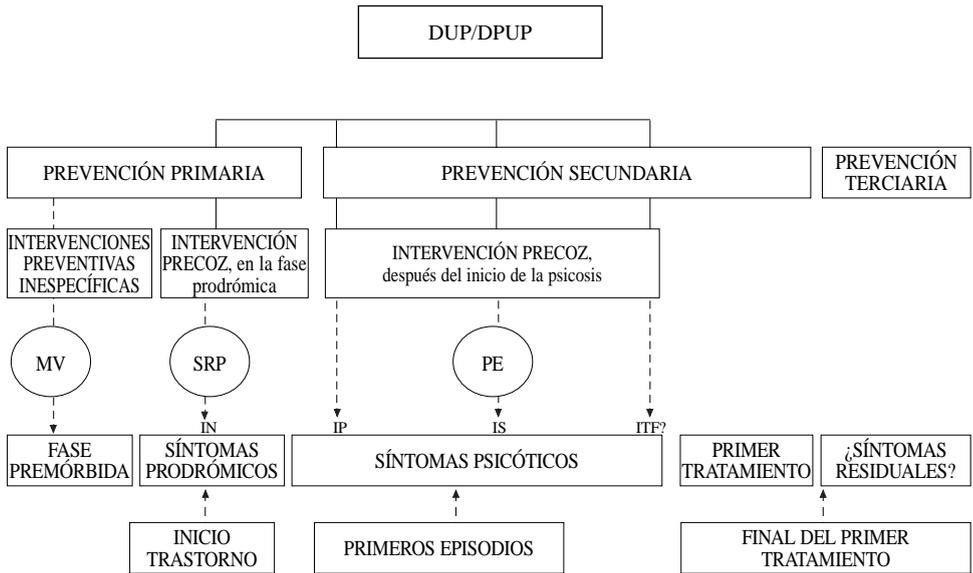
Tabla 9
Actividades de Coordinación

1. Con la red de SM:
 - Con el CAP y el CSMA-CSMIJ correspondientes.
 - El Circuito asistencial de adultos correspondiente.
 - Equipo de TMS o PSI correspondiente.
 - Equipo de PAIPP si existiera.
 - Grupo de trabajo correspondiente del Plan Director de Salud Mental y el Consell Asesor de Salud Mental.
2. Con los Equipos de APS: Medicina de Familia y Pediatría.
3. Otras redes y departamentos:
 - Los dispositivos de enseñanza y EAP de la zona.
 - El Programa de Salud i Escola.
 - Los dispositivos de S. S.
 - Dispositivos de Justicia.
4. Actividades con la comunidad y los medios de comunicación, espacios públicos y empresas de publicidad, según el modelo australiano, danés, finlandés o alemán.

Tabla 10
«Atención Directa» que supondría cada paciente atendido por EAPPP

Tipo de terapia	Frecuencia de las sesiones / entrevistas	Tiempos por semana equivalentes por paciente en horas o fracciones
Entrevistas familiares	Quincenal	0,5
Psicoterapia individual	Dos sesiones por semana	2
Psicoterapia grupal	Semanal, 4-8 pacientes	0,25
Grupo multifamiliar	Quincenal, 4 pacientes y sus familias	0,25
Grupos Psicoeducativos	Semanal, 4 pacientes	0,25
Terapias cognitivas, de Rehabilitación y TRP	Semanal	1
Entrevista psiquiátrica	Quincenal	0,5
Tiempos TOTALES		4,75 horas/semana/paciente o familia (asist. directa)

Figura 1
Evolución de una psicosis y actividades correspondientes de los EAPPP



IN: Inicio Síntomas Negativos
IP: Inicio Síntomas Positivos
IS: Inicio Síndrome Psicótico
ITF: Inicio Tratamiento Farmacológico

MV: Menores Vulnerables por acumulación de factores de riesgo.
SRP: Sujetos en Riesgo de Psicosis
PE: Primeros Episodios

DUP: Duración de la Psicosis no Tratada.
DPUP: Duración de la Psicosis Psicosocialmente no Tratada.

ORIGINALES Y REVISIONES

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) HÄFNER, H.; DER HEIDEN, W., «Epidemiology of Schizophrenia», *Can J. Psychiatry*, 1997, 42 (2), pp. 139-51.
- (2) ALANEN, Y. O., y otros, «The Finish Integrated Model for early Treatment of Schizophrenia and Related Psychoses», en MARTINDALE, B., y otros (eds.), *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*, Londres, Gaskell-ISPS, 2000, pp. 235-266.
- (3) BIRCHWOOD, M., y otros, «Depression, Demoralisation and Control over Psychotic Illness», *Psychological Medicine*, 1993, 23, pp. 387-395.
- (4) BIRCHWOOD, M., «The Critical Period for Early Intervention», en BIRCHWOOD, M.; FOWLER, D.; JACKSON, C. (eds.), *Early Intervention in Psychosis: A Guide to Concepts, Evidence and Interventions*, Chichester, Wiley, 2000, pp. 28-63.
- (5) BIRCHWOOD, M.; SPENCER, E.; MCGOVERN, D., «Schizophrenia: Early Warning Signs», *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 2000, pp. 93-101.
- (6) BIRCHWOOD, M., «Intervención temprana en psicosis: investigación, práctica clínica y reforma de los servicios en el Reino Unido», en VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L.; CRESPO, B.; HERRÁN, A., *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: Psicosis*, Barcelona, Masson, 2005, pp.145-159.
- (7) MARTINDALE, B.; BATEMAN, A., y otros (eds.), *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*, Londres, Gaskell-ISPS, 2000.
- (8) EDWARDS, J.; MCGORRY, P., *La intervención precoz en la Psicosis: Guía para la creación de servicios de intervención*, Madrid, Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras psicosis, 2004.
- (9) VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L.; CRESPO, B.; HERRÁN, A., *Las fases iniciales de las enfermedades mentales: Psicosis*, Barcelona, Masson, 2004.
- (10) TIZÓN, J. L., «Resiliencia y contención en pacientes diagnosticados de esquizofrenia», *Archivos de psiquiatría*, 2006, 69 (2), pp. 81-84.
- (11) ALANEN, Y. O., *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment*, Londres, Karnac, 1999.
- (12) JOBE, T. H.; HARROW, M., «Long-Term Outcome of Patients With Schizophrenia», *Can J. Psychiatr.*, 2005, 50, 4, pp. 892-900.
- (13) JONES, P.; CANNON, M., «The New Epidemiology of Schizophrenia», *Psychiatr. Clin. North Am.*, 1998, 21 (1), pp. 1-25.
- (14) MARCELIS, M., y otros, «Urbanization and Psychosis: a Study of 1942-1978 Birth Cohorts in The Netherlands», *Psychol. Med.*, 1998, 28 (4), pp. 871-79.
- (15) MCGORRY, P. D., y otros, «EPPIC: An Evolving System of early Detection and Optimal Management», *Schizophrenia Bulletin*, 1996, 22 (2), pp. 305-326.
- (16) MCGORRY, P. D., «Psychotherapy and Recovery in early Psychosis: a Core Clinical and Research Challenge», en MARTINDALE, B., y otros (eds.), *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*, Londres, Gaskell-ISPS, 2000, pp. 266-292.
- (17) OLSEN, K. A.; ROSENBAUM, B., «Prospective Investigations of the Prodromal State of Schizophrenia», *Acta Psychiat. Scan.*, 2006, 113, pp. 247-272.
- (18) TIZÓN, J. L., *Repercusiones sobre el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores*, Formación Médica Continuada, Barcelona, 2005, 12 (4), pp. 220-236.
- (19) TIZÓN, J. L., y otros, «La esquizofrenia en la esquizofrenia en APS). Protocolo de una investigación empírica», *Atención Primaria*, 2004, 34 (9), pp. 493-498.

- (20) TIZÓN, J. L., y otros, «Hijos de pacientes con psicosis en el Proyecto SASPE: Investigar para cuidar un futuro comprometido», *Archivos de Psiquiatría*, 2006, 691, pp. 59-80.
- (21) TORREY, E. F.; BOWLER, A. E.; CLARK, K., «Urban Birth and Residence as Risk Factors for Psychoses: An Analysis of 1880 Data», *Schizophr. Res.*, 1997, 25 (3), pp. 169-6.
- (22) VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., y otros, «Factors Implicated in the “Routes of Care” in Mental Health», *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiat. Cienc. Afines*, 1993, 21 (5), pp. 88-203.
- (23) VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., y otros, «Pathways to Psychiatric Care in Cantabria», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1993, 88 (4), pp. 229-4.
- (24) VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., y otros, «The Cantabria First Episode Schizophrenia Study: a Summary of General Findings», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1995, 91, pp. 156-62.
- (25) VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., y otros, «Cantabria First-Episode Schizophrenia Study: Three-Year Follow-Up», *British Journal of Psychiatry*, 1999, 174, pp. 141-9.
- (26) WOODS, S. W., y otros, «Characteristics of Participants and Nonparticipants in Medication Trials for Treatment of Schizophrenia», *Psychiatric Services*, 2000, 51 (1), pp. 79-84.
- (27) MCGLASHAN, T. H., «Duration of Untreated Psychosis in First-Episode Schizophrenia: Marker or Determinant of Course?», *Biological Psychiatry*, 1999, 46, pp. 899-907.
- (28) HÄFNER, H., y otros, «Causes and Consequences of the Gender Difference in Age at Onset of Schizophrenia», *Schizophr. Bull.*, 1998, 24 (1), pp. 99-113.
- (29) JOHANNESSEN, J. A., y otros, «Early Intervention in Psychosis: The TIPS Project, a Multi-Centre Study in Scandinavia», en MARTINDALE, B., y otros (eds.), *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*, Londres, Gaskell-ISPS, 2000, pp. 210-235.
- (30) JOHANNESSEN, J. A., «The Development of early Intervention Services», en READ, J.; MOSHER, L.; BENTALL, R. (eds.), *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*, Londres, Brunner-Routledge, 2004.
- (31) AL MOUSAWI, A. H.; DUNSTAN, F. D., «Changes in the Risk of Schizophrenia in Scotland: Is there an Environmental Factor?», *Schizophr. Bull.*, 1998, 24 (4), pp. 529-535.
- (32) CHAFFIN, M.; KELLEHER, K.; HOLLENBERG, J., «Onset of Physical Abuse and Neglect: Psychiatric, Substance Abuse, and Social Risk Factors from Prospective Community Data», *Child Abuse Negl.*, 1996, 20 (3), pp. 191-203.
- (33) D'AMATO, T.; SAOUD, M., «Risk Factors and Schizophrenia», *Encephale*, 1996, 22 (3), pp. 3-7.
- (34) DAVID, A. S., y otros, «IQ and Risk for Schizophrenia: a Population-Based Cohort Study», *Psychol. Med.*, 1997, 27 (6), pp. 1.311-1.323.
- (35) LEIDERMAN, E. A., «Indicadores tempranos de la esquizofrenia: ¿Podemos predecir la enfermedad?», *Vertex*, 2004, 13 (53), pp. 213-219.
- (36) KAGAN, J.; ZENTNER, M., «Early Childhood Predictors of Adult Psychopathology», *Harv. Rev. Psychiatry*, 1996, 3 (6), pp. 341-0.
- (37) BERTOLOTE, J.; MCGORRY, P., «Early Intervention and Recovery for Young People with Early Psychosis: Consensus Statement», *British Journal of Psychiatry*, 2005, 187 (48), pp. 116-119.
- (38) FÒRUM SALUT MENTAL, *Proposta de desenvolupament d'un model d'atenció als trastorns psicòtics incipients*, «Document de treball», Barcelona, Fòrum de Salut Mental, 2006.
- (39) INTERNATIONAL EARLY PSYCHOSIS ASSOCIATION, «Writing Group International Clinical Practice Guidelines for early Psychosis», *British Journal of Psychiatry*, 2005, 187 (48), pp. 120-124.
- (40) LALUCAT, LL.; TIZÓN, J. L. (coords.), *Programa d'atenció específica al trastorn psicòtic incipient del Pla Director de Salut Mental i Addiccions de la Generalitat de Catalunya*, Barcelona, Generalitat de Catalunya, Servei Català de la Salut, 2006.

ORIGINALES Y REVISIONES

(41) MARSHALL, M.; LOCKWOOD, A., «Early Intervention for Psychosis» (Review), The Cochrane Library, 3, Londres, Wiley, 2003.

(42) MCGORRY, P. D.; JACKSON, H. J. (eds.), *The Recognition and Management of early Psychosis. A Preventive Approach*, Cambridge, Cambridge U.P., 1999.

(43) MCGORRY, P. D., «Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders», *Australian and New Zealand Journal*, 2005, 39, pp. 1-30.

(44) NICE, *Schizophrenia. Care Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care*, Clinical Guideline 1, Londres, NICE, 2002.

(45) MALLA, A. K.; NORMAN, R. M. G.; JOOBER, PH., «First-Episode Psychosis, Early Intervention, and Outcome: Have we Learned?», *Can J. Psychiatry*, 2005, 50, pp. 881-91.

(46) WHO-OMS, «Conclusions from Pre-conference “The Mental Health of Children and Adolescents”», organised by European Commission, WHO European Region and the Ministry of Health of Luxembourg, 2004, Ginebra, WHO-OMS, 2005.

(47) WHO-OMS, Health and Adolescent Mental Health Policies and Plans, WHO-OMS, Ginebra, 2005. (http://www.who.int/mental_health/policy/en/Child%20%20Ado%20Mental%20Health.pdf).

(48) READ, J.; MOSHER, L.; BENTALL, R. (eds.), *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*, Londres, Brunner-Routledge, 2004 (traducción española, *Modelos de Locura*, Barcelona, Herder, 2006).

(49) NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, *Genetics and Mental Disorders*, Report of the National Institute of Mental Health's Genetics Workgroup, Rockville, NIMH, 1998.

(50) INSTITUTE OF MEDICINE, *Reducing Risk for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Resarc.*, Washington, The National Academy of Sciences, 2000.

(51) ISOHANNI, I., y otros, «School Performance as a Predictor of Psychiatric Hospitalization in Adult Life. A 28-year Follow-up in the Northern Finland 1966 Birth Cohort», *Psychol. Med.*, 1998, 28 (4), pp. 967-4.

(52) JONES, P. B., y otros, «Schizophrenia as a Long-Term outcome of Pregnancy, Delivery, and Perinatal Complications: a 28-Year Follow-up of the 1966 North Finland General Population Birth Cohort», *Am. J. Psychiatry*, 1998, 155 (3), pp. 355-64.

(53) OLIN, S. C.; MEDNICK, S. A., «Risk Factors of Psychosis: Identifying Vulnerable Populations Premorbidly», *Schizophr. Bull.*, 1996, 22 (2), pp. 223-40.

(54) OLIN, S. C., y otros, «School Teacher Ratings Predictive of Psychiatric Outcome 25 Years Later», *Br. J. Psychiatry*, sup. 1998, 172 (33), pp. 7-13.

(55) KONNECKE, R., y otros, «Main Risk Factors For Schizophrenia: Increased Familial Loading and Pre and Peri-natal Complications Antagonize the Protective Effect of Oestrogen in Women», *Schizophr. Res.*, 2000, 44, pp. 81-3.

(56) UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, «Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, M. D, United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration», Centre for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.

(57) VAN OS, J., y otros, «Risk Factors Onset and Persistence of Psychosis», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1998, 33 (2), pp. 596-5.

(58) WHO-OMS, WHO European Ministerial Conference on Mental Health (enero, 2005), «Facing the Challenges, Building solutions», WHO-OMS, Ginebra, 2005.

(59) ELLISON, Z.; VAN OS, J.; MURRAY, R., «Special Feature: Childhood Personality Characteristics of Schizophrenia: Manifestations of, or Risk Factors for, the Disorder?», *J. Personality Disord.*, 1998, 12 (3), pp. 247-61.

(60) ARTIGUE, J., y otros, «Una aproximación a la detección precoz de los trastornos mentales graves», *Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente*, 2004 (4), pp. 51-7.

(61) TIZÓN, J. L., *Introducción: Prevención de los trastornos de la salud mental*, en PAPPS y SEMFYC (eds.), Curso a distancia de prevención en atención primaria, Barcelona, SEMFYC y PAPPS, 1997, 1999, 2003, pp. 5-31.

(62) TIZÓN, J. L., «¿Se puede pensar todavía en una “sociogénesis” y en una “psicogénesis” de la psicosis?», *Archivos de Psiquiatría*, 2004, 67 (1), pp. 67-72.

(63) GUEDENEY, A.; FERMANIAN, J. A., «Validity and Reliability Study of Assessment and Screening for Sustained Withdrawal Reaction in Infancy: The Alarm Distress Baby Scale», *Infant. Ment. Health J.*, 2001, 22 (5), pp. 559-575.

(64) GUEDENEY, A.; CHARRON, J.; DELOUR, M.; FERMANIAN, J., «L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'Alarme Détresse Bébé (ADBB)», *Psychiatr. Infant.*, 2001, 44, pp. 211-231.

(65) ZABALA, I.; MANZANO, J., «Psicopatología durante la infancia en un grupo de adultos esquizofrénicos», *Informaciones Psiquiátricas*, 1993, 134 (4), pp. 381-387.

(66) MANZANO, J. (ed.), *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*, Madrid, Necodisne, 2001.

(67) SALOKANGAS, R. K., «Living Situation Social Network and outcome in Schizophrenia: a Five-year Prospective Follow-Up Study», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1997, 96, 6, pp. 459-468.

(68) SUVISAARI, J. M., y otros, «Age at Onset and Outcome in Schizophrenia Are Related to the Degree of Familial Loading», *Br. J. Psychiatry*, 1998, 173, pp. 494-0.

(69) HERRERA, R., y otros, «Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona)», *Informaciones Psiquiátricas*, 1990, 120, pp. 111-30.

(70) VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., y otros, «Sex Differences in Mental Illness: A Community Study of the Influence of Physical Health and Sociodemographic Factors», *Soc. Psychiatry Epidemiol.*, 1992, 27, pp. 62-8.

(71) VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., y otros, «Sociodemographic and Clinical Variables as Predictors of the Diagnostic Characteristics of HealthGate Document», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1996, 94 (3), pp. 149-5.

(72) HARROW, M.; JOBE, T. H., «Longitudinal Studies of Outcome and Recovery in Schizophrenia and Early Intervention: Can They Make a Difference?», *Can J. Psychiatry*, 2005, 50 (14), pp. 1-4.

(73) WHO-OMS, «Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options: a Summary Report», Ginebra, World Health Organization, 2004. (www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf).

(74) LARSEN, T. K., y otros, «Can Duration of Untreated Illness Be Reduced?», en BIRCHWOOD, M.; FOWLER, K.; JACKSON, C. (eds.), *Early Intervention in Psychosis: a Guide to Concepts, Evidence and Interventions*, Chichester, Wiley, 2000, pp. 143-165.

(75) LARSEN, T. K., y otros, «Shortened Duration of Untreated First Episode of Psychosis: Changes in Patient Characteristics at Treatment», *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158, pp. 1917-1919.

(76) OLSEN, K. A.; ROSENBAUM, B., «Prospective Investigations of the Prodromal State of Schizophrenia: Assessment Instruments», *Acta Psychiatr. Scand.*, 2006, 113, pp. 273-282.

(77) SMITH, J.; SAHIERS, D., «Early Intervention in Psychosis Teams», 2006, en *ISPS-INT@yahoogroups.com*.

ORIGINALES Y REVISIONES

(78) FUCHS, J.; STEINERT, T., «Patients with a First Episode of Schizophrenia Spectrum Psychosis and their Pathways to Psychiatric Hospital care in South Germany», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2004, 39, pp. 375-80.

(79) YUNG, A., y otros, «Psychosis Prediction: 12-Month Follow Up of a High-Risk "Prodromal" Group», *Schizophrenia Research*, 2003, pp. 21-32.

(80) MEISSELS, S. J.; SHONKOFF, J. P. (comps.), *Handbook of early Childhood Intervention*, Cambridge, Press Sybdic de the University of Cambridge, 1990.

(81) JANÉ-LLOPIS, E., «La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales», *Revista de la AEN*, 2004, 89, pp. 67-79.

(82) GARCÍA-IBÁÑEZ, J.; TIZÓN, J. L. (coords.), GRUP DE TREBALL, «Factor de Risc i Programes Preventius per a 0-12 anys», Pla Director de Salut Mental i Adiccions de la Generalitat de Catalunya, Barcelona, Generalitat de Catalunya i Servei Català de la Salut, 2006.

(83) TIZÓN, J. L., «Psicopatología relacional de las Psicosis: Apuntes para la fundamentación del tratamiento psicológico de los trastornos psicóticos», *Psicosomática y Psicoterapia*, 2000, 20 (44), pp. 25-78.

(84) TIZÓN, J. L., «Epidemiología de la psicosis desde los servicios comunitarios de salud mental y de Atención Primaria de Salud», *Archivos de Psiquiatría*, 2004, 67 (2), pp. 139-144.

(85) TIZÓN, J. L., *Propuesta de Programa de Atención Integral al Paciente Psicótico (PAIPP)*, Barcelona, Unitat de Salut Mental de Sant Martí-La Mina, Institut Català de la Salut, 1999 (polic.).

(86) TIZÓN, J. L., *La investigación empírica sobre las psicoterapias: ¿Otra lente del «Hubble» defectuosa?*, VALLEJO, J. (dir.), Update de Psiquiatría 1997, Barcelona, Masson, 1997, pp. 67-99.

(87) CULLBERG, J., y otros, «Integrating Intensive Psychosocial and Low-Dose Neuroleptic Treatment: a Three-Year Follow-Up», en MARTINDALE, B. (ed.), *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*, Londres, Gaskell-ISPS, 2000, pp. 200-210.

(88) JACKSON, M., *Weathering the Storms: Psychotherapy for Psychosis*, Londres, Karnac Books, 2001.

(89) MARI, J. J.; STREINER, D., «Family Intervention for Schizophrenia», en ADAMS, C. E., y otros (eds.), *Schizophrenia Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oxford, Update Software, 1998.

(90) PETERSON, L., y otros, A Randomised Multicentre Trial of Integrated Versus Standard Treatment for Patients with a First Episode of Psychotic Illness, *BMJ*, 2005, 331, pp. 602 .

(91) GLEESON, J. F. M.; MCGORRY, P. D. (eds.), *Psychological Interventions in early Psychosis. A Treatment Handbook*, Chichester, Wiley, 2004, pp. 1-22.

(92) TIZÓN, J. L.; SAN-JOSÉ, J.; NADAL, D., *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*, Barcelona, Herder, 2000.

(93) TIZÓN, J. L., «Terapias combinadas en la esquizofrenia: ¿Agregamos, mezclamos y confundimos o bien de-construimos y combinamos?», *Revista de la AEN*, 2004, 14 (90), pp. 97-131.

(94) OLIVER, J., y otros, «Measuring the Quality of Life of Severely Ill People Using the Lancashire Quality of Life Profile», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1997, 32, pp. 76-3.

(95) HÄFNER, H., y otros, «Onset and Early Course of Schizophrenia», en HÄFNER, H.; GATTAZ, W. F. (eds.), *Search for Causes of Schizophrenia*, III, Berlín, Springer, 1995, pp. 43-66.

(96) HÄFNER, H., y otros, «IRAOS: An Instrument for the Assessment of the Onset and early Course of Schizophrenia», *Schizophrenia Research*, 1992, 6, pp. 209-23.

(97) PERKINS, D., y otros, «Characterizing and Dating the Onset of Symptoms in Psychotic Illness: the Symptom Onset in Schizophrenia (SOS) Inventory», *Schizophr. Res.*, 2000, 44, pp. 1-10.

(98) YUNG, A. R., y otros, Monitoring and Care of Young People at Incipient Risk of Psychosis, *Schizophr. Bull.*, 1996, 22 (2), pp. 283-03.

(99) YUNG, A. R.; MCGORRY, P. D., «The Prodromal Phase of First-episode Psychosis», *Schizophrenia Bulletin*, 1996, 22 (2), pp. 353-370.

(100) YUNG, A. R., y otros, «Prediction of Psychosis. A Step towards Indicated Prevention of Schizophrenia», *Br. J. Psychiatry*, supl. 1998, 172 (33), pp. 14-0.

(101) YUNG, A. R, y otros, «Risk Factors for Psychosis in an Ultra High-risk Group: Psychopathology and Clinical Features», *Schizophrenia Research*, 2004, 67, pp. 131-142.

(102) YUNG, A., y otros, «Mapping the Onset of Psychosis: the Comprehensive Assessment of a at-Risk Mental States», *Journal of Psychiatry*, Australia y Nueva Zelanda, 2005, pp. 964-971.

(103) AMIGÓ, E., y otros, *Programa de Seguiment del Nen Sa: Protocol de Salut Mental Infantil i Juvenil*, Barcelona, Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1999 (Programa de detecció precoz de la Generalitat de Catalunya, en cuya redacción participó el investigador principal).

(104) ACHENBACH, T. M., *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 Profile*, Burlington, University of Vermont, Department of Psychiatry, 1992.

(105) BOURGEOIS, M. L., *Les schizophrénies*, París, PUF, 1999.

(106) CABASÉS, J. M.; VILLABÍ, J. R.; AIBAR, C. (eds.), *Informe SESPAS 2000: Invertir para la salud. Prioridades en Salud Pública*, Valencia, Generalitat Valenciana- Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2002.

(107) SALDIVIA BOHÓRQUEZ, S.; TORRES GONZÁLEZ, F.; CABASES HITA, J. M.; PSICOST GROUP, «Estimation of Mental Health care Cost Units for Patients with Schizophrenia», *Actas Esp. Psiquiatr.*, 2005, 33 (5), pp. 280-5.

Agradecimientos: A Bent Rosenbaum por su orientación bibliográfica; a Anna Oriol por su colaboración en la organización de la bibliografía del artículo.

* J. L. Tizón es director del Equipo de Prevención en Salud Mental-Equipo de Atención Precoz a los Pacientes con Psicosis (EAPPP) del Institut Català de la Salut en Barcelona.
Correspondencia: Jorge L. Tizón, Prevenció en Salut Mental-EAPPP. Tel. 934 360 004 – Fax. 934 355 303; jtizon.pbcn@ics.scs.es.

** Fecha de recepción: 10-XI-2006 (aceptado el 20-XI-2007).

Luis Javier Sanz Rodríguez, M.^a Teresa Almendro Marín, María Gómez García de La Pedrosa, Sara Díaz-Caneja Fernández

Una experiencia de abordaje grupal de conflictos laborales desde los servicios de salud mental

RESUMEN: La experiencia de tratamiento grupal en personas con conflictos laborales, desarrollada en los Centros de Salud Mental del Área 10 de Madrid a través del trabajo con cinco grupos consecutivos, en el periodo comprendido entre 2003 y 2006.

PALABRAS CLAVE: Conflicto laboral, tratamiento grupal, proceso de cambio, expresión emocional.

ABSTRACT: Our group treatment experience with individuals involved in mobbing, developed in the Mental Health Services of the 10th Area (Madrid). It is showed the work with five consecutive groups attended during the period between 2003 and 2006.

KEY WORDS: Mobbing, group treatment, process of change, emotional expression.

El acoso laboral es un fenómeno que empezó a ser investigado a principio de los años ochenta y que se ha convertido en el tópico de la investigación en los años noventa (Serrano, 2005). Es el sueco Leymann (1996) quien introduce el término inglés *mobbing* y el que establece los criterios definatorios: «Fenómeno en que una persona o grupo de personas ejercen una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente (al menos una vez por semana) y durante un tiempo prolongado (más de seis meses), sobre otra persona en el lugar de trabajo, con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus tareas y lograr que finalmente esa persona acabe abandonando el lugar de trabajo».

Desde la perspectiva médica el *mobbing* no es una enfermedad, sino un proceso donde se produce un comportamiento lesivo que genera una serie de malestares o enfermedades en quien es su objetivo. Este proceso se caracteriza por una relación asimétrica de fuerzas, en la que una parte daña y otra es dañada, produciéndose una interacción de dinámicas creadas por el acosador, por la víctima y por el grupo social al que ambos pertenecen (Hirigoyen, 1999; Renduelles, 2005).

Los datos sobre la frecuencia con que se da este fenómeno en España son muy variables, desde 5% según Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Trabajo (2001), hasta un 15% según el Quinto Informe Cisneros sobre el acoso psicológico y moral en el trabajo, desarrollado por Piñuel (2001) en la Universidad de Alcalá de Henares.

Aunque la mayoría de los autores se cuestionan la utilidad de clasificar en fases la evolución de este fenómeno, casi unánimemente citan las fases establecidas por Leymann (Barón, 2003):

- a) *Fase de conflicto*: a partir de un incidente crítico, mal resuelto por la organización, se produce una escalada de conflictos, el conflicto inicial aumenta desproporcionadamente produciendo en el sujeto desconcierto, al ver que sus relaciones con una o varias personas empeoran notablemente. Esta primera fase no supone propiamente acoso psicológico y suele durar poco tiempo.
- b) *Fase de estigmatización*: la persona que ha sido elegida es objeto de una focalización, se trata de señalarla a ella como alguien que merece los ataques de que va a ser objeto. Supone la apertura del proceso y la intimidación formal de la víctima a la que se acusa de deslealtad o ineficacia en el trabajo, se usan en su contra los síntomas de ansiedad o los fallos atencionales y se les amenaza formalmente con la degradación laboral o el despido. Esta fase puede prolongarse durante meses o años. El acoso se desarrolla mediante comportamientos de hostilidad repetidos que en otro contexto distinto no revestirían mayor importancia ni implicarían agresión. Las conductas más citadas corresponden con las ya mencionadas en las diferentes escalas de evaluación.
- c) *Fase de intervención*: después de cierto tiempo de acoso se produce la intervención jerárquica. Como señalan Piñuel y Zabala (2004) «cuando interviene la línea jerárquica el caso se convierte en el caso de X, siendo siempre X la víctima y nunca el acosador». Hacia el final de esta fase ya empiezan a tomarse acuerdos y decisiones que afectan al acosado sin su conocimiento ni participación.
- d) *Fase de eliminación*: cuando las condiciones del trabajo causantes del acoso no son resueltas, el hostigamiento suele finalizar con la salida de la víctima de la organización, unas veces por petición de traslado o abandono del puesto y otras por despido. En otras ocasiones se produce una adaptación burocrática a la tarea, desempeñando su trabajo con la menor inversión afectiva posible.

Existe un paralelismo entre las fases clínicas por las que evoluciona la víctima del acoso laboral y las fases del acoso propiamente dicho. Posiblemente los síntomas psicósomáticos más frecuentes son: dolores de cabeza, espalda, cuello, estómago, alteraciones del sueño, ánimo triste, irritabilidad, llanto, falta de concentración y problemas de memoria (García, 2005; Prieto-Orzanco, 2005).

El presente trabajo describe el abordaje grupal de la problemática de pacientes que acuden derivados a los Servicios de Salud Mental por conflictiva laboral a partir de nuestra experiencia con los pacientes atendidos en los Centros de Salud Mental del Área 10 de Madrid (Getafe y Parla) entre los años 2004 y 2006, que son derivados por otro terapeuta (psicólogo clínico o psiquiatra) para una intervención más específica.

Método

Objetivos y encuadre

Esta terapia de grupo tiene por objeto el trabajo con unos pacientes que tienen una serie de características comunes como un discurso centrado en la problemática laboral. Asimismo, se presentan dificultades en su manejo desde Atención Primaria con frecuencia, en gran medida por lo que a la interrupción laboral transitoria se refiere. Otro elemento de gran incidencia en estos pacientes es el predominio de la clínica ansioso-depresiva y la implicación en procesos judiciales. Se presenta también la necesidad de que asuman la responsabilidad en su problemática y tratamiento, además de proporcionarles un contexto terapéutico alternativo a los componentes habituales como partes de baja, medicación o informes.

Tomando como base estas características comunes a la población que se dirige esta intervención, podemos señalar los siguientes objetivos:

- 1) Inicialmente, facilitar la comprensión del proceso que les ha conducido a solicitar ayuda en el Centro de Salud Mental.
- 2) Incrementar la capacidad de otorgar significado a la propia experiencia, a partir de un aumento de la conciencia emocional.
- 3) Facilitar el registro interno, la aceptación y la expresión de emociones a través de la palabra.
- 4) Reducir las conductas de escape y evitación.

En cuanto al encuadre, resulta necesario definir qué tipo de grupo se lleva a cabo con estos pacientes. Nos situamos ante un grupo de contenidos en cuanto al foco de trabajo y con un carácter parcialmente directivo. Además, se trata de un grupo con agenda, con el fin de que favorezca el trabajo grupal en torno a una estructura de las sesiones relativamente cerrada y un grupo homogéneo en cuanto a la problemática objeto de intervención. Se trabaja con un grupo cerrado, que tiene como media unos diez participantes y un terapeuta y coterapeuta. Las sesiones cuentan con una periodicidad semanal, una duración de setenta y cinco minutos y, un total de diez sesiones, lo que supone un trabajo grupal de alrededor de dos meses y medio en un entorno físico que ha de ser reducido y contenedor.

El seguimiento de la incapacidad laboral transitoria y la medicación quedan fuera de la dinámica grupal. Los aspectos relacionados con la baja son atendidos desde los servicios de Atención Primaria, y los aspectos farmacológicos son asumidos por psiquiatras del Centro de Salud Mental.

Se trata de un grupo homogéneo en cuanto al motivo de la demanda (conflictos laborales) pero heterogéneo respecto al diagnóstico. Asimismo, el grupo es variable respecto a la edad, profesión y género aunque prácticamente todos los

participantes comparten la misma situación laboral (incapacidad laboral transitoria). Del mismo modo, un porcentaje significativo de los pacientes estaba involucrado en algún tipo de proceso judicial en relación con sus problemas laborales.

Para la recogida de información se ha empleado una medida pre- y post-tratamiento del SCL-90-R. La escala de Síntomas, SCL-90-R (Derogatis, 1977), nos permite una evaluación general de síntomas psicopatológicos. Es un listado de comprobación de síntomas recogidos en 9 dimensiones con datos normativos españoles y propiedades psicométricas aceptables (González de Rivera, 1989). En cuanto a la fiabilidad, ha presentado una buena consistencia interna en todas las subescalas (oscilando la α de Cronbach de 0,78 a 0,90), así como una adecuada validez predictiva (Schmitz, 2000). También ha demostrado adecuada validez discriminativa, la validez concurrente con el IIP-C y el GHQ-12 (Schmitz, 1999).

Descripción de la muestra

La muestra de nuestro estudio está conformada por un total de 53 sujetos, tomada a partir de los cuatro grupos de conflictos laborales realizados en los Centros de Salud Mental de Getafe y Parla, siendo homogénea en cuanto al número de sesiones, terapeuta y coterapeuta, así como haber completado la escala SCL-90-R en las condiciones de pre- y postratamiento.

Las variables seleccionadas se enumeran a continuación, reflejando entre paréntesis sus subcategorías: género (varón; mujer), edad, diagnóstico (según los criterios de la CIE-9), gremio (profesionales y técnicos; personal de servicios administrativos; comerciales y vendedores; hostelería, servicios y seguridad; industria, construcción y transporte; sanidad y, ocupaciones no especificadas), tipo de convivencia (soltero; con pareja; con padres, con hijos; otros), nivel educativo (sin estudios; primarios; secundarios, superiores, antecedentes personales psicológicos y/o psiquiátricos (sí; no), existencia de ILT (sí, no), tiempo de ILT (estimado en meses), situación tras finalización del grupo (alta y fin de tratamiento; alta y seguimiento; ILT) y por último, puntuación en la Escala SCL-90-R (pre- y postratamiento). Todos estos datos han sido procesados y analizados estadísticamente mediante el programa informático SPSS 13.0.

En lo referente al género, un 26,4% son varones (14) y un 73,6%, mujeres (39). La edad media es 38 años, con una desviación típica de 9,5 años. Los diagnósticos establecidos por el terapeuta de cada uno de los participantes, de acuerdo con la CIE-9 fueron: Trastornos neuróticos (300.0; 300.4); Trastornos de personalidad (301.5; 301.8); Trastornos adaptativos (309.0; 309.1; 309.2) y Trastornos afectivos (311), constituyendo 309.1 la categoría modal (34% del total), seguido de 309.2 (26,4%) y 309.0 (15,1%), por lo que se observa la preponderancia de los trastornos adaptativos, en sus diferentes manifestaciones sintomáticas.

ORIGINALES Y REVISIONES

Como categorías profesionales más prevalentes en este estudio, personal de servicios administrativos (39,6%), industria, construcción y transporte (24,5%) y hostelería, servicios y seguridad (20,8%). Un 69,8% de la muestra convivían con pareja y 22,6% con los padres. Respecto al nivel educativo, 62,3% poseían estudios secundarios y 26,4%, primarios. Dos tercios de la muestra no tenían antecedentes personales (66%) y 88,7% estaban en situación de incapacidad laboral transitoria al comenzar el grupo, entre los cuales, la media de meses era 4,6 ($s_x = 2,7$). Destacar un 81,1% en situación de alta a la conclusión del grupo, de los que 43,4% finalizaron también su tratamiento y 37,7% continuaron en seguimiento. En último lugar, la puntuación media en SCL-90-R pretratamiento fue 1,7 ($s_x = 0,7$) y postratamiento; 1,1 ($s_x = 0,6$).

Descripción de las sesiones

La intervención grupal está constituida por 10 sesiones parcialmente estructuradas. Como se observa en la tabla inferior, en cada una de ellas hay una tarea grupal principal que estructura la sesión pero, simultáneamente, en todas ellas se trata de promover dos procesos fundamentales en la intervención:

- *Validación*: empatizar, contener y validar las emociones, así como su comprensión en el contexto de una respuesta adaptativa a su situación personal.
- *Implicación*: situarlos ante la responsabilidad de sus actos (lo interpretativo queda en un segundo plano).

Tabla 1
Desarrollo de la terapia

SESIÓN 1	Presentación	Validación ↓ Implicación
SESIÓN 2	Emociones	
SESIÓN 3	Síntomas	
SESIÓN 4	Tratamiento sintomático e ILT	
SESIÓN 5	Identidad y sistema de creencias	
SESIÓN 6	Recursos personales	
SESIÓN 7	Estrategias de afrontamiento	
SESIÓN 8	Desetiquetar el <i>mobbing</i>	
SESIÓN 9	Prevención de recaídas	
SESIÓN 10	Crecimiento personal	

Sesión 1: Presentación

Se lleva a cabo la presentación del terapeuta y el coterapeuta, y se aplica la escala de evaluación de los síntomas psicopatológicos como medida pretrata-

miento. Se explican las reglas y las normas de funcionamiento, planteándose los objetivos del grupo:

- Facilitación del proceso de recuperación, elaborando e integrando el conflicto laboral en su narrativa personal, de tal manera que el discurso de los pacientes no se encuentre monopolizado por la problemática laboral.
- Explicación del formato de grupo: algunos aspectos del conflicto laboral son inenarrables e incomprensibles para personas que no lo han vivido. Por eso, el grupo puede facilitar el proceso de elaboración e integración.

Se dedica la mayor parte del tiempo de esta primera sesión a que los participantes del grupo se presenten y puedan exponer su situación personal, tratando de resaltar la importancia de centrarse en los hechos que les han llevado a demandar asistencia en el Centro de Salud Mental. El papel del terapeuta es dirigir la sesión, reconduciéndola en caso necesario, así como señalar, centrar, contener e invitar a los pacientes a hablar, respetando siempre los momentos en que quieran hacerlo. Muy habitualmente son necesarias señalizaciones frecuentes por parte de los terapeutas en cuanto a la conveniencia de dirigirse al grupo y no a los profesionales e incluso se requiere incrementar la directividad para permitir que todos los integrantes pudieran tener su espacio para compartir su experiencia en esta sesión.

Al finalizar la sesión se hace una recapitulación de la misma, señalando los puntos en común de los distintos relatos. Se insiste en la pérdida de control, injusticia e indefensión.

Sesión 2: Emoción

Los objetivos específicos de esta segunda sesión son compartir los pensamientos y sentimientos surgidos durante y después del conflicto laboral con el fin de integrarlos en el relato de la percepción de los hechos.

En primer lugar, se comienza preguntando acerca de cómo se han encontrado desde la última sesión. Entre las respuestas más frecuentes entre los pacientes destacan el alivio tras compartir con otras personas que han pasado por experiencias similares y el malestar al ser testigo del dolor ajeno.

Después se procede a la recapitulación de lo tratado en la sesión anterior y se les invita a que compartan con los demás qué pensaron y, especialmente, qué sintieron: confusión, tristeza, ira y enfado, miedo, culpa y desesperanza. Se trata de facilitar la experiencia emocional, insistiendo en la simbolización de la misma. Para ello se adopta un estilo no instruccional ni interpretativo: se trata de facilitar la exploración y apoyar la nueva información que emerge a través de la nueva experiencia (Greenberg y Paivio, 2000).

Sesión 3: Síntomas

Los objetivos específicos de esta tercera sesión son:

- Reconceptualizar los síntomas en términos de búsqueda de recuperación del equilibrio homeostático y, por tanto, como síntomas de recuperación.
- Uso de metáforas terapéuticas.
- Resignificación de los síntomas como respuestas normales ante situaciones anormales, como intentos del organismo por recuperarse, integrar lo ocurrido y salir adelante. Por ejemplo, el miedo se puede resignificar como una reacción de defensa ante un hecho amenazante o los síntomas intrusivos como intentos de dar sentido a la experiencia (Pérez-Sales, 2006).

Sesión 4: Tratamiento sintomático e incapacidad laboral transitoria

La tarea grupal gira en torno a desmontar ideas preconcebidas acerca del tratamiento farmacológico, promoviendo la asunción de un rol activo en el tratamiento de su problemática. Se trata de entender la baja laboral como un apoyo puntual en lugar de la solución al conflicto, para lo que se debe comprender el carácter transitorio de la incapacidad laboral y los peligros potenciales de mantenerla durante un periodo prolongado.

Sesión 5: Identidad y sistema de creencias

Llegados al ecuador del tratamiento grupal, el objetivo fundamental es redirigir el discurso centrado en el conflicto laboral hacia la comprensión de las características personales que contribuyen al mantenimiento del problema. En este sentido, se exploran los cambios que se han producido en otras áreas distintas a la laboral y se analiza cómo ha sido modificado el sistema de creencias del individuo (Janoff-Bulman, 1992).

Sesión 6: Recursos personales

El objetivo específico de esta sesión es la exploración de los recursos personales o capacidades con los que cuentan los participantes a través de la resolución de situaciones difíciles del pasado. Como ya han ido saliendo situaciones del pasado que les resultaron difíciles y que han relacionado espontáneamente con lo ocu-

rrido y sus consecuencias, se les anima a que se centren en esta sesión en dichas situaciones (otros conflictos laborales, fallecimientos de personas muy cercanas, situaciones de maltrato, divorcios y separaciones, enfermedades y accidentes).

Entre los recursos personales que mencionan al describir cómo afrontaron dichas situaciones destacan: el espíritu de lucha, la capacidad para tomar decisiones y llevarlas a efecto, la capacidad para pedir y ofrecer ayuda, la capacidad para hablar de las emociones dolorosas, la capacidad para entablar relaciones, la capacidad para aceptar situaciones que no pueden cambiar y que no dependen de ellos, y la capacidad para no buscar la lógica en algo que es intrínsecamente ilógico (Kegan, 2003).

Sesión 7: Estrategias de afrontamiento

Se parte de la recapitulación de los recursos personales descritos en la última sesión y se relacionan con los problemas actuales, analizando las principales estrategias de afrontamiento (Folkman, 1997) basadas en la resolución de problemas (confrontación y planificación) y en la autorregulación emocional (distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social).

Sesión 8: Desetiquetar el mobbing

El objetivo específico de esta octava sesión es facilitar la comprensión de los conflictos laborales como procesos que implican variables externas e internas. Para ello resulta imprescindible (Miguel y Sanz, 2005):

- Entender el proceso de *mobbing*.
- Asumir una posición activa en el afrontamiento de la problemática.
- Desmarcarse del rol de paciente que necesita ser curado, o del de víctima indefensa que carece de control.

Sesión 9: Prevención de recaídas

La tarea grupal se centra en anticipar potenciales dificultades futuras en el proceso de recuperación del equilibrio, entendiendo las recaídas como un paso más en el proceso de recuperación y anticipando posibles obstáculos futuros (Rollnick, 2003). En definitiva, se trata de promover la puesta en marcha de estrategias preventivas para evitar las recaídas en la medida de lo posible.

Sesión 10: Crecimiento personal

Para concluir la intervención grupal se dedica la última sesión a favorecer un enfoque positivo del conflicto laboral. Con este objetivo, se dedica la mayor parte de la sesión a la búsqueda de cambios positivos desencadenados por el problema laboral, tratando de asumir que la crisis puede convertirse en una auténtica oportunidad de transformación vital al permitir reordenar propiedades, cambiar roles, y acometer cambios en los planes de acción.

Como sugiere Tedeschi (1996), podemos agrupar las verbalizaciones de los pacientes acerca de la reconceptualización positiva del conflicto laboral en tres categorías:

- Cambios en la percepción que se tiene de uno mismo: Sentirse más fuerte, sentirse más reafirmado en uno mismo, sentirse con más experiencia, sentirse con más capacidad de afrontar situaciones futuras, percibir más posibilidades de responder de una manera asertiva ante las dificultades, desarrollo de una autoimagen de fortaleza, y desarrollo de una confianza que después puede generalizarse a otra clase de situaciones.
- Cambios en las relaciones interpersonales: La familia se ha unido más alrededor del conflicto, el paciente se acerca más al resto de su familia al darse cuenta de la importancia que tienen, de qué frágiles son las cosas y con qué rapidez pueden perderse, el paciente puede abrirse más y compartir sentimientos cuando nunca antes lo habían hecho, aprender a aceptar ayuda de los demás, y aprender a utilizar el apoyo social.
- Cambios en la filosofía de vida: apreciar más lo que se tiene, se valoran más los detalles de la vida a partir de las amenazas vividas en el ámbito laboral, cambiar la escala de valores: priorizar otros valores tomándose la vida de un modo más sencillo y disfrutando más de las cosas, y redescubrimiento o refuerzo de su fe, lo que puede llevar a un aumento de la confianza en sí mismo, de la sensación de control y de sentido de la vida.

Finalmente, se aplica el retest de la escala de evaluación de síntomas psicopatológicos para evaluar los cambios en la sintomatología de los pacientes desde que empezó la intervención.

Resultados

El perfil de puntuaciones en el SCL-90-R manifiesta una disminución de la intensidad en todas las escalas de psicopatología después de la intervención grupal. La diferencia entre la puntuación total en las condiciones pre y postratamiento

to es significativa a nivel estadístico según la prueba t de diferencias de medias para dos muestras relacionadas ($t = 3$; $p < 0,01$). Asimismo, se llevó a cabo el análisis para cada una de las dimensiones establecidas por esta escala y resultó significativa la disminución de los síntomas en todas las dimensiones, excepto en *psicoticismo*. Como se aprecia en la tabla, las diferencias más importantes aparecieron en las dimensiones que evalúan *depresión*, *hostilidad* y *ansiedad*.

Tabla 2
Perfil de puntuaciones en el SCL-90-R antes y después de la intervención grupal

	Pre-		Post-	
	Media	D. T.	Media	D. T.
Somatización (0-4)*	2,21	0,79	1,60	0,78
Obsesivo-compulsiva (0-4)*	2,07	0,78	1,68	0,90
Susceptibilidad interpersonal (0-4)*	1,51	0,67	1,26	0,74
Depresión (0-4)**	2,20	0,67	1,60	0,83
Ansiedad (0-4)**	1,79	0,75	1,30	0,87
Hostilidad (0-4)**	1,66	0,99	1,04	0,76
Ansiedad fóbica (0-4)**	1,07	0,84	0,68	0,67
Ideación paranoide (0-4)**	1,95	0,82	1,56	0,76
Psicoticismo (0-4)	0,73	0,52	0,52	0,49
Índice de Severidad Global (0-4)*	1,45	0,56	0,94	0,54

Nivel de significación: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

En cuanto a las variables descriptivas seleccionadas, se aplicó una prueba de análisis de la varianza (ANOVA) para dos muestras relacionadas (medida pre- y post-), comparando las variables independientes *gremio* y a continuación, *situación tras finalizar el grupo*. En ambos casos, se pretende ver si influyen sobre la puntuación total pre y postratamiento en el SCL-90-R. No se hallaron diferencias significativas entre las diferentes categorías profesionales y la intensidad de los síntomas en ninguna de las dos condiciones. Quizás la relativa homogeneidad en las profesiones así como en otras variables sociodemográficas precisaría un tamaño muestral y una dispersión mayores para poder determinar posibles efectos en este sentido.

En lo referente a la situación al final de la intervención grupal, se observó que generaba diferencias significativas en la puntuación postratamiento de la escala ($F=4,8$; $p=0,02$) y al comparar por separado las tres categorías de la variable independiente (alta y fin de tratamiento, alta y seguimiento, ILT), se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre la primera y la última ($p=0,02$), lo que indica que pese a haber una disminución significativa de los síntomas en el postratamiento, ésta no es homogénea y difiere sobre todo entre las categorías que podríamos considerar más extremas, esto es, estar de alta laboral sin precisar seguimiento y continuar

de ILT. Con el fin de determinar si la puntuación pretratamiento también podría influir sobre la situación al final del grupo, realizamos un nuevo análisis de la varianza (ANOVA) y no se obtuvo significación estadística ($F = 1,67$; $p = 0,20$), por lo que la intensidad de los síntomas antes del grupo no se relacionaría con la situación de alta y si atendemos a las diferentes categorías de la variable independiente, son homogéneas, de manera que la sintomatología previa no nos sería útil para predecir cuál será la situación final del sujeto tras el grupo,

Considerando otras posibles variables que podrían ayudar a clarificar la mejoría de los participantes, agrupamos los diagnósticos en trastornos adaptativos (75,5%) y otros diagnósticos (24,5%) y observamos si influía sobre la situación al final del tratamiento, sin obtener significación estadística. Por otra parte, los antecedentes personales (34% sí; 66% no) tampoco tenían relación con la situación respecto al alta. Por último, se tomó en cuenta la asistencia al grupo y no correlacionó con esta variable dependiente, pero es preciso señalar que la asistencia media fue al 90% de las sesiones, sin una gran dispersión entre los participantes, funcionando entonces como una condición homogénea entre ellos.

Discusión

Dejando de lado las razones prácticas y de optimización de los recursos, hay algunos motivos que justifican la creación de un grupo específico de personas con problemática laboral o visto de otro modo, unas particularidades de esta población que hacen que puedan beneficiarse de este tipo de terapia.

Empezando por el tipo de población. Aunque se aceptan en el grupo personas con patología más severa que puedan beneficiarse de él, el diagnóstico mayoritario es el de trastorno adaptativo, en muchas ocasiones sin antecedentes previos. Esto hace que nos encontremos ante una población que a priori no tiene especiales dificultades de interacción, lo que facilita que puedan beneficiarse del grupo desde los primeros momentos (sin que resulte en general problemático que sea de corta duración). Igualmente, al no presentar en su mayoría otras patologías, es posible centrarse en la tarea de hablar del conflicto laboral y lo que ha supuesto para los participantes, y buscar unos objetivos específicos, ya que para trabajar las otras problemáticas se cuenta con un espacio individual.

Este encuadre específico y de tiempo limitado es relevante para algunos problemas concretos de esta población, como es la evitación. Es común en estos casos, la ansiedad asociada a lugares y personas relacionadas con el conflicto, lo cual llega a resultar muy limitante. El afrontamiento del problema a menudo requiere volver al puesto de trabajo, ya sea a quedarse o a negociar con los superiores, y las personas con esta problemática llegan a Salud Mental estando de baja, con el alivio que ésta supone, corriendo el riesgo de bloquearse en esa situación.

Asistir a un grupo donde se comparte explícitamente este miedo común a volver, y el papel que está teniendo en cronificar el problema permite la toma de conciencia de una manera que se vive como menos culpabilizadora que en el contexto individual, y por otro lado, el hecho de que la terapia tenga un tiempo limitado facilita que los participantes se fijen plazos para la toma de decisiones, utilizando el grupo para coger fuerzas con vistas al afrontamiento. En general un contexto de grupo facilita la adopción de la propia responsabilidad, ya que un señalamiento en este sentido por parte de otra persona en la misma situación se vive como mucho menos ofensivo que si viene del terapeuta.

Otro aspecto importante es el de la universalidad. Se trata de uno de los factores terapéuticos específicos de la psicoterapia de grupo, y tal y como la plantean Vinogradov y Yalom (1996), consiste en el alivio que se siente al darse cuenta de que la desdicha de uno es común a otras personas. Este factor tiene una relevancia específica para este tipo de problemáticas. El conflicto laboral muchas veces es entendido por los pacientes como un conflicto en lo personal, no como jefe y empleado, sino entre personas que estaban unidas por otros vínculos. Se vive, por tanto, como una «traición» de gente a la que se sentían unidos incluso en relaciones de toda una vida (jefes, compañeros, etc.), comprometiendo con ello mucho más su autoestima. Escuchar las narrativas de otras personas con problemas similares permite tener una perspectiva más amplia, en la que se tomen en cuenta los factores estructurales, de política de empresa, que muchas veces tienen que ver con el conflicto, haciendo posible una atribución más realista y menos personalizada de lo que sucede. Como sabemos por otras patologías, el daño que viene de otras personas es mucho más difícil de afrontar psicológicamente que las «catástrofes» impersonales.

Esta «traición» de la que hablamos rompe con frecuencia los esquemas de la «víctima» del acoso laboral. Aunque en muchas ocasiones los pacientes llegan a cuestionarse su valía como profesionales, también es muy frecuente que se definan a sí mismos como trabajadores incansables, que en otro tiempo fueron reconocidos por sus superiores y que han dado mucho por su empresa. Esto hace muy difícil de entender el cambio repentino de estatus en el que se encuentran, y les hace cuestionarse creencias básicas como la del mundo justo. Igualmente, antes de darse de baja, estas personas intentaron varias medidas para solucionar el conflicto, desde hablar directamente con el acosador, hasta dar cuenta de lo que ocurre a los superiores, pasando por cambiar la propia conducta esperando adaptarse a las nuevas e incomprensibles demandas del puesto. Todo ello sin conseguir ningún resultado, lo que coloca al paciente frente a su propia indefensión, y a su desconcierto. Este «no entender» es algo que también mencionan a menudo los pacientes. Uno de los objetivos de cualquier terapia es ayudar al paciente a buscar una explicación a lo que le está pasando, y este objetivo se ve multiplicado cuando son muchas personas desconcertadas las que intentan encontrar una explicación. Tal y

como señalaba Festinger (1954) al enunciar su Teoría de la Comparación Social, tenemos una tendencia natural a asociarnos a otros en las situaciones de ambigüedad. En el grupo, los pacientes se cuentan sus experiencias, opinan unos sobre la situación de los otros, reciben algunas nociones sobre temas relacionados con la emoción y construyen una narrativa común que explica lo que está pasando. Autores como Rappaport (1993) han investigado este fenómeno de la constitución de una narrativa grupal, y su importancia en términos de sentido.

El grupo también se utiliza para transmitir información, no sólo por parte de los terapeutas, sino entre los propios participantes. Escuchan las circunstancias de los otros y preguntan luego a sus abogados o en sus sindicatos, por ejemplo, qué podría hacer esta persona. Aunque este tipo de intercambio de información puede desviar la atención de la tarea grupal, tiene también un sentido terapéutico en términos de altruismo (otro de los factores terapéuticos grupales que plantean Vinogradov y Yalom), y es que en el grupo los pacientes tienen la oportunidad de salirse de su problemática y preocuparse por otras personas, sentirse útiles y escapar con ello del rol de víctima en el que a veces se encuentran inmersos.

Esta es sólo una de las experiencias que el grupo ofrece y que son incompatibles con la autoimagen que frecuentemente traen las personas con un conflicto laboral. Como decíamos antes, las circunstancias del conflicto pueden devolver a estas personas una imagen de sí mismos como indefensos o incompetentes. Las relaciones sociales, y también el contexto de grupo en cuanto a lo que supone de conocer gente nueva y sentirse aceptado devuelven a quienes participan de él una imagen distinta, más positiva, además de un apoyo que puede vivirse como más auténtico que el que proviene del terapeuta o de otras personas que no han pasado por una situación similar.

En ese sentido, el grupo ofrece la posibilidad de observar los avances de otros, pudiendo imitarles y constituyendo los otros pacientes unos modelos mucho más efectivos de lo que pueden llegar a ser los terapeutas, porque son modelos de afrontamiento (*coping*).

En resumen, sin pretender dar una imagen idealizada de lo que se consigue en un grupo (y considerando que no todos los grupos funcionan igual), sí podemos plantear que para esta población, este enfoque ofrece unas posibilidades que no se dan en la terapia individual y que multiplican los efectos del tratamiento.

Conclusiones

La creciente demanda de asistencia a pacientes con conflictos laborales desde los dispositivos de la red de salud pública plantea un reto ante la necesidad de ofrecer una atención de calidad al paciente sin que la presión asistencial se vea incre-

mentada desmesuradamente. Una posible solución ante este problema sería el abordaje grupal que, por sus propias características, proporciona elementos terapéuticos adicionales. A partir de la puesta en común de sus experiencias, los pacientes pueden adquirir una nueva visión más realista de su problemática que les permita adoptar una posición más activa. Muchos de los pacientes acuden al centro considerando que la única solución a su problema sería una vuelta atrás al estado previo al conflicto. En el grupo es posible reconstruir una narrativa de lo sucedido reduciendo los factores externalizados y aumentando la sensación de control que permita desarrollar su responsabilidad en el proceso. Al finalizar la intervención es posible el afrontamiento del alta laboral por un número considerable de pacientes. En base a una evaluación pre y post de la clínica de los pacientes a través de una escala multidimensional (SCL-90-R) se constata una mejoría significativa de la sintomatología presente al inicio del tratamiento, especialmente en las dimensiones que evalúan ansiedad, depresión y hostilidad (González de Rivera y Rodríguez Abuín, 2006).

Un formato grupal cerrado y con agenda permite dinamizar el proceso de cambio y adaptación hacia un abordaje más saludable de la problemática laboral. En ocasiones, pacientes diagnosticados de cuadros reactivos y con un pronóstico potencialmente favorable a corto o medio plazo tienden a quedar estancados en una posición pasiva y externalizadora, que puede llegar a ser favorecida por los dispositivos asistenciales. El plantear un abordaje limitado en el tiempo facilita que el mismo paciente se plantee plazos concretos para la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BARÓN, M.; MUNDUATE, L.; BLANCO, J., «La espiral del mobbing», *Papeles del psicólogo*, 2003, 84, pp. 71-82.
- (2) DEROGATIS, L., *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedure Manual*, Baltimore, Clinical Psychometric Research, 1977.
- (3) FESTINGER, L. A., «A Theory of Social Comparison Processes», *Human Relations*, 1954, 7, pp. 117-140.
- (4) FOLKMAN, S., «Positive Psychological States and Coping with Severe Stress», *Social Science and Medicine*, 1997, 45, pp. 1.207-1.221.
- (5) GARCÍA, J.; MARTÍNEZ B.; ALDA M.; GASCÓN, S., «El síndrome del falso mobbing: dificultades para su diagnóstico en atención primaria», *Atención primaria*, 2005, 35, p. 269.
- (6) GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L., y otros, *The Spanish Version of the SCL-90-R. Normative Data in the General Population*, Towson, Clinical Psychometric Research, 1989.
- (7) GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.; RODRÍGUEZ ABUÍN, M., «Acoso psicológico en el trabajo y psicopatología: Un estudio con el LIPT-60 y el SCL-90-R», *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2006, 22 (3), pp. 397-412.
- (8) GREENBERG, L. S.; PAIVIO, S. C., *Trabajar con las emociones en psicoterapia*, Barcelona, Paidós, 2000.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (9) HIRIGOYEN, M. F., *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*, Barcelona, Paidós, 1999.
- (10) JANOFF-BULMAN, R., *Shattered Assumptions. Toward a New Psychology of Trauma*, Nueva York, Free Press, 1992.
- (11) KEGAN, R., *Desbordados: cómo afrontar las exigencias psicológicas de la vida actual*, Bilbao, Desclée De Brower, 2003.
- (12) LEYMAN, H., «The Content and Development of Bullying at Work», *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1996, 5, pp. 165-84.
- (13) MIGUEL, T.; SANZ RODRÍGUEZ, L. J., *Mobbing. Gastroenterología y Hepatología Continuada*, 2005, 4 (3), pp. 147-152.
- (14) PÉREZ-SALES, P., *Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia*, Bilbao, Desclée De Brower, 2006.
- (15) PIÑUEL, I., *Mobbing. Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*, Santander, Sal Terrae, 2001.
- (16) PIÑUEL, I.; HIDALGO, A., «La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing», *Psicothema*, 2004, 16 (24), pp. 615-24.
- (17) PRIETO-ORZANCO, A., «Hostigamiento laboral (*mobbing*) y sus consecuencias para la salud», *Atención primaria*, 2005, 35, pp. 213-14.
- (18) RAPPAPORT, J., «Narrative Studies, Personal Stories, and Identity Transformation in the Mutual Help Context», *Journal of Applied Behavioral Science*, 1993, 29, pp. 239-256.
- (19) RENDUELES, G., «*Bossing, mobbing: ¿necesito psiquiatra o comité de empresa?*», *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, Invierno, 2005, pp. 17-26.
- (20) ROLLNICK, S., *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*, Barcelona, Paidós, 2003.
- (21) SCHMITZ, N., y otros, «The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German Validation Study», *Quality of Life Research*, 2000, 9, pp. 185-193.
- (22) SCHMITZ, N., y otros, «Diagnosing Mental Disorders in Primary Care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as Screening Instruments», *Social Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34, pp. 360-366.
- (23) SERRANO, F., «Estrés laboral, *mobbing* y salud mental», *Atención primaria y salud mental*, 2005, 8 (4), pp. 38-43.
- (24) TEDESCHI, R. G.; PARK, C. L.; CALHOUN, L. G., *Posttraumatic Growth: Positive Change in the Aftermath of Crisis*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, 1996.
- (25) VINOGRADOV, S.; YALOM, I. D., *Guía breve de psicoterapia de grupo*, Barcelona, Paidós, 1996.

* Luis Javier Sanz Rodríguez, psicólogo clínico. Servicios de Salud Mental de Getafe y Parla (Madrid); M^a Teresa Almendro Marín, PIR. Hospital Universitario de Getafe (Madrid); María Gómez García De La Pedrosa, PIR. Hospital Universitario de Getafe (Madrid); Sara Díaz-Caneja Fernández, MIR Psiquiatría. Hospital Universitario de Getafe (Madrid).

Correspondencia: Luis Javier Sanz Rodríguez. Servicios de Salud Mental de Parla. C/ Pablo Sorozabal, 4. Parla (28980) MADRID. ljsanz@cop.es

** Fecha de recepción: 14-V-2008 (aceptado el 20-V-2008).

Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos

RESUMEN: Se describe el proceso de puesta en marcha y desarrollo de una terapia de grupo en una Unidad de Agudos.

PALABRAS CLAVE: Psicoterapia de grupo, unidad de agudos, hospitalización breve.

SUMMARY: The starting process and development of a group therapy in an acute-care unit is described.

KEY WORDS: Inpatient psychotherapy group, acute-care unit, brief hospitalization.

Presentamos aquí la experiencia grupal que se está llevando a cabo desde marzo de 2007 en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca. Esta iniciativa surgió como manera de dar una respuesta a algunas de las necesidades observadas en los pacientes ingresados, y pudo ser puesta en marcha gracias a la incorporación de una psicóloga clínica en la plantilla.

La inclusión de sesiones de grupo dentro de las Unidades de Agudos es frecuente y su importancia está siendo reconocida de manera creciente en la literatura: Brabender (1). Muchos autores han puesto de manifiesto la pertinencia y utilidad de estos grupos en estas Unidades, como Yalom (2); Janssen (3); Brabender y Fallon (4); Galletero y otros (5); Oldham y Russakoff (6); Kibel (7); Powell (8); Farkas-Cameron (9); Gauron (10); Agazarian (11); Clunie (12); Rice y Rutan (13).

Los grupos de psicoterapia en las Unidades de agudos cumplen un papel fundamental para reducir el impacto de los factores potencialmente estresantes asociados a la hospitalización y a la situación de crisis en la que ingresan los pacientes, constituyéndose como un factor protector y necesario para disminuir la ansiedad de los pacientes y disminuir las proyecciones paranoides que están en la base de muchas actuaciones violentas (14). Este autor destaca la tensión tan fuerte que soportan los pacientes ingresados en una Unidad de Agudos, consecuencia de estar en una situación excepcional en sus vidas como es la de afrontar un entorno a menudo desconocido, rodeados de otras personas en crisis, sin un rol específico y claro que pueda facilitar su adaptación y proporcione la sensación de protección implícita en los grupos sociales. La adaptación resulta complicada porque además la persona está sometida a expectativas por parte del equipo terapéutico y carece de las ayudas habituales de su entorno.

Los pacientes hospitalizados experimentan dos tipos de crisis (15): la que les ha llevado al ingreso y la crisis más general de ser hospitalizado. En este contexto pueden percibir el tratamiento como presiones para abandonar sus defensas y amenazas a su autocontrol, por lo que los pacientes pueden desconfiar del perso-

nal y manifestar ambivalencia sobre la necesidad de estar ingresados y dudan de que la hospitalización les pueda ayudar.

Es destacable también que además de ser un entorno desconocido con gente desconocida, percibidos muchas veces como hostil, es un entorno cuyas estructuras físicas distan de ser cálidas y acogedoras, e incluso pueden ser muy agobiantes si no disponen de un espacio abierto.

Debido a estas particularidades, los profesionales que trabajan en estas unidades con intervenciones grupales han tenido que modificar las técnicas clásicas de psicoterapia de grupo (16; 3; 17), si bien hay experiencias utilizando modelos de grupo cerrado, con una selección previa de pacientes, y cuya estabilidad de miembros permite el desarrollo de la cohesión y por tanto el uso de técnicas y objetivos de la psicoterapia de grupo tradicional (1).

En las siguientes páginas se abordarán los objetivos de los grupos de pacientes ingresados, cómo es el proceso de iniciar un grupo de este tipo, las tareas del terapeuta y los distintos profesionales que participan en el grupo relacionadas con cada uno de los objetivos propuestos y de acuerdo con las diferentes fases de desarrollo por las que atraviesa el grupo, ilustrándolo con ejemplos y señalando los factores terapéuticos que justifican la inclusión de estos grupos en estas Unidades. Finalmente, se incluye un apartado en el que se perfilan las dificultades por las que puede atravesar el terapeuta.

Objetivos del grupo

Las características de las Unidades de Hospitalización, la situación de crisis en la que se encuentra el paciente ingresado y el estrés de la hospitalización van a condicionar los objetivos de los grupos que se pongan en marcha.

Yalom (17) describe de la siguiente manera el escenario clínico del grupo con pacientes hospitalizados, que coincide con el nuestro: hay una considerable rotación de pacientes; muchos pacientes asisten a la reunión de grupo tan sólo una o dos veces; hay una gran heterogeneidad en la psicopatología; todos los pacientes se sienten sumamente incómodos; hay muchos pacientes desmotivados en el grupo; el terapeuta no tiene tiempo de preparar o seleccionar pacientes; el terapeuta no tiene control sobre la composición del grupo; hay poca estabilidad de terapeutas; los pacientes ven a su terapeuta en otros menesteres, en el ámbito hospitalario, a lo largo del día; la terapia de grupo es tan sólo una de las terapias en las que participa el paciente; hay frecuentemente poca sensación de cohesión en el grupo; no hay tiempo para un reconocimiento gradual de patrones interpersonales sutiles, o para «trabajar por», y no hay oportunidad para centrarse en la transferencia del aprendizaje a la situación familiar.

Leszcz (18), además de señalar algunas de las características anteriores, apunta como aspecto diferencial de estos grupos el que se hallen abiertos a la observación y el escrutinio del medio, así como la interacción de los miembros del grupo fuera de las sesiones, no sólo como algo que ocurre necesariamente por el hecho de ser una unidad cerrada, sino como algo a fomentar. En estas circunstancias, Vinogradov y Yalom (19) consideran que el objetivo fundamental de este tipo de grupos es que los pacientes logren recuperar el funcionamiento previo a la crisis.

Enumeremos los objetivos planteados para el grupo en el Hospital Son Llätzer. En el apartado de «tareas del terapeuta de grupo y del personal de apoyo» veremos algunas estrategias y técnicas para lograr tales objetivos: a) Ofrecer un espacio de contención y estructura. b) Ofrecer un espacio de acogida y acompañamiento durante el ingreso. c) Permitir la expresión personal de cada paciente a través de la palabra. d) Fomentar la parte sana y los recursos personales de cada paciente. e) Abordaje de dificultades en las relaciones entre pacientes y entre pacientes y personal. f) Facilitar el establecimiento y el desarrollo de relaciones nutritivas y estructurantes entre los miembros del grupo. g) Ayudar a los pacientes a entender su situación actual. h) Abordar cuestiones más profundas relacionadas con la historia biográfica de los miembros, si se dan las condiciones para que surja ese material y pueda ser elaborado por el grupo.

Aunque el grupo no esté pensado para ello, resulta muy útil en la tarea de esclarecimiento diagnóstico. De la misma manera, el grupo es también un espacio privilegiado para valorar las relaciones entre los diferentes elementos del sistema que conforma la Unidad entera: relaciones entre las mismas o diferentes categorías profesionales, la coordinación, la estructura de funcionamiento y organizativa. El grupo de terapia refleja simbólicamente el proceso dinámico de la Unidad (20; 13; 2; 16) y viceversa, la puesta en marcha del grupo puede influenciar a estos sistemas de rango superior (21). La existencia del grupo supone una oportunidad para tomar conciencia de estos factores y contribuir de alguna manera al cambio hacia un clima lo más terapéutico posible.

Factores previos y encuadre

En los apartados anteriores hemos visto que realizar sesiones de grupo cubre necesidades importantes de los pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización Breve, por lo que cuando el profesional se plantea mejorar la asistencia de los pacientes no es raro que piense en incluir en la oferta de tratamientos un tipo u otro de experiencia grupal.

Una vez se tienen claros los objetivos –el «para qué» que guiará todos los pasos siguientes– es importante que todos los profesionales de la planta conozcan

y puedan participar en el proceso de ir perfilando las condiciones en las que se va a desarrollar el grupo. El grupo es un elemento nuevo que se introduce en un sistema formado, y romperá temporalmente el equilibrio existente, exigiendo un reajuste general. Es necesario que todos los profesionales consideren el grupo como parte del programa de la unidad, para minimizar la influencia de lo que se consideran «factores extrínsecos que pueden entorpecer el grupo» (19). Para ello es importante que la psicoterapia de grupo sea incluida en la cartera de servicios que el Hospital ofrece a sus clientes y que se establezcan los medios mediante los cuales se va a informar a los usuarios de su existencia y fines. Hay que asegurarse de que existe congruencia entre el rol institucional que el Hospital da a la psicoterapia de grupo y la visión asistencial de la persona que lo conduce. Por otra parte hay que designar a la persona que va a asumir la responsabilidad de garantizar la infraestructura para que la psicoterapia de grupo sea posible.

En relación con la integración del grupo en la Unidad, como una parte importante de la atención al paciente, es necesario plantearse las siguientes cuestiones: ¿Cuál será la forma de conectar las actividades clínicas propias de la psicoterapia de grupo con los objetivos que el equipo terapéutico diseña para resolver la crisis del paciente? ¿Cómo puede cada terapeuta individual o el profesional de referencia del paciente beneficiarse de la psicoterapia de grupo para que su paciente mejore más y más pronto? ¿Cómo informará el terapeuta de grupo al equipo terapéutico de los progresos de los pacientes o de las incidencias en la dinámica grupal? ¿Cómo va a tener en cuenta el profesional de referencia los vínculos que establece el paciente en el grupo a la hora de entender su evolución en la unidad o a la hora de prepararle para el alta? ¿Cómo se van a tener en cuenta estos vínculos a la hora de diseñar el seguimiento del paciente? ¿Se va a tener o no una postsesión, con qué fines y quiénes participarán?

Hay otras cuestiones prácticas que decidir antes de iniciar el grupo: El encuadre: cuándo, durante cuánto tiempo, con qué frecuencia, dónde. ¿Qué profesionales entrarán en las sesiones y quién va a conducir el grupo? ¿Cuál será la función de cada profesional en el grupo (enfermería, auxiliares, psiquiatras, psicólogos, residentes y alumnos)? ¿Qué espacios habrá para la coordinación entre los distintos profesionales de la Unidad? ¿Cuáles serán los criterios de inclusión/exclusión y quién los decide para un paciente determinado? ¿Será un grupo voluntario u obligatorio para los pacientes? ¿Tendrá el paciente algún tipo de preparación antes de entrar en el grupo?

El grupo que pusimos en marcha comenzó realizándose en un principio a diario (tres días de mañana y dos de tarde), para posteriormente pasar a anular los de la tarde. Kaplan y Sadock (22) argumentan a favor del mayor número de sesiones posibles, ya que cuanto menos frecuentes son las sesiones, mayor es la necesidad de que el terapeuta estructure el grupo y sea activo.

Los profesionales que habitualmente entran en las sesiones son la conductora del grupo (una psicóloga clínica) y personal de apoyo (un/a enfermero/a y un/a

auxiliar). También acuden a algunas sesiones alumnos de enfermería y psicología y residentes de psiquiatría o de familia, así como los/las psiquiatras de la planta, que son observadores o en ocasiones observadores participantes y personal de apoyo. Para evitar desproporción entre número de pacientes y número de profesionales, solemos limitar a cuatro el número de profesionales por sesión.

El único momento fijado para hablar sobre el grupo entre los profesionales es al final de cada sesión. Son apenas unos diez-quince minutos que pretenden servir para ventilar emociones, comentar la dinámica grupal y también la evolución o valoración del estado psicopatológico de los pacientes. Existen otros espacios informales para estos propósitos, espacios que van aumentando a medida que el grupo va teniendo más presencia en la Unidad.

El grupo está abierto a todos los pacientes, aunque se excluye a pacientes agitados o pacientes cuyo estado psicopatológico interfiere totalmente la realización del grupo. Cualquier profesional puede proponer la exclusión de un paciente para una sesión, y se suele realizar momentos antes de iniciar el grupo. Es muy raro que se excluya del grupo a alguien que está interesado en participar en él.

El grupo es voluntario, y el número de pacientes que suelen asistir es entre diez y quince. En la literatura se encuentran experiencias en que unas veces se aconseja que los grupos de pacientes ingresados sean voluntarios (22) y en otras que sean obligatorios (19). No hay tiempo para preparar al paciente antes de entrar en el grupo, sin embargo, desde el marco que trabajamos de «sesión única» de Yalom, los primeros minutos del grupo ayudan a la integración de todos los pacientes presentes. Este marco de trabajo supone considerar la vida del grupo como de una sola sesión. En nuestra experiencia es la forma de encuadrarlo, que se ajusta más a la realidad de las unidades de crisis con su fuerte rotación de pacientes, a las expectativas de los pacientes y a las del terapeuta.

Tareas del terapeuta de grupo y el personal de apoyo

Puesto que los objetivos del grupo son necesariamente específicos de este tipo de Unidad y de pacientes ingresados, las técnicas estándar de la terapia de grupo requieren una modificación para este contexto clínico (19). A continuación vamos a ver por medio de qué técnicas se pueden lograr cubrir los objetivos mencionados.

Ofrecer un espacio de contención y estructura

La forma en que se puede lograr que ese espacio grupal constituya un espacio de contención y estructura es, en un nivel muy básico, garantizar adecuados

límites espaciales y temporales: la sala siempre presenta la misma disposición de sillas y mesas, la sesión se realiza con la puerta cerrada y se tiene especial cuidado en que si se dan interrupciones por pacientes que llegan tarde o abren la puerta sólo para ver qué hay, sean lo más cortas y menos perturbadoras posible.

También contribuye a la contención la existencia de normas explícitas que preserven la integridad personal y grupal. En los primeros minutos de la sesión se verbaliza que la norma fundamental del grupo es la de no agresividad física ni verbal hacia uno mismo o a los otros dentro del grupo, y se invita a salir del grupo a quien no se sienta capaz de mantenerlo. Cómo se maneja esto depende mucho de la situación concreta de la que se trate, pero en cualquier caso su abordaje constituye una prioridad cuando se da dentro del grupo.

Las sesiones están estructuradas por medio de una secuencia fija de acciones que hacen que la sesión sea de alguna manera predecible para aquellos que acuden más de una vez: breve explicación por parte del terapeuta de grupo del encuadre, objetivos del grupo y norma, así como de la estructura de la sesión.

Para conseguir dotar a la sesión de capacidad estructurante es necesario que el terapeuta de grupo sea muy activo. Imaginemos un inicio de sesión en el cual nadie habla, se miran unos a otros, es un silencio realmente angustiante para muchos pacientes. El terapeuta puede en este momento ayudar a comenzar al grupo disolviendo esa tensión planteando alguna pregunta, señalando la dificultad de hablar cuando hay tanto silencio o validando la angustia que produce ese momento. Puede invitar a algunos miembros a hablar, por ejemplo, preguntar a un paciente que se va de alta si quiere contar su experiencia del ingreso.

Dentro del arsenal técnico del terapeuta está la posibilidad de proponer ejercicios o tareas estructuradas. Como hemos visto, hay que procurar que los ejercicios estructurados que se propongan no despojen a los pacientes de un papel activo dentro del grupo, es decir, es esencial estructurar al grupo de tal manera que fomente la autonomía de funcionamiento de cada uno de los miembros, y no les impida poner en marcha y beneficiarse de sus habilidades interpersonales (19).

Ofrecer un espacio de acogida y acompañamiento

En la medida en la que el grupo consigue ofrecer este espacio el sujeto va a tener un modelo para dar un lugar a sus síntomas en su mundo interno. El apoyo genuino mostrado a través de la comprensión, aceptación y reconocimiento al paciente supone muchas veces la herramienta más potente para disminuir la angustia asociada a la hospitalización y la crisis.

Una de las tareas del terapeuta es minimizar el rechazo que pueda provocar la actitud de algunos pacientes en el grupo (19), por ejemplo, ofreciendo una explica-

ción alternativa a su conducta o mediante preguntas que ayuden al paciente a mostrar aspectos más positivos de su personalidad. No es raro que una actitud agresiva sea la forma de presentación de un paciente en el grupo. Es una manera de decir: «cuidado, no me hagas daño». Una paciente se jactaba de haber pegado a un policía. Este tipo de comentarios producen un impacto en los otros y deben ser objeto de atención en el grupo. Se procedió a indagar sobre lo ocurrido, su experiencia, sus sensaciones y a preguntarle sobre la posibilidad de que fuera una defensa ante una situación muy estresante, y la paciente poco a poco fue contando el episodio que vivió en el contexto de una fase maniaca y que refiere que le han contado porque ella no recuerda. Fue muy importante para el grupo aclarar ese comentario y poder entender que la agresividad tenía que ver con la defensa ante el miedo y no con «maldad», ya que esto estaba provocando rechazo en los otros hacia esta persona.

El grupo, obligado por la situación, tiene que hacer el esfuerzo y el aprendizaje de tolerar y contener a otras personas que por su psicopatología interrumpen y no permiten una conversación grupal fluida. Hay ocasiones en que estos pacientes han entrado en el grupo y ya no es momento para ofrecerles salir del mismo, por lo que la situación requiere centrar las intervenciones en este paciente. Los pacientes observan al terapeuta y al personal de apoyo interactuando con esta persona, quienes se convierten en modelos sobre cómo contener. Aroian y Prater (15) señalan que el líder es un modelo de formas de relacionarse de manera empática y efectiva con los pacientes, y así, modela la forma de relacionarse entre ellos. Además, es una oportunidad para que los pacientes puedan ver más allá de los síntomas que tiene una persona. La observación de interacciones respetuosas entre el terapeuta y otros pacientes es una buena base para que cada uno de los pacientes en el grupo se sienta respetado y comience a considerar que su sufrimiento psíquico merece respeto y atención. Muchos pacientes llegan a la Unidad de crisis avergonzados por sus problemas y tratan de suprimirlos cuanto antes sin que les de tiempo a entenderlos. A esto les impulsa además la presión de la unidad para que mejoren.

Permitir la expresión personal de cada paciente

Durante el desarrollo del grupo, la tarea general del terapeuta es doble: en primer lugar, observar sin ser pasivo la dinámica grupal, los temas relevantes que surgen y merecerán la pena ser tomados como hilo conductor del resto de sesión; y por otra parte, realizar intervenciones adecuadas sobre ese material cuidando de que todos los pacientes tengan un lugar en el proceso grupal.

Para obstaculizar la expresión del paciente, no hay mejor manera que la crítica. En palabras de Yalom (17), este no es lugar para confrontaciones, para la crítica o para la expresión o examen de la ira.

A veces las defensas caracterológicas de algunos pacientes son muy hirientes para los miembros del grupo. Hay ocasiones en las que el terapeuta tiene que posicionarse ante determinados pacientes. Algunos con rasgos antisociales o marcadamente narcisistas tienen poca probabilidad de beneficiarse del contexto grupal y sin embargo existe un alto riesgo de que «destruyan» la capacidad terapéutica del grupo provocando un intenso sentimiento de inseguridad. Una de las tareas del terapeuta consiste en tener una actitud de protección hacia el grupo y sus miembros.

La disminución de la angustia tiene lugar a medida que los pacientes van conociendo y comprendiendo el lugar en el que están, hablando sobre aspectos tan inusuales en la vida cotidiana como las contenciones, expresando poco a poco toda clase de sentimientos asociados a este espacio y a este momento de sus vidas. Sin embargo, a muchos pacientes les cuesta realizar este proceso por sí mismos. Podemos observarlo con frecuencia en pacientes que reaccionan ante la angustia o incomodidad marchándose del grupo. Cuando un paciente se levanta para marcharse, paramos el grupo para preguntar por qué se quiere ir o si hay alguna cosa que le esté haciendo sentir mal, con el fin de que pueda expresar con palabras su acción de marcharse y facilitar que permanezca dentro del grupo si su angustia no es muy intensa. Hay veces que el paciente que se está yendo no responde y es necesario acercarse a él para llamar su atención y que pueda verbalizar por qué se marcha. El paciente a veces decide quedarse después de verbalizarlo y de que sus opiniones sean tenidas en cuenta (puesto que señalan aspectos del proceso grupal que no estaban apareciendo previamente). Supone por tanto un beneficio para el paciente (aprendizaje de una estrategia de afrontamiento distinta a la evitación) y para el grupo (material emergente).

Cuando un paciente no ha podido expresar su malestar y se marcha del grupo, es muy positivo poder hablar con él unos minutos al terminar la sesión. Ya fuera de la situación ansiógena, el paciente suele expresar al terapeuta las razones de su salida del grupo, con lo que se cierra de alguna manera el proceso y el paciente siente que puede volver al día siguiente.

Es también tarea del terapeuta procurar que todos los pacientes puedan hablar en la sesión. Hay situaciones en que es casi imprescindible que todos los pacientes puedan hablar. Es muy importante que los miembros del grupo puedan tener un espacio para expresar cómo se han sentido ante situaciones en que ha ocurrido o se ha dicho algo muy impactante, con el objetivo no sólo del mero desahogo sino también de la posibilidad de poder trabajar dentro del grupo.

Fomentar la parte sana y los recursos personales de cada paciente

Es tarea del terapeuta reforzar las fortalezas internas y los pequeños cambios que va realizando o viviendo cada paciente. Esto incluye recoger los esfuerzos de

mantener el grupo o cooperar como algo muy valioso de la persona. Por ejemplo, ya hemos mencionado la importancia de permitir que sean los propios pacientes los que construyan el grupo y sientan la responsabilidad de hacerlo para su propio interés. Por ejemplo, en una ocasión en la que había diversidad de opiniones en cuanto al tema en el que centrarse en la sesión, un paciente propuso que se hiciera una votación. Esta idea fue recogida por el terapeuta y calificada como una gran aportación al grupo, de tal manera que la tarea de tener que organizarse fue lo significativo de la sesión y no tanto el tema concreto del que podían haber hablado. A partir de la idea de votar, surgió la cuestión de si estaban dispuestos todos a respetar lo que saliera en la votación; posteriormente, si se podían votar varios temas; y una vez terminada la votación y la puesta en práctica de lo votado, algunos pacientes señalan las trasgresiones de lo consensuado («habíamos quedado en no hablar de drogas y al final se ha hablado de drogas»). En este contexto, los pacientes estaban sacando y aprendiendo habilidades de relación, cooperación y negociación, tan necesarias en la vida cotidiana.

Hay ocasiones en que los pacientes no se ven con esa capacidad. A veces es real, pero otras veces no. Esto se observa cuando ante situaciones de mayor desorganización grupal los pacientes culpan al líder por no conseguir que los pacientes hablen en turnos de palabra. La realidad es que el líder no podrá obligar a los pacientes a escucharse unos a otros y a no interrumpirse, por mucho que quiera y proponga actividades estructuradas, si no hay una autorregulación grupal deseada por la mayor parte de los miembros. En estas ocasiones, a menudo basta con señalar esta idea para que el grupo se organice, dando muestras de sus capacidades. Al final del grupo, éstas pueden ser señaladas por el terapeuta.

Dificultades entre pacientes y entre pacientes y personal

Es natural que entre los pacientes haya conflictos. Se trata de que puedan hablar de ello, para que esos sentimientos asociados al conflicto no sean actuados. El terapeuta debe ayudar a que los conflictos sean expresados con palabras.

Los conflictos relacionales traducen al plano social conflictos intrapsíquicos. Por ejemplo, una paciente comienza la sesión expresando mucho enfado porque otro paciente (presente en el grupo) le había dicho que él era dios e iba a hacer que su padre resucitara (el padre había muerto recientemente, lo que desencadenó el episodio de manía de la paciente), y ella sabía que eso no iba a pasar. A partir de este conflicto entre dos personas, se puede trabajar el duelo de la paciente, quien aun siendo consciente de la cualidad delirante del comentario de su compañero, no podía evitar sentir mucha rabia ante el hecho de que su padre no volvería. La función del terapeuta de grupo aquí es centrar la atención

en los sentimientos de esta mujer, y no el supuesto conflicto relacional. De hecho, ellos mismos se dan disculpas el uno al otro, se dan la mano, afirman que no quieren pelear. No es tal el conflicto interpersonal, es sólo la señal de que algo le ha tocado internamente a alguien.

En otra sesión, se da un conflicto entre tres pacientes con trastorno bipolar. Una paciente (1.^a) «acusa» de forma despectiva a otra paciente (2.^a) de estar fingiendo su angustia. La 2.^a junto con otro paciente (3.^o), también bipolar, se sienten muy heridos y se levantan para marcharse. Se les pide que permanezcan y que expresen con palabras lo que sienten. Aunque están hablando de forma tranquila como se les había pedido, la descalificación continúa, el 3.^o insulta a la paciente 1.^a, quien en ese momento se levanta diciendo que se va porque la insultan. A la 2.^a, que seguía muy angustiada y que en ningún momento utilizó la descalificación sino una explicación de cómo se encontraba, se le ofrece hablar de su experiencia y al grupo entero se le pregunta por sus habilidades de autoprotección ante comentarios hirientes, que seguramente han sufrido alguna vez fuera de la Unidad. Esta paciente afirma contundente: «Yo no me defiendo», dejándose caer en la silla abatida y llorosa. Realmente, su conducta había sido de «defensa» al invitarla a quedarse y expresarse con la palabra, por lo que se le devuelve esta observación y ella reconoció que efectivamente en esta ocasión había sido así. La paciente pudo ensayar habilidades que creía no tener. Por otra parte, es importante no olvidar al paciente que finalmente se ha marchado e intentar al terminar el grupo hablar con él/ella para valorar su estado y hacer alguna intervención de cierre.

Otro de los asuntos que aparecen en el grupo son desacuerdos sobre las normas, la insatisfacción por la atención (o falta de atención) recibida o las actividades de la unidad. Los desacuerdos sobre las normas son fácilmente abordables si se explicitan claramente y se tiene la oportunidad de aclarar los fundamentos de la existencia de la norma. Los pacientes necesitan tener información clara, aunque no les vaya a gustar, ya sea sobre las normas o sobre cualquier otra cuestión que les vaya a afectar directamente. Por ejemplo: «Sí, hoy es viernes y tu psiquiatra está saliente de una guardia por lo que hoy no te verá, y ya tendrá que ser el lunes». Este tipo de información puede provocar una reacción de enfado que es necesario escuchar, aceptar y contener, siendo estas tres las herramientas más importantes de los conductores del grupo.

Hay que tener en cuenta que los sentimientos de los pacientes de no tener el control, de estar a merced de la estructura a veces rígida de la Unidad, se expresan usualmente en el grupo a través de la rebelión, de luchas por dominar, de hostilidad hacia el terapeuta, el hospital y otros miembros del grupo, por lo que el terapeuta deberá escuchar esos conflictos, señalar que son reacciones normales a la hospitalización y reinterpretarlos como señales de que los pacientes están intentando recuperar el control sobre sus vidas (15).

Facilitar el establecimiento y el desarrollo de relaciones nutricias y estructurantes entre los miembros del grupo

El formato grupal posibilita las relaciones interpersonales y constituye una oportunidad de relación para aquellos con tendencia al aislamiento o con falta de iniciativa en el acercamiento a otros. Además, permite enmarcar esa relación en un contexto seguro en el que hay normas explícitas que protegen a sus miembros, lo cual puede facilitar el contacto. Una vez establecido el contacto inicial la experiencia grupal conducirá a los miembros del grupo a experimentar situaciones en las que la matriz de interacciones va a requerir de cada individuo que realice tareas cada vez más complejas y realistas. La tarea del terapeuta es identificar y responder a las necesidades de interacción emergentes que precisan afrontar como resultado de la conexión creciente entre sus miembros. Y ese contacto pretende ser reconfortante, lo cual se promueve ayudando a los pacientes irritantes a obtener apoyo del grupo y evitando la confrontación y el conflicto entre ellos, ya que su estado de vulnerabilidad les dificulta el afrontamiento de los mismos (19).

La forma en que los pacientes se relacionan entre sí dentro del grupo varía mucho dependiendo de factores como su personalidad, su estado psicopatológico, factores extragrupal, y también la fase de desarrollo en la que se encuentre el grupo. Una fase de desarrollo se ha definido en la literatura como un periodo de la vida del grupo en el que los miembros muestran un conjunto específico de conductas sociales hacia los otros que reflejan la preocupación del grupo sobre un tema o conflicto concreto (24). Así, los grupos pasan en su desarrollo por diferentes momentos que requieren que sus miembros realicen diferentes tareas psicológicas, de tal manera que la resolución de las mismas es lo que posibilitará el cambio hacia otra fase. En los grupos abiertos, no siempre se dan todas las fases que habitualmente ocurren en los grupos cerrados, y se observan algunas diferencias dentro de cada fase (1).

Los diferentes modelos propuestos sobre el proceso grupal, aunque difieren en el número de fases, incluyen los siguientes elementos esenciales: una fase de inicio, presentación, toma de contacto y elaboración de objetivos comunes, seguida de una fase de «desencanto» y de cuestionamiento de las figuras de autoridad, tras la cual lograrían crear un sentimiento de pertenencia y confianza en el grupo y sus posibilidades de ayuda más allá del líder, pero contando con su apoyo. Finalmente, se daría una fase de terminación en la que tienen que afrontar la separación.

Ayudar a los pacientes a entender su situación actual

Es habitual que los pacientes con psicosis digan que no saben por qué han ingresado. Éstos necesitan ser escuchados sin ser confrontados, porque son

muchas las situaciones en las que reciben el mensaje de que están mal. Sus incógnitas son recogidas y aceptadas como parte del proceso de cada uno, y se plantea el grupo como lugar donde poder encontrar respuesta a esas preguntas. El ingreso es conceptualizado como un paréntesis en sus vidas que llega en un momento determinado y que cumple una función.

Para cubrir este objetivo, pueden ser útiles las técnicas de intervención en crisis, aplicadas a un paciente concreto si se observa que el grupo entero se va a beneficiar o hablando en términos genéricos. Estas técnicas se centran en analizar los pasos que han conducido a la crisis, posibles desencadenantes o factores que han podido influir, recursos psicológicos utilizados, vivencias y emociones particulares durante la crisis, y el abordaje de maneras adaptativas de actuar antes y durante la crisis, así como formas de prevenir la aparición de la crisis en el futuro. Dentro de este proceso, los pacientes suelen manifestar inquietudes tales como el hecho de haber necesitado ingresar en una Unidad de este tipo o sentimientos asociados al alta.

En ocasiones, pacientes con psicosis hablan abiertamente de su enfermedad y de síntomas específicos como delirios y alucinaciones. Es una oportunidad para desmontar mitos o aclarar dudas, también para aquellos que no los padecen o creen no padecerlos. Por ejemplo, en una sesión, un paciente le dice a otro que acaba de decir que tiene esquizofrenia: «No puedes tener eso: estás hablando tan normal». Y más adelante: «¿Sabes leer y escribir?». Pero sobre todo es una oportunidad para que los pacientes puedan elaborarlo. Generalmente provoca mucha angustia en el grupo escuchar las convicciones delirantes de un paciente. Provoca reacciones muy diversas cuyo origen común es el miedo. Es necesario ayudarles a poder asimilar la experiencia de haber perdido o poder perder el contacto con la realidad. La manera en que se puede hacer es ayudándoles a encontrar un sentido al delirio, transmitir la idea de que el delirio puede ser un recurso para estar en el mundo, de la misma manera en que utilizamos la fantasía o la imaginación para adaptarnos a él.

En todo caso, el terapeuta debe ser sensible a los procesos de duelo que pueden estar poniéndose en marcha, y las diferentes fases del mismo: negación, expresión emocional y aceptación. Virginia Lafond (25), en su artículo sobre el duelo en la enfermedad mental, subraya las malinterpretaciones que se pueden hacer sobre las emociones expresadas por los pacientes en el proceso sano de aceptación de la enfermedad mental, tales como considerarlas como «pérdida de control» o ser incluidas dentro de un diagnóstico y un tratamiento, lo cual puede interferir en la expresión constructiva del duelo. El trabajo del terapeuta, afirma, consistiría en ayudar a las personas a iniciar el proceso de duelo asociado con su enfermedad mental asumiendo una postura afirmativa, es decir, de reconocimiento del esfuerzo y la lucha de la persona por su propia recuperación y una postura docente o de reconocimiento de las emociones asociadas a las pérdidas (tristeza, miedo, rabia) como proceso sano.

Por último, no hay mejor forma de que los pacientes puedan entender su situación actual como trabajar el aquí y ahora de la situación grupal. Los pacientes llevan al grupo sus angustias y necesidades, y son elaboradas a propósito de las dinámicas grupales, que como hemos visto están influidas por las fases de desarrollo del grupo. Por ejemplo, cuando los pacientes en una sesión en la que predomina una comunicación caótica, son capaces de hablar de ese caos, comprenderlo y permanecer en el grupo a pesar de todo, están también dándole un sentido y afrontando la desorganización interna.

Abordar cuestiones más profundas

Dada la continua rotación de pacientes, raramente se dan las condiciones para un trabajo más profundo. Pero a veces ocurre. El grupo que en un momento determinado se forma por los miembros que acuden a las sesiones, está incluido dentro de un sistema que incluye al grupo de todos los pacientes ingresados en la Unidad. Fuera de las sesiones, el proceso grupal continúa, modificándose según nuevos elementos del sistema al cual pertenece, lo cual se verá reflejado a su vez en las siguientes sesiones de grupo. Es un proceso dinámico que se da más allá del grupo de terapia, por lo que muchas veces es posible observar que de hecho existe una cohesión grupal que ha surgido espontáneamente, junto con la influencia del trabajo de los profesionales para favorecer, o no obstaculizar, ese clima terapéutico. En todo caso, se da gracias a que existe una interacción continua fuera de las sesiones.

El abordaje de cuestiones más profundas se ve facilitado si el terapeuta dispone de información previa sobre los conflictos básicos de los pacientes, ya sea de primera mano o a través de coordinaciones con el profesional de referencia que pudieran estar trabajando a esos niveles con el paciente. En una ocasión, el terapeuta del grupo tuvo una sesión individual con un paciente realizada a petición de su psiquiatra con el objetivo de valorar y preparar al paciente para un abordaje psicológico de sus síntomas positivos en el contexto de la atención ambulatoria. El paciente presentaba un delirio erotomaníaco, del cual a veces dudaba. En esa sesión individual, que duró aproximadamente una hora, el paciente conectó de lleno con sentimientos de soledad, llorando verbalizaba lo solo que estaba en la vida, y preguntaba de forma desesperada «¿qué puedo hacer, dime, qué puedo hacer?», a lo que se le respondió: «Ahora estás haciendo mucho; has podido confiar en mí y abrirte y decirme todo esto que estás sintiendo y ahora mismo no estás solo, yo estoy contigo aquí acompañándote». Al final de la entrevista salió reconfortado, aliviado, pero al día siguiente reapareció la irritabilidad, su convicción delirante y su actitud habitual de «no necesito a nadie» y «no pienso ir a un psicólogo, no necesito eso». El paciente había tenido la experiencia de una situación

de intimidad, que produjo un fuerte miedo inconsciente y volvió a instaurar sus defensas habituales (incluida su convicción delirante).

Unos días después, preguntó en el grupo ¿para qué sirve un psicólogo?, con lo que se produce un debate en el que el paciente niega sistemáticamente que hablar con un psicólogo (u otro profesional) le pueda ayudar. Dado que el terapeuta conocía la capacidad del paciente de poder conectar con sus sentimientos más profundos, y trabajando sobre lo que ocurría en el aquí y ahora, el paciente pudo reconocer que hablar en el grupo le desahogaba y pudo experimentar una sensación de calma al ser escuchado y tenido en cuenta, así como recordar antiguas amistades que había abandonado sin saber por qué.

El trabajo siguiente con este paciente consistiría en ayudarle a asociar sus delirios con sus necesidades básicas, para entender la función de los mismos y darle un sentido coherente con su historia y su forma de sentirse y estar en el mundo, que le pueda ayudar a abandonar viejas defensas en favor de formas de entenderse a sí mismo y de relacionarse más satisfactorias y por tanto a disponer de un nuevo marco de referencia para experimentar esos sentimientos extremadamente angustiantes origen de descompensaciones. Este trabajo suele exceder las posibilidades del grupo de la Unidad, pero quedan asentadas las bases para que otro profesional pueda continuar con esta labor de forma ambulatoria

Superación de obstáculos para el cumplimiento de los objetivos anteriores

Es importante mencionar que un grupo de estas características plantea muchos retos a los profesionales implicados. Participar en un proceso grupal es una experiencia muy potente que lleva a cuestionarse y replantearse muchos aspectos. Como advierte Yalom (17), conducir un grupo produce ansiedad, y un grupo de psicóticos es en particular intrínsecamente productora de ansiedad. El terapeuta está expuesto a muchas y poderosas, y a menudo, primitivas emociones. El trabajo es lento, a menudo no reconocido y generalmente desconcertante. Los terapeutas están desprotegidos en el sentido de que su trabajo es plenamente visible para un gran número de personas.

Es prioritario que el terapeuta sea consciente de esta ansiedad, y vaya identificando la fuente de la misma y encontrando soluciones, ya que un terapeuta que está extremadamente ansioso no transmitirá la sensación de seguridad y contención que necesitan los pacientes en este contexto. Hay algunas sensaciones típicas en el proceso que el terapeuta y otros profesionales implicados en el grupo tendrán que superar:

- El grupo muchas veces está desorganizado, inquieto, caótico. Como afirma Beeber (16), el terapeuta debe saber que este estado regresivo del grupo

es predecible y no un defecto. En efecto, es algo que ocurre con frecuencia en los grupos de pacientes ingresados y que el terapeuta debe aceptar, aprender a estar en este caos sin dejarse arrastrar por él y sin entrar en pasividad.

- Es frecuente la sensación de que no tiene sentido el grupo, de que esas sesiones no sirven para nada. Las sesiones son un espejo en el cual se refleja cómo están los pacientes, y no hay que olvidar que están en una situación muy crítica. Los cambios se dan, pero los pacientes necesitan tiempo y una mezcla de ingredientes que dista mucho de poder ser controlada. Pequeños detalles en el grupo pueden suponer una experiencia muy significativa para ellos. La forma de valorar el grupo requiere utilizar criterios basados en la atención a los procesos, y no a los contenidos, para lo cual se necesita entrenamiento.
- Lo que ocurra en la sesión de grupo dependerá de cómo se halle en ese momento preciso y su desarrollo dependerá de las necesidades que sean planteadas consciente o inconscientemente por sus miembros, por lo que hay un alto grado de imprevisibilidad. Es preciso acudir con actitud de observador, sin prejuicios, sin ideas preconcebidas sobre cómo «tiene que» salir el grupo o sobre el material que «tiene que» ser abordado en el mismo. Las expectativas previas son siempre frustrantes y generadoras de ansiedad.
- Por otra parte, se puede caer en el extremo opuesto: no sentirse responsable de nada de lo que ocurra allí y ser pasivo por no saber qué hacer. Si uno no sabe qué hacer, ¡es una cuestión muy interesante para supervisar!
- El terapeuta puede sentir una gran variedad de miedos bien como parte de su historia emocional que se moviliza en el grupo, o como parte de una identificación proyectiva con la experiencia emocional de los miembros. Martínez (14) señala, en relación a situaciones paranoides y violentas entre subgrupos, el miedo a la agresión dentro del grupo, el temor a ser criticado por alguna de las partes en litigio o el miedo a perder el liderazgo.

Hay otras dificultades derivadas de la técnica. El terapeuta tiene que atender a muchos elementos a la vez y extraer de ellos lo relevante y significativo. Supone dirigir la atención hacia los procesos, no sólo de cada individuo dentro del grupo sino también en el nivel grupal. Hay que tener en cuenta que los contenidos pueden ser infinitos (pensemos en la cantidad de cosas que se puede hablar en un grupo) y es fácil perderse en ellos. Por ejemplo, una persona puede estar hablando de la comida y otro de algo que le pasó hace años y estar hablando de lo mismo en términos de «proceso», a un nivel diferente de comunicación (por ejemplo, la necesidad de ser escuchado). Las intervenciones del terapeuta deben conciliar las

necesidades de la mayoría de los miembros del grupo, y eso requiere una observación muy fina.

Resulta útil valorar lo que dicen los pacientes y aceptar la parte de realidad en que se pueden basar las manifestaciones. Por ejemplo, antes se ha mencionado que una manera de no poner en marcha algunas habilidades relacionales es responsabilizar al líder de lo que está pasando. Es un ejercicio de honestidad valorar si realmente el líder (o la infraestructura hospitalaria) puede hacer algo más o hacer algo diferente para facilitar que esa dinámica se transforme o que efectivamente pongan esas habilidades en marcha.

Conclusión

La psicoterapia de grupo en las unidades de agudos supone un espacio que posibilita el abordaje de aspectos muy importantes para los pacientes ingresados, tales como las ansiedades derivadas de la hospitalización y las derivadas de su situación de crisis. En los párrafos anteriores se ha presentado una experiencia grupal cuyo objetivo fundamental es ayudar al paciente a recuperar su funcionamiento psicosocial, a través de la psicoterapia de apoyo, sin excluir la posibilidad de abordajes que impliquen profundizar en la psicodinamia de la persona cuando sea posible. Ser contenidos y acogidos, expresarse, seguir poniendo en marcha sus recursos, entender su situación actual y favorecer un clima donde se puedan resolver conflictos interpersonales son algunos de los objetivos específicos del grupo.

Muchos han sido los temas relevantes que los pacientes llevaban al grupo y pudieron recibir allí una respuesta. Los pacientes tienen una necesidad grande de hablar y expresarse, y de ser aceptados y tenidos en cuenta en una situación en la que están tan despojados de su capacidad de autodirección. Comunicar sus estados es una descarga de la angustia imprescindible y la base sobre la cual reconstruirse. Estos son algunos de sus factores terapéuticos, pero hay algunos más; Yalom (27) describió algunos factores terapéuticos de los grupos que sin duda se han encontrado en nuestra experiencia grupal y que hemos ido describiendo: implantar la esperanza; universalidad; impartir información; altruismo; desarrollo de técnicas de socialización; cohesión de grupo.

Y todo esto es posible gracias a la colaboración entre los profesionales de la Unidad, la disposición a emplear la energía en el grupo y a seguir aprendiendo de la experiencia, a través de la continua formación, supervisión y entrenamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BRABENDER, V., «Time-limited Inpatient Group Therapy: a Developmental Model», *Int. J. Group Psychother.*, 1985, 35 (3), pp. 373-390.
- (2) YALOM, I. D., *Impatient Group Psychotherapy*, Nueva York, Basic Books, 1983.
- (3) JANSSEN, P., *Psychoanalytic Therapy in the Hospital Setting (Internacional Library of Group Psychotherapy and Group Process)*, Londres, Routledge, 1994.
- (4) BRABENDER, V.; FALLON, A., *Models of Inpatient Group Psychotherapy*, Washington D. C., American Psychological Association, 1993.
- (5) GALLETERO, J. M., y otros, «La psicoterapia de grupo en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos», *Avances en Salud Mental Relacional*, 2002, 1, 2. Disponible en: <http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0102/0102lpd.htm> (visitado 24/04/08).
- (6) OLDHAM, J. M.; RUSSAKOFF, M., *Dynamic Therapy in Brief Hospitalization*, Northvale, Nueva Jersey, Aronson, 1987.
- (7) KIBEL, H. D., «Diversity in the Practice of Inpatient Group Psychotherapy in North America», *Group Analysis*, 1992, 1, 25 (2), pp. 225-239.
- (8) POWELL, J. E., «Group Psychotherapy for a Heterogeneous Short-Term Inpatient Population», *Small Group Research*, 1989, 1, 20 (2), pp. 243-258.
- (9) FARKAS-CAMERON, M. M., «Inpatient Group Therapy in a Managed Health Care Environment: Application to Clinical Nursing Practice», *J. Am. Psychiatr. Nurses Assoc.*, 1998, 4, 5, pp. 145-152.
- (10) GAURON, E. G., «Inpatient Group Psychotherapy», *Am. J. Psychiatry*, 1984, 141, pp. 1.298-1.299.
- (11) AGAZARIAN, Y. M., *A Systems-Centered Approach to Inpatient Group Psychotherapy*, Londres, Jessica Kingsley Publishers, 2001.
- (12) CLUNIE, F. S., «In-patient Group Psychotherapy: a Survey of Staff and Patients», *Psychiatr. Bull.*, 1997, 21, pp. 13-15.
- (13) RICE, C. A.; RUTAN, J. S., *Inpatient Group Psychotherapy: A Psychodynamic Perspective*, Nueva York, Macmillan, 1987.
- (14) MARTÍNEZ, J. M., «El miedo, las proyecciones paranoides y la violencia en los grupos de pacientes en crisis», *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*, 2001, IV, 19, pp. 89-102.
- (15) AROIAN, K.; PRATER, M., «Transition Entry Groups: Easing New Patients' Adjustment to Psychiatric Hospitalization», *Hosp. Community Psychiatr.*, 1988, 39, 3, pp. 312-313.
- (16) BEEBER, A. R., «A Systems Model of Short-term Open-ended Group Therapy», *Hosp. Community Psychiatr.*, 1988, 39, pp. 537-542.
- (17) YALOM, I. D., *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*, Barcelona, Paidós, 2000.
- (18) LESZCZ, M., «Impatient Groups», *Ann. Rev. Psychiatry*, 1986, 5, p. 729.
- (19) VINOGRADOV, S.; YALOM, I. D., «Terapia de grupo» en HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C.; TALBOTT, J. A., *Tratado de psiquiatría*, Washington, American Psychiatric Press, 1988.
- (20) KIBEL, H. D., «A Conceptual Model for Short-Term Inpatient Group Psychotherapy», *Am. J. Psychiatry*, 1981, 138, pp. 74-80.
- (21) MARTÍNEZ, J. M., y otros, «Grupos terapéuticos en unidades de hospitalización de corta estancia», *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*, 1997, IV, 11, pp. 139-148.

- (22) KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J., *Sinopsis de psiquiatría*, Madrid, Médica Panamericana, 1999.
- (23) BERNE, E., *Juegos en que participamos. Psicología de las relaciones humanas*, México, Diana, 1964.
- (24) BRABENDER, V., «A Closed Model of Short-Term Inpatient Group Psychotherapy», *Hosp. Community Psychiatr.*, 1988, 39, pp. 542-545.
- (25) LAFOND, V., «La aflicción de la enfermedad mental: contexto para la terapia cognitiva de la esquizofrenia», en PERRIS, C.; MCGORRY, P. D. (eds.), *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad. Manual teórico práctico*, Bilbao, DDB, 2004.
- (26) BERNE, E., *Introducción al tratamiento de grupo*, Barcelona, Grijalbo, 1983.
- (27) YALOM, I. D., *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*, México, FCE, 1986.

* Beatriz Martín Cabrero, psicóloga Clínica. Unidad de Psiquiatría del Hospital Son Llàtzer (Palma de Mallorca); José Manuel Martínez Rodríguez, psiquiatra. Jefe de Servicio de Asistencia Psiquiátrica. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Correspondencia: Beatriz Martín Cabrero. Ctra Manacor km. 4. 07198 Palma de Mallorca.
Tlf. 629714084.

** Fecha de recepción: 9-VII-2008 (aceptado el 10-VIII-2008).

MÁRGENES DE LA PSIQUIATRÍA

La clínica de las letras

El clínico profesional acumulará, en su «observación», la cantidad máxima de síntomas, de hechos recogidos. Ninguno le parecerá superfluo, pues –aunque de valor desigual– todos pueden, en un momento dado, contribuir al diagnóstico. En caso necesario será pesado, pero será completo, y la cualidad segunda de su observación es la *totalidad*.

El artista, por el contrario, que estima cada uno de los hechos observados no en función de un diagnóstico inútil, sino por su belleza plástica, su fuerza expresiva y la intensidad de emoción que de ellos pueda extraer, será menos receptivo. Hará una elección en ese cúmulo de documentos. Este «*tiempo*» especial de la observación *artística* y capital, es, a pesar de las apariencias, constante.

El arte, en efecto, es ante todo *selección*. Esta selección puede referirse a *diferentes* categorías de elementos. Así se constituyen las *diferentes* escuelas. Esta selección fue, por principio, reducida a poca cosa entre los naturalistas franceses; a menos aún entre los escritores alemanes y rusos. El arte es, finalmente, *elaboración*. En este último período, la observación artística –sea cual fuere su grado de verdad científica– se ha apartado deliberadamente de la observación clínica. No la seguiremos en ese terreno de pura estética, pero teníamos que señalar este último estadio como indispensable y necesario.

* * *

La *palabra* –suele admitirse– es distinta de la *idea* que encierra. A menudo es superior a ésta. En todo caso, tiene su personalidad y valor científico propios. Es, pues, lícito considerarla por un momento en estado aislado, en una especie de monografía de los términos médicos utilizados por los escritores anteriores. Sabemos de qué triple origen tuvieron que extraer los naturalistas los materiales primeros de sus observaciones. Vamos a comentar ahora el revestimiento verbal con el que envolvieron esos materiales.

Tal estudio podría ser doble: valor estético del vocabulario médico y exactitud de los términos empleados. Este último dato, desdeñable en todos los escritores que no fueron más que «hombres de letras», adquiere aquí una importancia fundamental. En efecto, desde el principio, los naturalistas pretendieron hacer obra de científicos y lo manifestaron en voz bien alta. Consideraremos, pues, el lado puramente literario del estudio para tener en cuenta sólo las cualidades de *precisión* técnica propias del vocabulario de cada uno de nuestros artistas.

Dejemos primero de lado una posible confusión. *Exactitud* no es, en materia de lengua médica, sinónimo obligado de neologismo. Una palabra puede ser rigurosamente doctoral sin estar aquejada de una desinencia griega, sin adoptar el

aspecto de una etiqueta farmacéutica, sin exhalar tufos de hospital. Sin duda, las revistas especializadas se adornan cada vez más con vocablos extraños, compuestos, bastardos, y de una sinonimia desesperadamente complicada.

Por otra parte, la exageración de la terminología técnica es tan nefasta para la literatura médica como opuesta a las tendencias de *impersonalidad* tan apreciadas por los naturalistas. Algunos de esos verbos técnicos que se esfuerzan por englobar toda una teoría bajo sus sílabas bárbaras, sólo valen en razón de la propia teoría.

Flaubert evitó sensatamente este defecto. Consiguió describir –y en vivo– una intoxicación por arsénico, un caso de asfixia crupal, todo ello sin dar la impresión de que supiera que existían modos técnicos de tratar sus cuadros. Sin embargo, por parentesco, tenía acceso a esa documentación verbal que otros han confundido tan desgraciadamente con la documentación verbosa, la verborrea profesional. Deliberadamente, pues, apartó de sus descripciones el término sabio, cargado para él de parcialidad científica, a menudo insuficiente bajo su aspecto pedante, para sustituirlo por el verbo impersonal y verdadero. Describió, no enfermedades, sino enfermos. Se quedó con el síntoma, lo presentó sin preocuparse por la etiqueta. En eso fue, verdaderamente *clínico*.

Sin embargo, múltiples y variados se cuentan en su obra los términos puramente e incluso pomposamente médicos. Pero no están sembrados al azar, siempre aparecen en lugares de erudición ficticia; es decir, cuando la entrada o el discurso de un personaje, él mismo pedante, los excusa, los necesita. Así, no aparecen, en el episódico envenenamiento de Madame Bovary, más que en el momento de la discusión médica que sigue al incidente, cuando Homais, farmacéutico, Canivet, cirujano, y Larivière, médico, se consultan y porfían, doctamente. Están igualmente justificados en los preparativos de Charles Bovary antes de la famosa tenotomía. «Ahora bien, como se trataba de un equino, había que cortar el talón de Aquiles, sin perjuicio de tomarla después con el músculo tibial anterior, para eliminar el varus».

Igual de atinadamente procedieron los hermanos Goncourt. Sólo aventuraron el término técnico cuando el medio, la atmósfera en la que sitúan a sus personajes dolientes, lo pide y lo exige. Entonces, llega la palabra, sin disonancia, exacta y sencilla: «Encefaloide lardaceo del seno derecho», «estepaje» del atáxico. Consiguieron esta medida, tanto ellos como Flaubert, a costa de verdaderos sufrimientos. Fueron siempre los torturados del verbo y sólo alcanzaron esta admirable sobriedad a fuerza de energía y lucha.

Por el contrario, Daudet, lo consiguió como en broma, y por una ingeniosa intuición de la nota justa: la consulta del Dr Bouchereau (*Los reyes en exilio*), el diagnóstico entre susurros en la escena final de *Jack*, donde se percibe, murmurado, «cavernas... estertores sibilantes...», sobre todo esa angustiada *Visita a la Salpêtrière* que, por la claridad del vocabulario, podría haber firmado Charcot, todo ello es auténtico, riguroso y justo.

MÁRGENES DE LA PSIQUIATRÍA

Con Huysmans se acentúa y se perfecciona la lengua médico-literaria. Abundan en toda su obra los términos especiales –a veces muy finamente especiosos– y dan a su verbo una truculencia y un sabor inigualables. Su empleo sistemático obedece en él, nos parece, a dos procedimientos. O bien hace obra clínica, describe un síntoma, las crisis de ataxia de *En la estacada*, el cortejo neurasténico de *A contrapelo*. Y entonces las palabras verdaderas, descriptivas, se acumulan, hasta el punto de que se impone una primera pregunta: ¿hizo Huysmans estudios médicos? «Nunca, nos afirmó él mismo muy amablemente, aunque siempre he tenido curiosidad por las cosas de medicina y me he sentido profundamente atraído por la intensidad de su noción».

O bien emplea términos técnicos como si se tratara de un verdadero *procedimiento literario*, cuyo mecanismo personal sería el siguiente: en su celo de prodigioso orfebre y obrero del arte, le horroriza ante todo la banalidad de la palabra, expulsa violentamente de su repertorio los clichés reiterados, las figuras repetidas, los términos trasnochados. Se dirige entonces, para suplirlo, a las comparaciones técnicas, a las metáforas científico-literarias, a la jerga de todas las profesiones. Después, como no le bastaba la estricta sinonimia, recurre a la fecunda *Analogía*, cuyo empleo pudo facilitarle un curioso manual, el *Diccionario de las analogías*. El estudio detallado de esta «escritura» y de su belleza particular estará más en su lugar en nuestro próximo estudio. Señalaremos sin embargo aquí la nota de pintoresquismo y de verdad histórica que supo dar a cada una de sus metáforas médicas. Del más puro modernismo cuando describe al atáxico en nuestros días o formula el último modo de tratamiento de la neurastenia, se vuelve pertinentemente medieval y usa abundantes y sabrosos arcaísmos si se remonta a épocas pretéritas.

El uso de los términos técnicos no es, pues, más que una indicación de trabajo en Huysmans, *novelista*. Su proscripción casi total se convierte en Ibsen, *dramaturgo*, en necesidad de oficio. Sin embargo, Ibsen tenía, como Flaubert, recuerdos médicos personales. Pero el estilo del teatro tiene sus exigencias propias, sus límites estrechos. No se puede decir y hacer decir –dejando de lado cualquier cuestión de censura– todo lo que se escribe: la misma palabra que, *percibida* con su forma propia y su aspecto tipográfico se perdona o se admira, *oída* y desfigurada por la acústica artificial de la rampa, resulta enseguida insoportable por inverosímil o pedante. Y ello incluso cuando sale de una boca autorizada. Los papeles de médicos son especialmente delicados de tratar, pues oscilan forzosamente entre la terminología vaga de las mentalidades medias, o el repertorio magistral de la enseñanza técnica. Curel, en su *Nuevo ídolo* se ha librado muy afortunadamente de ambos defectos escénicos. Brieux, aunque –y tal vez porque– tratando un tema aún más médico, ha eliminado deliberadamente esas palabras peligrosas y, «aunque muy enterado del tema que trata, no ha adoptado para nada los términos especiales, el estilo particular del tratado de patología»; deliberadamente, decimos, y

rechazamos la continuación del comentario: «Parece que es casi sin darse cuenta y que las habría empleado si le hubieran venido a la pluma».

Le vinieron a la pluma como le vienen a los labios, abundantes y precisos, esos términos especializados. Los eliminó deliberadamente, ya desde *La evasión*, cuyo tema, la Herencia fundamental, habría admitido plenamente pasajes documentales y técnicos.

Victor SEGALEN, 1902

© Cuatro Ediciones, 2004. El texto está extraído del volumen *La vida cóncava* (véase: cuatroediciones.com), © traducido por Julián Mateo Ballorca.

Los libros de Victor Segalen (1878-1919) han venido recuperándose lentamente, en Francia y luego en España. Lo primero que se rescató fue su magnífica poesía, en una notable *Antología* (1973), y sus *Estelas* (1974). Luego se han vertido *René Leys* (1978 y 2002), novela fundamental sobre China, su escrito *El hijo del cielo* (1983), el *Viaje al país de lo real* (1984 y 2002), y su *Diario de las islas* (2001). Pero la obra de Segalen es amplia, y recorre muy vastos campos de la literatura. Se le considera una figura capital de las letras del siglo XX.

En *La vida cóncava* se exponen seis muestras suyas que nos presentan a un autor complementario. Además de dos textos breves, autobiográficos, hay el relato singular de dos fugas del mundo occidental, la de Rimbaud y la de Gauguin.

Pero además hay otros dos, extensos, donde critica la idolatría moderna de la Ciencia positivista de su juventud. En primer lugar, el médico Segalen estudia las mezclas de sensaciones (sinesesias) con gran agudeza. En segundo término da cuenta, en *La clínica de las letras* (de la que se extrae un fragmento notable) de la locura que acecha a los hombres de letras que pretendieron hacer una disección mental de sus congéneres.

Este escrito fue su sintética tesis doctoral. Jean Starobinski ha analizado magistralmente la importancia de este escrito dentro de las relaciones entre literatura y medicina: «Segalen aux confins de la médecine», en *Les cliniciens ès lettres*, Montpellier, Fata Morgana, 1980. Al escoger un tema de tesis médica, Segalen pensó en el desdoblamiento de la personalidad, en el analogismo sensorial, en la medicina, en el antiguo Egipto o en la histeria y el hipnotismo en la obra wagneriana. Finalmente, se decidió por estudiar *La observación médica en los escritores naturalistas*, pero luego cambió el título académico por el más sugerente que recogemos.

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

Los delirios de negación según Cotard y Ségla

Como señalan Haustgen y Bourgeois, hace algo más de un siglo el joven alienista parisino J. Ségla (1856-1939) publicó a lo largo de pocos años una serie de obras magistrales, destinadas a establecer de forma perdurable en Francia los cuadros de la clínica psiquiátrica¹. A los *Trastornos del lenguaje en los alienados* sucedieron tres años más tarde las *Lecciones clínicas sobre las enfermedades mentales y nerviosas*. Sólo dos años después apareció la famosa monografía sobre *El delirio de negación*. El colofón de toda esta obra fue el capítulo «Semiología de las afecciones mentales» del *Tratado* de Gilbert Ballet. En el intervalo, un número impresionante de artículos (se ha estimado que totalizan ciento treinta) fue publicado por Ségla, tocando los más diversos terrenos de la clínica. Sin embargo, a pesar de que su nombre es muy frecuentemente citado por sus contemporáneos, esos trabajos y monografías no han sido reeditados, y hasta 1950 no comienzan a aparecer artículos un poco consecuentes sobre Ségla². Aún hoy no disponemos de una bibliografía exhaustiva y detallada sobre sus escritos, y las publicaciones anglo-americanas rara vez los mencionan, si exceptuamos a Germán Berrios³.

Respecto a *El delirio de negación*, Ségla se inspira en las descripciones de Jules Cotard (1840-1889), quien destacó por su agudo sentido clínico y su sólida cultura médica y filosófica. A decir de Jules Falret, estas aptitudes le habían preparado «para el estudio de los alienados y de la psicología morbosa. Había profundizado en sus múltiples manifestaciones con una claridad notable, ya bien patente desde su primer trabajo sobre patología mental, el artículo «Locura» del *Diccionario enciclopédico de las ciencias médicas* (1877). Tras ese estudio general, Cotard se dedicó más específicamente a la cuestión de *las melancolías*, una de las más complejas de la patología mental»⁴. En 1880 presentó en la Sociedad Médico-psicológica un caso de «Delirio hipocondriaco en una forma grave de la melancolía ansiosa». A través de sucesivas publicaciones («Sobre el delirio de negación», «Pérdida de la visión mental en la melancolía ansiosa», «Sobre el delirio de enormidad» y el artículo «Hipocondría» del *Diccionario Dechambre*), vemos precisarse progresivamente el cuadro clínico de esos estados en que los enfermos niegan la existencia misma de sus órganos y hasta la de su cuerpo entero o la del mundo que les

¹ Véase T. HAUSTGEN y M. L. BOURGEOIS, «Le Dr. Jules Ségla (1856-1939), président de la Société Médico-Psychologique, sa vie et son oeuvre», *Annales médico-psychologiques*, 2002, vol. 160, n.º 10, pp. 701-712.

² BARBÉ, A., «Ségla», *L'Encéphale*, 1950, 39, pp. 335-345. THEFENNE, D., *Les troubles du langage parlé dans l'oeuvre de Jules Ségla*, Tesis de Medicina (dirigida por el Prof. Morel), Caen, 1995.

³ BERRIOS, G. E., *The History of Mental Symptoms*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.

⁴ JULES FALRET, «Préface», en J. COTARD, *Études sur les maladies cérébrales et mentales*, París, J. B. Baillière, 1891, pp. V-XII.

rodea, o por el contrario desarrollan temas delirantes de enormidad corporal, de culpa anonadante y de inmortalidad dolorosa.

Cotard mismo confiesa su aspiración de describir «al *negador* resaltando principalmente las diferencias y los contrastes que presenta respecto al *perseguido*», propósito que culmina en el cuadro que cierra su artículo «El delirio de negación» (1882). Siguiendo ese proceder espera individualizar una nueva y «verdadera enfermedad», la cual reagrupe síntomas asociados entre sí y se diferencie del resto por sus características y evolución. Al igual que unos años después propondrá Freud, Cotard destaca la importancia de la autoacusación, signo que por sí mismo basta para distinguir a este tipo de melancólicos ansiosos de los perseguidos; estos melancólicos *se acusan a sí mismos*, y lo hacen de una manera tan llamativa que consideran justo someterse al último suplicio, pues «se lo tienen bien merecido por sus crímenes». De conformidad con estas observaciones, establece dos grandes clases de melancólicos: los que se echan la culpa a sí mismos y los que acusan al entorno social. Pero el delirio de negación, de progresar, puede alcanzar ciertas proporciones «monstruosas» hasta culminar en una forma particular de delirio pseudomegalomaniaco o «delirio de enormidad», variante caracterizada por ideas de inmortalidad e inmensidad, a cuya descripción dedicó su artículo de 1888 «El delirio de enormidad».

A diferencia de la corriente principal, la que hermanaba la asociación natural de la melancolía y la manía, la orientación desarrollada por Jules Cotard recupera la simetría entre melancolía y paranoia (delirio de negación *versus* delirio de persecución). Para fundamentar esta oposición, inicialmente Cotard echa mano del análisis semiológico, en especial de la «fórmula del delirio», principio rector de su metodología. Así lo propone en el segundo párrafo de «El delirio de enormidad»: «Aunque el análisis de semejantes casos psicológicos sea delicado y el diagnóstico sea a menudo tortuoso, parece que la dificultad no haya de referirse a la apreciación de las propias ideas delirantes. Nos cuesta concebir que frente a una forma delirante, el clínico se sienta importunado y dude en calificarla de idea de persecución, idea melancólica o idea de grandeza. Da la sensación, repito, de que la idea, que ha sido expresada claramente por el enfermo, debe caracterizarse con la suficiente claridad por sí misma». A esta oposición semiológica inicial (ideas de negación *versus* ideas de persecución), Cotard irá paulatinamente añadiendo otras en la que se perfila la simetría melancolía-paranoia: en el terreno del carácter, tendencias autoacusadoras frente a tendencias heteroacusadoras; en el ámbito etiológico, fenómenos psicomotores en contraposición a fenómenos psicosensoresiales.

Las descripciones de Cotard sobre el delirio de negación y el delirio de enormidad, dada la precisión de su análisis semiológico y lo llamativo de los temas delirantes, consiguieron de inmediato hacerse un hueco en el abigarrado territorio

de la patología mental; en cambio, las explicaciones psicopatológicas de esa «enfermedad» melancólica –inspiradas en las concepciones neuropsicológicas de Charcot sobre las afasias– apenas le sobrevivirían, tanto las que creyó fundadas en la «pérdida de la visión mental» como las que, a última hora, pergeñó a partir de la oposición entre las lesiones funcionales psicosenoriales y las psicomotrices. Poco después de la prematura muerte de Jules Cotard, en su intervención en el congreso de Blois (1892), Emmanuel Régis propuso nombrar al delirio de negación *Síndrome de Cotard*, epónimo con el que honraba al psiquiatra que lo había descrito⁵. Sería esta perspectiva sindrómica la que terminaría imponiéndose, hecho al que contribuyó con sus numerosas aportaciones Jules Ségla.

Como la mayoría de los autores, también Ségla destaca el «dolor moral», singular manifestación a la que dedica numerosas reflexiones en las que lo compara con el dolor físico. A sus ojos, el melancólico es un enfermo «ingenioso en lo que concierne a atormentarse»⁶. Sus discrepancias con Cotard no radican ahí, sino en la metodología que uno y otro emplean. Si para Cotard la «fórmula del delirio» bastaba para establecer las distinciones nosográficas, Ségla afirma que ésta «no es suficiente para caracterizar un estado mórbido»⁷, con lo cual las ideas de negación pierden su especificidad. Frente a la «fórmula del delirio», Jules Ségla propone investigar «la génesis de las ideas delirantes», guía que debe servir de elemento capital para el diagnóstico. Desde su punto de vista se trata de enfocar el conjunto clínico-evolutivo: «el diagnóstico completo debe contemplar siempre todos los otros síntomas [además del delirio], tanto los somáticos como los psíquicos, su modo de aparición, su sucesión, sus respectivas relaciones, así como la evolución del conjunto de la afección»⁸.

De resultas de la aplicación de esta metodología, Ségla caracteriza la melancolía delirante por la naturaleza tormentosa de los temas delirantes; el trasfondo siempre presente del dolor, el sufrimiento y la inhibición mental; la insignificancia [*humilité*], la pasividad y la resignación; la extensión «centrífuga» de sus ideas, esto es, el temor de que sus allegados sufran las consecuencias de su desgracia o de su maldad; la actitud delirante de espera, destacada por Lasègue cuando propuso que el melancólico está a la espera de juicio, mientras que el perseguido ya

⁵ Véase AA. VV. *Congrès de Médecine mentale de Blois*, 1892. Una crónica de este congreso puede leerse en A. GIRAUD, «Le Congrès de médecine mentale à Blois», *Annales Médico-psychologiques*, 1892, 16, pp. 177-195; en especial pp. 179-183, donde se recoge la intervención de Camuset sobre el delirio de negación, y las réplicas, entre otros, de Régis y Ségla.

⁶ SÉGLA, J., *Le délire des négations. Sémiologie et diagnostic*, París, Masson, 1897, p. 92.

⁷ SÉGLA, J.: «Le délire systématique primitif d'auto-accusation», *Archives de Neurologie*, 1899, VII, p. 443.

⁸ SÉGLA, J.: *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887-1894)*. Recueillies et publiées par le Dr. Henry Meigne, París, Asselin y Houzeau, 1895, p. 558.

está condenado; el carácter retrospectivo que lleva al enfermo a buscar alguna falta cometida en el pasado que explique su situación actual; la presencia relativa de alucinaciones visuales frente a rareza de las auditivas. Tanto la melancolía simple como la delirante se asientan, según Ségla, en una alteración de la personalidad que se origina a consecuencia de modificaciones orgánicas, alteración que por sí misma es la causante del dolor moral, del que derivan las ideas delirantes (negación, hipocondría, culpa o condena).

A la par que Ségla fue desarrollando su concepción de la melancolía, la distancia con las descripciones de Cotard se agrandó. En su monografía *Le délire des négations* concluye que éste no constituye de ninguna manera y en ninguna circunstancia una enfermedad específica; por el contrario, esas ideas delirantes son sólo un síntoma que se encuentra en formas muy variadas de la alienación mental, de manera que por sí mismas no tienen nada de patognomónico. «El síndrome de Cotard –señala Ségla en las conclusiones de su monografía– se presenta la mayoría de las veces después de uno o varios accesos de melancolía, sobre todo ansiosa, y revistiendo la forma común. Indica, por lo general, un estado de cronicidad; la enfermedad tiende a pasar de intermitente, como era hasta entonces, a continua; no obstante, hay otros casos que pueden curar»⁹. Conforme a su concepción de la melancolía desarrollada en las *Leçons cliniques* entre 1887 y 1894, también las ideas de negación constituyen la manifestación de una alteración de la personalidad que sobreviene como efecto de modificaciones de la base orgánica (cenestesia) y de la esfera motriz y afectiva de la vida psíquica.

José María Álvarez
Fernando Colina
Ramón Esteban

* Texto entresacado de la Presentación de J. COTARD y J. SÉGLAS, *Delirios melancólicos: negación y enormidad* (Madrid, Ergon-Biblioteca de Los Alienistas del Pisuega, 2008, pp. IX-XXVIII).

⁹ SÉGLAS, J., *Le délire des négations. Sémiologie et diagnostic*, p. 222.

El delirio de negación (Resumen general)

Habiendo llegado al término de nuestro estudio, creemos que no estará de más agrupar las conclusiones generales que pueden desprenderse desde el punto de vista del valor semiológico del delirio de negación.

En primer lugar, es indiscutible que las ideas delirantes o, si se quiere, el delirio de negación, no constituyen de ninguna manera y en ninguna circunstancia una enfermedad específica; por el contrario, son sólo un síntoma que se encuentra en formas muy variadas de la alienación mental, y por sí mismas no tienen nada de patognomónico. En cambio, estas ideas extraen diferentes características sintomáticas y evolutivas, según esos casos diversos, del fondo nosológico en que se asientan.

Si bien los alienados son por lo general negadores, esta tendencia a la negación está muy marcada sobre todo en los melancólicos. Por ello, estos enfermos llegan más a menudo que otros a formular ideas de negación auténticamente delirantes, que se suman a los síntomas melancólicos preexistentes y determinan así un complejo clínico especial o síndrome de Cotard. El delirio de negación, elemento constitutivo característico de este síndrome, participa entonces de las características generales de los delirios melancólicos ordinarios.

El síndrome de Cotard se presenta la mayoría de las veces después de uno o varios accesos de melancolía, sobre todo ansiosa, y revistiendo la forma común. Indica, por lo general, un estado de cronicidad; la enfermedad tiende a pasar de intermitente, como era hasta entonces, a continua; no obstante, hay otros casos que pueden curar.

Se haga la interpretación que se haga de los casos estudiados por Cotard desde el punto de vista nosológico, es indiscutible que existen hechos clínicos que responden a la descripción que él dio, y por ello merece ser conservada, al menos como base para investigaciones ulteriores. Por otra parte, también existen, ciertamente, casos de melancolía con delirio de negación en los que la sintomatología y la evolución difieren de las de los casos precedentes. Pero no por ello estos casos invalidan los primeros: deben ser considerados más bien como variaciones que hay que intentar clasificar desde el punto de vista de la sintomatología, de la evolución, y cuyas causas habrán de ser precisadas por investigaciones ulteriores. Sin embargo, conviene limitarse exclusivamente a los casos en los que el delirio de negación llega a formularse. Clínicamente sería una exageración injustificada el considerar como formas ligeras la hipocondría moral y los delirios melancólicos ordinarios, donde no existen más que simples tendencias negativas.

La locura de negación, por el contrario, no debe ser comprendida sino como una variedad de la melancolía; esta denominación no puede aplicarse más

que al delirio de negación melancólico, considerado en su evolución psicológica progresiva, y sólo para distinguirlo de los otros delirios de negación sistematizados.

Existen casos mixtos en los que encontramos el síndrome de Cotard a la vez dependiendo de la melancolía y junto a auténticas ideas de persecución.

El delirio de negación sistematizado puede encontrarse fuera de la melancolía. Parece que hay ciertas formas que podrían constituir una transición entre los estados melancólicos y el delirio de persecución. El delirio de negación se encuentra en ciertas variedades de delirios de persecución (variedad psicomotriz); en tal caso va acompañado por ideas de posesión diferentes de las que existen en el síndrome de Cotard, las cuales revisten más bien, al igual que el delirio de negación, características generales casi idénticas a las de los delirios de persecución propiamente dichos. En los perseguidos sistemáticos habituales las auténticas ideas de negación apenas se encuentran si al mismo tiempo no existen trastornos de la sensibilidad general y visceral vinculados a ideas hipocondriacas, o trastornos psicomotores análogos a los que, en la variedad precedente, constituyen el síntoma predominante así como el origen de las ideas delirantes específicas de posesión y de negación.

También nos encontramos el delirio de negación en la locura hipocondriaca sistematizada (paranoia primitiva hipocondriaca), revistiendo poco más o menos las mismas características generales que en los casos precedentes, y también en ciertos delirios vinculados al retraso mental, en donde la sistematización está menos definida.

Las *ideas de negación* no sistematizadas pueden encontrarse en formas mentales muy diversas. Son frecuentes sobre todo en la parálisis general, de tal modo que participan de las características generales del delirio de estos paralíticos, pero en modo alguno son patognomónicas de dicha enfermedad. Se las encuentra asimismo en la confusión primitiva, el delirio febril, el alcoholismo, la manía, en los trastornos intelectuales ligados a las lesiones cerebrales circunscritas y en la senilidad, sea dependiendo directamente de la involución senil, sea ligadas a una psicosis tardía o como periodo avanzado de una psicosis anterior.

En estos diversos casos las ideas de negación reciben de la enfermedad que acompañan ciertas características clínicas que pueden servir para distinguirlas entre sí; el diagnóstico siempre debe ser confirmado mediante los síntomas propios de cada afección.

Las diferentes enfermedades en las que encontramos bien el síndrome de Cotard, bien el delirio o las simples ideas de negación, se asientan a menudo sobre un fondo histérico. Pero estas concepciones delirantes serán excepcionales, en caso de que existan, en el estado mental propio de la histeria.

Las ideas de negación, en general, son la manifestación de una alteración de la personalidad que sobreviene como efecto de modificaciones de la base orgánica (cenestesia) y de la esfera motriz y afectiva de la vida psíquica. Esto es evidente ante todo en el delirio de negación melancólico; pero en otros casos en donde aparecen ideas de negación, aun cuando sean casos de delirios sistematizados, encontramos en el origen de éstas los mismos trastornos psíquicos fundamentales, sobre todo cenestésicos y psicomotores. Incluso en las manifestaciones en las que la enfermedad de la que dependen estas ideas parece ser efecto de una predisposición hereditaria que haya podido ocasionar un desarrollo anormal de la personalidad, la mayoría de las veces éste debe ser considerado como una causa adyuvante más que como la causa real y eficiente.

(Traducción: Héctor Astudillo del Valle)

* Fuente: Jules SÉGLAS, *Le délire des négations*, París, Masson, 1897, pp. 159-160 [ed. española: J. COTARD y J. SÉGLAS, *Delirios melancólicos: negación y enormidad*, Madrid, Ergon, Colección Biblioteca de Los Alienistas del Pisuerga, 2008, pp. 193-195].

Marguerite Séchehaye, una pionera en el estudio psicoanalítico de la esquizofrenia

RESUMEN: En este trabajo se analiza la trayectoria de Marguerite A. Séchehaye, pionera en el estudio de la esquizofrenia desde la óptica psicoanalítica.

PALABRAS CLAVES: Séchehaye, realización simbólica, esquizofrenia.

SUMMARY: This paper analyses the life and the work of Marguerite A. Séchehaye, a pioneer in the study of schizophrenia from a psychoanalytic perspective.

KEY WORDS: Séchehaye, symbolic realization, schizophrenia.

Sobre su vida y actividades

Marguerite A. Séchehaye (1887-1964), de soltera Burdet, nació en Suiza, donde fue educada según las normas y valores propios del credo protestante de su familia, descendiente de inmigrantes de los Cevenas (1). En la construcción de su personalidad, junto al carácter autoritario de su madre, destaca la naturaleza más afable e igualitaria de su progenitor, en quien halló mayor empatía que en su figura materna (2). Como otras jóvenes de su generación, asistió a una escuela secundaria exclusiva para chicas, en donde se graduó en literatura y pedagogía, y en la que, fruto de los cánones y convenciones imperantes en su época, la coeducación como modelo educativo alternativo aún no había sido plenamente aceptado socialmente.

Se matriculó en la universidad de Ginebra, donde se interesó por la obra de Ferdinand de Saussure (1857-1913), que ejercería influencia intelectual en la conceptualización lacaniana. Paralelamente, con 19 años, se casará con Albert Séchehaye (1870-1946), alumno aventajado de aquel lingüista (1). Asimismo, alimentando su curiosidad intelectual, ella estudió psicología y orientación profesional en el Instituto Rousseau, fundado por Édouard Claparède (1873-1940), de quien tras graduarse pasó a ser ayudante, pero abriendo a la vez una consulta como psicóloga. De esa época data también su contacto inicial con el psicoanálisis clásico, fruto casual de la amistad que a ella y a su esposo Albert les unía con el analista Raymond de Saussure (1884-1971), quien, según Louisa Séchehaye-Duess (1912-2002), hija adoptiva del matrimonio Séchehaye, le sugirió a su madre que se analizara, a lo que ésta se opuso, al juzgar que el saber psicoanalítico confería gran énfasis a la sexualidad, lo que atentaba contra sus creencias religiosas. De Saussure le argumentó que cómo podía ella conceptualizar la terapia freudiana sin haber antes experimentado un análisis, así que ésta decidió someterse a tratamiento psicoanalítico.

tico, que inició al día siguiente, alrededor de 1927-1928, y duró unos seis meses (3). De acuerdo con sus propias reacciones emocionales, analizadas retrospectivamente, tal experiencia al parecer ni le resultó seria ni tuvo gran resonancia en su universo afectivo (2). Con todo, de Saussure le aconsejó iniciar su práctica analítica, cuyos primeros casos él supervisaría, para después encargarse ella en solitario de tales pacientes. Paralelamente, durante la década de 1930, en el hogar de los Saussure y del matrimonio Séchehayé, polemizaban analistas como Charles Odier (1886-1954), H. Flournoy (1881-1956), G. Richard y G. Dubal (1909-1993), quienes –a excepción de S. Spielrein (1885-1941 ó 1942) y Charles Baudouin (1893-1963)–, integraban el primer grupo analítico de Ginebra. De esos encuentros, Louisa Séchehayé-Duess refiere la influencia de su madre, quien era capaz sin pudor alguno de afirmar su ignorancia ante ciertas cuestiones allí planteadas.

Asimismo, junto a la reflexiva lectura de las obras de S. Freud (1856-1939) y J. Piaget (1896-1980), entre las dos Guerras Mundiales, Séchehayé favoreció la consolidación y expansión del movimiento psicoanalítico suizo, contactando para ello con figuras señeras como M. Klein (1882-1960), D. W. Winnicott (1896-1971), A. Freud (1895-1982) y R. Spitz (1887-1974), fruto de lo cual fue posiblemente germinando un método psicoterapéutico que, sustentado en la realización simbólica, serviría para el abordaje y tratamiento de la esquizofrenia; tales ideas se hallan en *La realización simbólica* (1947). En 1950, vería también la luz su *Diario de una esquizofrénica*, en el que, junto a los comentarios clínicos de Séchehayé, se recogía el testimonio personal de su paciente (*Renée*), de nombre real Louisa Duess; ella la adoptó, y como su madre adoptiva *Renée* se haría también analista.

Lo interesante del último trabajo es la relevancia que, sin pretenderlo, supuso para los investigadores de la enfermedad mental, y de la esquizofrenia en particular, en los sesenta, cuando se alzaron voces críticas que cuestionaban el hasta entonces estatuto de la locura (4). Planteaban como modelo alternativo la antipsiquiatría, según la cual se hacía factible que los locos expresaran por sí mismos la historia de sus casos, soslayando así la nosografía y patografías del saber psiquiátrico imperantes. Un año más tarde, durante el curso académico 1951-52, en la universidad de Zúrich, ayudada por su hija, Marguerite, impartió una serie de conferencias a los médicos del hospital cantonal de esa ciudad, conocido como Burghölzli, en las que se inspiró para su *Psicoterapia de la esquizofrenia* (5), de 1954; el título fue alterado en su homóloga inglesa de 1956, *Una nueva psicoterapia para la esquizofrenia* (6), así que parece sugerir una intervención psicoterapéutica más ambiciosa que la referida. Entre sus contenidos, además del método curativo, se muestra el examen de algunos sujetos esquizofrénicos, resultando por ello muy didáctico.

El II Congreso Internacional de Psiquiatría tuvo lugar en Zúrich (1 al 7- IX-1957). Se organizó en torno al estatuto de nuestro conocimiento acerca del grupo de las esquizofrenias, Séchehaye dio la conferencia «Teoría psicoanalítica de la esquizofrenia» (7), de la que gracias al Dr. Kaspar Weber (8), actual archivista de la Sociedad Psicoanalítica Suiza, disponemos de copia casi completa (se han perdido sus páginas finales); ésta, al revisar los archivos de la Sociedad halló anexa una carta de la antigua archivera, Mme. de Sangy, quien expresaba que si bien a Séchehaye no le satisfizo el final de su conferencia, juzgaba que debía de haberse publicado. De tal disertación destaca el recorrido histórico exhaustivo que realiza desde el saber psiquiátrico y psicoanalítico de la esquizofrenia, de la que defiende su psicogénesis, al no existir datos precisos de su etiología biológica, el resto lo dedica a la filosofía existencial y la realización simbólica; concluye que aún falta mucho por investigar.

En su labor magisterial, sobresale la de su discipulado, y cabe mencionar a Marguerite Wolf, enfermera psiquiátrica, que, alrededor de 1952, a causa de un grave deterioro en la salud mental de Walter Federn –uno de los vástagos de Paul Federn (1871-1950) que ya en 1926 había sido diagnosticado de esquizofrenia por éste–, aplicó, junto a una psiquiatra, un ama de llaves y Ernst, hermano de Walter, las enseñanzas de Séchehaye. Como resultado de ello, según nos escribe Ernst el 3-II-2000, su hermano quedó completamente restablecido (9). Ms. Wolf le había sido presentada a P. Federn a finales de 1940 por el Dr. Heinrich Meng (1887-1975), uno de sus analizados y después analista, siendo también digno reseñar de la semblanza de la Wolf el trabajo con John N. Rosen (1902-1983) en el hospital estatal de Boston (10). El primer reconocimiento público a la trayectoria de Séchehaye se produjo en 1962, cuando un grupo de psiquiatras la honraron otorgándole una medalla de oro en Milán. Recibió un segundo homenaje en 1964, el día de año nuevo, en el que en la Sociedad Psicoanalítica Suiza, y ante los allí congregados, el Dr. Christian Müller destacó la impronta que había dejado en jóvenes psiquiatras y psicoanalistas suizos (2); seis meses después, el 1 de junio de 1964, Séchehaye falleció.

La realización simbólica, alternativa al tratamiento clásico de la esquizofrenia

En 1947, en el cuaderno especial n.º 12 de la *Revista Suiza de Psicología y de Psicología aplicada*, aparecía *La realización simbólica (Nuevo método de psicoterapia aplicado a un caso de esquizofrenia)*, como método psicoterapéutico para abordar y tratar la esquizofrenia. O, como bien sugiere Odier (11), del método de la satisfacción simbólica de las necesidades fundamentales, afectivas, que, al no haber sido gratificadas, se han mantenido siempre a la espera de ser colma-

das, satisfaciéndose la enferma ficticia e indirectamente de la psicosis y de las ilusiones de los sentidos para alcanzar tales anhelos interiores. De la esencia de tal técnica terapéutica, fruto clínico de Séchehaye, referimos lo expresado por *R. de S.* (seguramente Raymond de Saussure), que, en el periódico de Ginebra, el 9-VII-1964, rendía un cálido homenaje a Marguerite Séchehaye-Burdet; junto a una breve semblanza afirmaba de la realización simbólica: «Este método consiste en hacer participar al enfermo de la relación terapéutica, de un modo presimbólico y mágico, proponiéndole símbolos que compensen sus necesidades infantiles frustradas. Lejos de exigir un esfuerzo de adaptación al enfermo a la situación conflictiva, le propone otra realidad más dulce, más soportable, como primera etapa a superar. Y es que, al igual que una madre por su hijo, ella se esfuerza por adaptarse a las necesidades del enfermo, adivinándolas, pues ni él mismo consigue expresarlas, para finalmente realizarlas simbólicamente» (12). Guiada por tales presupuestos, Séchehaye dirigió sus esfuerzos a que su paciente vivenciara ciertas satisfacciones reales y concretas, aunque bajo formas infantiles (esto es, inmediatas), sustituyendo así la satisfacción psicótica ciega por otra de naturaleza plena y consciente. Y así, según Odier (11), fue curada una mujer esquizofrénica adulta e inteligente. Como complemento, a poco aparecía el *Diario de una esquizofrénica* (1950), donde, además de las propias vivencias emocionales de la paciente, se mostraban las interpretaciones formuladas por Séchehaye acerca de la génesis y desarrollo posterior de la personalidad, como de la desintegración y reconstrucción del *yo*, nutriéndose de las teorías freudiana y piagetiana (13).

En la introducción a *La realización simbólica*, expresa el especial interés que reviste el caso clínico abordado, desde que éste no parece ser un conflicto intrapsíquico entre el *yo* y el *superyó*, sino un trastorno primitivo vinculado a la génesis del *yo* (14). Y es que, examinada al menos por quince psiquiatras, aún variando la etiqueta diagnóstica (esquizofrenia, demencia precoz, esquizofrenia naciente con síntomas neuróticos, etc.), la enferma (*Renée*) fue desahuciada de toda intervención clínica. Sólo una adaptación de la terapia freudiana dio aparentes resultados terapéuticos. Además, para educar la atención de la paciente, afecta entre otros síntomas de extrañamiento perceptivo, Séchehaye incluyó otros ejercicios, en un intento de reconexión con la realidad externa de la que aquella había huido a otra interna. Tales intervenciones clínicas atentan sin duda contra la regla de la neutralidad terapéutica, lo que, para M-A. Séchehaye —a diferencia de J. N. Rosen (4), que opta por la violencia protectora y la fractura psíquica, bajo las que acoge un tipo de intervención directa, con un método muy directivo, mediante el que se introduce por la fuerza en el mundo del paciente, que debe rendirle cuentas—, aquella aboga por usar frente al analizado lo que denomina *fibra maternal*. Tal rol, a nuestro entender, se asemeja al postulado por Winnicott acerca del analista en el imaginario del paciente como una *madre suficientemente buena*.

A raíz de las circunstancias familiares contadas en la anamnesia de *Renée*, que Séchehaye recopiló de su madre y de sus hermanos, todo adquiere más relieve cuando se evidencia su condición de hija no deseada y el infeliz matrimonio de sus progenitores, así como la delicada situación económica de su familia. Unido a ello, *Renée* debe soportar los reproches y acusación materna de no quererla suficiente, lo que la aboca a una severa angustia, sentimiento de culpa y agresión inconsciente, a la par que a rituales y a un desenfrenado onanismo, circunscrito a sensaciones espasmódicas sin contacto en la zona genital, además de ocasionales ilusiones ópticas vinculadas a la muerte, los cementerios y la religión (14). Enviada a un sanatorio en la montaña, dado su estado de salud, por decisión materna y pese a lo prescrito, *Renée* abandona tal institución, a la que luego retorna, dado su empeoramiento psíquico. Entonces se la trata con métodos sugestivos e hipnóticos, que, aunque fallidos, sitúan en la temprana infancia el germen de sus alteraciones psico-(pato)lógicas presentes. Es así como –ante el imparable agravamiento psíquico de *Renée*– es derivada a Séchehaye, indicándole tal médico que la paciente está en las primeras fases de una esquizofrenia, que duda poder ayudarla, al estar al borde de una desintegración mental.

En el proceso psicoterapéutico, que comienza alrededor de julio de 1930, se advierte que un año después de su inicio, la esquizofrenia sigue su curso inexorable. Parece que la terapia es ineficaz, aun cuando resulta positivo que *Renée* trabaje en una oficina. Movida tal vez por ello, a finales de 1933, Séchehaye, altera el encuadre de la terapia freudiana; desarrolla las sesiones cara a cara, y no al modo convencional, en que el analizado tumbado carece de la retroalimentación facial y corporal proporcionada por su analista. Asimismo, la drástica reducción de la ingesta de *Renée* a unos pocos alimentos, entre ellos espinacas y manzanas, es usado por Séchehaye para fortalecer el vínculo terapéutico, dada la carga simbólica asociada que tal fruta tiene para su analizada con la frustración y rabia interna vivenciada hacia el pecho materno. Un objeto parcial representativo de la madre, incapaz de satisfacer las necesidades nutricias y afectivas del lactante, ahora ya un adulto. La ingesta gradual de trozos de manzana se convierte en un símbolo gratificante y sustitutivo de la leche real, y de la posibilidad de vivenciar una emoción correctiva, en donde Séchehaye se torna la *madre* nutricia biológica y afectiva, al contrario que la progenitora real de *Renée*. Pues, dado su fuerte sentimiento culpable, se juzgó clínicamente oportuno encubrir el deseo reprimido: sólo calmado favorecería la satisfacción del deseo legítimo y la aceptación de la realidad. Junto al relajamiento instantáneo de la paciente, que por vez primera vivió la realidad, si bien a fragmentos, la libido pudo ser satisfecha en la realidad, y no en el autismo, como hasta entonces (14). Poco a poco, fue ampliándose la dieta de *Renée*, gracias a la autoridad materna ejercida por su analista. Respecto a las alucinaciones auditivas, ésta las aceptaba, y decía a la paciente que tales voces

eran débiles, mientras que las suyas eran fuertes; de este modo la preservaba de los potenciales perseguidores amenazantes.

Preconibió acaso algunas de las ideas formuladas después por D. W. Winnicott sobre los objetos y fenómenos de paso hacia otro estado, expresadas entre otros en *Objetos transicionales y fenómenos transicionales* (1953). Pues Séchehaye usó un mono pequeño de peluche para representar simbólicamente a *Renée*, que así podía recibir las satisfacciones que ella, por sí misma, no podía aceptar. El monito, por tanto, como objeto transicional, se ubicaba en un momento de paso hacia la percepción de un objeto netamente diferenciado del sujeto, quien así encauzaba su devenir vital hacia un relación de objeto propiamente dicha, que en ningún modo abolía/negaba la función del objeto transicional, convertido así para siempre en un campo neutro de experiencia (15). Más tarde, usó a *Moisés y Ezequiel*, dos muñecos de forma humana de desigual tamaño, a los que *Renée* tratará como una prolongación vital de sí misma; el primero se referirá a su vida pretérita, el segundo a su vida actual. Hubo terribles celos y fantasías sádicas de *Renée* —a las que después daría expresión en un tigre de peluche—, hacia los otros pacientes, inconscientemente asemejados a sus temidos hermanos menores, a quienes Séchehaye atendía en su propia casa, como *Renée* (que dejó la pensión donde residía). No obstante, por deseo de la familia, *Renée* será internada en una clínica, fracturándose así el vínculo generado con la *mamá-analista*, lo que, junto a complicaciones físicas, la conduce a un estado regresivo profundo, donde las conductas autolesivas y las alucinaciones auditivas vuelven a estacar (14).

En la primavera de 1936, transcurridos casi seis años desde el inicio de la terapia, comienzan a evidenciarse los progresos psicoterapéuticos originados por los tratamientos simbólicos ininterrumpidos y sistemáticos realizados. Así, al llegar el verano, se suprimen los calmantes y las correas de contención, ausente ya la tentativa de suicidio, se la deja sin control alguno durante 45 minutos. Por otro lado, al igual que con la ingesta, *Renée* fue capaz poco a poco de introyectar y manejar sin elevada angustia el amor materno hacia su cuerpo, confirmando al cuidado personal una atención antes ignorada. Las progresivas adquisiciones y logros personales que la paciente realiza, merced a lo que se resuelve el complejo del destete y se asienta la formación del *yo*, convencen a Séchehaye para retirar símbolos antes usados, como el monito de peluche o *Moisés/Ezequiel*, accediendo así primero a la fase anal, para después a la genital, en la que el deseo fálico de *Renée* se materializa en el pulverizador con el que placenteramente rocía a su *mamá-analista* durante un cierto tiempo.

Paralelamente, el pensamiento mágico, como las ideas animistas que gobiernan el proceder intra/interpsíquico de *Renée*, se ven contrastadas, debiendo ésta enfrentarse a ellas, primero ayudada por Séchehaye, para después sola, fase del proceso etiquetada como terapia de las asociaciones mágicas. En lo que respecta

a las medidas reeducativas, usadas para reestructurar la personalidad de *Renée*, están la actitud comprensiva, como de genuina escucha y sinceridad que alientan su praxis clínica, ingredientes similares para nosotros a los de C. R. Rogers (1902-1987) formulados en su peculiar visión del proceso psicoterapéutico (16). En esta labor analítica de renacer o de (re)construcción de *Renée* como sujeto humano, cognitiva y afectivamente, que del apego seguro a la *mamá-analista* transita lentamente hacia la propia individuación, figuran otras medidas como son las del establecimiento de un estricto horario para la realización de actividades, comidas y distintas tareas programadas para facilitar que la paciente recorra el camino que lleva desde sus necesidades narcisistas a las de contacto con la realidad exterior para terminar con las de carácter social.

Si nos atenemos al testimonio personal de *Renée*, elaborado a comienzos de 1938 a petición de Séchehaye, que lo insertó en su ensayo *La realización simbólica* (1947), como al estado de aquella en abril de 1940, se curó totalmente, siendo esto confirmado por psiquiatras y psicoanalistas que la examinaron y trataron, entre los que figuran Bersot, Boven, Danjou, Flournoy, Forel, Ladame, Morel, Nunberg, Odier, Redalié, Repond, Piotrowski, de Saussure, de Yongh y Weber, a lo que Séchehaye añade el suficiente equilibrio psíquico que *Renée* expresaba a nivel práctico, como social, médico y psicoanalítico. Esto, sin embargo, no impedía que ante situaciones ansiógenas aquella reactivase mecanismos psíquicos de carácter esquizoide, que Séchehaye explica argumentando que «el método simbólico ha curado los conflictos ocasionados por los complejos, pero no tiene influencia sobre las tendencias fundamentales de la constitución esquizoide», pues, como en la neurosis, en donde se eliminan los conflictos, sin que por ello la constitución que le daba su carácter haya cambiado, sucede aquí. A ello además se unía la coexistencia en *Renée* de otras fallas sociales y vinculares, lo que sin duda cuestiona su completa curación (14). Vinculado con esto, dos décadas después, en una misiva del 3-III-1960, remitida al Dr. Christian Müller, Séchehaye manifestaba su temor de que detalles íntimos de los historiales de *Renée* se hicieran públicos, desvelando así datos confidenciales tales como su auténtica identidad, diagnósticos formulados o éxito-fracaso terapéutico de la realización simbólica, según se fuera partidario o detractor de tal técnica, por lo que le exhortaba a que velara por el secreto profesional, para lo que adjuntaba dos autorizaciones, una de ella y otra de su ex-paciente, en las que fijaba a Müller garante y único con acceso a los historiales (17). Con todo, Séchehaye matiza que, para que la realización simbólica sea eficaz como terapéutica, los progresos deben tener lugar en las sesiones, y no fuera, pues en tal caso sólo incidirán a nivel intelectual y no afectivo, al mezclarse con la realidad y no ser estrictamente simbólicos. La realización, además, debía ajustarse a la fase psicosexual en la que *Renée* se hallara, lo que exigía el lento tránsito por todas ellas. Asimismo, el símbolo tenía que ser aplicado directamente

por un sujeto, pues, de la misma forma que todo conflicto psíquico y falla afectiva se genera en la interacción fallida con otro, la restauración del sí mismo precisa un vínculo capaz de restañar heridas narcisistas, nutrir afectivamente y reorganizar el universo íntimo del sujeto sufriente.

Diario de una esquizofrénica: la experiencia terapéutica vivenciada como paciente

Según Séchehaye (18), con este trabajo pretendía mostrar el lado interior de la terapia, cuando ella, como psicoterapeuta, se juzgaba ubicada en su homólogo exterior, siendo así consciente de que ambos lugares del encuentro humano tecnificado –que conforma todo proceso psicoterapéutico (19)– son cruciales para describir y explicar la dinámica interna creada y desarrollada en éste. Corporeizando tales premisas, una vez terminada la terapia, *Renée* le refería a Séchehaye los primeros sentimientos de irrealidad que recordó vivenciar, que retrospectivamente situaba a los cinco años y que en desigual fortuna se extendieron hasta cumplir los doce, cuando aumentaron en intensidad y frecuencia. Todo dificultó su tránsito normal de la escuela primaria, en la que fue premiada, a la secundaria, dado su alejamiento progresivo de la realidad, que la sumía en una lucha contra sus alucinaciones y trastornos perceptivos. Con todo, había momentos en que reconectaba con la realidad, dotando de vida a árboles, viento, etc.; en su retorno a su universo imaginario había un animismo que ya no abandonará, y que, junto al pensamiento mágico y otras alteraciones de todo tipo (extrañeza, despersonalización, etc.) marcarán su enfermedad mental. *Renée*, sin embargo, confiesa que no se sentía enferma, al no representar la locura para ella una enfermedad sino una suerte de viaje psíquico a un país desconocido, al que designa *país de la iluminación*, en donde el rasgo distintivo era estar permanentemente en la irrealidad más absoluta.

Allí establecida, para no ser internada legalmente en contra de su voluntad, pues Séchehaye contacta con el director del consejo de vigilancia de alienados y médico de cabecera de *Renée*, ésta ingresa en el pabellón de excitados de una clínica privada para enfermos nerviosos, fuera de Ginebra, donde permanece un tiempo. Está asediada por objetos perturbadores y un asfixiante sentimiento de fusión vivenciado hacia las cosas que conforman el *Sistema de castigo* autocreado/autorreferencial, merced al cual da sentido a la irrealidad en la que se debate y gravita su devenir existencial (18). Tal sistema punitivo, al que se resiste pero acatado, la sume en un gran agotamiento psicofísico al que se une la estrecha vigilancia a la que la someten quienes la cuidan y custodian, dado el temor que hay de que se prenda fuego a sí misma y a las instalaciones, para así obedecer al mencionado sistema. En su desesperada lucha interior, el amor que le profesa su *mamá-analista* favore-

ce su alta terapéutica, siendo acogida por Séchehaye en su propia casa por espacio de tres semanas, para luego ser admitida en una clínica privada ginebrina, regresando después a su hogar familiar, donde cae presa de una total indiferencia. Tal vez por ello, de nuevo Séchehaye, junto a las sesiones clínicas, pasa con *Renée* tres semanas en una localidad costera, lo que decepciona a ésta, que ya no percibe a aquélla como la *mamá-analista*, pese a los esfuerzos internos que realiza, sino sólo como la señora Séchehaye, lo que la sume en una gran agitación interior, retornando tal rol dual cuando da comienzo la sesión analítica diaria.

De vuelta a Ginebra, nuestra enferma transita por varias clínicas privadas, en las que vivencia momentos de enorme agitación y de crisis internas de culpabilidad, para después recaer en una absoluta indiferencia. El mundo, señala, es como una película proyectada donde ella no participa y frente a la que siente una profunda e inmotivada hostilidad. Asimismo, las manzanas sobre el pecho de Séchehaye se tornan para ella en símbolo desplazado de la leche materna, regresión oral que propició un estrecho contacto con aquélla, a la que convirtió en *mamá-alimento*. Poco a poco, fue adquiriendo autonomía personal respecto a su *mamá-analista*, de la que fue desapegándose primeramente en lo alimenticio, para después en la limpieza y cuidado personal, consiguiendo luego pensar en aquélla sin que se alterase su visión de la realidad. Con todo, *Renée* reconoce la fragilidad que le une a la realidad, conexión/desconexión en la que resulta crucial Séchehaye, favorecedora o aniquiladora para aquélla de tal nexo real. Dos años después, la individuación de *Renée* se evidencia también en la percepción de la realidad, que es capaz de encarar pese al descontento hacia sí de Séchehaye (18). A modo de conclusión, Séchehaye afirma que la esquizofrenia conforma una enfermedad del *yo*, específicamente de desintegración de éste, en cuyo origen, tal como corroboró en *La realización simbólica*, los impulsos primarios, especialmente de tinte oral y agresivo, desempeñan un papel fundamental, resaltando a su vez la importancia crucial que poseen las frustraciones iniciales en la desintegración del *yo*. Por ello conduce su labor clínica a la regresión psíquica de *Renée* al estadio fetal, para así restaurar mediante la satisfacción alucinatoria su necesidad de ser nutrida biológica y afectivamente por la *mamá-analista*, lo que propicia el advenimiento de un proceso de deconstrucción yoica, donde la pretérita relación fusional-autística con la figura materna se trastoca en individuación no traumática.

Otros escritos que esclarecen la clínica de Séchehaye

En 1942, aglutinados bajo el título de *Reeducación psíquica, doctrinas y métodos*, vieron la luz en el diario *l'Essor*, tres artículos de M. A. Séchehaye, fechados el 17 de abril, 1 de mayo y 26 de junio (20). Estaban escritos en un esti-

lo sencillo y divulgativo, sin por ello perder rigor, para que así los lectores cultos y legos en modelos de intervención clínica supieran del desarrollo histórico y estado actual de la psicoterapia; no quería vulgarizar el saber psicoanalítico, sino visibilizarlo y hacerlo más accesible al público en general. En el primero, aborda la necesidad en muchos sujetos de una «reeducación psíquica», esto es, una suerte de reorganización cognoscitiva y emocional de la que se derivará cambios en el funcionamiento psíquico y la conducta; señala como herramientas clínicas para lograrlo terapéuticas como la persuasión filosófica, religiosa, racional, sugestión, autosugestión, etc. En el segundo, añade el gran descubrimiento del psicoanálisis por Freud, tras el magisterio recibido de J. Breuer (1842-1925), así como las primeras deserciones acontecidas en el seno de la comunidad psicoanalítica (Jung, Adler, Stekel, Rank, etc.), de las que se derivaron el auge o descrédito de desarrollos teórico-técnicos psicoanalíticos ulteriores. Critica a quienes han reducido la matriz psicoanalítica freudiana a una teoría pansexualista, pues parece circunscribir ésta solamente a las neurosis actuales. En el tercero, aboga por la útil aplicabilidad de la reeducación psíquica, no ya psicoterapéutica, sino de naturaleza psicopedagógica, al terreno de los niños retrasados, difíciles, etc., para lo que juzga vital elaborar un plan individual de aprendizaje; sigue a Claparède, quien, sirviéndose de las capacidades e intereses personales de cada alumno, alentaba su curiosidad intelectual: son ideas que aún inspiran todo proceso de enseñanza-aprendizaje. En cuanto a los niños difíciles, asimilables hoy a los «menores infractores», defiende la necesidad de crear tribunales especiales de justicia, cuyo objetivo sea su reeducación, mostrándose contraria a imponer medidas punitivas, mezcla de escarmiento y venganza social. De forma semejante, casi dos décadas atrás, A. Aichhorn (1878-1949), cuya trayectoria conocía Séchehaye, convenía en que, más que un juez de lo penal, hubiera uno encargado de la custodia de los jóvenes delincuentes, subrayando que lo más idóneo es que estuviera formado en el trato a menores y desarrollara su labor en colaboración con otros profesionales (médicos, psicoanalistas, etc.), con un genuino compromiso de reinserción social (21). Para los niños neuróticos, en cambio, Séchehaye juzgaba oportuno usar el análisis infantil, en donde destaca las aportaciones realizadas por mujeres; señala a A. Freud (1895-1982), pero no a M. Klein (1882-1960), lo que supondría un alinearse con ideas no kleinianas. Como colofón señala, en sintonía con ideas jungianas, que habría que erradicar el mal que aquejan estos niños en su origen, que sitúa en la familia y más en los padres, responsables de su ulterior condición psíquica (20).

Al año siguiente, y fruto de una conferencia, se editaba *El psicoanálisis al servicio de los desalentados* (1943). Séchehaye comenzaba señalando por qué algunos sujetos, sin afección física subyacente, habían perdido el impulso interior a amar, trabajar y sentirse vivos (22). Consideraba que tales individuos estarían aquejados de una psiconeurosis, la cual les haría ser portadores de un profundo

sentimiento de inferioridad, como de una inhibición neurótica de su pensamiento y acción, que en otros sujetos también se evidenciaría en fobias, rituales, compulsiones y una ansiedad difusa y paralizante que se aleja y retorna ignorando el sujeto que late bajo ésta. En tal sentido, afirma que, aun siendo bienintencionado, decirle a un sujeto que no piense en tales síntomas, cuando éstos le asedian, resulta ineficaz para librarse de ellos y sentirse satisfecho consigo mismo y los demás. Propone, pues, que el neurótico se someta a la terapia freudiana, a la que no juzga como la panacea, aunque valora sus éxitos y fracasos, los primeros de los cuales juzga que dependen principalmente de la seria formación del analista y de su intuición y prudencia, mientras que del paciente considera que debe poseer una gran inteligencia y paciencia particular, dada la larga duración y coste del tratamiento. En una suerte de didactismo pedagógico, explica tras ello cómo opera el psiquismo, esto es, cómo la conducta interna y externa reposa en determinantes conscientes e inconscientes, los últimos de los cuales, a lo largo de la terapia realizada, se tornan accesibles en desigual grado a la conciencia del sujeto. Y hace también alusión a las pulsiones de vida y de muerte que gobiernan nuestros pensamientos y acciones, tendencias primitivas que Dios habría creado y que, con los cuidados oportunos, pueden llegar a tornarse en elementos de civilización y espiritualidad (ello refleja su formación protestante). En lo preventivo, en cuanto al origen y desarrollo de la neurosis infantil, afirma que hay que estar muy atentos para no reprimir bruscamente los sentimientos del niño; lo ejemplifica en el complejo de Edipo, o en el nacimiento de un segundo hermano, y señala la conveniencia de que en ambos casos los padres actúen con dulzura, preparando al niño para los cambios que se darán en su dinámica personal y familiar, convencida de que ello facilitará su tránsito psíquico y emocional necesario.

Las siguientes cuestiones abordadas por Séchehaye hacen referencia a las dificultades técnicas inherentes a todo proceso analítico, señalando en primer lugar las inhibiciones internas de los pacientes para asociar libremente o establecer una buena alianza terapéutica, en lo que refiere crucial los fenómenos transferenceales y contransferenceales movilizados. En segundo término, destaca la importancia de los sueños, que siempre juzga como una realización de un deseo o expresión de un temor del que deseamos escapar, aludiendo como otras manifestaciones del inconsciente a los actos fallidos. Devuelta la salud psíquica al enfermo, termina para ella la labor del analista: «Es al conductor espiritual al que le incumbe, ahora, la misión de conducir su alma hacia una vida moral y conducirlo hacia una evolución serena, como a amar a su Padre celeste con toda su alma y al prójimo como a sí mismo» (22).

Seis años después, aparecerá *Diagnósticos psicológicos*, en cuya introducción Séchehaye habla de las dificultades inherentes a la labor diagnóstica, para la que recomienda prudencia y responsabilidad, especialmente para quienes

la inician. Lo ilustra con una amplia casuística, en posibles situaciones clínicas y en las acciones psicoterapéuticas emprendidas por ella, que justifica después de un riguroso debate con una psicóloga novel, interlocutora ficticia que objeta lo dicho, sin que lo llevado a cabo reconozca que implique la única solución factible para cada caso clínico tratado (23). En el primero de ellos, «¿Parálisis hística en un niño de cuatro años?», señala cómo a requerimiento de dos médicos que dudaban sobre el diagnóstico de neurosis de conversión emitido para una niña pequeña fueron solicitados sus servicios como psicóloga, evidenciándose tras su acción psicoterapéutica que las parálisis observadas en brazos y piernas no eran de carácter funcional, esto es, fruto de conflictivas psíquicas, aun cuando inicialmente para los galenos resultara difícil explicar satisfactoriamente la sintomatología por anomalías neurológicas, y no por factores psicógenos como la fijación edípica a la figura paterna, o los celos ante el nacimiento de un nuevo hermanito, etc. Por ello, sin negar la posible influencia de lo ambiental sobre lo orgánico, se modificó el diagnóstico: parálisis infantil complicada por una ligera encefalitis. Con ello, Séchehay afirma que se preservó a la niña de sufrir una parálisis orgánica de mayor gravedad, reduciéndose las secuelas físicas y psíquicas a una escoliosis y ligera atonía muscular, cierta lentitud intelectual y una disminución de la vivaz imaginación.

La problemática del segundo caso alude a las dificultades que en ocasiones surgen para conciliar deseos personales con ambiciones familiares, concretamente cuando el joven debe decidir hacia dónde encauzar su futuro profesional, siendo entonces cuando el consejero vocacional le ayudará a conseguir una solución que intente satisfacer a todos, sirviéndose en esto de sus conocimientos y experiencia, además de cuestionarios, entrevistas y observaciones. A la búsqueda de la mayor autonomía y dignidad a una anciana retrasada mentalmente dedica el tercer caso, señalando algunos de los conflictos y adaptaciones que el propio sujeto y sus familiares o entorno inmediato han de enfrentarse cada día, y que, entonces como hoy, afectan al amplio espectro de personas que poseen algún tipo de discapacidad. En el cuarto caso la discapacidad sigue presente, desde que se presenta a un niño de nueve años que no sabe leer y a quien tras un exhaustivo análisis de sus competencias y destrezas intelectuales se le juzga afecto de una alexia de evolución y discretos trastornos del lenguaje, recomendando Séchehay que, dado el egocentrismo que también manifiesta, se interaccione con él desde una actitud comprensiva, favorecedora de un intercambio de experiencias sociales y emotivas.

El cambio de actividad laboral en la adultez es la siguiente temática que analiza en una mujer que paralelamente está bajo tratamiento analítico, y para quien tal viraje profesional parecía más responder a la realización de deseos inconscientes que a la satisfacción de necesidades personales objetivas de orden

superior. Ilustrando esto refiere como ejemplo el de una enfermera que inconscientemente hubiera elegido tal labor clínica-asistencial para ejercer su dominio sobre el otro y no para aliviar sufrimiento alguno. Por eso Séchehaye recomienda a esta joven terminar primero la terapia analítica iniciada, para después, si así lo precisa, contactar otra vez con ella en busca de reorientación profesional. La viñeta clínica de la que Séchehaye se sirve en el sexto caso es la de un adolescente que sometido a tratamiento psicoanalítico por el director-médico de una clínica de enfermedades nerviosas es derivado a ella para que también lo examine y establezca un programa de estudios ajustados a sus particulares singularidades. Para ello, antes de tomar cualquier decisión currículo-formativa, analiza la historia de vida del chico, en la que constata la existencia de crisis nerviosas epileptiformes, como de traumatismos craneales que le han ocasionado parálisis en el hemicuerpo lateral izquierdo y el pecho, haciendo su voz apenas audible y el habla entrecortada. A ello también se añade haber sido víctima de lo que hoy conocemos como TEPT (trastorno de estrés postraumático), estado patológico del que compañeros de internado se aprovecharon para infligirle malos tratos y escarnio institucional. Partiendo de la incoercible necesidad de este joven para expresar sus más profundas emociones, como testigo y víctima de la guerra y los bombardeos, Séchehaye le anima a ser escritor, en un ejercicio de expresión emocional catártico, teniendo siempre para ello presente las limitaciones y mermas psicológicas y físicas que este chico mantendrá a lo largo de su devenir vital por las complicaciones neurológicas acaecidas en su infancia.

De vuelta al terreno de las enfermedades mentales, se ocupa en el siguiente caso de la esquizofrenia infantil, donde parte del tratamiento psicoterapéutico llevado a cabo a una niña de 8 años, a la que inicialmente se juzgó afecta de neurosis, para lo que se había realizado un profundo estudio de su personalidad. Sin embargo, dado el agravamiento de la conducta y carácter de la niña (actitud rígida, falta de contacto con la realidad, rasgos autistas), cuando ya hacía un tiempo razonable que se habían puesto en marcha medidas como el consejo psicológico a los padres y la adaptación curricular en la escuela privada, le hicieron pensar a Séchehaye que tal sintomatología correspondía más a un cuadro de naturaleza psicótica que neurótica (23). Con ello presente, y ante lo fallido de intervenciones previas, decide servirse del saber psicoanalítico, para lo que además de analizar a la niña, usando el juego, el dibujo y ciertas pruebas diagnósticas infantiles, logra acceder intuitivamente a través de la escritura al universo íntimo de aquella, formulando *explicaciones dinámicas* acerca de lo que a nivel conflictual acontece en el psiquismo de su jovencísima paciente. De igual forma, en la narrativa analizada, se detecta con facilidad la gran ternura y afecto en el trato con la niña, a pesar de lo que sus progresos intelectuales, conductuales y afectivos resultan efímeros, dada la completa desatención de sus progenitores,

quienes juzgaban curada a su hija e innecesario así seguimiento o recomendación alguna, de ahí que sólo seis años después volvieran a solicitar el consejo escolar para aquélla, advirtiendo entonces Séchehaye que los rasgos y patrones esquizoides se habían acrecentando, aunque sin ocasionar desajustes personales y familiares de antaño, persistiendo eso sí ciertos síntomas (v. g., enuresis diurna y nocturna). A los 18 años, ante el avance inexorable de la enfermedad esquizofrénica, se decide internarla, siendo sometida a terapia electroconvulsiva, lo que se muestra a todas luces ineficaz, retornando entonces a su hogar y de allí a Italia, donde no mejora su condición psíquica.

En otro caso incita a no dar nada por sentado: «Responsabilidad del psicoanalista en el establecimiento del diagnóstico», detalla cómo un señor que solicita análisis argumentando desavenencias maritales y con su vástago, tiene una pérdida muy fuerte de peso sin base objetiva así como complicaciones estomacales e intestinales. Desoye el consejo de realizar un completo examen físico, con el que podría descartarse la base orgánica de sus dolencias somáticas, al estar convencido de la naturaleza psicógena de lo que le sucede. Por ello inicia una terapia en la que el psicoanalista dio por sobreentendido que no aquejaba trastorno somático alguno. La radioscopia practicada evidenció, sin embargo, que padecía un cáncer intestinal en fase muy avanzada, ya inoperable; halló al menos consuelo en su esposa e hijo.

El consejo escolar, aunque bajo dos ópticas distintas, como son el bajo rendimiento escolar de un alumno por un lado y la orientación profesional de un estudiante por otro es objeto de los dos casos siguientes. Del primero destacan como rasgos notables que, ante la suposición de inhibición intelectual por razones neuróticas, un examen psicológico riguroso muestra que el diagnóstico más adecuado es el de neurosis de abandono con un fondo constitucional esquizoide, al mantenerse después de un proceso psicoterapéutico síntomas como dificultad para contactar con otros, tendencia marcada hacia las racionalizaciones, al igual que una fuerte represión de la afectividad, todo lo que se refleja en una fría y distante actitud ante situaciones estresantes generadoras de respuestas emocionales. Lo que se ha eliminado o reducido, por el contrario, juzgándose así cierto logro psicoterapéutico, son otras respuestas neuróticas como miedo, obsesiones, inhibición permanente o perseveración del pensamiento, al ser su expresión desajustada y contraria a una más adecuada adaptación del sujeto a los entornos donde se desenvuelve. Del segundo, es interesante referir cuáles son los factores que el orientador debe tener en cuenta para ayudar a un joven a elegir sus estudios o en qué actividad profesional formarse; afirma que la función orientadora no debe constreñirse a los resultados obtenidos en las distintas pruebas psicológicas usadas, debe también sustentarse en los intereses profundos del estudiante, en su situación personal y sociofamiliar; y muestra bien lo difícil que resulta conciliar las aspiraciones personales y familiares.

En el penúltimo caso, «Psicoterapia a un enfermo físico gravemente afectado», relata cómo ayudó a un paciente a comprender y aceptar en mejor grado la singular interacción somática-psíquica que existía en los males que en ambos teatros, el del cuerpo y el de la mente, aquejaba, y por el que el diagnóstico final había sido el de neurosis de angustia con un fondo constitucional neuropático. Buscando alivio a la intensa angustia del sujeto, se sirve del llamado *análisis psicológico*, por el que entiende dar explicaciones al paciente acerca de su forma de pensar y de encarar los conflictos, sin necesariamente acceder a las causas profundas. Deja así la terapia psicoanalítica para otra casuística: una visión clínica que la situaría en las cercanías de ciertas terapias racionales o de cambio cognitivo actuales, donde el cuestionamiento de ideas irracionales o la reestructuración cognoscitiva conforman parte del trabajo y objetivos psicoterapéuticos. Termina el libro con el caso de una mujer afecta de una encefalopatía infantil congénita intrauterina, que le ha lesionado el cuerpo estriado y dejado así secuelas graves, particularmente una hipertrofia de los miembros superiores y del cuello, como espasmos múltiples, movimientos coreoatetósicos y una disartria que torna el lenguaje oral casi ininteligible salvo para los que ya estén habituados a él. Y, aun cuando hay un desarrollo mental disarmónico, las funciones intelectuales están relativamente bien conservadas, sobre todo las de comprensión rápida. Ante esto, Séchehaye señala que su labor clínica y de orientación profesional se ceñía a las dificultades psíquicas inherentes a tal cuadro neurológico y no a otras; alentó a su paciente para que se formara en grafología, lo hizo, y pudo superar su sentimiento de inferioridad y obtener cierta felicidad.

En *Una nueva psicoterapia para la esquizofrenia*, subtítulo *Alivio de las frustraciones por la realización simbólica* (1956) (6), Séchehaye arranca con las dificultades que hay para establecer sus causas primarias, al existir tratamientos biológicos como la insulina o la terapia electroconvulsiva que no han mostrado la eficacia esperada. Confiere así a la psicogénesis un mayor protagonismo, de lo cual sería reflejo la importación de términos y premisas provenientes de la filosofía existencialista, a diferencia de lo sucedido con la paranoia o la melancolía; ello ha permitido obtener un mapa más completo de la esquizofrenia, y por ende de las medidas psicoterapéuticas y psiquiátricas más adecuadas para su abordaje-tratamiento y potencial curación. Y aun cuando sean valiosas las ideas del saber psicoanalítico para la comprensión de tal anomalía, reconoce lo ineficaz que resulta la terapia freudiana convencional para tratarla, así que apuesta por la realización simbólica, técnica psicoterapéutica cuyos resultados positivos evidencia la reversión-curación operada en la dinámica psíquica-conductual de *Renée*, paciente a cuyo caso clínico dedica el primer capítulo. A continuación, trata las exigencias clínicas requeridas en el contacto con el esquizofrénico y su universo interior, al juzgarlo como la pieza clave del ulterior éxito o fracaso terapéutico, ayudándose en

sus especulaciones del existencialismo y de su propia y rica in-trospección, guiada por la firme convicción de que el esquizofrénico siente y es receptivo, en mayor o menor grado, a la presencia del otro, lo que para nosotros es condición necesaria, pero no suficiente, al precisarse también la voluntariedad y necesidad interna de aquél para interactuar con otros e ir así más allá de la mera percepción sensible de éstos.

En pos de tal logro, juzga como tarea previa que se desvelen qué mecanismos defensivos patológicos erigió el esquizofrénico para protegerse de la realidad interna-externa que sentía amenazante. Pero, aun cuando lograra establecer vínculos afectivos con otros, la perdurabilidad de éstos no está garantizada, al oscilar su patrón cognitivo-conductual entre la búsqueda de cierta proximidad y de lejanía, dada la ambivalencia que guía sus tentativas exploratorias, pues siempre se repliega a un lugar seguro. Asimismo, advierte del posible error de malinterpretar ciertas conductas del sujeto esquizofrénico como expresión de la incipiente creación de un genuino vínculo emocional con otro, al ser en realidad maniobras de aquél para rellenar el profundo abismo que lo separa de los demás, en un intento de resolver el dilema que le enfrenta al ansiado y temido deseo de comunicarse. Aquí subyacen los profundos temores del esquizofrénico de que al contactar con otros se reavive su emotividad, colapsando así el equilibrio psicótico alcanzado, que, a diferencia del proceder psíquico neurótico, Séchehayé, en el esquizofrénico, equipara, sirviéndose de ideas piagetianas, al desplegado por el niño en la fase de realismo moral, señalando a su vez la renuente negativa que a causa del estado de gran agitación interior aquél podría manifestar y que, aislada o conjuntamente, comprometería en desigual forma y grado su anhelado intercambio con el medio.

Por ello, y así lo evidencia el tercer capítulo, deben conocerse también las necesidades primarias, dentro de las que figuran la expresión simbólica de necesidades fundamentales y de los distintos «universos creados» en cada sujeto *esquizofrénico*, y las reacciones, que clasifica en *positivas o compensatorias* y *negativas*, a las frustraciones internas-externas que subyacen a tal enfermo, cuyo origen y ulterior destino psíquico remonta al modo en el que fueron conformados los tempranos vínculos afectivos madre-bebé, que como a la fase oral juzga debe dedicarse más investigación, para así estar en mejores condiciones de saber qué impide o gratifica al esquizofrénico para no salir del universo psíquico por él creado, en contraposición al que se le oferta una realidad más tolerable. Las pautas y los criterios para entrevistar a parientes desde el método de la realización simbólica es objeto del siguiente capítulo, donde recalca el nexo inextricable que existe entre la afectividad exhibida por el esquizofrénico y la desplegada por sus allegados, la cual oscila desde la objetividad clínica, negadora de la condición psíquica esquizofrénica y aparentemente ajena a ellos, a la de los que indagan en su historia vital, en busca de alguna explicación satisfactoria para tal desgracia personal-familiar,

de la que algunos responsabilizan a su cónyuge o antecedentes familiares hereditarios, en un intento de evadir toda responsabilidad en lo sucedido y encontrar así alguna causa física que explique tal enfermedad (6). Por ello las preguntas a parientes durante la entrevista deben encauzarse en obtener información relevante que ayude al profesional en el tratamiento psicoterapéutico del esquizofrénico, y nunca a generar angustia, culpa, etc., sobre aquellos, pues en último término tal cosa revertirá en el intercambio afectivo y condición psíquica de uno y otros.

En el quinto capítulo aborda los distintos tipos de observación que a tal enfermo mental puede realizarse en términos de la realización simbólica, señalando como métodos el psiquiátrico, psicoanalítico y existencial, que si bien considera útiles, al explorar cada uno una parcela del psiquismo esquizofrénico, resultan insuficientes para diseñar una terapia capaz de *curar* o *compensar* satisfactoriamente tal condición psíquica, por lo que propone un método de observación funcional y dinámico, del que puedan extraerse *explicaciones funcionales y profundas* de los diversos actos conductuales del sujeto. En tal sentido, conocer la fase (oral, anal, etc.) en que el esquizofrénico se halla será útil para desentrañar las necesidades-deseos que movilizaron su regresión psíquica, aportando mayor credibilidad a las explicaciones. En el sexto, analiza los procesos del pensar esquizofrénico, cuyo contenido y forma juzga de igual interés, señalando necesario para la génesis de un pensamiento infra-lógico, *el adualismo*, esto es, la confusión entre el *yo* y *el no-yo*, *el realismo intelectual, afectivo, moral y automático*, expresión cada uno de la primacía del modelo interno sobre la realidad externa, mientras que como mecanismos y procesos incluye la *asimilación, proyección, desplazamiento, condensación y participación*. Finalmente, en el séptimo, se ocupa de la realización simbólica de las necesidades internas del sujeto esquizofrénico, el cual se debate entre su ansiada realización y la prohibición o castigo fantaseado que cree le sobrevendrá de ser aquéllas materializadas, instante en que terapéuticamente deberá trabajarse en la erradicación o atenuación de su culpa.

En 1960 se edita *Técnicas de gratificación en psicoterapia analítica: indicaciones y contraindicaciones* (24). Séchehaye, apoyándose en la literatura psicoanalítica, afirma que sea cual sea la terapia analítica usada, ésta gira entre dos polos opuestos, el de la frustración y el de la gratificación, y se interroga acerca de cuándo el analista precisa adoptar una actitud más gratificante, de suerte que trabaje con su paciente en un plano dialéctico o en su homólogo regresivo de lo infraverbal y en qué fase del desarrollo del análisis está indicado introducir modificaciones técnicas, atenuando así el rigor de la neutralidad terapéutica. Juzga más apropiada, como actitud interna de quienes trabajan con psicóticos, la de la gratificación, que sustenta en la interpretación y el análisis de las defensas/motivaciones del sujeto, si bien no señala pautas o reglas técnicas cerradas para su materialización mostrando sus dudas acerca de cómo cumplir las necesidades frustradas

del enfermo, labor que dice cabe hacerse de un modo directo y concreto o de una forma mágica simbólica, fantasmática y delirante, afirmando a su vez la dificultad para establecer límites a las exigencias del paciente. Asimismo, señala la especial sensibilidad de algunos sujetos a la menor variación técnica, como sucede en los gobernados por una estructura pregenital, quienes interpretan la actitud del analista sólo como gratificante-frustrante. Señala que es la introducción dosificada de tal gratificación-frustración, que conecta con la «presencia» cercana o lejana del analista así como con la tolerancia subjetiva asumible por el paciente, lo que va permitir configurar la óptima distancia psíquica que aquél es capaz de soportar hacia la figura de su analista.

A la vez también manifiesta que para los sujetos con un *yo* débil (que no cabe sin más juzgar de prepsicótico), las diversas técnicas de gratificación conforman habitualmente sólo una fase más del análisis en curso, constituyendo una forma de gratificar al sujeto la de revelar al analista como una *personalidad real*, según expresión del analista de origen rumano S. Nacht (1901-1977), de algunas de cuyas ideas Séchehay se sirve. Recomienda que en los sujetos con defensas estructuradas no resulta conveniente adoptar la técnica de gratificación, al menos al inicio del análisis, desde que colmar esas necesidades instintivas la vivencian como algo prohibido, lo que obliga a mantener una gran reserva y trabajar terapéuticamente fortaleciendo al *yo*. De igual forma, debe conocerse en qué fase —de irrupción (en que el sujeto se halla presa de una angustia masiva, donde la frontera *yo-no yo* es inexistente) o de cronicidad de la psicosis— se halla el sujeto, pues de ello dependerá la naturaleza y forma concreta de gratificación. En la fase de irrupción consistirá en dar al esquizofrénico una referencia, un punto real y fijo al que asirse (24). En la fase crónica, constituidas las defensas psicóticas, la forma en que el sujeto podrá ser gratificado, dado el temor interno que posee de ser asfixiado, absorbido, por el otro, residirá en que el terapeuta esté disponible y no traspase la *distancia crítica* que aquél exige.

Debe entonces primar las necesidades del *yo* sobre sus homólogas pulsionales, las cuales luego serán satisfechas, sucediendo así que el miedo a ser absorbido será reemplazado por el deseo interno de ser absorbido y el deleite pasivo de sentirse tratado por otro como un sujeto en estado fetal. A diferencia de la fase de irrupción, toda tentativa del terapeuta para irse alejando de su paciente será interpretada por éste, entonces, como un abandono, como una voluntad negativa del/la *terapeuta-madre* de romper la fusión entre ambos creada. Habrá, por tanto, que ser prudentes, para no provocar las iras del esquizofrénico, que, una vez colmada su necesidad oral primaria, vivirá tal relación diádica como una agresividad verbal, permitiéndole entonces que exprese libremente sus fantasmas de canibalismo o actividad en el seno materno, preludio de los procesos de integración e incorporación posteriores. Asimismo, señala la diferencia que existe entre la técnica de

«maternaje», por la que el esquizofrénico obtiene pequeñas gratificaciones (a la que considera insuficiente por sí sola para una modificación estructural de la psicosis, aun cuando produce una mejora sintomática transitoria y sedativa de la angustia), y la técnica de la realización simbólica, que cuenta con las resistencias del yo psicótico, y respeta la porción adulta del esquizofrénico, por lo que gratifica la parte regresiva, y resulta así más indicada que la anterior. La distancia, afirma también, entre el esquizofrénico y su terapeuta, no debe conducir al equívoco de una presunta autonomía del sujeto, y por tanto de la posibilidad de *cura* y terminación del tratamiento, al poder representar también el deseo de abandonar la terapia, ya por proyecciones agresivas de orden transferencial, ya por la angustia de ser devorado, ya por el miedo de sentir su libertad alineada por el otro (24). Si, por el contrario, tal independencia es genuina, será el momento de *colectivizar* la terapia del esquizofrénico, término con el que Séchehaye designa la intervención de otros en la recién iniciada autonomización de aquél, logro deseado o temido, con el que alcanzará el objeto esencial de la cura, la *re-síntesis* o rearticulación de su universo interior.

En *Psicoterapia de la psicosis* (1961), Séchehaye colabora con la introducción, donde insiste tanto en el papel crucial que las tempranas fallas afectivas y frustraciones ejercen en la formación de la psicosis (25), como en su reversión, que alguien adopte el rol de *objeto bueno*, al provocar esto una transformación dinámica de la personalidad psicótica desintegrada. También contribuye con el capítulo «La función curativa de los símbolos en un caso de neurosis traumática con reacciones psicóticas» (26), que se centra en el caso clínico de una mujer que pierde la custodia de su hija, y para quien la biblioteca pública a la que acude regularmente se conecta con vivencias penosas y sujetos de su vida pretérita y presente. De ahí el diagnóstico dado en el título, opuesto al de psicosis maniaco-depresiva o histeria conferido por otros, que Séchehaye descarta con la evidencia clínica hallada.

Conclusiones

La trayectoria vital y profesional de Madame Séchehaye no queda circunscrita al campo de los trastornos mentales, y particularmente de la esquizofrenia, en donde destaca su método de la realización simbólica, que soñaba se hubiera convertido en una eficaz terapia (6), sino a un amplio número de cuestiones, como el consejo y diagnóstico psicológico, la discapacidad y el compromiso ético con el paciente. De igual forma cabe recalcar la buena disposición y apertura de miras que poseía para trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales, haciendo uso de la terapia freudiana en *modos naturales de cura* (23), entre los que cita el trabajo, el cambio de entorno o de reglas y pautas de vida. En esta línea, expri-me todos los recursos técnicos y personales a su alcance, ocupando en éstos un

lugar destacado la intuición y el sentido común, así como la creatividad, para así incrementar la efectividad psicoterapéutica. Sus raíces y su educación protestante impregnan su praxis clínica, aunque alejado todo ello de adoctrinamiento religioso alguno; sería sólo como una vía que, sustentada en valores humanos y transcendentales, puede ayudar a otros.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) ROUDINESCO, E. y PLON, M., *Diccionario de psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1998.
- (2) CIFALI, M. (s. f.), «Psychoanalysis: Marguerite Séccheyaye». Recuperado el 24-I-2008 de la <http://www.answers.com>.
- (3) CIFALI, M., Comunicación personal, 5-III-2008.
- (4) FAGES, J. B., *Historia del psicoanálisis después de Freud*, Barcelona, Martínez Roca, 1979.
- (5) MOSER, A., «Switzerland», en P. KUTTER (ed.), *Psychoanalysis International. A Guide to Psychoanalysis Throughout the World. Vol. I. Europe*, Stuttgart-Bad Cannstatt, Frommann-Holzboog, 1992, pp. 278-313.
- (6) SÉCHEHAYE, M. A., *A New Psychotherapy in Schizophrenia. Relief of Frustrations by Symbolic Realization*, Nueva York y Londres, Grune & Stratton, 1956.
- (7) SÉCHEHAYE, M. A. (1957), «Théorie psychanalytique de la schizophrénie», Conferencia en el II Congrès International de Psychiatrie, Zúrich.
- (8) WEBER, K., Comunicación personal, 16-VI-2008.
- (9) FEDERN, E., Comunicación personal, 3-II-2000.
- (10) FEDERN, E., *Witnessing Psychoanalysis. From Viena back to Viena via Buchenwald and the USA*, Londres, Karnac, 1990.
- (11) ODIER, CH., «Prefacio», en M. A. SÉCHEHAYE, *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica*, México, FCE, 1988, pp. 9-13.
- (12) SAUSSURE, R. de (1964), *Journal de Genève*, n.º 159, 9 de julio, p. 13.
- (13) MEILF-DWORETZKI, G., «Prólogo», en M. A. SÉCHEHAYE, *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica*, México, FCE, 1988, pp. 7-8.
- (14) SÉCHEHAYE, M. A., *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica*. Parte I. La realización simbólica, México, FCE, 1988, pp. 15-114.
- (15) LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B., *Diccionario de Psicoanálisis*, Barcelona, Labor, 1987.
- (16) SÁNCHEZ-BARRANCO, A., *Historia de la psicología*, Madrid, Pirámide, 1996.
- (17) MÜLLER, CH., Comunicación personal, 27-IV-2008.
- (18) SÉCHEHAYE, M. A., *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica*. Parte II. Diario (Autoobservación de una esquizofrénica durante el tratamiento psicoterapéutico), México, FCE, 1988, pp. 115-209.
- (19) SÁNCHEZ-BARRANCO, A., Comunicación personal, 5-III-1999.
- (20) SÉCHEHAYE, M. A., «Rééducation psychique, doctrines et méthodes», *Extr. de l'Essor*, IV-VI, 1942, pp. 4-44.
- (21) AICHHORN, A. (1923), «On Education in Training Schools», en O. FLEISCHMANN, P. KRAMER y H. ROSS (eds.), *Delinquency and Child Guidance. Selected Papers by August Aichhorn*, Nueva York, International Universities Press, 1964, pp. 15-48.

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

(22) SÉCHEHAYE, M. A., *La psychanalyse au service des découragés*, Ginebra, Chavannes, 1943.

(23) SÉCHEHAYE, M. A., «Diagnostics Psychologiques», *Supplément de la Revue Suisse de Psychologie et de Psychologie Appliquée*, 17, Berna, Hans Huber, 1949.

(24) SÉCHEHAYE, M. A., «Techniques de gratifications en psychotherapie analytique: indications et contre-indications», *L'évolution psychiatrique*, París, 1960, fasc. 3, pp. 297-342.

(25) SÉCHEHAYE, M. A., «Introduction», en A. BURTON (ed.), *Psychotherapy of the Psychose*, Nueva York, Basic Books, 1961, pp. 3-9.

(26) SÉCHEHAYE, M. A., «The Curative Function of Symbols in a Case of Traumatic Neurosis with Psychotic Reactions», en A. BURTON (ed.), *Psychotherapy of the Psychoses*, Nueva York, Basic Books, 1961, pp. 124-151.

Agradezco a la psicóloga Anna-Rosa Cabello Blanco su inestimable ayuda en la localización y versión de textos en francés, y las misivas intercambiadas con sujetos e instituciones suizas.

* Francisco Balbuena Rivera, Psicólogo, Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social, Universidad de Huelva.

Correspondencia: Francisco Balbuena Rivera, C/ Gólgota, nº 8, 2-D 41007 –Sevilla; balbuena@uhu.es

** Fecha de recepción: 1-XI-2008 (aceptado el 15-XI-2008).

SALUD MENTAL Y CULTURA

Entrevista con Michel Foucault

Va a cumplirse un cuarto de siglo desde que se produjo la muerte de Michel Foucault (1926-1984). En la sección de libros se hace un balance, sobre todo, de los últimos seminarios del pensador francés y también de la culminación de su *Historia de la sexualidad*, en la que iba perfilando además nuevos proyectos. Como complemento documental de gran interés –por ser un resumen de su obra y por abrirse a nuevas perspectivas– se reproduce aquí una entrevista televisada con él y desconocida, pues no fue incluida en los gruesos tomos, definitivos, de sus *Dits et écrits*, publicados en 1994.

Fue realizada el 7 de mayo de 1981, con ocasión de unas conferencias de Foucault en Lovaina dirigidas a estudiantes y profesores de Derecho y Criminología. El título era: «Hacer el mal, decir la verdad: sobre las funciones de la confesión en la Justicia». El entrevistador fue André Bertin, profesor de la Universidad Católica de Lovaina, cuyas preguntas han sido muy simplificadas; no sucede así con las respuestas de Foucault que se mantienen en su integridad, en la medida en que lo hace posible una formulación oral.

Usted ha escrito desde 1961 obras conocidas como la Historia de la locura, El nacimiento de la clínica, Las palabras y las cosas, La arqueología del saber, El orden del discurso o también Vigilar y castigar. Ahora está concluyendo la Historia de la sexualidad. Todas ellas han suscitado muchos debates, a menudo apasionados. Querría conocer el hilo conductor de su reflexión, por qué se ha interesado sucesivamente por la historia de la psiquiatría o la historia de la medicina, por la prisión, la sexualidad o el Derecho.

Es una pregunta difícil la que me formula, porque el hilo conductor sólo se conoce al final de lo que uno ha escrito, incluso cuando ha dejado de escribir. No me considero en absoluto un escritor ni tampoco un profeta: en realidad, sólo trabajo. Es verdad que a menudo investigo como respuesta a peticiones externas o a coyunturas diversas, pero nunca tengo la intención de buscar una determinada ley en mi trabajo. Si existe coherencia en lo que hago proviene ésta, creo, más de una situación que nos concierne a todos, a algo en lo que nos sentimos presos, que del hecho de poseer una intuición fundamental o desarrollar un pensamiento sistemático.

Me parece que la filosofía moderna, acaso desde que Kant se planteó la pregunta *Was ist Aufklärung?*, intentó responder al «¿qué es la actualidad?», es decir, trató de interrogarse sobre qué es el presente. Con ello, el pensamiento adquiere una dimensión o se propone un objetivo que no existía anteriormente. Empieza a cuestionarse sobre quiénes somos, qué es nuestro presente y qué supone el hoy en día. Era una interrogante que no tenía sentido todavía para Descartes, pero que comienza a tenerla para Kant, cuando se preguntó sobre la Ilustración, y que se convierte des-

pués en la pregunta principal de Hegel, o también, en esencia, la de Nietzsche. Creo que la filosofía –aparte de otras funciones diferentes que debe y puede tener–, posee también ésta de cuestionarse sobre nuestra actualidad y la situación presente. He hecho más estas preguntas, y en ese sentido soy kantiano, hegeliano o nietzscheano.

Diré dos palabras sobre nuestra vida intelectual; tras la Segunda Guerra, en los años cincuenta de la Europa Occidental, se disponía, por una parte, de una perspectiva analítica muy inspirada por la fenomenología; era dominante no en un sentido peyorativo, pues no había ningún despotismo o dictadura por su parte, pero sí creaba un estilo, al menos en Francia y en otros lugares. Un estilo que reivindicaba como meta fundamental el análisis de lo concreto. Sin embargo, uno podía sentirse algo insatisfecho porque lo *concreto* que reclamaba la fenomenología no dejaba de ser una concreción algo académica y universitaria. Describía ciertos objetos privilegiados, como podían ser la percepción de un árbol o lo que fuese a través de una ventana desde mi despacho, y venían predeterminados por la tradición filosófico-universitaria. Quizá merecía la pena superarla. El otro pensamiento importante de la época era el marxismo. En este caso se proponían análisis históricos en determinados terrenos, bien analizando los conceptos de Marx, lo que era interesante, bien estudiando los saberes históricos con los que esos conceptos debían relacionarse o donde serían operatorios; en cambio, la historia marxista de lo concreto no estaba bien trabajada entre nosotros. Había una tercera corriente, muy especialmente desarrollada en Francia: era una historia de las ciencias (la de Bachelard, Canguilhem o, antes, Cavallès), que se planteaba si puede haber una historicidad de la razón y, por lo tanto, si cabe hacer una historia de la verdad.

Creo haberme situado en el cruce de estos diferentes problemas y corrientes. Pero en cuanto a la fenomenología, en vez de hacer la descripción un poco interiorizada de la experiencia vivida, me preocupé más de hacer el análisis de ciertas experiencias colectivas, sociales. Así, me parecía interesante valorar la conciencia de alguien que está loco; pero no existía un análisis de la estructuración cultural ni social de la experiencia de la locura, y ello me condujo a plantearme un problema histórico. Me propuse estudiar las articulaciones del campo social en la historia de la locura, cuál era el conjunto de las experiencias institucionales y de prácticas, históricamente precisadas, en esta circunstancia; para las cuales, por cierto, los análisis marxistas parecían mal ajustados, como son los trajes de confección.

Con el análisis de los problemas histórico-sociales, me planteé el problema de cómo se podía hacer la historia del saber, de los agentes del conocimiento y de los objetos nuevos de conocimiento, presentados como objetos que se *quiere* conocer. Así me cuestioné acerca de si hay o no una experiencia de la locura característica de un tipo de sociedad como la nuestra; sobre cómo ha emergido o se ha constituido esta experiencia del desvarío, y sobre ese modo de constituirse como objeto de

saber para una Medicina que se presentaba como experimental. En suma, estudié a través de qué transformaciones históricas y qué modificaciones institucionales se constituía una experiencia de la sinrazón en la que participaban a la vez el polo subjetivo de la experiencia de la locura y el polo objetivo de la enfermedad mental. Este sería, no desde luego mi itinerario, pero sí mi punto de partida.

Cabría añadir una cuarta corriente en ese caminar (o en ese pisotear), y es que trabajé también con textos más literarios, menos integrados en la tradición filosófica. Me refiero a escritores como Blanchot, como Artaud o como Bataille, muy importantes para los lectores de mi generación, que abordaban la cuestión de las experiencias límites. Éstas son formas de la experiencia que –en lugar de considerarse centrales y ser positivamente valorizadas por nuestra sociedad–, definen en última instancia las fronteras de lo que puede estimarse como aceptable. En esencia, la *Historia de la locura* viene a ser una interrogación sobre nuestros sistemas de razón. Paralelamente, *El nacimiento de la clínica* considera la relación entre el pensamiento médico y el saber de la enfermedad o la vida en relación con el saber que supone la muerte y la integración de ésta en el conocimiento, como un asunto extremo. Por lo mismo, con ese ángulo me he interrogado sobre la ley y el crimen como punto de ruptura respecto al sistema. Y es que el universo del crimen sirve para medir qué significa la ley; y de hecho el estudio de la prisión nos permite conocer el sistema penal mejor que el estudio desde el interior del criminal.

La filosofía como una especial actividad le permite situarnos mejor en la sociedad. Hay una percepción suya de la realidad que nos interesa en particular: las técnicas de internamiento, de control. ¿El hecho de que el individuo se haya visto progresivamente controlado es determinante para comprender la modernidad?

No es un problema que me planteara como punto de partida; sólo apareció tras estudiar el funcionamiento de la psiquiatría y del sistema penal. Todos los mecanismos de encierro, de exclusión, de control, de vigilancia individuales me parecían muy importantes, aunque quizá los abordé inicialmente de un modo que podríamos denominar un poco *salvaje*. Luego, creo que me interrogué mejor sobre estas cuestiones, al ver su importancia.

Y es que me parece que la mayor parte de los análisis, tanto filosóficos como políticos, incluidos los marxistas, han marginado relativamente la cuestión del poder, o al menos lo han simplificado. Bien lo trataban como fundamento jurídico o político, esto es, como su legitimación, bien definían el poder como una función de mera conservación y multiplicación de las relaciones de producción. Es decir, que o se trataba de la cuestión filosófica del *fundamento* o del

análisis histórico de la *superestructura*. Esto resultaba insuficiente por una serie de razones. Las relaciones de poder, al menos en los dominios concretos que he analizado, me parecen más implantadas que en el simple plano de las superestructuras. Además, la cuestión está bien planteada, creo, ya que el poder no funciona a partir de su fundamento.

Me interesaba entonces abordar cómo el poder funciona de manera efectiva. Cuando digo «poder» no me propongo identificar una instancia, visible o no, que poco importa, como una especie de potencia que difundiría su efecto nocivo a través del cuerpo social y que extendería de modo fatal su red, progresivamente tupida, hasta estrangular a la sociedad y al individuo. No se trata de eso. El poder no es una cosa, el poder significa *relaciones*. Relaciones entre los individuos de tal manera que uno puede determinar voluntariamente la conducta de otro.

Es un ejercicio, y como tal remite al «gobierno», en un sentido muy amplio. Gobernar una sociedad, un grupo, una comunidad, una familia o a cualquiera, supone determinar la conducta en función de estrategias o de ciertas tácticas. La *gubernamentalidad* es el conjunto de relaciones técnicas que permiten ejercer las relaciones de poder. Me ha interesado cómo se gobierna a los locos o a los enfermos –un «gobierno», en sentido amplio de nuevo–, qué estatuto se les ha dado, en qué sistema de tratamiento se les ha incluido, sea éste benevolente, filantrópico o económico.

Esta *gubernamentalidad* se ha vuelto más estricta a lo largo de los tiempos. En la Edad Media dicho poder de «gobierno» era mucho más laxo, salvo en los aspectos fiscales, tan necesarios. No interesaban tanto los aspectos de la vida cotidianos para el ejercicio de los poderes políticos, aunque, eso sí, se volvieron más importantes, sin embargo, para la pastoral eclesiástica. Ahora, en cambio, las pautas de consumo se han vuelto muy importantes tanto política como socialmente. El número de objetos que están bajo el control de una *gubernamentalidad* reflexiva, incluso en un marco político liberal, ha aumentado de un modo considerable. No creo, sin embargo, que esta *gubernamentalidad* adquiera forzosamente la forma del encierro, la vigilancia y el control. La dirección de la conducta de los hombres se ha vuelto más sutil, y se logra con otros recursos.

Sus estudios hacen siempre uso de la historia. Pero su novedad radica en el desplazamiento del modelo histórico. Su trabajo no corresponde a la historia de las ciencias, ni a la epistemología; tampoco se inscribe en una historia de las instituciones, sino en todo ello a la vez. ¿La oposición entre historia y ciencia es interesante para usted?

Encuentro, en efecto, que el tipo de historia que hago tiene una serie de marcas, o si se quiere de dificultades. Pero yo empezaría de nuevo planteando la pregunta

sobre qué es lo que somos hoy, cuál es nuestro presente. Mi tipo de historia, en primer lugar, intenta hablar de esa actualidad concreta. Después, elige como dominio una serie de objetos si bien bajo la particularidad de que sean captados como puntos frágiles o sensibles en su actualidad. Sin embargo no concibo mi historia como una discusión más bien especulativa cuyo sentido no quedaría determinado enteramente por su condición actual. Tampoco se trata de seguir la moda sin más: si se han escrito diez buenos libros sobre la muerte no se trata de hacer el undécimo. Trato de detectar, entre las cosas de las que todavía no se ha hablado, qué puntos frágiles se captan en nuestros sistemas de pensamiento, en nuestros modos de reflexión, en nuestras prácticas. Hacia 1955, cuando yo trabajaba en los hospitales psiquiátricos, había una crisis latente de la que no se había hablado por entonces, pero que se vivía bastante intensamente. La mejor prueba de su existencia es que al lado, en Inglaterra, gentes como Laing y Cooper luchaban con idéntico problema y sin tener relación con los demás. Lo mismo podría decirse sobre la cuestión del poder médico –del campo en el que este poder funciona–, que empieza a replantearse en los sesenta y que tuvo eco tras 1968. Hago historia más bien de lo que está dibujándose.

¿Sus historias están reguladas por los objetos que usted considera, con el fin de esclarecerlos?

A veces se enjuicia mi trabajo como una suerte de análisis complicado, un poco obsesivo, y que sólo tiene como meta la exclamación «¡Dios mío, qué encarcelados estamos!», o bien como un modo de percibir que estamos bien atados y lo difícil que es desatar los nudos que la historia ha trabado en torno a nosotros. Sin embargo, creo hacer lo contrario. Cuando discuto, a partir de 1970, las condiciones de la reforma penal, me parece muy importante, por supuesto, plantear la cuestión teórica del castigo o del régimen penitenciario; pero es que antes no se veía interrogada esa especie de evidencia que descansa en considerar la privación de la libertad como la forma más simple, más lógica, razonable y justa de castigar a alguien por haber cometido una infracción. Esa adecuación –para nosotros tan clara y obvia–, entre pena y privación de libertad es realmente una invención técnica que sólo se ha acabado integrando en el sistema penal –y forma parte de la racionalidad punitiva– desde finales del siglo XVIII. He tratado de interrogar las razones por las que la prisión se ha convertido en una suerte de evidencia en nuestro sistema penal. Se trata, por consiguiente, de volver las cosas más frágiles a través de su análisis histórico, mostrando a la vez el modo en que las cosas se han constituido en sí mismas y al tiempo cómo lo han hecho a través de una historia precisa. Se trata de mostrar su lógica, o bien la estrategia bajo la que se han producido ciertas cosas, pues viéndolas de otra manera de

golpe pierden su evidencia. Nuestra relación con la locura es una relación constituida históricamente y políticamente –en un sentido muy amplio– destruida. Hay, por lo tanto, una capacidad de acción y reacción, de provocación de conflictos y luchas que conducen a determinadas soluciones. Se trata de reintegrar muchas evidencias de nuestras prácticas en su propia historicidad para que recobren su movilidad al arrebatarse ese estatuto de *evidencia*.

Emplea en sus conferencias la palabra «veredicción», para expresar la idea de decir la verdad. En su genealogía o en su arqueología, que usted elige dependiendo de su objeto, ¿encuentra que no hay fundamento en la práctica del poder?, ¿supone su trabajo una especie de deconstrucción del poder?

El trabajo de buscar un fundamento al poder consiste en interrogarse sobre lo que hacen los poderes. Se diría que es la propia pregunta lo que es fundamental. Y el fundamento, volviendo a su pregunta, forma parte de su sentido histórico. En una cultura como la nuestra es muy importante, al margen de en qué lugar preciso pueda encontrarse. El ejercicio del poder político debe interrogarse él mismo –o debe verse cuestionado–, sobre cuál es su fundamento legítimo, y ahí debe de ser siempre muy crítico. Desde hace 2500 años se está planteando esa pregunta que sin lugar a dudas es básica.

Ha destacado que sus análisis tratan, sobre todo, de cómo se han constituido determinados problemas.

Sí, es lo que he denominado «problematizaciones»; es un barbarismo técnico, pero una palabra deja de ser bárbara si muestra bien lo que se quiere decir; en cambio una palabra común puede serlo si confunde al decir varias cosas a la vez... Yo planteo la historia de ciertas problematizaciones, es decir, la historia de la manera en que las cosas constituyen un problema. Por ejemplo, cómo, por qué y de qué modo particular la locura se ha convertido en un problema importante en el mundo moderno. O cómo el psicoanálisis se ha extendido ampliamente en nuestra cultura, ya sea entendido como un problema interno o por sus relaciones con la locura. Lo mismo puedo decir de la enfermedad, que era bien conocida sin duda antes, pero que tiene otro cariz cuando se la problematiza de nuevo a partir del siglo XIX. Por lo tanto no se trata de una historia de la teoría, ni una historia de las ideologías, ni tampoco una historia de las mentalidades. Lo que interesa es la historia de los problemas o, si prefiere, es la *genealogía* de los problemas, el por qué cierto tipo de interrogantes o cierto modo de problematizaciones aparecen en un momento determinado.

También investigo aún las problematizaciones sobre la sexualidad. Pues no se trata de volver a repetir infinitamente si el cristianismo, la burguesía y la industrialización son los responsables de la represión sexual. Esto sólo interesa o en la medida que ha hecho sufrir a parte de la población, y afecta actualmente a cierto número de personas, o porque ha tomado formas diversas, aunque siempre ha existido. Por el contrario, lo que me parece importante es hacer visible cómo y por qué esta relación con la sexualidad, con nuestro comportamiento sexual, se convierte en un problema y de qué forma; cómo van cambiando las apariencias de ese problema entre los griegos del siglo IV a. C., en los siglos II y III con el cristianismo, y luego en los siglos XVI y XVII, etcétera. Lo importante es saber cómo en el comportamiento humano, en un momento dado, las evidencias se enturbian, las luces se apagan, cae la noche y la gente empieza a percibir que actúa a ciegas y necesita una nueva luz, una nueva iluminación y otras reglas de funcionamiento.

¿Por qué se detiene ahora en los fundamentos del Derecho?, ¿qué es lo que está buscando?

Mi interés por la legislación no es el de un especialista, el de un jurista, pues no lo soy, sino el de alguien que se ha encontrado con el problema de la Ley en el curso de sus estudios sobre la prisión y el crimen. Precisamente me interesé al centrarme en cómo la tecnología del gobierno puede tomar forma en el interior de una sociedad que, en una parte al menos, pretende organizarse y funcionar en torno al Derecho. Me parece, en este sentido, que preguntarse por las instituciones jurídicas, interrogarse por los discursos y las prácticas concretas del Derecho, podría tener cierta importancia, no para dar la vuelta a la historia y a la tecnología del Derecho, sino para alumbrar algunos aspectos importantes de la teoría y la práctica judiciales. Interrogar el sistema penal moderno a partir de la práctica punitiva o de esa práctica correctiva –todas esas tecnologías– mediante las que se ha querido modelar o modificar a los criminales, me parece que permite hacer aparecer cierto número de cosas importantes. Creo haber escogido el Derecho como un objeto particular de estudio en este mismo sentido.

Si Dios me lo permite, después de la locura, la enfermedad, el crimen y la sexualidad, la última cosa que me gustaría estudiar es el problema de la guerra, estudiar la institución de la guerra en lo que cabe denominar dimensión militar de la sociedad. Querría revisar el Derecho de gentes, el Derecho internacional y el problema de la Justicia militar; querría ver, en definitiva, cómo una nación le puede pedir a alguien que muera por ella.

BIBLIOGRAFÍA

Gran parte de la obra de Foucault ha sido traducida y reimpresa desde hace cuarenta años. Las referencias fundamentales son: *Maladie mentale et personnalité*, París, PUF, 1954; *Histoire de la folie à l'âge classique*, París, Gallimard, 1972 (su inaugural historia de la locura, ampliada del or. 1961); a los que siguieron *Les mots et les choses*, Gallimard, 1966, su arqueología de las ciencias humanas; *Raymond Roussel*, Gallimard, 1963; *La naissance de la clinique*, Gallimard, 1963, sobre la mirada médica.

Luego, hizo unos balances teóricos de gran interés: «Réponse à une question», *Esprit*, 371, 1968, pp. 850-874; «Réponse au Cercle d'épistémologie», *Cahiers pour l'Analyse*, 9, 1968, pp. 5-54; *L'archéologie du savoir*, Gallimard, 1969; y su lección en el Colegio de Francia *L'ordre du discours*, Gallimard, 1971. A ellos les siguieron trabajos sobre el mundo punitivo: *Moi, Pierre Rivière*, Gallimard, 1973; *Surveiller et punir*, Gallimard, 1975; *Herculine Barbin*, Gallimard, 1978; *La verdad y las formas jurídicas*, Barcelona, Gedisa, 1980 (or. Río de Janeiro, 1978). Finalmente están los tres tomos, en Gallimard, de la historia de la sexualidad; *La volonté de savoir*, 1975, *L'usage des plaisirs* y *Le souci de soi*, ambos de 1984.

Las grandes ediciones póstumas –aparte de *Résumé des cours, 1970-1982*, París, Julliard, 1989; y los registros orales *De la gouvernementalité*, París, Seuil, 1989– son *Dits et écrits*, París, Gallimard, 1994, cuatro tomos que recogen sus artículos, debates, conferencias y entrevistas en todo el mundo (unas 3.400 páginas); se ha traducido sólo una selección. La entrega de sus seminarios está ya en marcha, y se han publicado los volúmenes: 4. *Le pouvoir psychiatrique*, París, Gallimard/Seuil, 2003 (tr. Akal 2005); 5. *Les anormaux*, París, Gallimard/Seuil, 1999 (tr. Akal, 2001); 6. «*Il faut défendre la société*», París, Gallimard/Seuil, 1997; 7. *Sécurité, territoire, population*, París, Gallimard/Seuil, 2004 (tr. Akal, 2008); 8. *Naissance de la biopolitique*, París, Gallimard/Seuil, 2004; 11. *L'herméneutique du sujet*, París, Gallimard/Seuil, 2001; 12. *Le gouvernement de soi et des autres*, París, Gallimard/Seuil, 2008.

De los libros breves o de artículos que han circulado en España cabe reseñar: *Nietzsche, Freud, Marx*, Barcelona, Anagrama, 1970; *Theatrum philosophicum*, Anagrama, 1972; *Lógica de lo viviente e historia de la biología*, Anagrama, 1975; *Microfísica del poder*, Madrid, La Piqueta, 1978; *Espacios de poder*, La Piqueta, 1981; *Un diálogo sobre el poder*, Madrid, Alianza, 1981; *Eso no es una pipa*, Anagrama, 1981; *La imposible prisión*, Anagrama, 1982; *Saber y verdad*, La Piqueta, 1985; *La vida de los hombres infames*, La Piqueta, 1990; *La genealogía del racismo*, La Piqueta, 1992; *Siete sentencias sobre el séptimo ángel*, Madrid, Arena, 1999; *Discurso y verdad en la Grecia antigua*, Barcelona, Paidós, 2004; *La pintura de Manet*, Barcelona, Alpha-Decay, 2004; *Nietzsche, la genealogía y la historia*, Valencia, Pre-Textos, 2004; *El pensamiento del afuera*, Pre-Textos, 2004; *La naturaleza humana: justicia contra poder*, Madrid, Katz, 2004; *Sobre la Ilustración*, Madrid, Tecnos, 2007.

Carlos Rey

Las otras lecturas de Freud. Psicoanálisis y literatura

*Hay que llevar verdaderamente el caos dentro de sí
para poder engendrar una estrella danzarina.*

ZARATUSTRAS

Hay lecturas que dejan huella, como por ejemplo la lectura, análisis e interpretación por Sigmund Freud de *Edipo* de Sófocles. De los más de cuatrocientos términos y de los noventa conceptos estrictamente freudianos, es precisamente el complejo de Edipo el concepto central, el corazón del cuerpo teórico del método de investigación y análisis psicológico, por él creado. Concepto que mantuvo vigente de principio a fin, cuando ya no tenía abuela: «Creo que tengo derecho a pensar que si el psicoanálisis sólo tuviera en su activo más que el descubrimiento del complejo de Edipo reprimido, esto bastaría para ubicarlo entre las nuevas adquisiciones preciosas del género humano».

Como suele ocurrir que una lectura remite a otras muchas lecturas, *Hamlet* de Shakespeare fue la segunda capital para Freud. Así se lo escribe a su amigo y médico alemán Wilhelm Fliess: «Una idea me ha cruzado por la mente, la de que el conflicto edípico puesto en escena en el *Oedipus Rex* de Sófocles podría estar también en el corazón de Hamlet. No creo en una intención consciente de Shakespeare, sino más bien que un acontecimiento real impulsó al poeta a escribir ese drama, y que su propio inconsciente le permitió comprender el inconsciente de su héroe». Y como no hay dos sin tres, este tríptico lo completa *Los hermanos Karamazov* de Fedor Dostoievski. «Por lo que al escritor se refiere –dice Freud– no hay lugar a dudas, tiene su puesto poco detrás de Shakespeare. *Los hermanos Karamazov* es la novela más acabada que jamás se haya escrito». Si en *Edipo rey* descubre lo universal del inconsciente disfrazado de destino, en *Hamlet*, la inhibición culpable y en *Los hermanos Karamazov*, el deseo parricida.

La consecuencia de la presión que ejerce sobre el ser humano el complejo de Edipo sería una particular subjetividad trufada de tensiones y la necesidad de narrar, de relatar, de dotarse el humano de otra historia diferente de la real. Una diferente ascendencia, otra familia, unos padres distintos a los de la filiación, por ejemplo; y en general, la necesidad de ficcionar nuestra realidad para comprenderla. Por nuestra cultura judeo-cristiana somos hijos de la *parábola*. (¿Los nuestros lo serán de la *parabólica*?). A ese relato como recurso para atenuar el peso de la prohibición del incesto, Freud lo llamó, curiosamente, «La novela familiar del neurótico». ¿Qué relación existe entre este tipo de narración oral y lo que se rela-

ta en la novela como género literario? De entrada se puede decir que comparten el mismo origen pero que toman distintos itinerarios para llegar a un mismo fin: la simbolización. El *como si...* imaginario, tanto en literatura como para el psicoanálisis, aspira a la representación metafórica. Una buena diferencia encontrada entre la novela como género literario y *La novela...* del psicoanálisis, es la que nos ofrece la escritora francesa Annie Ernaux: «No deseo escribir ningún relato, pues eso significaría *crear* una realidad en lugar de *buscarla*». Y otra gran diferencia, la que establece con la escritura plana, descriptiva, o conocida como *literatura del yo*: «Y tampoco quiero limitarme a reunir y a transcribir las imágenes que conservo en la memoria, sino tratarlas como documentos que se aclararán los unos a los otros al estudiarlos desde diferentes ángulos. Ser, en pocas palabras, etnóloga de mí misma». Otros escritores, como César Antonio Molina, al escribir sus memorias nos aclaran que son ‘memorias de ficción’: «Es la novela de mi memoria, porque para contar cosas de la propia vida hay que hacerlo desde la ficción».

No será poco decir, también, que *La novela familiar...* es una narración oral, y que la novela como género es un relato escrito, sobre todo si se tiene en cuenta que en el núcleo del psicoanálisis de Freud se encuentra la *clínica*, es decir, el análisis del relato del paciente en tratamiento de su neurosis, y no de la novela como creación artística. Simplificando, para Freud el texto literario es un pre-texto. El texto del psicoanálisis es la *clínica*. Todo lo demás son aplicaciones, lo que se conoce como *psicoanálisis aplicado*, aplicado a la historia, la antropología, la cultura, las religiones, la literatura, y por extensión, a toda creación artística. Sin embargo, texto y pretexto, clínica y crítica han ido desde los orígenes del psicoanálisis en paralelo. En 1902, Freud creó *La Sociedad Psicológica de los Miércoles*. Al cabo de cinco años se forma *La Sociedad Psicoanalítica de Viena*; después, *La Asociación Internacional de Psicoanálisis*, y así hasta la penúltima escisión de nuestros días. En realidad, la primera sociedad la formó Freud siendo un adolescente con su amigo y confidente Eduard Silberstein. Durante más de diez años mantuvieron activa su sociedad secreta: *Academia Española*. Mezclando el alemán con el castellano que aprendieron leyendo *El Quijote*, se escribían en clave y adoptaron otros nombres propios. Freud pasó a ser Cipión, el que escucha las desventuras de su amigo Berganza. Cipión y Berganza no son otros que los nombres de los perros que aparecen en *El coloquio de los perros*, una de las *Novelas ejemplares* de Miguel de Cervantes Saavedra.

Pues bien, en esos primeros años de actividad psicoanalítica, paralelas a las discusiones teóricas y clínicas se crearon las *Monografías de Psicoanálisis Aplicado*. El primer ensayo de la colección fue el realizado por Freud sobre la novela del escritor alemán Wilhelm Jensen titulada *Gradiva, fantasía pompeyana*. Freud empezaba a entrar en un asombro del que nunca salió. La literatura y el psicoanálisis eran líneas de pensamiento separadas pero con puntos de intersección:

el desvelamiento de los enigmas de la condición humana. En 1912, Freud y sus discípulos crearon una revista para la publicación y difusión de la aplicación del psicoanálisis a las ciencias del espíritu o culturales. En un principio pensaron en llamarla *Eros y Psique*, pero terminaron poniéndole el nombre de una novela que causó furor entre el mundillo psicoanalítico de la época: *Imago*, del escritor suizo Carl Spitteler, premio Nobel de literatura en 1919. Uno de los primeros logros de estas aplicaciones fue descriminalizar –ya fueran autores o personajes de su ficción– lo criminalizado por Cesare Lombroso. El paso siguiente fue distanciarse de los diagnósticos psiquiátricos, y en general de la tutela médica, para así poder psicologizar la subjetividad. De esta manera el terreno quedó despejado para aplicar la interpretación psicoanalítica. En palabras de Freud: «Todo escritor que presente tendencias anormales puede ser objeto de una patografía. Pero la patografía no nos enseña nada nuevo. El psicoanálisis, en cambio, informa sobre el proceso de la creación». Así fue que de la *patografía* se pasó a la *psicobiografía*, o análisis e interpretación del texto en función de la biografía del autor, y finalmente se acabó en la *psicocrítica*, o interpretación psicoanalítica del texto por el texto mismo. De esta manera Freud descargó al *Dichter* (término que designa por igual al novelista, dramaturgo y al poeta) de los prejuicios sociales de la época, basados en el binomio *genialidad-locura*, y lo remitió a su neurosis, es decir, a la normalidad y a lo común de los mortales.

En el Círculo de los Miércoles, Freud expuso su trabajo *Personajes psicopáticos en el teatro*; en el mismo sitio, y publicado en las monografías, *Un recuerdo infantil de Leonardo de Vinci*. En la revista *Imago* se publicaron: *El tema de la elección de un cofrecillo*, *El Moisés de Miguel Ángel*, *Un recuerdo infantil de Goethe en «Poesía y verdad»*, *Lo siniestro*, *Una neurosis demoníaca en el siglo XVII*, etc.

Por el lugar donde Freud eligió publicar sus reflexiones –en revistas o en formato libro– se puede deducir la distancia y proximidad que deseaba mantener a sus aplicaciones de su cuerpo teórico. La verdad es que no siempre lo logró. Teoría, clínica y crítica son conceptos que en Freud, y sobre todo al principio, están entrelazados. El texto literario sirve de pre-texto para el texto teórico y la clínica se sirve del texto literario como caso clínico. Empecemos por esto último. Si Freud recurre al lenguaje figurado del arte y la literatura es para intentar superar los límites del lenguaje científico. De allí que utilice a veces el texto literario como caso clínico y otras veces, cuando por ética profesional no puede utilizar los casos de su clínica privada. Por ejemplo, en su ensayo *Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica* (*Imago*, 1916), dice: «El secreto profesional nos veda servirnos de los casos clínicos por nosotros observados para exponer lo que de tales tendencias sabemos y sospechamos. Por lo cual habremos de recurrir para ello al análisis de ciertas figuras creadas por grandes poetas, dramaturgos y escritores, profundos conocedores del alma humana». Así, por ejemplo, para explicar

los mecanismos de ciertos neuróticos, «los de excepción», es decir, aquellos que exigen una compensación a la vida por el narcisismo herido de no haberlos dotado la naturaleza con una cantidad o cualidad determinada, Freud se sirve de la obra, *Vida y muerte del rey Ricardo III* de Shakespeare. Y como ejemplo de «los que fracasan al triunfar», de *Rosmersholm*, del dramaturgo noruego Henrik Ibsen, de quien dijo Freud «que gusta de perseguir con severo rigor el proceso de la responsabilidad psicológica». Y también *Macbeth* de Shakespeare. Dice Freud: «Una de estas figuras, la de lady Macbeth, inmortal creación de Shakespeare, nos presenta con toda evidencia el caso de una vigorosa personalidad, que después de luchar con tremenda energía por la consecución de un deseo se derrumba una vez alcanzado el éxito».

El ejemplo de psicocrítica por excelencia es su estudio sobre *Lo siniestro*. Éste es un ensayo ¡fantástico! en todo su sentido literario, muy recomendable para los lectores en general y para los que gustan de la literatura fantástica en particular. Freud empieza medio disculpándose por el atrevimiento de hablar de la estética y del material que lo compone: emociones inhibidas en su fin o amortiguadas. Si lo hace es para hablar de «lo siniestro» (*unheimlich*) y por considerar que: «Poco nos dicen al respecto las detalladas exposiciones estéticas, que por otra parte prefieren ocuparse de lo bello, grandioso y atrayente, es decir, de los sentimientos de tono positivo, de sus condiciones de aparición y de los objetos que los despiertan, desdeñando en cambio la referencia a los sentimientos contrarios, repulsivos y desagradables». La verdad es que no deja mejor a la literatura médico psicológica que se ha ocupado del tema. Sea como fuere, la cuestión es que después del análisis lingüístico del término *lo siniestro* y después de repasar la literatura del romanticismo germano que lo utiliza, llega a la conclusión de que «lo siniestro sería aquella suerte de espanto que afecta las cosas conocidas y familiares desde tiempo atrás». De Wilhelm von Schelling ya había leído: «Lo siniestro es todo lo que, debiendo permanecer secreto, oculto... no obstante, se ha manifestado, revelado». Y posiblemente, también del joven poeta Rainer M. Rilke: «Lo bello es el comienzo de lo terrible que todavía podemos soportar». Sigue diciendo Freud: «De modo que *heimlich* (familiar, conocido) es una voz cuya acepción evoluciona hacia la ambivalencia, hasta que termina por coincidir con la de su antítesis, *unheimlich* (siniestro). *Unheimlich* es, de una manera cualquiera, una especie de *heimlich*».

Para ejemplarizar lo que dice, Freud analiza principalmente los *Cuentos fantásticos* de E. T. A. Hoffmann, concretamente el que lleva por título: *El arenero* (nuestro hombre del saco, el que arranca los ojos a los niños que no quieren dormir). «Hoffmann es el maestro sin par de lo siniestro en la literatura. Su novela *Los elixires del Diablo* presenta todo un conjunto de temas a los cuales se podría atribuir el efecto siniestro de la narración (es Freud, el literato, quien habla). «Nos hallamos así, ante todo, con el tema del *doble* o *del otro yo*, en todas sus variacio-

nes y desarrollos». Y así nos explica otras situaciones: lo siniestro de las repeticiones, el retorno involuntario a un mismo lugar, tropezar más de dos veces con la misma piedra, la omnipotencia del pensamiento, el temor al «mal de ojo», etc., con autores como Mark Twain; *La historia de la mano cortada* de Hauff; *El estudiante de Praga*, de H. H. Ewers; *Josef Montfort*, de Albert Schäffer; *El tesoro de Rhampsenit*, de Heródoto; los cuentos de Andersen; *El andrajoso* de Nestoy; *El espectro de Canterville*, de Oscar Wilde; etc. «Si la teoría psicoanalítica –dice Freud– tiene razón al afirmar que todo *afecto* de un impulso emocional, cualquiera que sea su naturaleza, es convertido por la represión en angustia, entonces es preciso que entre las formas de lo angustioso exista un grupo en el cual se pueda reconocer que esto, lo angustioso, es algo reprimido que retorna. Esta forma de la angustia sería precisamente lo siniestro. Lo siniestro, no sería realmente nada nuevo, sino más bien algo que siempre fue familiar a la vida psíquica y que sólo se tornó extraño mediante el proceso de su represión». Este texto es capital, pues, para entender lo resbaladizo del límite entre ficción y realidad, lo siniestro de la realización de un deseo inconsciente o, en expresión de Eugenio Trías, «lo fantástico encarnado».

Por otra parte las psicobiografías, que no son tantas como cabría esperar de una obra tan extensa, nunca lo son del todo y acaban siendo materiales de primera calidad para la construcción de la teoría psicoanalítica. Tanto lo escrito sobre Leonardo como sobre Goethe, también le sirvió a Freud para explicar *el retorno de lo reprimido*. El conocido como *Caso Schreber* (*Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia*) es un estudio sobre el libro *Memorias de un neurópata* escrito por el magistrado Daniel Paul Schreber. Estudio que le sirvió a Freud para validar su teoría sobre la psicosis.

El ensayo *Un recuerdo infantil de Leonardo de Vinci* fue expuesto en el Círculo de los Miércoles y en 1910 publicado en las Monografías de Psicoanálisis Aplicado. Si bien se ayudó de las biografías y ensayos existentes, de la novela histórica sobre el genio de Dimitri Sergueievich Merejkovski y sobre todo de los *Cuadernos* del propio Leonardo, lo mínimo que puede decirse de este trabajo es que representa mucho más que una psicobiografía. El enigma de la sonrisa de Mona Lisa le llevó a interrogarse sobre la inhibición sexual de su autor, su relación con la creación artística y con la sublimación. En este texto se habla, también, de la génesis de la homosexualidad. Ni degenerado ni invertido, por primera vez Freud incorpora el término moderno (1860) de homosexual, del médico húngaro Karoly Marie Benkert. Adelantándose en mucho a su época –y a la nuestra–, Freud proclamó en 1915: «La investigación psicoanalítica rechaza terminantemente la tentativa de separar a los homosexuales del resto de los humanos como un grupo diferentemente constituido». Hay que tener en cuenta que la OMS retiró la homosexualidad del listado de enfermedades mentales en ¡1990!

A Freud le interesa la biografía del autor, y sobre todo la infancia, en tanto que pueda darle la llave que abra el *sancta sanctorum* donde se guarda el secreto de la creación artística, el *ars poetica*. En el momento que se da cuenta de que no hay llave para esa cerradura, abandona descubrir el misterio, se desentiende del autor y se centra en el texto, y no cuando éste nos enseña lo que es visible, sino cuando nos lo hace visible –como diría Paul Klee–. (Juan Marsé lo dice así: «En los buenos relatos las cosas aparecen y se manifiestan allí donde no se las nombra»). Para Freud lo que se desvela es *la verdad*, la verdad de cada texto. Y no la verdad de la Razón Clásica, sino la verdad de la *tensión*, la del malestar en la cultura, la de la precariedad y caducidad que está en la esencia del ser humano. La verdad que se sirve de los rodeos de la deformación para revelarse, la que consigue el *Dichter* llevando el lenguaje a la tensión máxima, a la transformación, cuando no a la metamorfosis. Mario Vargas Llosa habla de *La verdad de las mentiras* en su ensayo homónimo, donde analiza 36 novelas y libros de relatos del siglo XX.

Para Freud los valores literarios no entran dentro de su análisis y psicocrítica. Para él lo importante es el tema y el fondo, no la forma. Se podría decir que Freud prefiere *la verdad* de la poesía a los valores literarios del poema. Dos ejemplos. 1) En 1909, Freud le escribe a Ernest Jones: «Cuando redacté (en *La Interpretación de los sueños*) lo que me parecía la solución del misterio, no estaba emprendiendo una investigación especial sobre los valores literarios de Hamlet, pero sabía cuáles eran los resultados de nuestros escritores germanos, y vi que incluso Goethe había errado el blanco». 2) Dice Freud en su estudio *El Moisés de Miguel Ángel*: «A menudo he notado que el tema de una obra de arte me atrae con más fuerza que sus propiedades formales y técnicas las cuales, después de todo, son las que el artista principalmente valora. Sin duda, me falta una comprensión adecuada de muchos de los métodos y algunos de los efectos del arte». Si bien es cierto que Freud no se ocupó del estilo literario, sí que se preocupó de escribir con estilo. Freud tiene una vena literaria que es observable en el pulso narrativo de sus escritos. Hasta en sus historiales clínicos se pueden encontrar todos los valores literarios apreciables en un buen relato literario. Hay que reconocer que tenía bien educado el oído con los clásicos, con todos los clásicos. Mucho más que con sus contemporáneos, ya que fueron pocos sus preferidos: Arthur Schnitzler, Carl Spitteller, Conrad Ferdinand Meyer, Arnold Zweig, Romain Rolland, Stefan Zweig, Thomas Mann, Henrik Ibsen y pocos más. En 1907 su editor le pidió un listado de sus preferencias y confeccionó una lista muy meditada y equilibrada. Mencionó a Gottfried Keller, C. F. Meyer, Mark Twain, *Cartas y trabajos* de Douwles Dekker, *El libro de la selva* de Rudyard Kipling, los ensayos de Lord Macaulay, *Sobre la piedra Blanca* de Anatole France, *Fecundidad* de Émile Zola, *Leonardo da Vinci* de Dimitri Merezhkousky, los ensayos del austriaco Theodor Gomperz, etc.

Como ya se ha dicho antes, Freud cree que el psicoanálisis puede informar sobre el proceso de creación. Ahora se puede matizar más y afirmar que puede informar sobre la *fuerza* de la creación artística, así como de otros efectos ¿secundarios? del arte: los psicológicos. Efectivamente, entre los valores literarios de una obra se encuentra el del placer estético que pertenece a la subjetividad, tanto la del autor como la del lector, y por lo tanto analizable desde sus respectivas psicologías. De todas maneras la obra de arte va más allá del cerco de las interpretaciones psicoanalíticas, como va más allá de las intenciones del escritor. A veces, incluso un texto literario se queda más acá y no llega a ser un logro por más que el autor lo apoye con la declaración de sus intenciones a toro pasado. Decir, además, que una producción artística, como la literatura, está preñada de conflictos no resueltos no es exclusivo del psicoanálisis; hasta el mismísimo T. S. Eliot está de acuerdo con esta función catártica de la escritura cuando dice que el creador está «oprimido por una carga que ha de dar a luz para conseguir alivio». Basta escuchar las respuestas de los escritores a la pregunta periodística ¿por qué escribe? para llegar al mismo punto. Algunas respuestas servirán como ejemplo: 1) «Siempre se suele decir, para vengarse uno de la realidad, por insuficiente, como defensa propia, pero vaya para mí es tan necesario como respirar». 2) «Supongo que por necesidad, por insatisfacción. En la distancia que se da entre la realidad y lo que uno desea, en ese hueco escribo». 3) «Por el penalti que fallé de pequeño. Para mí la literatura es una especie de defensa. Es una manera de que la dureza de la vida me afecte menos de lo que soy capaz de soportar». Y así lo dijo *Zaratustra*: «Hay que llevar verdaderamente el caos dentro de sí para poder engendrar una estrella danzarina».

Desde el punto de vista del placer estético todo producto literario es inacabado e inacabable. Según Freud el placer estético no elimina las tensiones sino que las alivia. O sea que si en el mejor de los casos sólo logra mitigarnos en mayor o menor grado, en contra del pronóstico de los cenizos más recalcitrantes, tenemos arte para rato. Posiblemente en la evolución del ser humano se hayan producido tensiones nuevas, pero lo que es seguro y observable desde la clínica son las nuevas manifestaciones –narcisismos heridos– de las tensiones ya clásicas. Al mismo tiempo también son observables, en el mercado, las nuevas manifestaciones artísticas. Las tensiones inherentes a la condición humana se siguen aliviando con cualquier *Dichter* clásico, así como con los nuevos autores, los que producen nuevas formas de enfocar y ficcionar viejos conflictos.

A la distinción realizada anteriormente entre el sujeto de *La novela familiar del neurótico* y el sujeto de la novela como género literario, es preciso matizar ahora que el sujeto de la novela como género no es unitario. Existe el autor y existe el personaje de su ficción. Y a pesar de lo mal acostumbrados que nos tiene la llamada *literatura del yo*, no podemos olvidarnos del tercero en discordia, el narrador. No será rizar mucho el rizo recordar que el *Dichter* también juega a ser otro. Ser un fingidor que

diría Fernando Pessoa: «El misterio me sabe a yo ser otro. Vuelo siendo otro: esto es todo. Dicen que finjo o miento / En todo lo que escribo. No. / Yo simplemente siento / Con la imaginación. / No con el corazón». Y de una manera más precisa en su *Autopsicografía*: «El poeta es un fingidor. / Finge tan completamente / que hasta finge que es dolor / el dolor que en verdad siente. / Y, en el dolor que han leído, / a leer sus lectores vienen, / no los dos que él ha tenido, / sino sólo el que no tienen».

Juan Ramón Jiménez, quien estuvo lejos de ser psicocriticado o de ser objeto de una psicobiografía por Freud, sí ha sido analizado por los teóricos de la literatura y por los críticos literarios, y es a ellos a quienes les dice: «La tristeza que tanto se ha visto en mi obra poética nunca se ha relacionado con su motivo más verdadero: es la angustia del adolescente, el joven, el hombre maduro que se siente desligado, solo, aparte de su vocación bella». *Vivir y / o escribir*, gran dilema este de la cópula o la escisión que más de un escritor quisiera tener resuelto, y no precisamente por la fuerza de su voluntad. Cuestión, que a su vez, genera nuevas tensiones y desgarros.

Como se ve *en* la literatura hablan muchos y muchos hablan *de* ella. También la literatura habla de muchas cosas, por ejemplo de la subjetividad humana a través de sus estudios psicológicos. Que Freud y su análisis psicológico recorra el camino inverso no ha de considerarse tanta intromisión. La historia también habla *en* la literatura, y la palabra de Dios; y el periodismo habla *en* la literatura, y *de* la literatura a través de sus reseñas literarias. Toda la vida ha hablado la filosofía *en* la literatura, y también *de* la estética. Eugenio Trías, sin ir más lejos, dice en su ensayo *Lo bello y lo siniestro*: «Utilizo, como fuente de inspiración filosófica y metodológica, la hipótesis avanzada en mi libro *La filosofía y la sombra*, trasladándola al terreno de la estética».

Porque lo que oía de sus pacientes era *como si* ya lo hubiera leído en los clásicos, Freud quiso preguntarle a la literatura por sus fuentes de información. Y también directamente a sus amigos escritores, como a su paisano y también médico Arthur Schnitzler por carta: «A menudo me he preguntado con sorpresa dónde puede usted adquirir este o aquel conocimiento secreto que yo he logrado a través de laboriosas investigaciones». No conocemos mejor respuesta del escritor que seguir escribiendo relatos tan lúcidos como *Relato soñado* o *Huida a las tinieblas*. Y Freud se queja: «El que los escritores no nos ofrezcan todo el apoyo que de ellos esperamos no ha de debilitar, sin embargo, el interés que nos inspira la forma en que se sirven de los sueños como medio auxiliar de la creación artística». Para Freud, los sueños, sueños son, sean de los personajes de la ficción o sean de su autor. «El lenguaje, con su sabiduría insuperable, ha resuelto hace ya mucho tiempo la cuestión de la esencia de los sueños, dando también este mismo nombre a las creaciones de los que fantasean». Sin embargo para analizarlos sí que hace distinciones entre los sueños diurnos y el inconsciente onírico.

Freud equipara la ensoñación a la creación artística, en su conferencia *El poeta y los sueños diurnos*: «Los profanos sentimos desde siempre vivísima curiosidad por saber de dónde el poeta, personalidad singularísima, extrae sus temas y cómo logra conmovernos con ellos tan intensamente y despertar en nosotros emociones de las que ni siquiera nos juzgábamos acaso capaces. Tal curiosidad se exagera aún ante el hecho de que el poeta mismo, cuando le interrogamos, no sepa respondernos, o sólo muy insatisfactoriamente, sin que tampoco le preocupe nuestra convicción de que el máximo conocimiento de las condiciones de la elección del tema poético y de la esencia del arte poético no habría de contribuir en lo más mínimo a hacernos poetas. ¡Si por lo menos pudiéramos descubrir en nosotros o en nuestros semejantes una actividad afín en algún modo a la composición poética! La investigación de dicha actividad nos permitiría esperar una primera explicación de la actividad creadora del *Dichter*. Acaso sea lícito afirmar que todo niño que juega se conduce como un poeta, creándose un mundo propio, o, más exactamente, situando las cosas de su mundo en un orden nuevo, grato para él. La antítesis del juego no es lo serio, sino la realidad». Y sigue diciendo que cuando el niño se hace mayor deja de jugar y empieza a fantasear, tiene ensueños o sueños diurnos. «Las pulsiones insatisfechas son las fuerzas impulsoras de las fantasías y cada fantasía es una satisfacción de deseos, una rectificación de la realidad insatisfactoria. ¿Debemos realmente arriesgar la tentativa de comparar al poeta con el hombre que sueña despierto, y comparar sus creaciones con los sueños diurnos?». Para la comparación se sirve Freud no de los poetas ensalzados por la crítica sino de aquellos escritores modestos, los que ganan adeptos a través del *boca-oído*. La diferencia, concluye Freud, es que: «El *Dichter* mitiga el carácter egoísta del sueño diurno por medio de *modificaciones* y *ocultaciones* y nos soborna con el placer puramente formal, o sea estético, que nos ofrece la exposición de sus fantasías. A mi juicio, todo el placer estético que el poeta nos procura entraña este carácter de placer preliminar, y el verdadero goce de la obra poética procede de la descarga de tensiones dadas en nuestra alma. Quizá contribuye no poco a este resultado positivo el hecho de que el poeta nos pone en situación de gozar en adelante sin avergonzarnos ni hacernos reproche alguno, de nuestras propias fantasías».

Fue en plena Guerra Mundial (1915) cuando Freud observó: «En el campo de la ficción hallamos aquella pluralidad de vidas que nos es precisa». Y G. K. Chesterton sostuvo: «Los cuentos de hadas superan la realidad no porque nos digan que los dragones existen, sino porque nos dicen que pueden ser vencidos». Por otra parte J.-P. Sartre, en *¿Qué es la literatura?*, nos dijo: «No se es escritor porque se ha elegido decir determinadas cosas, sino porque se ha elegido decirlas de un modo determinado».

Para Freud son las «modificaciones y ocultaciones» las claves para entender la diferencia entre los sueños diurnos y las creaciones artísticas. Pero ¿el sueño propiamente dicho?... El sueño para decir lo que *no* quiere decir se deforma, y el

Dichter para decir lo que quiere decir deforma el lenguaje. O de otra manera: el inconsciente para manifestarse a través del sueño recurre a la condensación y el desplazamiento y el *Dichter* inserta sus ideas en el lenguaje a través de la metáfora y la metonimia. ¿Será verdad que el inconsciente está estructurado como un lenguaje?

Psicoanalistas posteriores a Freud fueron mucho más atrevidos que él. El psicoanalista austriaco-norteamericano e historiador de arte Ernst Kris, por ejemplo, fue así de contundente: «El inconsciente es el nombre técnico de la musa». Freud no lo quiso decir tan sencillo. Un discurso como el psicoanálisis que no para de formular el problema de la falta, ¡la falta!, la falta... del ser humano, no puede pasar por alto la falta en el Saber, el de los demás y el suyo propio, en el psicoanálisis como *La hermética*. Supongo que a Freud le causó la misma frustración que cuando tuvo que renunciar a su Teoría de la seducción y reemplazarla por la Teoría del fantasma, o fantasías inconscientes. En esta ocasión no hubo recambio alguno, pero introdujo la Ética en el quehacer profesional. A diferencia de Kris, Freud no lo dijo tan sencillo, pero tampoco tan complicado. Dijo que existe la fantasía y la fantasía inconsciente o fantasma. «Sabemos –afirma Freud– que el sujeto humano emplea su fantasía para satisfacer aquellos deseos que la realidad deja incumplidos». También lo podemos decir por pasiva y en boca de Pessoa: «Nuestra realidad es aquello que nunca conseguimos».

Al *ars poetica* se le supone técnica y subjetividad. Tiene fantasía, la de la imaginación del escritor y tiene inconsciente, también el del escritor. Por esto último, porque el inconsciente es del escritor y porque el inconsciente analizable para el psicoanálisis es el de los síntomas de un paciente en el diván... punto en boca. Algunos ejemplos: «Las fuerzas impulsoras del arte son aquellos mismos conflictos que conducen a otros individuos a la neurosis y han movido a la sociedad a la creación de sus instituciones. El problema del origen de la capacidad artística creadora no toca resolverlo a la psicología. La naturaleza de la obra artística es psicoanalíticamente inaccesible para nosotros. El psicoanálisis no puede hacer nada en el sentido de aclarar la naturaleza del don artístico, ni explicar los medios con que opera el artista».

Si Octavio Paz sostiene que «el poema es lenguaje en tensión: en extremo de ser y en ser hasta el extremo» (*El arco y la lira*), para Freud el sujeto del lenguaje de la literatura y por extensión de la creación artística, es el sujeto de esa misma tensión. Tensión entre tendencias plurales y opuestas, contradictorias. Tensión que habla en los síntomas y en la ficción literaria. Sujeto de la tensión que en la clínica es el sujeto del/al conflicto. Dos sujetos que no son uno y que no pueden ser *tratados* por igual. Para lo ilustrado que era Freud, o precisamente por esto mismo, no se le puede acusar de haber practicado el *furor curandis* con la literatura en general y con los escritores en particular. Y es que si el lenguaje poético no es el

mero relato de una experiencia, supuestamente, rica en síntomas. Si se trata de un lenguaje que transmite la corriente de una *tensión*, entonces precisa de mucha escucha y poca interpretación. Poca razón y mucha imaginación. El *Dichter*, colocado entre una naturaleza muda y la sordera del progreso, nos envía señales de humo. Frente al fracaso del discurso de la ciencia, ya que no puede dar cuenta de la pluralidad y complejidad de la realidad; frente a la pretensión de negar y aniquilar la diferencia, el lenguaje poético nos habla de la fragilidad de nuestros equilibrios psíquicos, culturales y sociales. En definitiva, es un decir que se sitúa al lado de la caducidad y precariedad que anida en la esencia de lo humano, en su *Ser*.

Como toda creación artística, el lenguaje poético renuncia a soliviantar a *la cosa* y le respeta que se resista a toda reducción de sí misma a objeto. A diferencia del lenguaje científico, el poético desvela la cosa y la hace visible por proximidad, por intimidad con la cosa. A diferencia del técnico, el poeta manipula el lenguaje, no la cosa. Y la cosa, que sabe que al nombrarla muere, se deja transformar y acepta ser *la figura* que le propone el poeta. Tanto para el padre de la criatura como para el padre del psicoanálisis, una vez conseguido el salto de/a la sublimación... se pierde el rastro de la pirueta.

* Carlos Rey. Psicólogo clínico, psicoanalista.
Correspondencia: carlosry@cops.es tlf. 93 4546761

** Fecha de recepción: 30-IV-2008 (aceptado el 5-VI-2008).

Erotomanía, amor y enamoramiento. Contradicciones

RESUMEN: El Amor verdadero es la experiencia neurótica más cercana a la psicosis.

PALABRAS CLAVE: Erotomanía. Enamoramiento. Matrimonio. Afectos. Lenguaje.

SUMMARY: The real love is the neurotic experience nearest to the psychosis.

KEY WORDS: Erotomania. Falling in love. Marriage. Affections. Language.

I. *Presentación*

Proponerse hablar del amor es una empresa inútil y poco esperanzadora. Viene a ser como pretender abordar lo inabordable, acotar lo que no tiene límites y objetivar lo que no puede suceder sin que lo coloree la impresión subjetiva de cada uno. Por eso Ferrand, en su *Melancolía erótica*, se unía a la opinión galénica de descalificar a los que intentaban dar una definición esencial de algo que cada uno concebía a su manera. Tachaba, por tanto, de sofistas a los lógicos de turno que intentaban dar con la clave de asuntos que no pueden sino explicarse a través de una experiencia propia.

El amor ha sido uno de los temas más abordados por la filosofía, la literatura, la antropología, la religión e incluso la medicina. Todas las ciencias que se han ocupado de los distintos aspectos del ser humano han hecho un hueco para estudiar eso que tantos, y con tanta razón, han calificado de locura. Sin duda, intentar comprender qué es el amor resulta una de las mejores y más arriesgadas formas de bucear en las profundidades del hombre. Agustín nos dejó dicho que «si quieres conocer a alguien, no le preguntes lo que piensa, sino lo que ama». Quedamos definidos por el amor y por lo que amamos.

Desde nuestra profesión, y en ocasiones a pesar de ella, nos es fácil encontrarnos con situaciones que nos acercan a estos reveladores modos de observación. Tan es así, que siempre resulta útil echar un vistazo al acompañante del paciente que espera fuera de la consulta si queremos enriquecer la impresión clínica que vamos construyendo. Del mismo modo que, no pocas veces, se nos escapa una sonrisilla maliciosa cuando un amigo nos presenta a su nueva pareja, que resulta cortada por el mismo patrón que esa anterior que le desilusionaba.

La pareja, el amado, el amigo predilecto, no son anécdotas de nuestra existencia sino un reflejo de las cartas con las que jugamos en la vida. El amor decide por fuera de la razón. No elegimos racionalmente entre varias posibilidades presentes, sino que es nuestra oculta intimidad la que apuesta por nosotros como si

supiera de antemano quién será el ganador. Además, el amor actúa de modo determinante sobre el destino de las personas. Nuestra biografía no sólo es un inventario de relaciones amorosas, sino que es el efecto de los amores que se han ido sucediendo. Decía Ortega y Gasset que, en caso de contar con más de uno, una persona nunca tendría más de dos o tres amores importantes a lo largo de su vida. Éstos, además, coincidirían con cambios significativos en su «modo de ser». De ahí provendrían las similitudes y diferencias entre las parejas que acumula una misma persona: mientras las similitudes responden a la repetición, las distintas personas a las que se ama dan cuenta de los cambios sucedidos en cualquier trayectoria vital.

Sí, lo que nos proponemos llevar a cabo es un sinsentido, pues queremos adentrarnos en un tema cuyos márgenes sabemos de antemano que se escapan. La intimidad se resiste a ser científica, a cumplir reglas o respetar límites convencionales. Enfrentados a esta tarea y sus dificultades irreductibles, podemos intentar apoyarnos en el resultado de las miradas que nos anteceden. De su repaso, a nuestro juicio, surgen dos proposiciones. Por un lado, registramos la insistente exigencia a lo largo de los siglos de elaborar una teoría del amor y fundarla en una filosofía de las pasiones. Pero, por otro, damos cuenta también de la imposibilidad de lograrlo sin derrumbar los cimientos de esas mismas hipótesis. Esto demuestra el carácter paradójico de todo lo que acercamos al amor. Tanto las explicaciones que el hombre atribuye a sus sentimientos, como el manejo con que el propio amor gobierna al sujeto, se encuentran rodeados de esa esencia contradictoria que caracteriza a Eros.

Las pasiones no quieren «tener razón», por eso el único lenguaje que conoce el amor es el de la contradicción. La palabra es el límite del amor y, pese a ello, no disponemos de un arma distinta para acercarnos a esa sinuosa profundidad que tanto despierta nuestro interés. «No se puede decir nada sin contradecirse», decía Lacan. Así que, bajo esta advertencia previa, vamos a emplear la palabra para hablar de lo contradictorio.

II. *Tácticas*

Uno de los primeros y más grandes textos escritos sobre el amor, *El Banquete* de Platón, está prácticamente en su totalidad compuesto por monólogos. Salvo la conversación de Diotima con Sócrates, el resto de la obra consiste en exposiciones unidireccionales sobre cómo entiende el amor cada uno de los comensales. No podía ser de otro modo: el lenguaje, decíamos, limita al amor, y el hecho de que el diálogo se vea tan dificultado a la hora de plantear los asuntos

amorosos es la primera prueba de una afirmación que, en principio, podía parecer demasiado categórica.

Así las cosas, no queda más remedio que ceder un poco en nuestras convicciones personales y procurarnos un lenguaje común para tratar sobre las pasiones amorosas. Tanto el que nos atrevemos a llamar Amor verdadero, como el deseo, la pasión, el enamoramiento, la simple relación de pareja o el mismo matrimonio se confunden conceptualmente porque cada uno les aplica los atributos que su experiencia y su moral le permiten. Desde nuestro punto de vista, el amor es una táctica, una forma de salir de la soledad para alcanzar una individualidad que, pese a forjar una diferencia con los demás, nos permita acceder al otro. Toda solución del sujeto, del más sano al más loco, es, por tanto, una solución de amor.

Un recurso

Podemos preguntarnos entonces, y en primer lugar, de qué modo es el amor un recurso del psicótico. En este sentido, y a pesar de las variaciones que posteriormente Freud realizaría al respecto, sus *Tres ensayos sobre una teoría sexual* contienen elementos que nos van a resultar especialmente útiles. Me refiero, ante todo, a los dos estadios previos que distingue antes de la consolidación de las relaciones objetales. En el primero, el estadio autoerótico, el sujeto sólo se relaciona con su propio cuerpo, mediante un trato en el que alojamos la soledad y el aislamiento de la esquizofrenia. Como protagonista indiscutible del origen pulsional de la vida, el cuerpo desmembrado del esquizofrénico da testimonio de un intento fracasado de abandonar la soledad. No es que no intente amar, si queremos verlo así, sino que tropieza en el curso de la tarea debido a la fragilidad que origina su psicosis. Las manifestaciones del amor que surgen en la esquizofrenia representan en realidad una derrota ante la separación. Son el esbozo de un recurso, pero de un recurso finalmente fracasado.

Sin embargo, podemos ver que allí donde el esquizofrénico debe rendirse sin condiciones, el paranoico, por su parte, es capaz de llegar a una capitulación menos exigente gracias a la erotomanía. Hemos franqueado en este caso el autoerotismo para entrar en el estadio propiamente narcisista, en la satisfacción del sujeto en torno a sí mismo que permite más solidez al yo y un cuerpo por fin unificado. Freud decía que el amor no parte del otro, sino del narcisismo, que es el origen de cualquier patología mental. Por eso llamó a las psicosis «neurosis narcisistas», subrayando de este modo la importancia del narcisismo en la elección amorosa. La erotomanía, en ese sentido, es el paradigma de la estrategia amorosa narcisista con que el psicótico intenta llegar al otro. El resultado, sin embargo, es insuficiente: el erotómano ama al otro, pero ese otro es tan distinto que solo puede identificarlo a través del delirio, de un recurso precario de anudamiento, de un

remiendo de última hora. No reconocer que el psicótico utilice esa táctica de amor para los fines de la vida sería como negarle la angustia de la que emerge y rechazar su condición de sujeto. Lo que ocurre es que, o bien fracasa en la tarea o bien tiene que agarrarse al delirio para llevarla a efecto.

¿Qué ocurre entonces con la melancolía, la tercera forma de psicosis? Lejos de seguir los pasos de la Psiquiatría en su intento por suspender el término hasta hacerlo desaparecer de sus conceptos y clasificaciones, reconocemos en el melancólico el sujeto que mejor nos puede trasladar hasta el conocimiento de las pasiones amorosas. Como veremos más adelante, el cimiento sobre el que el verdadero amor se edifica está a caballo entre la melancolía y la tristeza, entre el vacío puramente psicótico y la falta que divide al neurótico y garantiza su identidad.

La literatura, especialmente, nos ha mostrado a lo largo de los siglos el carácter dramático del amor, su irremediable vínculo con la desolación. Los grandes amores siempre han sido amores imposibles, trágicos, de una muerte prematura por causas que escapaban a las posibilidades de los amantes. La melancolía se ha definido como el mal de amor por excelencia. «La melancolía erótica es el amor que traspasa los límites de la razón», nos decía Ferrand en su tratado. De este modo nos imaginamos que el melancólico no deja de lado al amor como táctica subjetiva de las psicosis, sino todo lo contrario: toma tanto impulso para abandonar el vacío, que, inevitablemente, vuelve a él en caída libre.

Por su parte, el neurótico alcanza un nivel más elevado y se acostumbra a pasar por el duelo para volver a reiniciar el deseo una vez alcanzado el objeto amoroso. El duelo normal es así un paso obligado, tras llegar al punto álgido de la satisfacción, en el circuito curvo del deseo. Ahora bien, la exclusión del psicótico del mundo del deseo no le aleja del todo de la experiencia de tal sinuosidad, que se conserva de modo potencial en el círculo melancólico. El psicótico que recurre al amor, e incluso insinúa la posibilidad de sustituir el goce psicótico por las estrategias de placer del neurótico, suele acabar melancolizado en su intento de lograr los beneficios propios de la neurosis. En el caso, por ejemplo, en que la erotomanía fuese correspondida en el sentido neurótico de la reciprocidad, incluso de la forma más tibia, hay que pensar que esa tentativa terminaría irremediablemente en melancolía.

En conclusión, podemos sostener que el amor no está excluido de modo absoluto de las psicosis. Resumiríamos más bien la situación diciendo que existe como una estrategia que fracasa en la esquizofrenia, triunfa parcialmente en la erotomanía y se agota en la melancolía.

Un modo

El amor puede definirse por el sentido que nos es más conocido. Aludo al amor que llamaríamos convencional o de pareja, aquel que difiere en gran medida

del Amor con mayúsculas que llama nuestra atención de manera principal. Aunque a lo largo de la historia el enamoramiento ha sido adecuadamente considerado como un estado de «locura transitoria», lo que realmente le distingue de la «locura» del Amor verdadero es el carácter de continuidad que le otorga el proyecto intrínseco que contiene. Al enamorado se le concede una licencia de futuro, que podrá utilizar o no, pero que se le niega tajantemente al amante, entendiendo por amante al protagonista del gran Amor. Por esta razón, entre otras, decimos que el amor de pareja queda circunscrito simplemente a un modo social de amar, no a un modo esencial de hacerlo.

Sabemos que el psicoanálisis aísla un tipo de elección de objeto que llamamos anaclítica o por apoyo. Una relación que se realiza apoyándose sobre las imágenes de las figuras paternas y lleva consigo que todo hallazgo posterior al primer objeto de amor sea un intento de reencuentro: «Se ama, en definitiva, a la mujer que alimenta o al hombre que protege». Al buscar entre los demás según este modelo, sucede que nunca se encontrará un objeto de amor a medida, pues, en un momento dado, el sujeto se conforma con lo que tiene, cansado de una búsqueda que nunca llega a un encuentro real con el amado. En esta línea de observación, y con su habitual sutileza en la descripción de las pasiones femeninas, Duras escribió acerca de cómo el tiempo permite comprender que el sentimiento de felicidad que experimentas con un hombre no prueba necesariamente que lo ames. Los proyectos y la vida en común se perfilan de esta forma como un estado de comodidad ante esa falta que nos angustia y que se busca reparar a través del amor. La monotonía, en estos casos, es la experiencia demostrativa de que la ausencia no puede llegar a colmarse: que se sigue sintiendo a pesar de la existencia del otro a su lado. Se ha llamado «amar en Occidente» a un proyecto que queda inicialmente maquillado por el enamoramiento pero que no tarda en convertirse en una empresa común que suele derivar en eso que, en palabras de Montaigne, sólo es libre a la entrada: el matrimonio.

Este conformismo social que define a la pareja, normalmente lo encontramos precedido de la fase de enamoramiento. Enamorarse hace que se tienda a mirar hacia delante, a poner fechas, a programar. Sujetos a la neurosis, el deseo inicial de los enamorados termina por agotarse y, si todo sale favorablemente, el aburrimiento, en el mejor de los casos, lo *degrada* en simple amistad. Todo resulta de este modo mucho más *sano*, desde el punto de vista de la salud y la moral, que lo que sucede en el caso del Amor verdadero, cuya brutalidad azota a los amantes ante la plácida mirada de las parejas.

Rougemont, en su crítica al mito del matrimonio occidental, hablaba de un «amor de fidelidad» o «amor acción». Al contrario de lo que muchos piensan, su defensa de que «todo lo que se diga en contra del matrimonio es cierto» no signi-

ficaba que el verdadero Amor sólo se encontrara en la infidelidad. Para el escritor suizo, el problema de las parejas no proviene del compromiso, sino de las consecuencias que conlleva. Es una cuestión ética derivada de que a la pareja no se la elige, ni siquiera se decide uno por ella. El «pase lo que pase», no supone la declaración romántica de la elección de un individuo, sino la formalización de una apuesta. Para argumentarlo, señalaba que era imposible intuir el destino de una pareja desde el enamoramiento. Si se han necesitado millones de años para la selección de especies adaptadas, el hombre debe estar enajenado si pretende, en el curso de una sola vida, resolver el problema de adaptación de dos seres humanos que se desconocen, están moralmente organizados y son estructuralmente neuróticos. Por eso acaba dando la razón a Tolstoi cuando describe la «paz del hogar» como un auténtico infierno.

Un estado

Llegados a este punto, quedamos obligados a precisar ese concepto que ya se venía anunciando: el del Amor verdadero. El Amor verdadero, para nosotros, es un estado que no llega a convertirse en un modo social, como lo reclama la temporalidad del neurótico, ni se queda en un mero recurso psicótico. No avanza, por decirlo así, hasta la pareja ni se estanca en el delirio. Tiene un carácter limítrofe entre el deseo y la angustia, que lo define como una experiencia más cercana a la psicosis que cabe esperar de la neurosis de sus protagonistas.

Diotima explicaba a Sócrates que el Amor no era un dios, ni un hombre, sino que era algo entre lo divino y lo mortal: un genio cuyo poder residía en recorrer el hueco que quedaba entre las dos partes. Así se ligaba el Todo consigo mismo, sin vacíos ni faltas. El Amor, por consiguiente, se esfuerza por librar al neurótico de su falta y ayudar al psicótico a construir, como puede, en el vacío. El Amor es un océano entre dos continentes, una membrana osmótica que permita el paso de elementos entre la neurosis y la psicosis. Por un lado, arranca de la soledad esquizofrénica, se impregna de la tristeza melancólica y no esconde sus aspectos erotómanos. Pero, por el otro, exige la existencia del deseo tal y como se desenvuelve entre los neuróticos.

Para Amar tiene que estar presente la falta pero también el vacío. Mientras la pareja se acomoda en la falta, el sujeto de Amor se ubica allí donde la angustia no ha podido ser eliminada: en la ausencia misma. Para el Amor no basta la circulación del deseo, también se necesita la presencia del desierto propio del psicótico. Amar es desnudarse ante el otro, pero también desanudarse. Esta es una de las razones que nos hace situar, esto que hemos calificado de *estado*, más cerca de la psicosis que de la neurosis. Si recurrimos de nuevo al mito del andrógino platónico, diríamos que no es que exista un hueco a rellenar, sino que la otra mitad está vacía.

III. *Triángulos*

El amor dibuja un triángulo. La existencia irreductible de tres vértices no puede separarse del concepto occidental del amor: el tercero está siempre presente, desde el momento en que aparece la angustia al tiempo en que emerge el deseo. Precisamente es su exclusión la que explica la fidelidad, y su manejo el que define el estilo personal de amar. Tres vértices que, a su vez, podemos entender triplificados en tres dimensiones, tres afectos y tres registros.

Dimensiones

El amor se desenvuelve en torno a la creencia, el encuentro y la palabra. El amor, entre otras cosas, es una *creencia*, una creencia en la que se *está*, al modo en que Ortega contrapone las creencias a las ideas, que se *tienen* sin llegar a estar en ellas. En este sentido, el erotómano tiene creencias, no ideas: posee *certezas*. Sabe que es amado sin lugar alguno para la duda. El neurótico, en cambio, se instala en el territorio de las ideas cuando se enamora. El trabajo de enamoramiento no es otra cosa que un esfuerzo de suposición: se espera amar y ser amado. Es una mera hipótesis y, como tal, todo lo que gana en claridad lo pierde en firmeza: se duda, luego hay más de una opción posible. Está presente la idea del enamoramiento pero el sujeto nunca llega a estar dentro ella, hecho que solo se vuelve posible cuando la idea amorosa ya es creencia delirante.

La única experiencia neurótica en la que la pasión puede llegar a sostener al sujeto al modo de una creencia, la única excepción que no desemboca en el delirio, es el Amor verdadero. Del Amor no se duda porque no es necesario enfrentarlo con el otro: no hay una segunda opinión. El sujeto se conduce con su Amor como con el resto de sus creencias: teniéndolo automáticamente en cuenta en todo su comportamiento, aunque no necesite pensar en ello para hacerlo. Por este motivo, el Amor se comporta como una creencia limítrofe entre la certeza psicótica de la erotomanía y la duda neurótica del enamorado.

Pero, además de una creencia, es un *encuentro*. El Amor es un *acontecimiento*, no en el sentido que va de la mano del azar o la casualidad, sino en el de alejarse de lo mecánico y lo repetitivo, factores que lo ahogan y lo vuelven imposible. No existe amor si no existe sorpresa, aunque sea luego el sujeto el único responsable de dar respuesta a esa colisión. Popularmente se dice que «el amor oculta sorpresas», lo que nos sirve para demostrar los lugares comunes que el Amor mantiene con las psicosis. El erotómano vive un amor clínico como intento de superar el hecho de que el psicótico sea, por definición, alguien incapaz de sorprenderse. El delirio de amor le permite salir temporalmente de ese estado expectante y estático —que psicopatológicamente correspondería a la pasividad del auto-

matismo— y comenzar a responder a la sorpresa de vivir. La interpretación delirante surge como un conato de salida falsa de lo repetitivo. Pero es una evasión que puede caer en una trampa inevitable: la ansiada «estabilización» que busca encarecidamente el psiquiatra y que puede, paradójicamente, acabar con el esbozo de sorpresa iniciado para relegarle de nuevo a la soledad y el vacío. Incierta consecuencia terapéutica que justifica la oportunidad de que alguno de estos locos nos pueda responder invirtiendo los términos para afirmar, al modo de Artaud, que no hay psiquiatra que no se conduzca, por sus certezas curativas, como un mani-fiesto erotómano.

Junto a la creencia y el acontecimiento, la tercera dimensión del Amor es la palabra y, más en concreto, la insuficiencia natural que la sostiene. Se habla continuamente del amor pero, por la condición intrínseca del lenguaje, nunca se llega a decir nada del todo y se acaba, en cambio, diciendo más de lo que se pretende. Proferir «te amo» siempre deja la declaración como a medias y con un sinsabor de segunda mano.

Según Voltaire, el enamorado es un poeta, pero del amante, del héroe del Amor, decimos algo más, que se encuentra ante un vacío muy cercano a la psicosis cuando intenta declararse. La emoción amorosa es, antes que otra cosa, un vacío del lenguaje que hay que rellenar. Por ello cuanto más se habla del amor, tanto menos desgarrador y angustiante resulta, menos Real en el sentido de Lacan. El Amor en estado puro, por contra, no entiende de explicaciones, se topa con la contradicción como única posibilidad. Con una contradicción cercana a la ambivalencia psicótica.

Afectos

El segundo vértice lo integran los tres afectos que componen el amor. Estos serían, a nuestro juicio, la Esperanza, el Orgullo y el Deseo, que coinciden con los afectos que Clérambault describió en el origen del postulado central de la erotomanía. En su inolvidable descripción de las psicosis pasionales, el psiquiatra francés estableció que los tres intervienen en el surgir del postulado inicial, cuya fórmula enuncia así: «Es el Objeto el que ha comenzado, el que más ama o el único que ama».

De este modo, vemos en la descripción de la erotomanía que es el afecto quien genera la idea, si admitimos estas distinciones de Clérambault. Por eso los delirios pasionales son delirios de actos, de reivindicación: es la emoción la que motiva, sostiene y dirige las posteriores interpretaciones. Lo inamovible es la convicción de que «el Otro me ama» —o «me es infiel» en la celotipia—. El caso inverso lo encontraríamos en los delirios de interpretación, en los delirios de ideas, en los que el razonamiento determina el afecto.

En lo que nos ocupa, la esperanza, el orgullo y el deseo se distribuyen en distintas proporciones. La esperanza es el afecto necesario para generar toda pasión, ya sea en el campo de la psicosis, del Amor, o del más escueto que rige en la pareja. La esperanza exige que exista al menos la posibilidad de la reciprocidad para empezar a conformarse. El erotómano lo sabe, el futuro marido lo espera y el amante lo experimenta.

Sin embargo, la esperanza es un afecto que no podemos separar de la temporalidad. Será en ese pequeño matiz donde encontremos la diferencia de la espera en las tres maniobras del amor que hemos diferenciado. En el psicótico, la certeza del delirio de ser amado trasciende los límites de lo temporal. No existe la duda, luego el tiempo es un enemigo despreciable en su particular historia de amor. En el otro extremo, el enamorado bebe de una esperanza de futuro para poder seguir el camino natural hasta la pareja. Sin embargo, en el Amor verdadero, la esperanza existe carente de toda temporalidad. Sus múltiples lugares comunes con la psicosis le dotan de una paciencia que, aunque se sabe finita, le alejan de la desesperación de las relaciones convencionales. Gandhi definió el Amor como aquello que dura el tiempo exacto para que sea inolvidable. Se trata de un tiempo distendido por la intensidad de la pasión, como señalaban los escritores pesimistas, pero que no deja de ser un tiempo que los amantes ganan a lo que inevitablemente transgreden. Es un tiempo, por lo tanto, prestado, exento de expectativas. Como si se tratara de una paciencia definitiva.

El deseo, por su parte, es un afecto que triunfa en el enamoramiento, aunque luego se encuentre apaciguado y sostenido por otros deseos accesorios en la pareja, pero que queda ensombrecido, en la erotomanía, por la ensanchada silueta del orgullo. El orgullo es el que conduce a la certeza del postulado y el que impregna los argumentos de las interpretaciones posteriores. Por él se mantiene la esperanza y por él logra el erotómano esa imagen de salubridad que le acompaña durante tanto tiempo. De su omnipotencia, de su idealismo en definitiva, deriva que siempre se haya identificado al amor psicótico con el platónico. Sin embargo, debemos alejarnos de la imagen del erotómano como la de aquel que simplemente huye de la posesión carnal del objeto, ya que la exigencia de dominio que solicita puede ser mayor que la que acompaña a cualquier conquista amorosa.

Del otro lado, en cambio, los importantes tintes narcisistas que habíamos señalado del Amor verdadero no impiden poner el orgullo de los amantes al servicio del deseo. Podríamos decir que en el amor es el orgullo el que desea, y se desea por orgullo —como decía Casona, «ninguno manda, obedecen los dos»—. Esto deriva sencillamente de que la esperanza en el Amor es tan cierta como la psicótica: se sabe que se da todo, lo que no se tiene y desde donde no hay nada.

Por eso señalaba Lacan que el verdadero Amor siempre es correspondido, porque nadie puede resistirse al tremendo halago que significa la entrega incondicional del otro.

Registros

Este vértice permite dibujar el triángulo que define al amor en sus aspectos principales. El amor supone el anudamiento de los tres registros –Imaginario, Simbólico y Real–, revelándose de este modo tres aspectos subjetivos: la demanda, el deseo y la pulsión. En el Amor encontramos el registro imaginario en el yo –en el narcisismo como partida y destino de la demanda amorosa–, también el simbólico –la palabra como intercambiador del deseo– y, por último, el real, la pulsión, lo prohibido, el sinsentido, la locura, la aventura en esa enfermedad que es el Amor. En afirmaciones tan bellas como en la que La Rochefoucauld refleja que la razón de que los amantes no se aburran nunca de estar juntos es que se pasan el tiempo hablando de sí mismos, encontramos estos tres elementos imprescindibles de la pasión que aquí se define como con mayúsculas: el narcisismo, la palabra y el secreto.

La psicosis, por su lado, supone en sí misma un desanudamiento de los registros. No olvidemos que lo que falla en la psicosis, antes que nada, es el registro simbólico: hay una restricción en el acceso a la palabra que hace que el sujeto se tope directamente con lo Real y la angustia que supone su vacío. La erotomanía es un ejemplo de cómo el delirio realmente viene en ayuda del psicótico: intentando amar –y sabiéndose amado– logra reanudar los lazos y salir del miedo que le invade.

Las relaciones de pareja, por su cuenta, encuentran su dificultad en el registro imaginario. El enamoramiento no está exento de angustia. Su proximidad con el Amor verdadero la encontramos en el desasosiego, el nerviosismo y la dificultad en encontrar las palabras de los enamorados. Sin embargo, a medida que se va declarando, ese *casi-Amor* se va impregnando de un sentimiento de futuro que logra tapar por completo el registro reservado para las pulsiones. Todo se hace más correcto, más *normal*, más estandarizado, a medida que la idealización del otro, que conseguía rellenar imaginariamente con la presencia del amado, cae por su propio peso.

Han quedado identificados los triples triángulos que surgen al penetrar en lo que no es más que la superficie de un concepto que ya anunciábamos inabarcable. Las dimensiones que alcanza –creencia, encuentro y significativo–, los afectos que lo componen –esperanza, deseo y orgullo– y los tres registros en los que se mueve –Simbólico, Imaginario y Real–, han servido además para ponerlo en relación con el amor que se vive desde la psicosis y desde la neurosis. La sorpresa, siempre presente, se intensifica cuando realmente caemos en la cuenta de que lo más caracte-

rístico del Amor se localiza en territorios mucho más cercanos a la psicosis de lo que podía esperarse para algo que se suele definir como una emoción propia del individuo *sano*. Y aquí cabe preguntarse: si el Amor roza la certeza, trasciende la temporalidad, se aferra a los pilares narcisistas del sujeto y encuentra los límites del lenguaje, ¿qué separa entonces al amante del psicótico?

IV. *Contradicciones*

El amante escapa de la psicosis pero no de su dosis de soledad. Lo sabemos porque el Otro no le libra enteramente del vacío. Llegado a un punto determinado, el amado revela que no es del todo penetrable, pues deja ver esa parte de su individualidad que, por ser inaccesible, resulta tan dolorosa para el amante. Por eso el Amor es una tregua de la tristeza entre dos personas que, a lo sumo, permite aplazar el duelo pero no restarle sufrimiento.

El Amor no sirve, como en la psicosis, para controlar con el delirio los límites de la pasión. La intimidad de los amantes termina por asfixiarse en la burbuja que ellos mismos han creado. Es el dictado de la ley del doble juego de los secretos que mantienen entre sí y ante los demás, el que pasado un tiempo ya no sean capaces de seguir abasteciéndolo. Por eso se ha dicho que «el amor sólo es posible en la posibilidad de lo imposible». Sólo lo que no puede perdurar goza de cierta eternidad. La contradictoria brevedad del Amor juega aquí el mismo papel favorecedor que el que observamos cuando el intento de separar a algunas personas no hace sino unir las más.

Gracias a esta contradicción, el Amor se salva de la psicosis y evita la ambivalencia erotomaniaca. El psicótico respeta fielmente el llamado principio de no-contradicción o de tercio excluido, ése que dice que si A es verdadera, B es falsa. Y viceversa, si B es verdadera, prescindimos de A. Nunca son las dos a la vez: ni verdaderas, ni falsas. Se excluyen. El delirio de amor se caracteriza precisamente por eso: o te amo, o te odio. O me amas, en la fase de esperanza, o vienes contra mí, en la de despecho y rencor. No hay equilibrio intermedio. La balanza siempre se inclina por completo hacia uno de los lados. El tercero no está ni presente ni ausente, está excluido del juego entre el loco y su objeto de amor.

Muy distinta es la oposición distinta que caracteriza a los contrarios. Contrarios son los opuestos que no pueden ser verdaderos a la vez, pero sí falsos ambos. Ni te amo, ni te odio. Aquí sí caben fórmulas intermedias como podrían ser la indiferencia o la amistad. Estamos, entonces, en el territorio de las parejas y los enamorados, donde hay terceros, cuartos y hasta quintos implicados.

El Amor, en cambio, según lo hemos perfilado, se aleja de los contrarios y se queda al borde de la ambivalencia. El Amor verdadero y el amor loco y erotomaniaco son ambos de naturaleza contradictoria, pero el primero compite con un as en la manga, tiene a su favor una ventaja: la apuesta del deseo. Este instrumento le permite jugar con el principio de no-contradicción, pues puede tenerlo en cuenta aunque sea simplemente para transgredirlo. Hay un tercero que ni participa activamente como en los triángulos neuróticos convencionales, ni queda suprimido como en la psicosis. Este tercero existe porque siempre que hablamos del Amor hablamos de una ley que se está quebrantando, de un desafío. Por eso queda tan lejos esta experiencia de las protagonizadas por el ajuste moral que rige las neurosis. El neurótico, de este modo, tendría dos formas de acceder al otro: o transgrede la moral a través del Amor, o se somete a la represión y crea el síntoma.

Hemos utilizado el lenguaje para hablar del Amor, a pesar de su insuficiencia y su poder devastador sobre el mismo. La razón no sólo responde a la ausencia de otras herramientas, sino también a que, a pesar de que sean los límites de la palabra los que recortan su declaración, es únicamente en medio de la contradicción amorosa –o de lo contradictorio del Amor– donde encontramos que el diálogo entre dos personas está a punto de lograrse.

BIBLIOGRAFÍA

- ABELARDO Y ELOÍSA, *Cartas*, Madrid, Alianza, 2002.
- ÁLVAREZ, J. M.; COLINA, F. (eds.), *Clásicos de la paranoia*, Madrid, Dor, 1997.
- *El delirio en la clínica francesa*, Madrid, Dorsa, 1994.
- ÁLVAREZ, J. M.; ESTEBAN, R.; SAUVAGNAT, F., *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, Madrid, Síntesis, 2004.
- BARTHES, R., *Fragmentos de un discurso amoroso*, Madrid, Siglo XXI, 1982.
- BERCHERIE, P., *Génesis de los conceptos freudianos*, Buenos Aires, Paidós, 1996.
- COLINA, F., *Deseo sobre deseo*, Valladolid, Cuatro, 2006.
- DE CLÉRAMBAULT, G., *El automatismo mental*, Madrid, Dor, 1995.
- DERRIDA, J., *Políticas de la amistad*, Madrid, Trotta, 1998.
- DURAS, M., *El amante*, Barcelona, Tusquets, 1989.
- *El arrebato de Lol V. Stein*, Barcelona, Tusquets, 1987.
- FERRAND, J., *Melancolía erótica*, Madrid, A. E. N., 1996.
- FINK, B., *Introducción clínica al psicoanálisis lacaniano. Teoría y técnica*, Barcelona, Gedisa, 2007.
- FREUD, S., «Introducción al narcisismo» (1914), *Obras completas*, t. II, Madrid, Biblioteca Nueva, 2003.
- «Tres ensayos para una teoría sexual» (1905 [1920]), *Obras completas*, t. II, Madrid, Biblioteca Nueva, 2003.
- «Observaciones sobre el amor de transferencia» (1914 [1915]), *Obras completas*, t. II, Madrid, Biblioteca Nueva, 2003.

SALUD MENTAL Y CULTURA

- LE BRUN, J., *El amor puro de Platón a Lacan*, Buenos Aires, El cuenco de plata, 2004.
- MILLER, J.-A. (dir), *El amor en las psicosis*, Buenos Aires, Paidós, 2006
- MÍNGUEZ, M., *Melibea o la enfermedad del amor*, Zamora, Edintras, 1998.
- MONTAIGNE, M. DE, *Ensayos Completos*, Barcelona, Iberia, 1968.
- NASIO, J.-D., *El dolor de amar*, Barcelona, Gedisa, 2007.
- ORTEGA Y GASSET, J., *Estudios sobre el amor*, Madrid, Alianza, 2006.
- PAZ, O., *La llama doble*, Barcelona, Seix Barral, 1993.
- PLATÓN, *Diálogos III: Fedón, Banquete, Fedro*, Madrid, Gredos, 1986.
- ROUGEMONT, D. DE, *El amor y occidente*, Barcelona, Kairós, 1978.
- SCHOPENHAUER, A., *Metafísica del amor. Metafísica de la muerte*, Barcelona, Folio, 2007.
- AGUSTÍN DE HIPONA, *Confesiones*, Madrid, Alianza, 1999.
- SÉRIEUX, P.; CAPGRAS, J., *Las locuras rasonantes. El delirio de interpretación*, Madrid, Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, 2007.
- STENDHAL, *Del amor*, Madrid, Alianza, 2003.
- VALENCIANO, L., «El delirio paranoide y la razón vital», en VV. AA., *Esquizofrenia. Cuadros afines y cuadros delirantes*, Madrid, ELA, 1997.

* Laura Martín López-Andrade, MIR de Psiquiatría del Hospital Universitario del Río Hortega de Valladolid.
Correspondencia: C/ Orión 2, 47014 Valladolid. lamartinla@hotmail.com

** Fecha de recepción: 7-XI-2008 (aceptado el 15-XI-2008).

El lugar de los escritos adolescentes en el proceso psicoterapéutico

RESUMEN: Se presentan dos casos de chicas adolescentes que traen de manera espontánea sus escritos a las sesiones y se muestra cómo ese material se puede integrar en el proceso psicoterapéutico.

PALABRAS CLAVE: Adolescencia, narcisismo, diarios, escritura, creatividad.

SUMMARY: A presentation of two case studies involving adolescent girls, who instinctively bring their notes to the therapy sessions, and it has been demonstrated that this kind of material may be used during the process of psychotherapy.

KEY WORDS: Adolescence, narcissism, diaries, writing, creativity.

La adolescencia no es una simple reedición de la neurosis infantil, sino que plantea tareas evolutivas nuevas e instrumentos diferentes para resolverlas. Ya se despidieron los adolescentes de sus juguetes, que repudian con desprecio, y se entregan en su lugar a fantasías y ensoñaciones, como un nuevo juego. A menudo estas fantasías dan paso a escritos, dibujos u otras creaciones en las que vierten sus deseos y conflictos. Las pacientes que presento a continuación trajeron sus escritos por iniciativa propia, y esos escritos pasaron así a formar parte del proceso terapéutico. Los relatos, poemas y diarios suelen aparecer en la adolescencia y en la mayor parte de los casos con su fin se desvanecen, del mismo modo que en la infancia van declinando los dibujos, que pierden poder expresivo en la mayor parte de los niños, a medida que se acerca la pubertad (1). Se trata de desentrañar el sentido de estos textos que surgen de modo natural en adolescentes, y en concreto en aquellos con dificultades narcisistas o de tipo límite, y de plantear cómo sirven de puente en el tránsito hacia la formación de una identidad separada y diferenciada. La escritura en esta etapa cumpliría una función de objeto transicional, mitigando la sensación de pérdida, acompañando y facilitando la despedida de los objetos de la infancia. En un momento de reorganización, de cambio, aporta consistencia y continuidad y puede constituir un espacio protegido en un entorno vivido como amenazante. Escribiendo se pone distancia y se facilita la simbolización, cuando la tendencia hacia la actuación y a la descarga masiva es fuerte. Con sus escritos los adolescentes tratan de comunicar algo, y también de ocultar, dado el carácter introvertido y endurecido del lenguaje escrito (2). Es necesario tener en cuenta que aquello que traen las pacientes está dirigido a una audiencia concreta y surge en el contexto de una relación. Y esta creación final termina trascendiendo la relación, su biografía, sus deseos y conflictos, para entrar en otro espacio que no se puede justificar sólo por sus orígenes, sino que se rige por otros principios.

Ana: una adolescente buscando su reflejo

La primera vez que veo a Ana, de trece años, entra sola a la consulta, y la madre, que la acompaña, no hace ademán de entrar con ella. En este primer gesto ya se pone de manifiesto el orgullo de ambas por la desenvoltura de Ana, que entra y me explica los motivos que le traen a un psicólogo: una relación difícil con su madre, falta de amistades, fuertes reacciones de ira, apatía y tristeza, ataques verbales contra ella misma y amenazas de autoagresión, siempre con la madre como espectadora. Ha sido Ana quien pide la ayuda de un psicólogo, después de unas charlas con la orientadora de su colegio. La madre corrobora después su discurso, un discurso autónomo que parece que precisa siempre el visto bueno de su madre, y añade que Ana ha faltado con frecuencia a clase debido a diversos problemas físicos que ella define como psicósomáticos. Intuye que su hija busca «una referencia o un espejo». Cuentan que el padre murió cuando Ana tenía ocho años. Ya había acudido a salud mental a los cuatro, después de un episodio muy confuso en el que un niño de su misma edad le tocara los genitales, y lo que parecía no ir más allá del juego y de la curiosidad infantil, conectó con los fantasmas de la madre en torno a la vulnerabilidad de la sexualidad femenina. Desde que se sienta, y mientras habla, Ana deja sobre la mesa y acaricia unas páginas de su novela, a modo de cebo para atrapar mi interés, que consigue por otro lado: le pido si podría traerme una copia y me da la que trae consigo, como una carta de presentación y a la vez un escudo con el que proteger una imagen endeble.

El oposicionismo conductual de Ana no traspasa la descripción idealizada que hace de su madre, Natalia: de origen extranjero, en su país era una profesional muy reconocida, donde daba conferencias y realizó proyectos a nivel nacional. La define literalmente como «una supermujer, su puesto quedó vacío, nadie pudo sustituirla». Desde que llegó a España, para casarse con el padre, no ha ejercido su profesión, aunque cuida niños en casa desde hace años. Sometida a mucha exigencia hacia los estudios, Ana lamenta no haber jugado más con su madre, que se volcó en la labor pedagógica con su hija: «Sacaba nueves y dieces, mi madre me decía que no me conformase con otra cosa». La relación entre madre e hija es intensa y tormentosa, según Ana «de amor y odio», una dependencia muy disfrazada cuando se presentan en sociedad, como cuando las conocí, pero que llega a tener connotaciones muy regresivas, por ejemplo, cuando cada mañana la hija pone su despertador a las seis para «ir a hacer mimitos con mamá», porque «mamá solo es cariñosa con los bebés», explica nostálgica. Otras veces, Ana reacciona con furia y reivindicación ante las normas de la madre, la insulta y finalmente amenaza con dañarse.

También la madre se describe a sí misma de modo grandioso: «No soy un ama de casa corriente», y exalta sus logros. En ambas existe un afán por encontrar aquello que las distingue, y que de paso las excluye. Argumenta su situación profesional con

diversas racionalizaciones y proyecciones, buscando coartadas para su vida anodina. De niña tuvo una relación especial con su padre, una relación «de secretos y confidencias» amenazada por una madre rígida y severa, que reglaba la existencia de su hija para hacer de ella una «niña modelo». Era la hermana mayor de tres hermanos, la pequeña de las cuales nació cuando tenía quince años: «Se convirtió en mi hija, mi madre no quería más, quería vivir». Vivir o criar niños, ante estas opciones, seguramente por descarte, Natalia se involucró en la educación de su hermana. Describe la relación entre ambas como «increíble» y se atribuye el mérito de su exquisita educación. Cuando Natalia se emancipó, quiso llevarse a su hermana, pero su madre, severa de nuevo, se lo impidió. La educación de su hermana constituye un precedente exitoso del proyecto pedagógico que emprendería con su hija, esta vez, suya.

El padre, Luis, murió a los 67 años, cinco años antes de la consulta, después de una larga cadena de enfermedades: estuvo sometido a diálisis, posteriormente le transplantaron un riñón, padeció hepatitis, le amputaron un dedo, y finalmente murió de una embolia. Desde el primer año de vida de Ana estuvo incapacitado laboralmente, y la vida familiar giraba en torno a la enfermedad. El padre pasaba días en el hospital, y se negaba a estar solo, reclamando como un niño la presencia constante de la madre, que accedía por otro lado y dejaba a su hija en casa de amigos. Natalia y Ana dormían juntas en una habitación, y el padre en otra, por el desarreglo de horarios que llevaba éste y sus molestias físicas. Durante el día debían guardar silencio para no perturbarle. A pesar de esto, el recuerdo de Ana permanece ajeno a esas circunstancias. Le describe como «el abuelito de Heidi», «Yo era su novia, él era mi rey, mi príncipe». Cuando murió su padre, su madre le explicó que «se había convertido en un gorrión». El padre se mantiene como una figura intacta, por quien, según Ana, lloró dos o tres minutos después de su muerte. «Vi a mi madre llorar y la calmé: yo estoy bien, no te preocupes».

Los padres se conocieron en España, durante una semana en la que ella venía a un congreso. Ya durante esos primeros días el padre le propuso matrimonio. Él era 25 años mayor que la madre, viudo desde algunos años antes, con hijos mayores. Mantuvieron contacto cuando la madre regresó a su país, y el padre hizo algunos viajes cortos allá. Un año después de conocerse, la madre viene a España y se casan. Natalia descubre como una «sorpresa agradable» que está embarazada unos meses después del matrimonio. El padre, sin embargo, sospecha haber sido engañado.

Para Natalia, su marido se transformó después de sentir que la había conquistado. Cuenta que pasó de ser un hombre «caballeroso, divertido, cariñoso» a ser «soso, celoso e impositivo». Que se veía disminuido por su bajo nivel educativo, y que le aterrorizaba pensar que ella le pudiera abandonar. Natalia se sintió como «el trofeo de la casa», como una mujer para ser exhibida. Percibía la relación entre padre e hija como especial. Según ella, aprendió a ser padre con Ana, y señala la complicidad que había entre ambos. Sin embargo, esa complicidad tenía

lugar desde la simetría, porque se disputaban constantemente la atención de la madre. La historia del padre viene marcada por las repetidas ausencias de las figuras femeninas. Su madre murió cuando él tenía nueve años, y después su padre se casó con una mujer que también fallece. Era el menor de seis hermanos. Su primer matrimonio fue con una mujer entregada a él, que llegaba a encerrar a las hijas para darle una dedicación exclusiva.

Durante su infancia Ana era opositorista y retadora. Fue siempre una alumna brillante hasta hace un tiempo, coincidiendo con el cambio de comportamiento y de carácter. Siempre tuvo problemas para hacer amigos. Antes de la escolarización, a los tres años, tenía un grupo de amigos imaginarios. En la época escolar refiere algunas amigas, pero siempre cambiantes y con las que tiene un trato superficial. Desde los primeros años escolares otros niños le han pegado e insultado; sin embargo, demuestra una total incompreensión de sus problemas interpersonales, y la paciente sólo habla de ello si abordo directamente el tema. Reconoce que se aísla, pero lo racionaliza señalando que sus inquietudes la diferencian del grupo, apoyado este argumento por la madre al decir que su hija «se sale del corsé». Sus intereses giran en torno a la literatura, la mitología, la música y lo «gótico». Cuando la conozco, las únicas relaciones importantes que destaca, más allá de su familia, son las que establece por internet, a través de foros, y con sus primos del extranjero. Es sociable superficialmente, se relaciona en los diversos grupos de actividades a los que acude, pero sus amistades no cuajan, y termina siendo rechazada o simplemente ignorada. En el primer contacto, no muestra auténticos intereses sexuales, aunque en algún momento hable de «novios», refiriéndose a relaciones virtuales a través de internet. Posteriormente ha tenido una experiencia homosexual, muy desprovista de erotismo: ella misma habla de su necesidad de «mimitos», de caricias sin una carga sexual clara, en definitiva, de una madre.

La expectativa que plantea la madre de «la búsqueda de un espejo», se materializa en las entrevistas conmigo: Ana me coloca en un lugar de espectadora y se despliega de modo exhibicionista, buscando provocar en mí admiración y aprobación. Su falta de cuestionamiento resulta paradójico al ser ella quien deseó hablar con un psicólogo. Cuando señalo alguna brecha en su discurso reacciona con cierto reconocimiento, pero nuevamente se reorganiza. Se percibe una falta de autenticidad, cierta pose que delata una estructura frágil de personalidad. Es muy cumplidora con el encuadre y demuestra gran interés en acudir a la consulta.

El espejo en el espejo

Durante las entrevistas, las asociaciones espontáneas de Ana giran en torno a fantasías construidas a partir de películas manga, de sus logros literarios o en otros

ámbitos, de sus intereses culturales. También en algunos momentos relata experiencias «paranormales» basadas en un pensamiento mágico: sueños placenteros que se transforman en manga y tras lo que se despierta en el suelo y con la cama hecha. Después de estos sucesos, se va a dormir con su madre, que refuerza su concepción mágica no ofreciéndole una explicación alternativa. Tanto ella como su madre explican las dificultades interpersonales por la discrepancia entre sus intereses y los de sus compañeros, considerándoles de algún modo inferiores cultural e intelectualmente hablando. Demuestra dificultades para empatizar con los demás, no entendiendo el porqué de sus conductas, lo que le lleva a sentirse muy confundida en algunas situaciones interpersonales.

Se ha descrito en adolescentes con dificultades narcisistas rasgos que aparecen en Ana. En primer lugar, una autoimagen muy vulnerable, una extrema sensibilidad a la crítica, una idealización primitiva de sí misma y de los demás y una acusada tendencia a recrearse en sueños diurnos de grandiosidad de sí misma (3). Estas ensoñaciones ocupan un lugar predominante en su funcionamiento, de manera que traslada a la sesión sus contenidos sin que medie el habitual pudor de los pacientes ante la confesión de esos relatos tan íntimos. La mayor parte de sus sueños versan sobre fantasías de amor ideal o de éxito y admiración. Ante sus graves dificultades por las frustraciones interpersonales aparecen conductas de evitación y patología psicósomática.

Aparece una extrema fluctuación en la imagen de sí misma, como reflejo de dos estados contradictorios de equilibrio narcisista, un *self* grandioso y un *self* devaluado, dependiendo la activación de uno u otro polo de las interacciones con el objeto externo, de manera que la regulación de la autoestima no sería aún una función endopsíquica. La demanda de la madre es la de «un espejo» en el que su hija pueda mirarse, y de ese modo revela el déficit central de Ana: su falla narcisista. Kohut habla de la necesidad del paciente narcisista de especularización por parte del terapeuta (4). En el desarrollo evolutivo normal, el «objeto especularizante» es aquel que valora globalmente al niño, proporcionando placer y despertando el deseo. Es el objeto que legitima los propios deseos, los 'narcisizan'. De su internalización surge el «*self* grandioso», que marca las ambiciones y las metas.

La madre presenta rasgos similares. La exigencia a la que sometió a su hija a lo largo de su educación (recordando por sus paralelismos a la historia de Aurora Rodríguez y su hija Hildegart (5), en una versión menos extrema), planteándose la maternidad como una labor pedagógica, denota que Ana estaba ubicada como objeto narcisístico. Para los padres con esas características, la tendencia natural de los niños hacia la separación e individuación implica una amenaza para un *self* apuntalado por las proyecciones (6). Ana ya necesitó en sus primeros años de las crisis opositoras para ser reconocida, y esta necesidad resurge fuertemente en la adolescencia. Los rasgos fóbicos, la utilización exagerada de objetos transicio-

nales más allá de lo evolutivamente esperable, sus escasos lazos sociales, conviven con la rebeldía y la agresividad hacia la madre, en una dinámica que gira siempre en torno al conflicto de separación-individuación. Las necesidades defensivas de la madre, explicables también a partir de su propia historia, dejan en un segundo plano los requerimientos evolutivos de la hija: su necesidad de jugar, de una madre contenedora, la necesidad de llorar la muerte de su padre. Parece que su padre sí pudo en cierto modo legitimar sus deseos, aunque desde una posición de igual y desvalorizado por la madre, y por muy poco tiempo, al enfermar pronto. La relación con el padre cae del lado de la idealización, y con muchos tintes eróticos poco disfrazados «mi príncipe, mi rey», y que se reflejan en las fantasías y escritos, como el único modo de elaborar un duelo no resuelto.

La novela de Ana

Por razones de confidencialidad, no se mostrarán directamente los relatos originales. En general, dada la fragilidad narcisista de Ana, en el trabajo con los textos me limito a promover sus propias asociaciones. Es capaz de establecer conexiones, pero quizá de modo indiferente y racional, y obstaculizado por su tendencia a la evasión. No se trata solamente de traducir los contenidos a conflictos inconscientes, o de establecer paralelismos con su historia, aunque también trabajamos a ese nivel, sino de potenciar la capacidad catalizadora de la escritura. En el caso de Ana, los escritos pueden ser un recurso o bien una resistencia, precisamente por su tendencia a sumergirse en sus fantasías, a desconectarse de una realidad penosa. Además, escribe sin perder de vista a una posible audiencia a la que fascinar, a los premios o a sus aspiraciones a publicar. Su novela adopta la forma de cuento fantástico, con personajes unidimensionales y estereotipados, pero descritos con riqueza, precisión léxica y complejidad lingüística.

Comienza el texto con una presentación idealizada de la protagonista, una adolescente con cualidades que le hacen especial y la distinguen de las demás, cualidades que provocan la envidia de otras. Su posición social es elevada y pertenece a otra época. Este personaje formaría parte de una fantasía compensatoria de los sentimientos de soledad y minusvalía de Ana. En general, todos los personajes se describen en términos polarizados, del mismo modo que aparecen en los cuentos de hadas, por lo que se facilita la identificación con el héroe. Correspondería al mecanismo de la escisión, común a adolescentes y pacientes límite.

El duelo negado en las entrevistas aparece vívido en una imagen descrita en su novela: la protagonista abraza el cuerpo muerto de su padre. A partir de esta escena fantaseada pudimos ir ligando los sentimientos de soledad y pérdida que permanecían sin elaborar. Muchos cuentos populares también comienzan con la

muerte de la madre o del padre, creando los más angustiosos problemas. Se ha interpretado que los niños y adolescentes deben enfrentarse a la muerte simbólica de los padres y que los cuentos les ayudan a elaborar ese problema existencial (7). La protagonista, tras la muerte de su padre, se queda con una madre enferma, que estaba en cuerpo pero no en alma, lo que podría relacionarse con la falta de comunicación afectiva entre Ana y su madre.

En su novela aparece un personaje sádico que tiraniza a la protagonista, el tutor, que tras la muerte del padre y la enfermedad de la madre debe encargarse de ella. La aparición de personajes crueles se va repitiendo a medida que avanza el relato. Los personajes no presentan ninguna ambivalencia, se escinde lo bueno y lo malo como un modo de poner orden y salir de la confusión. Los héroes además son ensalzados a través del sufrimiento que atraviesan. Esta escisión también aparece en la relación con el hombre. Por un lado, un hombre muerto idealizado; por otro el varón sexualizado y amenazante. En la novela, un hombre pretende casarse con la protagonista, un hombre mayor, y lo hace contra su voluntad. Ana ha empezado a tener recientemente experiencias homosexuales, y aún no ha expresado sus temores y angustias ante la sexualidad, al decir que para ella es algo prescindible y que lo importante son los «mimitos». Tampoco ha aparecido el reverso de la imagen idealizada del padre muerto, y la angustia persecutoria que deriva de esa imagen.

Como en los cuentos de hadas, aparecen personajes aliados que ayudan a la protagonista a resolver las situaciones, a escapar hacia lugares mágicos en los que se difuminan el tiempo y el espacio. Solo ante el sufrimiento aparece otro cuidador y salvador, otro que no tiene más relieve que el de servir de apoyo a la protagonista. Este tipo de personajes también es recurrente en sus escritos. Son personajes que acompañan, que ayudan en la huida, que protegen de los peligros, pero que no presentan matices, y que sólo existen en función de la protagonista.

La novela de Ana, despojada de su virtuosismo lingüístico muy por encima de su edad, queda como una serie de figuras arquetípicas poco distanciadas de su historia, que por otro lado facilitarían el proceso de identificación, tanto la suya como la del lector. A través de las fantasías que narra se produce un viaje, una evasión hacia lugares mágicos acompañados de personajes que se enfrentan a conflictos existenciales: la muerte, la soledad, la separación. La solución es la huida hacia un espacio fuera de la jurisdicción del principio de realidad.

Olga: un mensaje enmascarado

En la primera entrevista con Olga, que viene como paciente preferente con quince años, se presenta a sí misma diciendo, entre risas: «Me autolesiono», mientras me enseña las numerosas marcas en la cara interna de los brazos y de las

muñecas, que llevaba haciéndose desde hacía un año. Ella lo relaciona con dificultades con los estudios y con el comienzo de una relación. La madre se queja del carácter fuerte de su hija, de sus «reacciones violentas» y siente que progresivamente se ha ido distanciando de la familia y que «se refugia en su mundo». A pesar de que la madre ya conocía la conducta autolesiva, esperaba un momento propicio para revelarlo, esperaba «cualquier explosión», que precisamente tuvo lugar el día de su cumpleaños, día en que madre e hija enseñan las cartas de un juego sobre el que pilotaba la relación. Olga nunca mostraba, sólo insinuaba sus marcas en un deseo de que fueran descubiertas, pero al no tener respuesta no pudo más que explotar. La madre explica su teoría: el síntoma es «una expresión de que le pasa algo, una llamada de atención: miradme pero no me miréis». Además, Olga presenta temor a la soledad y al abandono, sentimientos frecuentes de vacío, con periodos de abatimiento y apatía que se alternan con episodios de ira desproporcionada y euforia, relaciones interpersonales intensas y con tintes sadomasoquistas. No aparece ideación autolítica expresa pero el tema del suicidio es recurrente. En las sesiones posteriores, comienza a traer unas cartas dirigidas a un interlocutor imaginario, «nadie», al principio en un código personal, y después, debido a mi torpeza para descifrarlas, traducidas. Más adelante trae, también de manera espontánea, poemas, relatos de ficción y dibujos.

La madre de Olga es una mujer temperamental, inteligente, distante, profesional de la enseñanza. Es la hermana mayor de tres hermanos. A sus nueve años tuvo un episodio disociativo, después de presenciar una escena en la que un travesti bailaba, llegando a ser medicada por la angustia que le suscitó, que le llevaba a vomitar por las noches y a no poder conciliar el sueño, a presentar terrores nocturnos y enuresis. Ese acontecimiento quedó encapsulado y desconectado de su significación, y ni siquiera ahora la madre logra darse una explicación. Como adolescente fue «libre, en extremo orgullosa de ser mujer, inconformista». En cuanto al padre, Olga le describe como «el bueno», manera de decir que está subordinado aparentemente a la madre. Con él la paciente tuvo una relación estrecha y de mucha complicidad hasta la llegada de la pubertad, momento en el que se produce un distanciamiento. El padre es el segundo hermano de tres, y heredó el nombre de un bebé que murió de pocos días antes de que naciera él. Su propio padre fue un hombre rígido y su madre pasaba mucho tiempo trabajando fuera de casa. De chico estaba muy apegado a su familia, tenía escasos intereses o aficiones, y sus relaciones con los demás eran superficiales. Olga tiene una hermana menor, de trece años, a la que todos se refieren como la chica ejemplar. La relación entre los padres está marcada por la asimetría, estando el padre devaluado por la madre y por las hijas, y no cuestionando él esta desvalorización. Él mismo define a su mujer como ubicada «en un escalón más alto». Olga se alía con la madre en los ataques hacia el padre, por los que él se siente humillado, dañado y maltratado.

A los nueve años la paciente sufrió abusos sexuales por parte de un familiar, consistentes en tocamientos y besos. Recuerda que tomó conciencia de ello a la edad de trece años, un día mientras se estaba duchando. Recuerda también que se lo contó a su madre y a su hermana y éstas se rieron, pero esto último lo supone un recuerdo falso porque después lo contrastó. Los padres la creyeron, pero no tomaron ninguna medida, más allá de distanciarse de este familiar. Al poco tiempo, éste enfermó y murió, y Olga acudió llorando a su madre diciendo que lo que había ocurrido había sido culpa suya. Unos años después se suicidó un tío materno, con el que siempre había tenido una relación especial, después de una larga historia de toxicomanía.

Olga relata con un llamativo realismo una relación fantaseada a los doce años. Siendo capaz en todo momento de discriminar entre fantasía y realidad, describe con detalle una historia muy verosímil. Se trata de la relación con un chico más mayor que ella, artista y con rasgos idealizados, una relación masoquista en la que es agredida física y sexualmente. Resalta la emotividad con la que narra estos acontecimientos, y ella misma se sorprende de sus intensas reacciones, como si de hechos reales se tratase, al confiárselos a amigos íntimos. Esta relación en la que se imagina vejada, maltratada y despreciada contrasta con las relaciones que ha mantenido con los chicos, en las que su lema es «a los chicos me dedico a fastidiarles». Los chicos con los que ha salido son «demasiado buenos», y siempre le devuelven una imagen de sí engrandecida.

Fue una niña llorona e inquieta, y tuvo constantes problemas para dormir, con miedos nocturnos. El padre describe este desasosiego en una frase: «vino al mundo dando por culo»: se golpeaba la cabeza si se sentía frustrada, se accidentaba con frecuencia y era desafiante y opositor. Al comienzo de la guardería tuvo un periodo mutista, y ya antes su lenguaje era tan particular que se requería siempre a la madre como traductora. Según la madre «desde pequeña ha sido un problema, ha hecho lo posible por no crecer». Académicamente fue brillante, aunque con algunas dificultades ya en el instituto.

Miradme pero no me miréis

En la relación conmigo, Olga oscila entre una actitud muy colaboradora y momentos de control omnipotente en los que me reta, que aparecen cuando se despierta la fantasía de abandono. En una ocasión, a raíz de preguntarle algo que ya me había contado, permaneció autista y opositor, aparentemente congelada, diciendo «no sentir nada». A menudo cuestiona mis intervenciones, brusca pero adecuadamente, y nunca de modo que amenace el vínculo. Está midiéndose y me mide.

La paciente explica una tipología de las autolesiones: «unas veces es por desesperación, te agobias, lo comparo con el mar, puede estar en calma, pero se acumulan nubes y estalla la tormenta; otras veces es cuando todo está en calma, algo falla y entonces lo haces, todo está bien y no hay motivo; otras porque te sientes sola». Se han descrito las conductas autolesivas como determinadas por múltiples factores (8-10): como el fruto de la culpa y del deseo de castigarse a través de una agresión dirigida a sí mismo; como una manera de afirmar la propia existencia mediante marcas a modo de firma identificativa; como un intento de explorar los propios límites o de marcar una barrera; como una ritualización, una forma de integrarse en una cultura de grupo marcando al mismo tiempo una diferencia; como una reacción a una separación real o amenazada, pérdida o desilusión; con una función comunicativa o grito de ayuda; o como un intento de autorregulación. En el caso de Olga, los cortes suelen aparecer tras alguna situación vivida como abandono o pérdida, y aunque en algunas ocasiones se ha dado de manera impulsiva, en la mayor parte existe una planificación del acto y una sensación de omnipotencia ante la ignorancia de los otros, con lo que obtiene un sentimiento de control mágico y de triunfo sobre el mundo exterior.

El comienzo de las autolesiones tiene lugar en el inicio de la adolescencia, en el contexto de la construcción de una identidad femenina. Algunos autores psicoanalíticos han establecido la relación entre las heridas y la aparición de la sangre y la menstruación. La madre refiere haber estado desde adolescente «en extremo orgullosa de ser mujer», y este énfasis, que podría denotar una formación reactiva, y el episodio disociativo que se desencadenó tras la visión del travesti, indicarían la relación patológica de la madre con su propia feminidad. Más adelante establece un vínculo con el padre de Olga en el que éste es devaluado constantemente. Por otro lado, la relación de Olga con su padre cambia a raíz de su entrada en la adolescencia, pasando de tener una relación cercana y seductora a una relación distante y en todo caso marcada por la desvalorización. A todo esto se suma la experiencia de abuso por parte del tío, a la que la familia no responde, y que además despertó intensos sentimientos de culpa. La conducta sexual de Olga, que sólo mantiene cuando después va a abandonar, parece tener más que ver con una anticipación a sus propios temores que con un deseo real, y además expresaría su deseo de venganza.

Junto a las conductas autolesivas, aparecen las fantasías diurnas de daño, en las que se representa como siendo objeto de un trato injusto por parte de un hombre, y en tanto es dañada, se hace merecedora de ser cuidada y protegida, y además se va amando a sí misma (11). Esto se relaciona con la percepción de la madre de la paciente como una «niña frágil, débil y sufriente», lo que pudo hacer que ésta se predispusiera a fantasear que el sufrimiento trae consigo el amor. Contrasta este tipo de fantasías con el control omnipotente que ejerce en sus relaciones con chicos, en las que en algún momento puede resultar sádica a través de infidelidades y de una acusada falta de empatía con el sufrimiento del otro.

Aparecen con frecuencia mecanismos de defensa como la idealización y la desvalorización, a través de la disociación, oscilando en la apreciación del otro y haciendo en ocasiones juicios sarcásticos; la omnipotencia, la proyección; la denegación de las emociones (describe cómo en situaciones de alta tensión emocional se siente fría y distante), y concretamente de sus necesidades de dependencia. También se manifiestan mecanismos más maduros como la sublimación, a través del dibujo y de otros intereses artísticos y culturales.

A un nivel estructural, se plantearía la necesidad de discernir si se trata de una organización límite de personalidad o bien de una organización neurótica. En este caso, podría cumplir muchos de los criterios descriptivos del trastorno límite de personalidad, además de presentar rasgos histriónicos, narcisistas y masoquistas, pero el diagnóstico de organización límite, según Kernberg (12), se establecería en función de criterios estructurales: la integración de la identidad, el tipo de operaciones defensivas y la prueba de realidad. El síndrome de difusión de la identidad se representa por un concepto pobremente integrado de sí mismo y de los otros significativos. En Olga aparece el sentimiento recurrente de vacío, pero a pesar de ello sí aparecen algunas interacciones significativas con otros (sus amigos y amigas) y posee percepciones ricas de los demás, aunque se aprecien contradicciones. La capacidad de empatía no aparece en las relaciones amorosas, pero sí en las de otro orden. Aparecen algunos mecanismos de defensa primitivos, pero también aparecen otros más evolucionados. Por otro lado, su nivel de adaptación no es del todo inadecuado y mantiene el control de impulsos, al margen de los cortes y de los episodios de ira con sus padres.

Las cartas a alguien

En sus escritos refleja su sensación de estar atrapada en una contradicción, en el «miradme pero no me miréis». Escribe sus cartas a «Nadie». Un interlocutor que la escucha sin plantear una contradicción más. «Nadie» representa la personificación de la negación de su dependencia, de su deseo de estar siempre acompañada por «alguien». Y esa frustración que le llena de rabia da lugar a una amenaza fantaseada de suicidio. En una de estas cartas escribe, de forma epistolar, las últimas palabras de un personaje que vive sus últimas horas antes de matarse. Aparece el suicidio como un modo de retomar un control perdido, de experimentar un sentimiento de omnipotencia frente a la impotencia que siente ante el abandono, y como un mensaje provocador. Me trae el texto como un relato de ficción, pero queda claro el juego: despertar en mí la preocupación que desearía ver en sus padres, en lugar de la actitud fría que encuentra.

El texto refleja la ambivalencia respecto a su necesidad de que los demás sean testigos de su vulnerabilidad, el miedo a mostrar y que no vean. Habla de su

sensación de no ser escuchada, de la ceguera del mundo. Ante una angustia que la desborda aparece la anestesia afectiva: «me asusto ante mi propia falta de miedo». El comienzo de la carta, como otros escritos, está en una letra cifrada, una serie de símbolos sustitutivos de cada letra del abecedario, manifestando así el deseo encubierto de ser descifrada y entendida, y la necesidad de encender la curiosidad y el deseo del otro. La experiencia de la autolesión la conecta con sus sentimientos de tristeza: habla de cómo las gotas de sangre discurren paralelas a las lágrimas, y la forma en la que contrarrestan la sensación de vacío.

En esta carta, además, habla de la indiferencia del mundo ante su dolor, y además de su propia impasibilidad ante ese desinterés de los que la rodean. Nadie la escucha pero eso no le importa. Queda de ese modo reflejado el mecanismo de la negación y el control omnipotente, de su esfuerzo para desentenderse de su necesidad de cuidado y escucha, de su anhelo de que alguien la pare. Las frases están expresadas en términos absolutos: todo, nada, siempre, nunca, no dejando lugar a la ambivalencia y al relativismo y haciendo solo descripciones extremas y polarizadas. El estilo es barroco y dotado de gran intensidad dramática.

En otro de sus escritos Olga relata episodios de su vida, nuevamente a «Nadie», al que le pregunta al final: «¿Sabes ya qué es mi vida?». Habla de sus dificultades para comunicarse a través de la imagen de un muro, un muro que tapona y no se puede bordear, un muro con el que se daña las muñecas. Desarrolla después un relato confesional en el que establece conexiones entre distintos acontecimientos, como un modo de reorganizar un pasado confuso: el origen de la fantasía sadomasoquista en la culpa experimentada tras el abuso por parte de su tío. Expresa la justificación de esa fantasía en el modo en que ésta legitima su sentimiento de odio hacia los hombres: sentía un odio muy intenso e inexplicable para ella, y explica cómo poco a poco se fue configurando una historia, la historia que le daría un motivo a ese odio.

La misma paciente advierte que cuanto más escribe menos se marca el cuerpo. A través de la escritura, Olga va anudando aspectos inconexos, construyendo una historia verosímil que contenga y estructure. Tanto en sus relatos de ficción como en sus cartas testimoniales se intenta dotar de significado a un pasado confuso y además trascenderlo, ir más allá y crear algo nuevo, buscando la verdad al relatar momentos de epifanía cargados de sentido.

El lugar de los escritos adolescentes

Existe un paralelismo entre el proceso adolescente y la problemática narcisista o los estados límite que es necesario no perder de vista para entender el lugar que ocupa la escritura, sea creativa o autobiográfica, en la vida de estas personas.

En el adolescente, como en muchos adultos límite, pueden aparecer fenómenos como la angustia desbordante, el paso al acto, el consumo de tóxicos, los cambios frecuentes de humor, explosiones de ira intensa, las tendencias depresivas, la sensación de vacío o aburrimiento. Las relaciones pueden ser superficiales o bien ser intensas y apasionadas, e inestables, pasando de la dependencia a la separación abrupta. Se preocupan mucho de la imagen que ofrecen a los demás, se comparan, compiten y envidian. El yo es lábil y está sometido a fluctuaciones de la angustia que no puede canalizar o elaborar, angustia que emerge del despertar de las pulsiones y de las nuevas exigencias internas y externas. Los mecanismos de defensa predominantes son de naturaleza arcaica: la escisión, la idealización o la devaluación, la identificación proyectiva, la negación y el control omnipotente. La identidad es difusa, insegura e inestable, por las transformaciones corporales y por las pérdidas inherentes a la etapa evolutiva, en conexión con el proceso de separación-individuación, y específicamente su identidad de género puede estar indefinida. Los adolescentes, como el niño con el juego, se abstraen en fantasías de éxito, poder y amor ideal, del mismo modo que los pacientes narcisistas recurren a fantasías compensatorias de sus frustraciones con la realidad.

Los dos casos expuestos presentan varias similitudes a nivel clínico, con algunas notables diferencias estructurales. Las dos escriben, y ambas traen sus escritos de manera espontánea, haciendo que formen parte del proceso terapéutico. Algunos autores han caracterizado el papel de los escritos no solicitados como facilitadores en la psicoterapia, en contra de otras opiniones que mantienen que representan una resistencia o una forma de *acting out*. Domash (13) expuso cómo la escritura puede ser un recurso para pacientes del espectro límite. Estos pacientes, entre los que incluye también a aquellos con desórdenes narcisistas, se han descrito como fijados en algún punto del proceso de separación individuación planteado por Mahler (14) (diferenciación, práctica y reaceramiento), no alcanzando la constancia objetal. En este contexto, la escritura puede ser un apoyo para reelaborar el proceso: ayuda a mantener el lazo terapéutico al permitir la relación con un interlocutor no presente entre las sesiones, disminuyendo la angustia de separación, y devuelve al paciente un sentimiento de autonomía que facilita la diferenciación. El acto de escribir puede contrarrestar la tendencia a la actuación, a la descarga agresiva indiferenciada contra los otros y contra sí mismo, los rasgos regresivos y paranoides. La angustia que amenaza con desbordar el yo se «externaliza» y se hace corpórea, instaurando una distancia que permite el pensamiento. Expresándolo en términos de Guidano (15), a través de la escritura se establece la bisagra entre el «yo que observa» y el «mí que experimenta». Según este autor el conocimiento es fruto de un proceso circular entre la experiencia inmediata y el sentido de uno mismo que surge de la valoración y autorreferencia de la experiencia. A través de la escritura pueden tener encuentro aquello que «experimento»

que soy con aquello que «evalúo». Otro aspecto a reseñar es la puesta en palabras, fundamental en el tratamiento de pacientes con patología de orden narcisista, cuyo deseo es ser entendidos de modo no verbal, como correspondería a la relación simbiótica deseada. Lanza Castelli (16) propone a los pacientes la escritura de un diario personal a realizar entre sesiones, considerando que incrementa la implicación y promueve el dominio sobre los conflictos interpersonales. Mantiene que la escritura favorece la función reflexiva o mentalización, la capacidad para la representación mental del *self* y del otro en términos de estados mentales.

En la adolescencia el carácter se «derrite» y se hace fluido, para después endurecerse formando el núcleo caracteriológico (17). Y en ese fluir los escritos aportan consistencia y otorgan identidad. Fiorini (18), narra cómo propuso a una paciente escribir, al encontrarse con un pensamiento «difuso, falto de consistencia, líquido», con el resultado de «hacer pensamiento». La paciente se describía antes de la psicoterapia como «baba, sin consistencia» y expresa cómo escribir le sirve «como organizador mental y principio de realidad» y también como «cordón umbilical» con el terapeuta, cordón que le permitió «rehacerse».

La escritura puede fijar, sostener y cristalizar la experiencia, frenando la angustia del paso del tiempo y congelándolo. El que escribe diarios se intenta proteger de la pérdida y de la alteración, elabora un espacio que permanece y al que poder regresar siempre que quiera, que le posibilita volver a los mismos lugares, encontrarse con personas del pasado, evocar antiguas sensaciones. Permite distanciarse ocasionalmente de la realidad para sumergirse en lo reflejado, permite vivir ilusoriamente en otro tiempo. La escritura también hace posible la construcción de un espacio propio e inviolable, es un modo de quedarse a solas y encontrar la intimidad cuando no es posible hacerlo de otra manera. Al mismo tiempo, representa una compañía, y como en el caso de Ana, sería la herencia de los osos de peluche o de los amigos imaginarios.

Las cartas y relatos de las pacientes tienen ambos una función comunicativa. En primer lugar los traen a la sesión con la intención de que yo los lea. En el caso de Olga yo soy «nadie»; en el caso de Ana el comienzo de su novela sería su carta de presentación, aquello que ella quiere que yo conozca. Elkind (19), al describir el egocentrismo intelectual propio de la adolescencia, formuló dos aspectos: la «audiencia imaginaria» se refiere al sentimiento de estar siempre «en escena», y que los demás están tan preocupados y son tan críticos en sus acciones como él; la fábula personal sería la creencia en el carácter único de uno mismo y de sus experiencias que por ello son incomunicables, y de ahí la habitual sensación de ser incomprendidos. Los escritos son intentos de salir de la incomunicación, de dirigirse a esa audiencia que en este caso soy yo.

No se trata de plantear que la escritura en sí misma es terapéutica, sino de que ésta puede llegar a serlo en el contexto de un vínculo terapéutico. La escritura, sea

del tipo que sea, no cura. Puede hacer surgir el conflicto o facilitar su comunicación, pero no es terapéutica. Virginia Wolf a menudo se refería al acto de escribir como un tipo de enfermedad, y Amiel convirtió sus diarios en una adicción, en un acto compulsivo (20), estando convencido de que eran a la vez su salvación y su destrucción, rompiéndose los límites entre sí mismo y su diario.

En la adolescencia irrumpe un potencial creativo que permanecía latente en los años anteriores. El interés por el juego da paso a los sueños diurnos en los que ocupan mucho tiempo, y de esas ensoñaciones puede surgir el estímulo creativo. Algunos autores relacionan la aparición de la creatividad adolescente con la herida narcisista causada por el conflicto edípico: los deseos incestuosos son desplazados a objetos permitidos. El proceso por el que una fantasía masoquista da lugar a una ensoñación, y ésta a su vez se transforma en un relato en una adolescente ha sido explicado por A. Freud (21): la modificación está en la forma, de manera que las gratificaciones libidinales evidentes en el sueño diurno se sacrifican en orden a conseguir el reconocimiento de una audiencia fantaseada. La actividad autística del sueño diurno se transforma en una actividad social.

La escritura de un diario es más común en la adolescencia que en cualquier otra etapa de la vida. Se suelen comenzar a escribir en la pubertad, y a medida que se acerca la edad adulta se van progresivamente abandonando. En la adolescencia se pierde a los padres de la infancia, y hay una búsqueda de otros lazos afectivos que reemplacen a aquellos. El diario sería entonces un objeto transicional, un lugar intermedio donde interseccionan el mundo interno y el mundo externo. Un objeto transicional que a la vez permite y evita la pérdida. Es un interlocutor personificado, que no frustra, que no abandona. El diario de Anne Frank (22; 23), que tenía nombre propio, era un interlocutor fantaseado que nunca la malinterpretaría, recuperando en la fantasía a las primeras figuras idealizadas. Anaïs Nin (24) comenzó a escribir su diario poco después de que su padre abandonara la familia: para ella el diario representó un modo de mantenerse ligada a su padre. No era simplemente un modo de comunicarse con él, sino que le reemplazaba, dirigiéndose a él en segunda persona: «¿Prometes que siempre conservarás el corazón que te he dado?». Es el otro imaginado que representa a la madre perdida de la infancia. Nos encontraríamos ante la zona intermedia de la experiencia de Winnicott, el lugar del juego, de la creación artística, la cultura y los sueños (25). También en esa zona es donde se encuentran terapeuta y paciente, dos personas que juegan juntas, siguiendo a Winnicott. Blos (26) describe una fase en la adolescencia en la que se da un incremento del narcisismo, que va seguido de la elección de objeto. Él ve en el diario una manifestación de este cambio, entendiéndolo como situado entre el mundo objetivo y los sueños diurnos: el diario se ajusta a las características narcisísticas y la grandiosidad compensatoria de esta fase. Es un modo de comunicación en el que uno solo tiene que hablar y nunca que escuchar. Refleja la fluctuación de la

autoimagen del adolescente: de la devaluación a la idealización, de la confesión de los secretos más vergonzantes a las fantasías de grandiosidad.

Los adolescentes son prolíficos escribiendo poemas y relatos en los que plasman sus deseos y miedos. Estos poemas son prolongaciones de las ensoñaciones en las que se evaden. Freud (27) ya aseveró que «todo niño que juega se conduce como un poeta, creándose un mundo propio». El niño va abandonando el juego, pero el juego no desaparece sino que se transforma en la actividad fantasiosa, reserva donde se da satisfacción a los deseos más primitivos. Y plantea la hipótesis de que «la poesía, como el sueño diurno, es la continuación y el sustitutivo de los juegos infantiles». Nuevamente esto nos lleva al espacio intermedio de Winnicott. Bachelard (28) concebía el espacio poético como una «habitación habitada gracias a la imagen, del mismo modo en que uno habita una imagen que está en la imaginación... una habitación que el autor lleva dentro de sí mismo, y que hace vivir con una vida que no existe en la vida». La fantasía es íntima y vergonzante, y según Freud, en la escritura creativa se modifican estos aspectos para poner al lector en disposición, y gracias al placer estético, de disfrutar de sus propias fantasías. Sin embargo, también subrayó que la esencia de la función artística resultaba inaccesible al psicoanálisis. Muchos autores han tratado de explicar el origen y el proceso del impulso creador. La creación artística nos conduce a la conquista de un territorio virgen, más allá de sus relaciones con el pasado o el presente, más allá de la conexión con su autor, su infancia y su historia. A través del acto creativo se trasciende la biografía y los conflictos infantiles para significarlos y para entrar en un ámbito regido por una lógica distinta. Algunos autores (29) encuentran analogías entre la función de la creación artística y la función del sueño, pero establecen una diferencia fundamental: el sueño se rige por el proceso primario, mientras que en la obra artística se da un intercambio entre proceso primario y secundario. Fiorini propone que el psiquismo creador no se reduce a la combinación de proceso primario y secundario, y postula la existencia de un «proceso terciario». Establece una tópica de tres lugares y sus límites: lo dado, aquello que ya es conocido y establecido, lo posible y lo imposible. En el acto creador, en un primer momento de caos creador, se atraviesa el límite de lo dado desorganizando y dispersando lo ya constituido. Si la desorganización no da lugar a nuevas reorganizaciones, se ha caído en el espacio de lo imposible. Según Fiorini el trabajo creador funda relaciones entre los términos de una contradicción, surgiendo de esas conexiones nuevos significados. Partiendo del concepto de proceso terciario, y extrapolando el concepto a la explicación de la adolescencia, ésta se podría entender como un tránsito desde lo dado, el mundo conocido de la infancia, hacia lo desconocido, el mundo adulto, llegando a él a través de la desorganización y la creación de nuevas organizaciones que apuntan hacia un proyecto vital.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) VIGOTSKY, L. S. (1986), *La imaginación y el arte en la infancia*, Madrid, Akal, 2003.
- (2) BARTHES, R. (1953), *El grado cero de la escritura*, México, Siglo XXI, 1973.
- (3) KERNBERG, P., y otros (2000), *Trastornos de personalidad en niños y adolescentes*, México, Manual Moderno, 2002.
- (4) KOHUT, H. (1977), *La restauración del self*, Barcelona, Paidós, 1980.
- (5) DOMINGO, C., *Mi querida hija Hildegart*, Barcelona, Destino, 2008.
- (6) BERKOWITZ, D. A., y otros, «Family Contributions to Narcissistic Disturbances in Adolescents», *International Review of Psychoanalysis*, 1974, 1, pp. 353-362.
- (7) BETTELHEIM, B. (1975), *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*, Barcelona, Critica, 2005.
- (8) MARCELLI, D.; BRACONNIER, A. (1986), *Psicopatología del adolescente*, Barcelona, Masson, 2005.
- (9) DOCTORS, S. R., «Avances en la comprensión y tratamiento de la auto-lesión en la adolescencia», *Aperturas Psicoanalíticas*, 2007, 27.
- (10) KERNBERG, O. F. (2004), *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación terapéutica*, México, Manual Moderno, 2005.
- (11) BLEICHMAR, H., *Avances en psicoterapia psicoanalítica: hacia una técnica de intervenciones específicas*, Barcelona, Paidós, 1997.
- (12) KERNBERG, O. F. (1984), *Trastornos graves de la personalidad*, México, Manual Moderno, 1984.
- (13) DOMASH, L. «The Therapeutic Use of Writing in the Service of the Ego», *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 1976, 4, pp. 261-269.
- (14) MAHLER, M. (1975), *El nacimiento psicológico del infante humano: simbiosis e individuación*, México, Enlace, 2005.
- (15) GUIDANO, V. F. (1991), *El sí mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva posracionalista*, Barcelona, Paidós, 1993.
- (16) SPIEGEL, L. A., «A Review of Contributions to a Psychoanalytic Theory of Adolescence: Individual Aspects», *Psychoanalytic Study of the Child*, 1951, 6, pp. 375-393.
- (17) LANZA CASTELLI, G., «La escritura en psicoterapia: regulación emocional y funcionamiento reflexivo», *Aperturas Psicoanalíticas*, 2007, 25.
- (18) FIORINI, H., *El psiquismo creador: teoría y técnica de los procesos terciarios*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2006.
- (19) ELKIND, D. (1970), *Niños y adolescentes: ensayos interpretativos sobre Jean Piaget*, Barcelona, Oikos-Tau, 1978.
- (20) ROUSSEAU, G. S.; WARMAN, C., «Writing as a Pathology, Poison or Cure: Henri-Frédéric Amiel's Journal Intime», *Studies in Gender and Sexuality*, 2002, 3, pp. 229-262.
- (21) FREUD, A., «Beating Fantasies and Daydreams», *Writings, I*, Nueva York, International Universities Press, 1974, pp. 137-157.
- (22) FRANK, A. (1947), *Diario*, Barcelona, Plaza & Janés, 1988.
- (23) DALSIMER, K., «Female Adolescent Development: a Study of the Diary of Anne Frank», *Psychoanalytic Study of the Child*, 1982, 37, pp. 487-522.
- (24) NIN, A. (1966), *Diarios*, Barcelona, RM, 1978.
- (25) WINNICOTT, D. (1971), *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 1979.
- (26) BLOS, P. (1972), *Los comienzos de la adolescencia*, Buenos Aires, Amorrortu, 1993.

(27) FREUD, S. (1908), «El poeta y los sueños diurnos», *Obras Completas. Tomo II*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2005, pp. 1343-1348.

(28) BACHELARD, G. (1964), *La poética del espacio*, México, Fondo de Cultura Económica, 1983.

(29) BERES, D., «Communication in Psychoanalysis and in the Creative Process: a Parallel», *Journal of American Psychoanalysis Assesment*, 1957, 5, pp. 408-423.

* Susana Fernández de la Vega González. Psicóloga Clínica.
Correspondencia: C/ Recondo n.º 1, 4.º A, 47007. Valladolid
e-mail: susanafdez@hotmail.com

** Fecha de recepción: 22-IX-2008 (aceptado el 28-IX-2008).

DEBATES E INFORMES

Estudio comparativo coste-eficiencia en un dispositivo residencial para enfermos con trastorno mental severo

RESUMEN: Funcionamiento de las Residencias para personas con trastorno mental severo, basado en su eficiencia y coste económico.

PALABRAS CLAVE: Eficacia, coste, trastorno mental severo, programa residencial.

SUMARY: The functioning of the residential program from Severe mental illness, based on the study of its efficiency and economic cost.

KEY WORDS: Efficiency, economic cost, severe mental illness, residential program.

El Decreto sobre las Corporaciones Locales de 1925 asociaba la asistencia en salud mental a la beneficencia, bajo los auspicios de las Diputaciones Provinciales y las Instituciones Religiosas. Desde el año 1986 y tras el desarrollo de la Ley General de Sanidad se produce un proceso de reforma psiquiátrica que supone, tanto el cuestionamiento del hospital psiquiátrico como institución como el desarrollo de una red asistencial alternativa de servicios de salud mental, ubicada en la comunidad y dentro del sistema sanitario general. Avalado por la consideración que desde la Conferencia de Alma-Ata (OMS 1978) se ha dado a la atención a la salud como algo que trasciende de lo puramente biológico y, consecuentemente, son las comunidades las que han de dar respuesta a las necesidades globales del individuo, en tanto que también forman parte de la comunidad. La integración es la oposición a la respuesta clásica de segregación y marginación del enfermo.

Sin embargo en los últimos años la asistencia psiquiátrica se ha centrado en el tratamiento sintomático a corto plazo, relegando el tratamiento a largo plazo, el de la clínica persistente, el de las secuelas y la cronicidad, al sistema social (1). La OMS, en su informe sobre Salud Mental en el mundo 2001 recuerda que «la reducción del abordaje sanitario de la enfermedad mental severa al tratamiento sintomático, dejando de lado el abordaje de la discapacidad y de los síntomas deficitarios persistentes, coarta los derechos de las personas afectadas a recibir un tratamiento integral de sus trastornos y contribuye a su cronificación, estigmatización y al riesgo de marginalidad» (2).

El carácter crónico de este tipo de trastornos mentales graves debería entenderse en analogía a otras enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión, es decir, trastornos que, por el momento, no cuentan con posibilidades de curación, pero que, con el adecuado tratamiento y apoyo, pueden llevar una vida normalizada y autónoma. Históricamente el adjetivo «crónico» añadido al de esquizofrenia denotaba una evolución negativa hacia una situación de progresivo deterioro, pero en la actualidad, tras múltiples estudios no hay base para seguir

pronosticando una evolución negativa, suponiendo en muchos casos una mejoría progresiva tanto en su situación psicopatológica como en su funcionamiento psicosocial. Los estudios más actuales parecen confirmar la posible recuperación del paciente con esquizofrenia si se trata durante períodos prolongados de tiempo con servicios globales, bien coordinados y continuos (3).

En Cataluña se están creando, desde el año 2000, residencias para personas con trastornos de salud mental como un servicio de la Administración pública, concretamente desde el departamento de «Benestar i Família». Se considera como un recurso social que da acceso a la vivienda y no se concibe inicialmente como un lugar de tratamiento. El recurso se destina a personas afectadas de Trastorno Mental Severo (TMS) de larga evolución, autónomas y estabilizadas psicopatológicamente, que no requieran atención sanitaria continuada. Aunque inicialmente no se concibe como lugar de tratamiento, el objetivo general de las «Residències» es favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de habilidades y competencias necesarias para funcionar en la comunidad en las mejores condiciones de normalidad y calidad de vida, ofreciendo el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona precise. Las residencias son instituciones que proporcionan un marco normalizado donde se abordan las diferentes problemáticas del individuo, posibilitando una actuación integral y global, no centrada en la institución sino en las necesidades del usuario. Sirviendo de alternativa a las instituciones totales (4).

El objetivo de este trabajo es realizar un estudio de valoración de los servicios residenciales, a partir de los datos recogidos en la «Residencia Roger de Llúria», basado en la medida de su efectividad y su eficiencia. La efectividad se define como la medida en que este programa consigue el cumplimiento de sus objetivos; se trata de una medida de resultados reales donde se valoran los cambios en el estado de salud de los residentes. Y la eficiencia se define en términos de rentabilidad económica, estableciendo una relación entre la efectividad y el coste de su prestación (5).

1. *Población de estudio*

El estudio se realiza a partir de una muestra de 52 residentes ingresados en la «Llar-residencia Roger de Llúria», de la ciudad de Barcelona y perteneciente al programa de acceso a la vivienda para personas con trastorno mental, del «Departament de Benestar i Família» de la Generalitat de Cataluña, desde el día de su apertura (7-III-2002) hasta la fecha de inicio del estudio (15-X-2003).

La población estaba formada por 35 hombres y 17 mujeres, con un promedio de edad de 44 años y diagnosticados de Esquizofrenia Paranoide (23), Esq. Desorganizada (6), Esq. Esquizoafectiva (3), Esq. Inespecífica (4), Esq. Resi-

dual (6), Esq. Simple (2), Psicosis atípica (1), Psicosis injertada (1), Trastorno afectivo bipolar (2), Trastorno del control de los impulsos (1), Trastorno de personalidad explosivo (3).

De estas 52 personas, un total de 37 cumplen con el criterio de haber estado vinculadas al centro por un período mínimo de un año. Tiempo necesario para poder evaluar la evolución del residente el año anterior y posterior a su ingreso en la «Llar». 7 residentes causaron baja antes de cumplir el año de ingreso y 8 aún no habían cumplido el período mínimo de vinculación en la residencia, desde su ingreso.

Se contabiliza a partir de la fecha de ingreso un año atrás y un año posterior, calculando entre estos datos ([fecha ingreso-1 año]-[fecha ingreso]; [fecha ingreso]-[fecha ingreso + 1 año]) las modificaciones en las variables definidas por el estudio.

2. Variables estudiadas

Para medir el cumplimiento de estos objetivos se valoran como cambios en el estado de los residentes las siguientes variables: a) Variación del EEAG (Escala de evaluación de la actividad global), en el momento del ingreso y al año de su ingreso en la residencia; b) Variación de la actividad habitual individual (trabajo, programas de inserción laboral, centro de día, formación, actividades lúdico-recreativas, o ninguna actividad), del año anterior a su ingreso en la residencia con respecto al año posterior; c) Variación de las Capacidades y habilidades de la Vida Cotidiana (se recogen los datos relacionados con la alimentación, cuidado del lugar de vida, cuidado personal, administración del dinero, movilidad física, cumplimiento de medicación, relaciones interpersonales, convivencia, autosuficiencia en situaciones normales, y autosuficiencia en situaciones especiales) comparando los valores (del 1 al 4) recogidos en el momento del ingreso y al año de su ingreso en la residencia; d) Variación del número de ingresos y estancia en centros hospitalarios de salud mental, según las unidades: agudos, subagudos/comunidad terapéutica u hospitales de día; comparando los números recogidos durante el último año anterior al de su ingreso en la residencia y durante el año posterior; e) Variación en la utilización de servicios sanitarios de salud mental (unidades de agudos, subagudos y hospitales de día y los centros de día y el programa de seguimiento individualizado), durante el año anterior a su ingreso en la residencia con respecto al año posterior; f) Utilización de recursos sociales, considerando como recurso social: utilización de comedores públicos, pago de servicios sociales a pensiones o alquileres, el servicio de atención a domicilio, el pago de servicios de limpieza de choque y la utilización de servicios públicos de alojamiento; g) Resultado de la encuesta de evaluación de la calidad del servicio, donde se recoge la respuesta de los residentes, pasado un año de su ingreso en la residencia,

valorando su opinión sobre los posibles cambios producidos en su vida a raíz de su incorporación a vivir en la residencia y sobre las atenciones recibidas.

3. *Análisis de los datos*

Se consideran como costes los gastos de las administraciones públicas. Así pues, los gastos económicos se calculan al comparar los gastos públicos producidos por los residentes, durante el año anterior a su ingreso en la «Llar» y los producidos durante el primer año de su estancia. Se contabilizan el gasto sanitario de ingresos en hospitalización psiquiátrica: Agudos, Subagudos, Hospital de Día, Centro de Día y PSI (Plan de Servicio Individualizado); y el gasto social de comedores públicos, ayudas al pago de alquiler o pensión, servicios públicos de alojamiento, Trabajador/a Familiar.

Dado que la utilización de recursos se ha realizado durante los años 2001 al 2003, se opta por definir su gasto a partir del precio real a 2003, para equiparar la inflación de dos años consecutivos. Las estancias en hospitalización: Unidades de Agudos, Unidades de Subagudos/Comunidades Terapéuticas y Hospitales de Día; se calculan a partir de multiplicar el nombre de estancias por unidad, para la tarifa 2003 establecida al DOGC.

El gasto producido por la utilización de los Servicios de Rehabilitación Comunitaria (SRC) se calcula a partir del precio plaza/día, según tarifa de 2003 establecida en el DOGC, con un total de 247 días laborables por año, considerando que los usuarios se han beneficiado del recurso durante todo un año, y el gasto producido por la utilización del Programa del Plan de Servicios Individualizado (PSI), se calcula a partir del precio total por programa al año, dividido por el número de casos contratado, dando como resultado el coste de un usuario que se haya beneficiado del PSI durante todo un año; a pesar de que el programa no se inició a principios del año 2002, se calcula todo el año para equiparar los gastos con el año anterior, toda vez que los residentes continuaban vinculados al recurso pasado su primer año de ingreso.

El total de gastos públicos causados por la utilización de recursos sociales se calcula teniendo en cuenta los diferentes Incrementos del Precio al Consumo (IPC) en Cataluña según los datos del INE, al haber sido utilizados durante diferentes años (2001 a 2003).

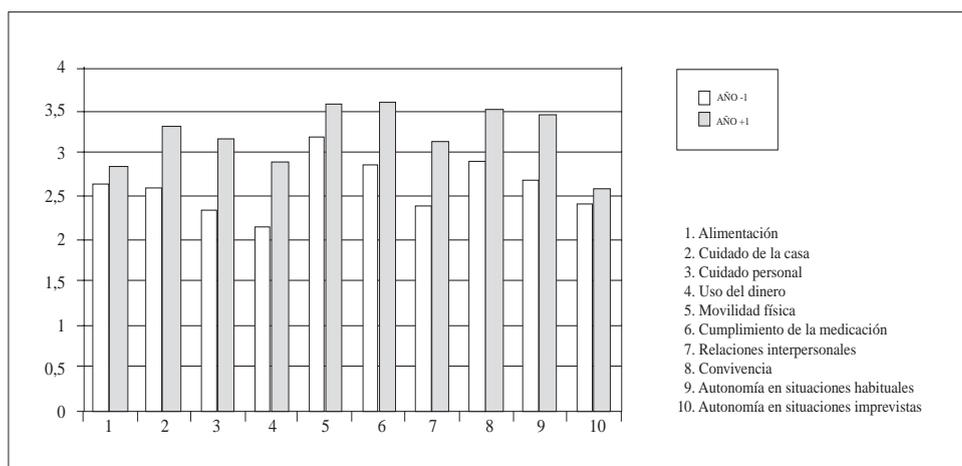
4. *Resultados*

La explotación de las variables presentadas anteriormente confirman que vivir en una Residencia para personas con trastorno mental favorece la mejora en

la calidad de vida de los residentes, tanto desde su valoración objetiva (variación del EEAG, participación en la vida comunitaria y actividades rehabilitadoras, el funcionamiento de las AVC, y estabilidad clínica), como desde la valoración subjetiva (percepción de la propia mejora de estabilidad clínica, calidad de vida, autonomía y adquisición de hábitos saludables).

Se duplica el número de residentes vinculados a Servicios de Rehabilitación Comunitaria y social, pasando del 24,3% al 45,9%. Así como también ha aumentado la vinculación a actividades lúdico-recreativas (club sociales, centros cívicos, polideportivos, etc.), pasando de 3 a 11 residentes. Se incrementa en 2 los residentes que realizan alguna actividad laboral (aunque parciales y sin contrato). Continúa habiendo un grupo de personas que no se vinculan a ningún recurso externo (el 13,5% de los residentes), inferior al número de usuarios que anteriormente se quedaban en casa sin ninguna actividad (21,6%) y teniendo en cuenta que en la residencia se realizan actividades internas en horario de mañana y tarde, donde sí están vinculadas. Hay un incremento de las Actividades y Habilidades de la Vida Cotidiana en los 10 ítems establecidos, con un promedio de 0,59 puntos, sobre total de 4. (Figura 1) y se objetiva un aumento global del índice EEAG en 2,7 puntos (de 42,8 a 45,5).

Figura 1
Variación de las capacidades y habilidades de la Vida Cotidiana



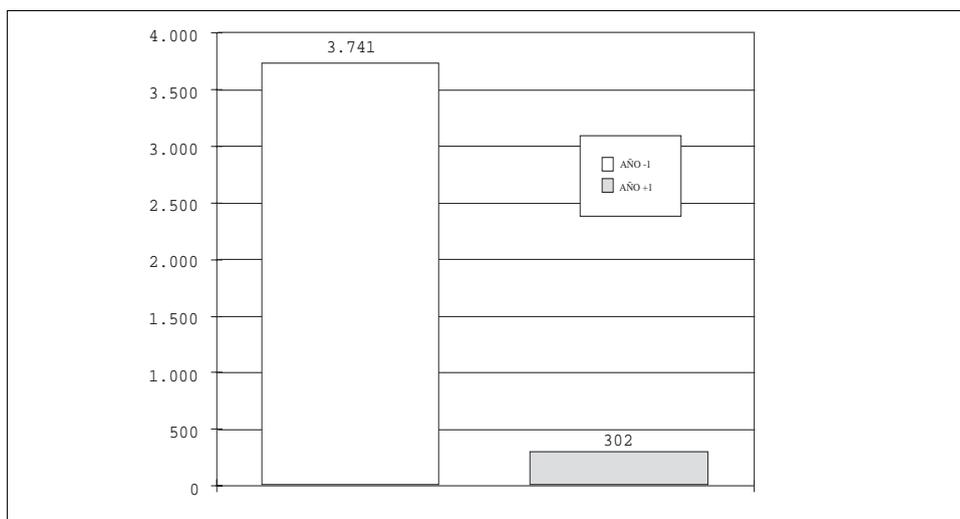
El ingreso residencial implicó una marcada reducción en el número de ingresos y tiempo de estancia en las unidades de hospitalización. El año anterior a su

incorporación a la Residencia era de 137 días de media (2.743 días/20 pacientes) y de 69,5 días de media (278 días/4 pacientes) durante el año posterior. Ninguno de los pacientes internados precisó ingreso en Hospital de Día (Tabla 1) (Figura 2).

Tabla 1
Utilización de los servicios sanitarios en salud mental

Servicios Sanitarios	AÑO -1			AÑO +1		
	N.º Usuarios	%	N.º Días	N.º Usuarios	%	N.º Días
Agudos	10	27%	607	3	8%	24
Sub-Agudos	17	46%	2.743	3	8%	278
H. Día	3	8%	391	0	0%	0
TOTAL	22	59%	3.741	6	16%	302
PSI	1	3%		4	11%	
Centro de Día	9	24%		17	46%	

Figura 2
Variación de los días totales de ingreso en hospitalización psiquiátrica



En la autoevaluación realizada, el 85% de los residentes consideran que su estabilidad clínica ha mejorado. El 80% han mejorado en su autonomía y responsabilidad. La mejora en calidad de vida representa un 75%. Y el porcentaje más reducido es del 67,5% con el concepto de adquisición de hábitos saludables.

En términos de Eficiencia se establece la relación entre la efectividad y el coste de su prestación. En este aspecto se observa que los gastos económicos por Ingreso Hospitalario en centros de atención psiquiátrica se reduce substancialmente (de 339.827,69 € a 27.491,70 €) representando unas 12 veces menos, una vez están viviendo en la residencia. Por otro lado aumenta el gasto en otros recursos sanitarios más comunitarios (Centro de Día y PSI), siendo el doble del que se gastaba cuando vivían en su domicilio. De forma general, el gasto en servicios sanitarios se reduce 2,5 veces cuando los usuarios viven en la Residencia, que antes de su vinculación al recurso residencial. Como contrapartida el gasto social aumenta de forma considerable, dado que si antes era un 59% de usuarios los que precisaban de un recurso social, actualmente es el 100% (todos los residentes se benefician del Programa Residencial del Departamento de «Benestar i Família»); significando una inversión económica cuatro veces superior, pero favoreciendo la concentración del gasto en un único concepto (la Residencia), mientras que anteriormente el gasto estaba muy diversificado (ayuda al pago de alquiler o pensión, ayuda a domicilio, comedor, limpieza de casa, etc.).

Todo ello significa un incremento del gasto social en 157.097,63 € anuales, que representa 1, 2 veces más del que se gastó el año anterior. Si esto lo expresamos como un gasto individual nos daría que cada residente significa un incremento de la inversión económica en 4.245,88 € anuales.

5. *A modo de conclusión*

Las personas con TMS se caracterizan por una serie de discapacidades y minusvalías que se ponen de relieve en un funcionamiento psicosocial deficiente y en la falta de cobertura social como compensación de sus dificultades. Este aspecto se pone de manifiesto en el número de recursos sociales precisados el año anterior al ingreso en la residencia de los usuarios muestra del estudio; hasta un total de 19 (59%) han utilizado recursos sociales. Por otro lado, cuando el disfuncionamiento social supera las posibilidades de los recursos sociales nos encontramos con un problema de inadecuada utilización de los recursos sanitarios de hospitalización, con un incremento del fenómeno de la puerta giratoria o dificultad de desinstitucionalización. A tal efecto observamos que tras el ingreso en la residencia se reducen sustancialmente las estancias en unidades de ingreso psiquiátrico: en las unidades de agudos se pasa de 607 días para 10 pacientes a 24 días para 3 pacientes y en las unidades de subagudos se pasa de 2.743 días para 20 pacientes a 278 días para 4, el año posterior.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, parecen demostrar que el hecho de ir a vivir en una Residencia para personas con trastorno mental favorece

la mejora en la calidad de vida de los residentes: tanto desde su valoración objetiva (variación del EEAG, participación en la vida comunitaria y actividades rehabilitadoras, el funcionamiento de las AVC, y estabilidad clínica), como desde la valoración subjetiva (percepción de la propia mejora de estabilidad clínica, calidad de vida, autonomía y adquisición de hábitos saludables). Se puede afirmar, de forma general, que las residencias para personas con TMS cumplen con sus objetivos de proporcionar alojamiento a personas con TMS, prevenir y tratar el deterioro producido por la cronicidad, trabajar para conseguir una autonomía máxima de los residentes y facilitar la integración de los usuarios en la comunidad, buscando la normalización.

Ahora bien, la necesidad de recursos residenciales para personas afectadas de TMS no se pueden analizar únicamente desde una vertiente de déficit o problemática social y económica (dificultad para acceder a un lugar de vida), sino desde una visión mucho más amplia. Las residencias se han de considerar también como un lugar de rehabilitación psicosocial, entendida como los procesos de modificación de una situación psicosocial disfuncional que influye negativamente en la calidad de vida y en la integración social del paciente. La rehabilitación psicosocial de las personas con TMS se debe considerar como un tratamiento, centrándose en la interacción entre la persona y su contexto y la activación de los recursos personales del individuo (6). En este sentido la residencia se debe considerar también como un lugar de tratamiento, siempre que su funcionamiento vaya más allá del meramente asilar (proporcionar alojamiento y comida) y cumpla con los criterios del tratamiento institucional (7). También hemos de ser conscientes que la rehabilitación psicosocial de los residentes no depende de un único recurso sino de algo que podemos imaginar como un complejo puzzle de diferentes recursos e instituciones. Los usuarios de las residencias para personas con TMS también utilizan servicios de Hospitalización psiquiátrica, Centros de Salud Mental ambulatorio, Centros de Día, Programas de Atención Individual, Áreas Básicas de Salud, Hospitales Generales y recursos normalizados como Centros Cívicos, polideportivos, escuelas de adultos, etc.

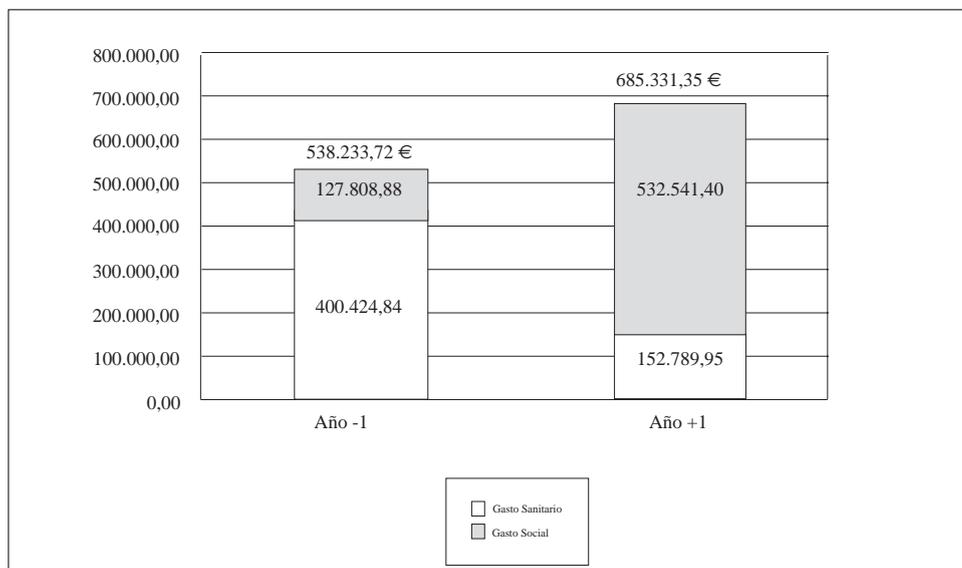
Podríamos afirmar que la estancia en la residencia favorece la estabilidad clínica del usuario, reduciendo el número de ingresos y su tiempo de estancia. Significa un ahorro del gasto sanitario a medio y probablemente a largo plazo, y un beneficio notable para la persona, dado que a menos recaídas, menor deterioro y menor dependencia. El residente recupera su estatus de ciudadano, más activo y autónomo. Se dignifica a la persona en tanto que se promueve que no se instale en la posición de enfermo pasivo (como paciente psiquiátrico).

Pero esta mejora tiene un coste, que se ha calculado como gasto público (sanitario + social), de unos 4.200 € anuales por persona. Si bien existe una reducción de costes sanitarios por ingreso hospitalario (pasando de 339.827,69 € a

27.491,40 €), por contrapartida incrementa el coste sanitario por programas de rehabilitación (pasando de 60.597,84 € a 152.789,95 €) y también aumenta el coste social (pasando de 127.808,88 € a 532.541,40 €) (Figura 3).

Figura 3

Resultados comparativos de los gastos públicos producidos por utilización de recursos sanitarios y sociales el año anterior y posterior al ingreso en la residencia



Actualmente se mantiene un debate con relación a la atención al TMS con necesidad de un lugar de vida. El debate se desarrolla tanto en el ámbito político como profesional y se centra en si estos centros son un recurso sanitario y social. Este trabajo no cierra la polémica pero sí da criterios tangibles de valoración al demostrar una mejoría generalizada en la calidad de vida y estabilidad clínica de la muestra. Pero a pesar de estas ventajas debe hacerse una anotación sobre la realidad actual de las residencias. Son un recurso relativamente joven y algunas están sufriendo el hecho de haber acogido a usuarios que no corresponden con el perfil adecuado, tal y como está definido el tipo de asistencia que se ofrece y los recursos humanos y presupuestarios con los que cuenta (8). Se ha incluido a pacientes más bien candidatos a recursos sanitarios y de mayor contención, por considerar que en aquel momento era el recurso menos malo, aunque no el estrictamente necesario.

El sistema sanitario está marcado por una concepción de curación más que al cuidado continuado y la mejora del funcionamiento. La atención psicosocial ha sido considerada como un aspecto secundario y de menor relevancia que el tratamiento psiquiátrico o la hospitalización. En este estudio se demuestra que la atención recibida en las residencias también realiza una función terapéutica y de mejora clínica.

Si realmente se desea una asistencia basada en un modelo comunitario, será necesario un soporte político decidido, entre otros menesteres, a garantizar, a través de políticas sociosanitarias flexibles, el acceso al alojamiento, pero teniendo en cuenta que este colectivo (TMS con necesidades de un lugar de vida) es muy heterogéneo y se tendría que adecuar a las diferentes necesidades de atención o capacidades de autonomía del paciente. Así por ejemplo se han de considerar residencias con diferentes niveles de atención, pisos tutelados, pensiones sociales, incluso unidades de carácter socio-sanitario.

Se deben ir articulando sistemas de atención y soporte comunitario cuyos pilares básicos se deben asentar en la colaboración entre el sistema sanitario a través de sus servicios de salud general y mental, unidades de hospitalización, hospitales de día y otros recursos y entre el sistema de servicios sociales, pero también de formación y empleo*.

* Vaya nuestro agradecimiento a todas aquellas personas e instituciones que nos han favorecido el acceso a la información: Hospitales de St. Pau, H. de Día Llúria, Clínica Llúria, IMPU, Unidad Patología Dual de Martorell, H. St. Gervasi, Unidad Polivalente Creu de Molers, H. St. Joan de Déu y H. Benito Menni; a los Centros de Servicios Sociales de los barrios Gótico, Gràcia, Barceloneta, Poble Sec y Ciutat Vella; al Programa Sin Techo del Ayuntamiento de Barcelona; al Comedor Público de Navas; Departamento de tesorería del Dep. de «Benestar i Família» de la Generalitat de Catalunya; al Departamento de tesorería de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Barcelona; y al Consorcio Sanitario de Barcelona; Programa de Salud Mental.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) URIARTE, J. J., «Rehabilitación psicosocial y asistencia a la enfermedad mental severa en el marco de las prestaciones de salud de los sistemas sanitarios», *Rehabilitación social*, 2004, pp. 45-46.
- (2) OMS, *Informe sobre Salud Mental en el mundo 2001. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Ginebra, OMS, 2001.
- (3) LIBERMAN, R. P.; KOPELWICZ, A., «Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla», *Rehabilitación psicosocial*, 2004, pp. 12-29.
- (4) VV. AA., «Los servicios de acogida residencial para personas con enfermedad mental: residencias y pisos con soporte», Documentos de soporte, servicios 1, Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social, 2001.
- (5) BACA BALDOMERO, E., «Indicadores de efectividad en la evaluación de Servicios psiquiátricos», *Revista de la AEN*, 1991, XI, 37, pp. 93-101.
- (6) RODRÍGUEZ, A.; GONZÁLEZ CASAS, J. C., «La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica», en CUADERNOS TÉCNICOS DE SERVICIOS SOCIALES, *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*, Consejería de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, 2002, pp. 17-42.
- (7) TOSQUELLES, F., «Que faut-il entendre par psychotérapie institutionnelle?», *Informations psychiatriques*, 45, 4, 1969.
- (8) DIARI OFICIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA, Orden del 20 de abril de 1998.

* David Lascorz. Trabajador Social (y vicecoordinador) de la residencia Roger de Llúria de la Fundació de Salut Mental CPB; Eva Serrats. Psicóloga, coordinadora de la Residencia Roger de Llúria, Fundació de Salut Mental CPB; Víctor Pérez Sala. Psiquiatra del Hospital de la Sta.Creu i Sant Pau en Barcelona; Josep Fàbregas. Psiquiatra, gerente de la Fundació de Salut Mental CPB; Joan Vegué. Psiquiatra, director médico del CPB Serveis de Salut Mental.
Correspondencia: David Lascorz, C/ Roger de Llúria 68. 08009 Barcelona. dlascorz@cpbssm.org.

** Fecha de recepción: 26-IX-2007 (aceptado 28-XI-2007).

Ira, fibromialgia y ansiedad: aproximación terapéutica desde un CSM

Cada época tiene sus neurosis y cada tiempo necesita su psicoterapia.

Victor FRANKL (2)

RESUMEN: Mostramos un programa de tratamiento grupal de la fibromialgia realizado en un centro de salud mental.

PALABRAS CLAVE: Fibromialgia, sobrecarga emocional, ansiedad, ira.

SUMMARY: We show a group treatment program of fibromyalgia done in a mental health facility.

KEY WORDS: Fibromyalgia, emotional surcharge, nervous tension, rage.

Independientemente de que partamos de un enfoque etiológico de la fibromialgia de tipo biológico, o lo entendamos como un trastorno somatoforme o incluso perteneciente al espectro conversivo, nos encontramos con la realidad clínica de que estas pacientes son multiconsultantes de los servicios de Atención Primaria, Reumatología y Salud Mental, por lo que nos vemos obligados a dar una respuesta psicoterapéutica a su demanda.

Es cierto que, en nuestra experiencia, encontramos que en un porcentaje elevado, aproximadamente en un 30%, el diagnóstico de fibromialgia está enmascarando conflictos sociolaborales («rentismo»), pero este mismo porcentaje se puede encontrar también en otros trastornos de tipo adaptativo o en los síndromes ansioso-depresivos que tanto colapsan los centros de salud mental y atención primaria, por lo que este sesgo rentista no debería ser un criterio de exclusión para tratar clínicamente esta afección. Por otro lado, encontramos que verdaderamente un 70% de estas pacientes presenta un sufrimiento psicoemocional y físico que debe ser abordado psicoterapéuticamente (3).

Sabemos que abordar este tipo de patologías puede favorecer la sobrediagnóstico e incrementar la demanda, pero «el daño ya está hecho», debido a la gran expansión social de dicho diagnóstico y que ha sido ampliamente aceptada la «existencia» de la fibromialgia como enfermedad; así que nos vemos con la necesidad de «aceptarla» como demanda legítima y de construir técnicas eficaces de intervención para disminuir el malestar que padecen dichas pacientes y sus familiares (4).

En el presente trabajo huimos de polemizar sobre el aspecto nosológico y socio-sanitario de esta patología, para ello remitimos a los excelentes artículos ya publicados en esta revista por Javier Ramos García (5) y Guillermo Rendueles Olmedo (6) de cuya visión nos sentimos muy cercanos, básicamente queremos mostrar la descripción de la intervención que hemos desarrollado durante los últimos cinco años en

respuesta a la necesidad de atender a estas pacientes y sus familias. También queremos mostrar cómo a través de la medición del efecto de nuestra intervención clínica hemos abierto nuevas posibilidades de comprensión e investigación sobre la relación entre la modulación de las emociones, específicamente de la modulación de la ira, con la probabilidad de padecer fibromialgia. Así, aunque nuestra primera intención no era realizar una investigación, podemos mostrar los hallazgos obtenidos a partir del análisis de la intervención clínica que realizamos.

Fundamentación teórica del programa de tratamiento de la fibromialgia

Aunque somos más partidarios de una concepción sistémica y constructivista de las enfermedades mentales (en tanto que entendemos que cada persona construye su propia realidad en el marco de los diferentes contextos relacionales de los que forma parte), incluso en relación con la fibromialgia se podría hablar de construccionismo social, volviendo a hacer alusión al artículo publicado por Javier Ramos García, asumimos que el modelo Bio-Psico-Social se muestra muy práctico y clarificador a la hora de explicar enfermedades de «nueva aparición», además no consideramos incompatible ver este modelo desde un punto de vista sistémico-constructivista (7; 8; 9).

Así, asumiendo una etiología multifactorial y partiendo de un modelo Bio-Psico-Social, en la figura siguiente mostramos los aspectos que consideramos implicados en la construcción de la fibromialgia; los hemos encontrado a partir del discurso de nuestras pacientes. Con este gráfico no se pretende dar una explicación completa y clínica del síndrome sino que es un «mapa», elaborado progresivamente a partir del trabajo psicoterapéutico con las pacientes, y que nos sirve de guía para el desarrollo de la intervención: más que ser una explicación etiológica de la enfermedad es el resultado de la «deconstrucción» de la fibromialgia a través del proceso terapéutico realizado conjuntamente con las pacientes. Con el fin de que resulte más clarificador, intentaremos desarrollar y justificar por qué hemos considerado cada uno de los conceptos presentes en este mapa explicativo:

- *Vulnerabilidad somática*: Existencia de una vulnerabilidad biológica que determina la respuesta individual ante acontecimientos estresantes y desbordantes. Hace referencia a la teoría de la vulnerabilidad-estrés, cada individuo posee una tendencia a sufrir somáticamente un tipo de enfermedad.
- *Burn-out familiar*: hemos adaptado el término del *burn-out* al ámbito de la vida familiar después de escuchar los relatos de una proporción significativa de pacientes que mostraban realmente situaciones de sobrecarga familiar que se merecían dicha etiqueta. Los siguientes ejemplos de las descripciones de nuestras pacientes son una muestra de la dimensión y la legitimidad de incluir este término: «Mi marido me hacía subir cuatro pisos para atarle el cordón de

los zapatos porque él no podía debido a su sobrepeso»; «los lunes empiezo a trabajar casi más agotada que al final de semana porque los fines de semana tengo a mis cuatro nietos en casa porque mis hijas me lo piden. Ellas necesitan descansar y disfrutar de su tiempo libre»; «después de años de convivir con mis suegros tuve que hacerme cargo del Alzheimer de mi madre». Todos los profesionales de salud mental y atención primaria estamos acostumbrados a este tipo de quejas que denominamos «victimistas» y que en el caso de pacientes fibromiálgicas son muy frecuentes, pero, realmente en estos casos dichos relatos describen cuotas tan altas de sobrecarga que pensamos que es adecuado utilizar el término de «síndrome de estar quemado» ya que se amolda mucho mejor a sus vivencias y narrativas que el de «victimismo».

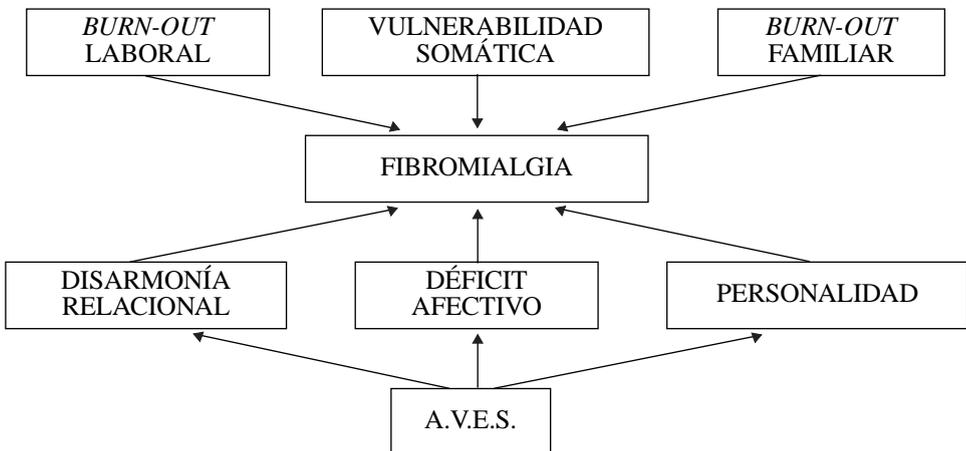
- *Burn-out laboral*: encontramos un porcentaje importante de pacientes que junto a la carga familiar habían trabajado en profesiones que requerían esfuerzo físico importante, o bien por el exceso de horas que dedicaban al trabajo o bien por la actividad física que su profesión requería: limpieza, mercado, supermercados, peluquerías, hostelería, etc. Por tanto, en el caso de la fibromialgia y, evidentemente también valdría para la distimia, podemos hablar de *burn-out* multiplicado por dos.
- *AVES*: las pacientes relatan sucesos traumáticos que funcionan como desencadenantes de su malestar físico, generalmente duelos: muerte de un hijo, de una madre, separación conyugal o algún tipo de accidente con daños físicos inicialmente leves o moderados. También aparecen situaciones en la infancia de intenso sufrimiento emocional: abandono por parte de los padres, problemas económicos importantes en familias de origen por los que se veían obligadas a asumir responsabilidades de forma temprana (cuidado de hermanos pequeños, cuidado del hogar, etc.) con las consiguientes carencias en cuanto a las necesidades propias de la edad.
- *Disarmonía relacional*: en un gran número de casos detectamos relaciones disarmonicas con la pareja, hijos o con familias de origen: «A los 18 años me fui de casa, no podía vivir más con mis padres, ellos nunca se mostraban satisfechos. No pude estudiar porque me obligaron a trabajar en el negocio familiar y nunca tuve un sueldo porque según ellos ya me pagaban bastante manteniéndome. Ahora tengo a mi madre en casa, tiene demencia, y necesita tantos cuidados como una niña pequeña». En muchos casos aparecen dificultades en la relación de pareja que muchas veces quedan al descubierto al iniciarse los síntomas que exigen un cambio de posición e involucración de los cónyuges o familiares cercanos.
- *Déficits afectivos*: evidentemente una consecuencia de la disarmonía y sobrecarga familiar es la vivencia de falta de estímulos afectivos en la vida cotidiana, también algunas pacientes relatan carencias afectivas desde la

infancia, en el otro extremo también encontramos casos donde aparecen relatos de la infancia con un vínculo excesivamente simbiótico o una sobrecarga afectiva con idealización de la relación parental que ha favorecido que se cree un yo frágil que fácilmente se siente frustrado y desatendido por los demás y desbordado por las situaciones estresantes.

- *Rasgos de personalidad*: es frecuente que nos encontremos con personas emocionalmente dependientes, que presentan dificultades para comportarse asertivamente y que, generalmente, se identifican y actúan en función de roles rígidos de funcionamiento relacionados con el «ideal» que se presupone a la figura femenina, aspectos que deben ser abordados desde una perspectiva de terapia de género. Se caracterizan por ser excesivamente responsables y autoexigentes, este estilo de funcionamiento superyoico dificulta el cambio ya que fácilmente se sienten culpables o adoptan una posición «victimista», es decir «no asertiva», cuando se proponen delegar en los demás o buscar ayuda para evitar la sobrecarga de obligaciones y responsabilidades. Este aspecto ha sido destacado casualmente en nuestra intervención-estudio al medir la modulación de la ira de estas pacientes a través del Inventario de la Expresión de la Ira Estado-Rasgo (STAXI-2), que a raíz de los datos obtenidos ha proporcionado una creciente relevancia en nuestra aproximación al síndrome y el cual describiremos más detalladamente.

Este mapa de los componentes psicosociales inferido a partir de las narrativas de las pacientes ha guiado el foco de nuestras intervenciones estructurando módulos diferenciados que se han trabajado en cada sesión.

MODELO PSICO-BIO-SOCIAL



Metodología

Optamos por la intervención grupal para optimizar recursos y aprovechar los factores terapéuticos e interpersonales que favorece el *setting* grupal, así como también evitar la dependencia asistencial que se puede dar en estos casos (10). El programa de intervención grupal consta de diez sesiones, de hora y media de duración que se realizan quincenalmente. Se lleva a cabo en co-terapia, siendo el psicólogo del CSM el terapeuta principal y la enfermera del mismo centro la co-terapeuta.

Es un grupo cerrado. Las pacientes que, durante estos años, han participado en cada grupo son de 8 a 15. Tienen un diagnóstico de fibromialgia, en algunos casos también han sido diagnosticadas de trastorno de ansiedad y trastorno depresivo; o bien ya están en tratamiento individual en el CSM o bien son derivadas directamente por Reumatología o Medicina de Familia de nuestro sector específicamente para la intervención grupal.

A lo largo de nuestra experiencia hemos ido ampliando el foco de intervención de nuestro programa. En un inicio nuestro principal objetivo era conseguir reducir la ansiedad, a través de técnicas de relajación y otras técnicas aplicadas en grupo, entendiéndola dentro de un proceso cibernético-circular, es decir, ansiedad como respuesta reactiva al dolor y a la vez como generadora o intensificadora del mismo. Para medir el nivel de ansiedad y el efecto de la intervención pasamos al inicio y al final del programa el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

Con el tiempo introdujimos la medición del nivel de expresión de ira con el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2), por ser una emoción que aparecía reiteradamente en las sesiones y que seguía el mismo funcionamiento circular que la ansiedad, reacción al dolor y generadora del mismo, como resultado de la tensión muscular que genera la ira contenida. En este sentido los resultados obtenidos en las escalas del test STAXI-2 nos llevó a formular nuevas hipótesis sobre la importancia de la inadecuada expresión emocional de la ira en la «construcción» del malestar de nuestras pacientes y nos hizo pensar que este test podía ser muy útil para corroborar el componente somatizador o incluso conversivo que se da en dicha afección.

Desde estos aspectos más intrapsíquicos fuimos ampliando el foco a los procesos relacionales que se detectaban en el discurso de las pacientes hasta encontrarnos con la necesidad de realizar una sesión grupal invitando a las parejas o personas más significativas que también «sufrían» el peso de la fibromialgia.

Los objetivos generales del grupo basándonos en el mapa que hemos descrito antes se dividen en los siguientes módulos que según el grupo podían ser trabajados en dos o más sesiones: a) aprendizaje de técnicas de relajación muscular; b) aprendizaje de habilidades de afrontamiento y control de la ansiedad; c) habilidades para aumentar capacidad de adaptación a situaciones de sobrecarga o estrés

mediante resolución de conflictos; d) habilidades para aumentar la tolerancia a la frustración y asertividad; e) aumentar la calidad de las relaciones personales y la expresión emocional adecuada.

Para la consecución de éstos, el programa consta de aproximadamente diez sesiones. Las técnicas utilizadas a lo largo de las sesiones derivan de la terapia familiar sistémica (re-historiar el ciclo de la pareja, detectar interferencias de la familia de origen, redefinición de los roles jugados en la relación de pareja, ritual de reparación de daños emocionales, tareas y compromisos para el cambio), de la psicoterapia estratégica breve (relajación sugestiva de escenas agradables, sugerencias metafóricas: «limpieza interna», «liberarse de cargas, sacarse un peso de encima», distintos tipos de relajación muscular), y de la psicoterapia breve cognitivo-dinámica (redefinición positiva de acontecimientos vitales estresantes, connotación positiva de roles de género, concienciación de distorsiones cognitivas y creencias desadaptativas, señalización de mecanismos de defensa, prescripción de cambios conductuales y relacionales).

Descripción de las sesiones

A continuación describiremos muy esquemáticamente cada una de estas sesiones tomando como referencia uno de los grupos que hemos realizado:

– *Primera sesión:* Se dan las explicaciones y compromisos para crear el *setting* grupal y se pasa a la presentación individualizada y personalizada de los componentes del grupo. Introducimos los conceptos básicos sobre nuestra visión de la fibromialgia realizando una primera intervención psicoeducativa general y planteamos los objetivos generales del grupo.

Realizamos ejercicios ideo-motores para demostrar las reacciones musculares al estrés y a las cogniciones negativas. El objetivo es aumentar la conciencia de las reacciones tensionales y musculares que todas las personas sufren al pensar en situaciones estresantes o desagradables, explicando que este tipo de tensiones inconscientes también se dan al afrontar e intentar adaptarse a las dificultades diarias.

Explicación del ciclo dolor-ansiedad. La tensión inconsciente y automatizada frente a los estímulos ansiógenos, entre éstos también consideramos el propio dolor, aumenta la tendencia a sufrir dolores.

Explicación de la vulnerabilidad cuerpo-mente: se introduce el concepto de umbral del dolor determinado principalmente por dos componentes que explicarían las diferencias interindividuales en la percepción del dolor: componente biológico y componente emocional, «carga vital». Focalizamos el trabajo grupal hacia este segundo componente. Presentación de los beneficios terapéuticos de la

relajación, tanto en los planos muscular y cognitivo como en el preventivo, para evitar la acumulación de tensión y por lo tanto de dolor. Introducimos la metáfora de «relajar la vida». Planteamos la necesidad de «relajar la vida» aumentando la calidad de las relaciones personales y atendiendo a las propias necesidades emocionales.

Se realiza el primer ejercicio de relajación mediante visualización de situación agradable. Tras el ejercicio dejamos un espacio de puesta en común de las características y significado de la situación fantaseada así como de las sensaciones y dificultades en la realización del ejercicio. Sirve como ensayo de relajación y nos permite detectar las defensas y resistencias de cada paciente que redefinimos como «interferencias» normales debidas a la necesidad de encontrar el tipo de relajación adecuado a cada caso (idea de la «relajación cortada a la medida»), también resulta útil para detectar las necesidades afectivas no atendidas de cada paciente.

Al final de cada sesión damos una tarea para casa: registro de situaciones estresantes de la vida diaria auto-observando qué partes del cuerpo tienden a tensar más en estas situaciones; se prescribe la práctica de algunas técnicas que pueden ayudar a descargar tensión, como la realización de un «suspiro» o «apretar el puño», y que pueden utilizar en las situaciones ansiógenas.

– *Segunda y tercera sesión:* recogida y puesta en común de la tarea para casa. Cada componente del grupo explica su experiencia y dificultades fomentando la interacción grupal. Frecuentemente en este módulo ya aparece la sobreinvolucración en las responsabilidades familiares tanto de la familia nuclear como extensa y, generalmente, las diferentes experiencias comentadas nos llevan a señalar y enfatizar esta tendencia así como a analizar las repercusiones que tiene en los planos emocional y corporal.

Se realiza una revisión grupal de acontecimientos vitales estresantes fomentando el apoyo y contención emocional del grupo. Trabajamos la idea de rol femenino en la sociedad. Señalamos la tendencia a tomar una posición victimista (baja asertividad) con el consiguiente funcionamiento desadaptativo que conlleva. Se realizan ejercicios de habilidades asertivas a través de *rol-playing* dando tareas para casa según el caso.

Trabajamos habilidades de expresión emocional a través de la técnica del emociograma: descripción de cinco emociones básicas (tristeza, ira-enfado, miedo-ansiedad, alegría, afecto) con medición subjetiva en escala analógica, cada individuo puntúa cada emoción del 1-10 basándose en la intensidad con que la ha sentido durante las últimas semanas, se realiza puesta en común del ejercicio.

Trabajamos la insatisfacción y frustración, que muchas de ellas comparten, al analizar cómo han manejado las situaciones difíciles a lo largo de los años ofreciendo grupalmente alternativas conductuales más adaptadas.

Prescribimos como tarea para casa hacer una lista de aquellas tareas que podrían suprimir o delegar en otros miembros de la familia.

Entregamos cinta de relajación que contiene los ejercicios de la relajación muscular progresiva sugiriendo la práctica diaria.

– *Cuarta y quinta sesión:* Puesta en común del listado de tareas para suprimir o delegar en los demás. Planteamiento de las dificultades para pedir ayuda o delegar tareas por los sentimientos de culpa que ello les genera. A través de la discusión y de contrastar las diferentes experiencias se va desarrollando una mayor cohesión grupal que facilita el compromiso de cambio de las componentes del grupo. Se incide en los pensamientos, sentimientos y relaciones tensionantes. Frecuentemente en estas sesiones se discute sobre los roles sociales que realizan hombres y mujeres y cómo éstos condicionan nuestras relaciones y cogniciones. Analizamos cómo estos papeles autoimpuestos inconscientemente condicionan nuestros sentimientos y pensamientos afectando al bienestar físico.

Seguimos trabajando el entrenamiento en asertividad con realización de nuevos *rol-playing* o esculturas familiares con psicodrama de situaciones reales planteadas por las pacientes. Recogemos la experiencia de la práctica de la relajación en casa e insistimos en la importancia de reservarse un tiempo para la práctica diaria. Prescribimos como tarea para casa realizar un escrito en el que quede reflejado cómo creen que ven la enfermedad las personas que conviven con ellas y qué creen que piensan de ella.

– *Sexta y séptima:* puesta en común de la tarea para casa. Recogemos diferentes ideas que aparecen recurrentemente en el discurso de las componentes del grupo acerca de lo que piensan sus familiares de la FM y que nos parecen interesantes para explicar los pensamientos y emociones que ésta genera en ellas. Por ejemplo: «No lo entienden», «Piensan que son tonterías», «Todo es de coco», «Manías», «No entienden la depresión», «Que he cambiado», «Que me alejo de mi marido», «Que paso de las cosas», «Que estoy acabando con su paciencia». Pactamos que a la próxima sesión acudirán con el familiar que convive con ellas.

La sesión con familiares involucrados se inicia con un resumen psicoeducativo sobre la fibromialgia sobre la base del mapa bio-psico-social comentado. Facilitamos el intercambio de impresiones, pensamientos y emociones que las parejas tienen acerca de la enfermedad. Se abordan distintos temas sobre la relación de pareja enmarcándolo siempre como un recurso para luchar contra la enfermedad: tiempo que dedican a la relación, dificultades con la organización familiar, mejora de actividades lúdicas en común, comunicación, relaciones afectivas y sexuales, etc. También se prescriben tareas y compromisos de cambio.

– *Octava y novena sesión:* A partir de dificultades que presentan en relación con los cambios planteados, se realiza abordaje a través de resolución de conflic-

tos fomentando la participación de todos los miembros del grupo. Se señalan los rasgos perfeccionistas y autoexigentes que interfieren en el cambio de estilo de vida.

Ejercicio de relajación con sugerencias positivas sobre atender las necesidades internas y connotaciones positivas sobre los acontecimientos vitales de la vida y sacrificios realizados. Prescripción de tareas para dedicar más tiempo y esfuerzo para cuidarse a uno mismo y comprobar cómo esto mejora la autoestima y repercute positivamente en las relaciones interpersonales y bienestar físico.

– *Última sesión:* Puesta en común de la práctica de las pautas de la sesión anterior. Dedicamos la última sesión a que cada una de las componentes del grupo hable de cómo ha sido su experiencia en el grupo y se refuerzan los cambios realizados y la aceptación de los cambios no alcanzados redefiniéndolos positivamente. Se realiza intervención de interacción grupal resaltando los puntos fuertes de cada miembro. Se enfatizan los cambios de visión y comprensión de la fibromialgia. Comentarios que surgen reiteradamente en todos los grupos realizados y que sirven de cierre de la última sesión podemos destacar por ejemplo: «La fibromialgia no solamente es una patología de tipo muscular sino que está muy influenciada por el carácter, la manera de vivir y los problemas e insatisfacciones personales»; «la fibromialgia no se cura pero se alivia cambiando hábitos, manera de vivir y adaptándose a ella»; «lo que nos duele es la vida».

Valoración y resultados

Los resultados obtenidos, a lo largo de estos cinco años, nos llevan a valorar positivamente este tipo de intervención grupal con pacientes diagnosticadas de fibromialgia. Hemos considerado variables subjetivas como es el discurso de las propias componentes del grupo que refleja una mejor adaptación a la enfermedad, adoptando una posición más activa (por tanto, menos victimista y demandante) focalizando su atención no tanto hacia el síntoma que padecen, el dolor, sino hacia la modificación de un estilo de vida autoexigente, perfeccionista y pasivo-agresivo, tras comprobar la repercusión que esto tiene en los planos emocional y relacional e indirectamente el efecto positivo hacia el síntoma físico. Creemos también que el sentimiento de universalidad y de desingularización generado por el grupo que permite el desarrollo de la cohesión grupal facilita experiencias de aprendizaje interpersonal y de altruismo entre las componentes, que se transfieren más allá del ámbito formal del grupo y que supone para muchas de las pacientes una ampliación de la red social extra-familiar, que conlleva un importante aumento de autoestima.

Como resultados objetivos nos basamos en las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2). Aunque, por no ser el objetivo principal de nuestro trabajo, no nos hemos centrado en el análisis de resultados obtenidos, sí nos parece interesante comentarlos brevemente ya que nos sirven para sostener nuestra impresión subjetiva de la eficacia terapéutica del tratamiento desarrollado y aportan nueva información relevante sobre la implicación de las emociones en este trastorno.

Los resultados son los obtenidos en una muestra de dos grupos que hacen un total de veinte pacientes, con edades comprendidas entre 30 y 55 años.

El Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2) es un instrumento que ha probado su utilidad en distintos ámbitos de la psicología de la salud, muy especialmente en aquellos en que las emociones desempeñan un papel destacado, como son, la hipertensión, el infarto agudo de miocardio, las úlceras gástricas, el asma bronquial y el dolor (11). Asimismo en la psicología clínica es de gran interés ya que permite evaluar una variable emocional escasamente explorada, que sin embargo puede ser clave en la mayor parte de los casos que se atienden en la práctica profesional, como son, los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y las reacciones al estrés. El STAXI-2 mide la experiencia, expresión, control de la ira y permite identificar personas con problemas relacionados con la ira. Además permite medir el estado y rasgo de ira, y las distintas facetas de la expresión de la ira.

La ira en cuanto estado emocional psicobiológico, va unida generalmente a tensión muscular y a excitación de los sistemas neuroendocrino y nervioso autónomo, y, por tanto, este test se muestra idóneo para explorar la modulación de la ira en las fibromiálgicas y la repercusión de la ira en su salud.

El perfil dado por las puntuaciones significativas obtenidas en el pre-test (al iniciarse el grupo) nos sorprendió por la alta capacidad que tiene el test de medir y demostrar la importancia de la ira en los procesos somatizadores que se dan en el trastorno, siendo los resultados más relevantes los siguientes:

- El 78% de las pacientes obtiene una puntuación elevada (por encima del centil 75) en la escala *Rasgo de ira*, que indicaría la experimentación frecuente de sentimientos de ira y frustración, indicando que la experiencia de ira se da a lo largo del tiempo y está relacionado con rasgos de personalidad.
- El 62% obtiene una puntuación significativamente baja (por debajo del centil 25) en la escala *Expresión externa de ira*. Por tanto la mayoría de las pacientes a pesar de sentir altos grados de ira no la trasladan a la expresión verbal o física, no la externalizan.

DEBATES E INFORMES

- El 70% obtiene una puntuación significativamente alta en *Expresión interna de la ira* que indicaría la tendencia a suprimir los sentimientos de ira. Aquí también se muestra que a pesar de sentir intensa ira la paciente no sólo la reprime sino que la dirige hacia ella misma, favoreciendo claramente la tensión física y consecuentemente la somatización de la ira.
- El 78% obtiene puntuación alta en la escala *Control externo de la ira* que indicaría la tendencia a prever y prevenir la expresión externa de la ira evitando su manifestación hacia personas u objetos del entorno.
- El 66% obtiene una puntuación significativamente alta en la escala *Control interno de la ira* que mide la frecuencia con que la persona intenta controlar sus sentimientos de ira mediante la moderación y el sosiego.
- El 100% puntúa bajo en la escala *Estado de ira* que mide la intensidad de los sentimientos de ira y el grado en el que el sujeto siente que está expresando su ira en un momento determinado.

Estos primeros resultados nos sorprendieron por la claridad con que describen la tendencia a reprimir la ira y el alto grado de ira que sienten de forma prolongada en el tiempo estas pacientes favoreciendo así las somatizaciones y confirmando la hipótesis de una pobre modulación de las emociones.

En las mediciones de la ira post-tratamiento se ha encontrado una leve disminución de las escalas que no llega a ser suficientemente significativa lo que apuntaría a la necesidad de incrementar el trabajo sobre la regulación de las emociones incorporando a la terapia de grupo nuevas técnicas que permitan una mejor modulación de la Ira. También realizamos medición de la ansiedad estado y rasgo antes y después del tratamiento con el conocido Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). No nos detendremos a realizar un análisis tan exhaustivo con este instrumento ya que es muy utilizado en muchos estudios y no aporta información tan novedosa como el STAXI-2.

En nuestro grupo en cuanto a la relación ansiedad y fibromialgia se corrobora lo encontrado en otros estudios: una alta prevalencia tanto de la *ansiedad estado* como de la *ansiedad rasgo* en estas pacientes, siendo superior la *ansiedad rasgo*. Aquí el 95% de las pacientes obtiene una puntuación muy elevada (por encima del centil 85) en la escala *de ansiedad rasgo y de estado*, que indicaría la experimentación frecuente de sensaciones de ansiedad.

En las medidas postratamiento sí se percibe una significativa reducción de la *ansiedad estado* (el 70% pasan del centil 85 al centil 50 en cuanto a *ansiedad estado*), y una disminución ligera (no significativa) en la *ansiedad rasgo*, por lo que como en múltiples estudios realizados se demuestra que tanto los ejercicios de relajación y la terapia grupal favorecen la disminución de los estados de ansiedad. La baja incidencia en la *ansiedad rasgo* puede ser interpretada como que la ansie-

dad rasgo es generada por aspectos estructurales de personalidad y contexto socio-familiar que requerirían de una intervención familiar y de un periodo de tratamiento más prolongado.

Conclusiones

«Soy todo enteramente cuerpo y ninguna otra cosa.
El cuerpo es una gran razón, una multitud unánime,
Un estado de paz y de guerra, un rebaño y su pastor»

F. NIETZSCHE (12)

En la intervención terapéutica que hemos presentado sobre la fibromialgia no es tan importante o decisivo las técnicas específicas que se utilizan, somos plenamente conscientes que otra terapia de grupo que utilice otras técnicas sería igualmente beneficiosa, para nosotros, lo decisivo es construir un marco de intervención que permita incidir en los siguientes aspectos:

- A) Ofrecer una atención estructurada a la «necesidad de atención» de estas pacientes no sólo por sus características de personalidad y sociofamiliares sino por el verdadero sufrimiento que ellas padecen.
- B) Partir de un enfoque psicoeducativo no dirigido tanto a aumentar la conciencia de enfermedad como se hace con los trastornos mentales severos sino más bien a lo contrario, es decir, a ayudar, respetuosamente, a estas pacientes a comprender y reconocer mejor los mecanismos psicológicos, relacionales y sociológicos a través de los cuales ésta funciona; por ejemplo, incidir en la concienciación de cómo el malestar psico-relacional encuentra vías somáticas de expresión y ofrecer mecanismos para poder expresar y «mentalizar» lo que se expresa a través de lo somático.
- C) Realizar entrenamiento en habilidades de resolución de conflictos, estrategias de afrontamiento y aumento de la calidad de vida en general.

Queremos resaltar cómo en el presente estudio a través de la utilización del STAXI-2 hemos podido mostrar más «empíricamente» la importancia de la inadecuada regulación de la ira en este trastorno. Concretamente destacar que el perfil general encontrado de Expresión de la Ira de estas pacientes muestra una puntuación elevada en Rasgo de Ira y un bajo Índice de Expresión de dicha Ira, destacando un altísimo Índice de Expresión Interna de la Ira. Por tanto, estos resultados abren nuevas posibilidades de intervención psicológica y también de investigación sobre la relación entre la regulación de las emociones y la fibromialgia.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) FREUD, S., «Inhibición, síntoma y ansiedad», en *Obras Completas*, Madrid, Alianza.
- (2) FRANKL, V., *Ante el vacío existencial*, Barcelona, Herder, 1984.
- (3) CAMPS, L., SÉLLER, D.; DE GRACIA, M.; REIXACH, R., *Fibromialgia y Calidad de Vida*. Presentación escrita Congreso de la AENa, Girona.
- (4) GENERALITAT DE CATALUNYA. Departament de Salut, *La fibromialgia i el síndrome de fatiga crónica*, Barcelona, 2006.
- (5) RAMOS GARCÍA, J., «Fibromialgia: ¿La histeria en el capitalismo de ficción?», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 89, pp. 115-128.
- (6) RENDUELES, G., «Ventajistas: de la fibromialgia a la histeria pasando por la simulación», *Revista de la AEN*, 2004, 24, 90, pp. 75-81.
- (7) MARTIN, J., y otros, «Aspectos psicológicos de la fibromialgia», *Revista Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 2000, 27 (1), pp. 12-18.
- (8) GIMÉNEZ RIBOTA, O., y otros, «Síndrome de fibromialgia: revisión y actualización», *Revista APySAM Atención Primaria y Salud Mental*, 2003, 6, 4.
- (9) HERNÁNDEZ HERRERA, M., «Estudio de la personalidad de los pacientes con fibromialgia», *Rheuma*, 1998, 3.
- (10) VINOGRADOV, S.; YALOM, I., *Guía breve de psicoterapia de grupo*, Barcelona, Paidós, 1994.
- (11) CASADO, M. I., y otros, «El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del inventario de expresión de ira estado-rasgo», *Revista de la AEN*, 1997, 3, 1, pp. 5-20.
- (12) NIETZSCHE, F., en *Obras Completas*, Madrid, Alianza.

* Agustín Camino Vallhonrat, psicólogo clínico. Centro de Salud Mental del Baix Empordà. Institut d'Assistència Sanitària de Girona; Beatriz Jiménez Rico, psicóloga clínica. Hospital de Día. Institut d'Assistència Sanitària de Girona; Margarita de Castro-Palomino i Serra, enfermera. Directora Adjunta de la red de salud mental del Institut d'Assistència Sanitària de Girona; Montse Fàbregas, enfermera. Centro de Salud Mental del Baix Empordà. Institut d'Assistència Sanitària de Girona.

Correspondencia: Agustín Camino Vallhonrat, CSM Baix Empordà (IAS), Galeries Eurocenter, c/ Illa, 4, n.º 55-61, Platja d'Aro, 17250, Girona.

** Fecha de recepción: 9-IV-2008 (aceptado el 14-VI-2008).

De la categoría a la dimensión: una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica

RESUMEN: Las profundas anomalías a las que se enfrenta la nosografía psiquiátrica y la proliferación de propuestas alternativas y revolucionarias –así el diagnóstico dimensional–, pueden comprenderse a través de un análisis kuhniano. **PALABRAS CLAVE:** Nosografía, diagnóstico, categoría, dimensión.

SUMMARY: The deep anomalies which the current psychiatric nosography is facing and the proliferation of alternative and revolutionary proposals –including the dimensional diagnosis–, can be understood through a kuhnian analysis. **KEY WORDS:** Nosography, diagnosis, category, dimension.

Encontrándonos a las puertas de la publicación del DSM-V, que se espera alrededor de 2010, se ha solicitado a los investigadores que contribuyan a la documentación base que los planificadores del DSM-V deberán utilizar para su revisión¹. Esto implica tanto consideraciones teóricas, como estudios empíricos.

Una visión general sobre el actual debate pone de manifiesto que dos puntos de vista opuestos están ahora en conflicto. Por un lado, está el «enfoque conservador», que insiste en que los cambios en los criterios del actual sistema de diagnóstico tienen muchas posibles desventajas²: a) los cambios deberían ser aprendidos por miles de clínicos; b) las formas de registro médico, entrevistas estructuradas y otros documentos relacionados con la salud tendrían que ser modificados; los meta-análisis, estudios longitudinales y de las comparaciones entre los pacientes seleccionados con los nuevos y antiguos criterios podrían verse afectados; c) cambios demasiado frecuentes podrían desacreditar el proceso de revisión y ridiculizar el sistema DSM.

Como consecuencia de ello, los investigadores que proponen un enfoque conservador sugieren modificar el cumplimiento de los criterios diagnósticos DSM sólo en los pocos casos en que la evidencia empírica de la necesidad de cambio es convincente³.

¹ KUPFER, D. J.; FIRST, M. B.; REGIER, D. A., «Introduction», en KUPFER, D. J.; FIRST, M. B.; REGIER, D. A. (eds.), *A Research Agenda for DSM-V*, Washington D. C., *American Psychiatric Association*, 2002, pp. XV-XXIII.

² ROUNSAVILLE, J., y otros, «Basic Nomenclature Issues for DSM-V», en KUPFER, D. J.; FIRST, M. B.; REGIER, D. A. (eds.), *A Research Agenda for DSM-V*, Washington D. C., *American Psychiatric Association*, 2002, pp. 1-29.

³ KENDELL, R. E., «Five Criteria for an Improved Taxonomy of Mental Disorders», en HELZER, J. E.; HUDEZIAK, J. J. (eds.), *Defining Psychopathology in the 21st Century. DSM-V and Beyond*, Washington D. C., *American Psychiatric Publishing*, 2002, pp. 14-15.

En contraposición a esta visión están los autores que, aunque reconocen el gran éxito del sistema de DSM en la mejora de los diagnósticos psiquiátricos, se ven desalentados, al mismo tiempo, por los pobres resultados obtenidos en los archivos como diagnóstico, validez y utilidad clínica. Por ejemplo, Kupfer, First y Regier escriben: «En los más de 30 años desde la introducción de los criterios de Feighner por Robins y Guze, que eventualmente condujo al DSM-III, el objetivo de la validación de estos síndromes y el descubrimiento de etiologías comunes ha seguido siendo difícil de alcanzar. A pesar de los muchos candidatos propuestos, ningún marcador de laboratorio ha demostrado ser específico en la identificación de ninguno de los síndromes definidos del DSM. Estudios epidemiológicos y clínicos han mostrado índices extremadamente altos de comorbilidad entre los trastornos, socavando la hipótesis de que los síndromes representan diferentes etiologías. Además, estudios epidemiológicos han demostrado un alto grado de inestabilidad diagnóstica a corto plazo para muchos trastornos. Con respecto al tratamiento, la falta de especificidad es la regla más que la excepción»⁴.

Opiniones como la siguiente se propagan rápidamente entre los investigadores: «La investigación centrada exclusivamente en el perfeccionamiento de los síndromes definidos en el DSM tal vez nunca tenga éxito en el descubrimiento de su etiología subyacente. Para que eso ocurra, puede que sea necesario un aún desconocido cambio de paradigma»⁵. El uso del término técnico ‘paradigma’ es significativo, y remite a la teoría de Kuhn sobre las revoluciones científicas⁶. Pues bien, con el presente trabajo se tratará de hacer una revisión crítica a la historia de la reciente clasificación psicopatológica, desde la etapa inmediatamente anterior al nacimiento del DSM, pasando por sus diferentes ediciones, hasta la crisis actual. Se analizarán las ‘anomalías’ –en términos kuhnianos– del DSM con la mirada puesta en una inminente revolución; en particular se discutirá el diagnóstico dimensional, que es una de las alternativas más plausibles que se presentan actualmente.

La ciencia según Kuhn

Podemos dividir esquemáticamente la evolución kuhniana de las ciencias en cuatro fases⁷:

1) Periodo preparadigmático. Se caracteriza por la ausencia de un cuerpo teórico común y por la coexistencia de diferentes escuelas en competición cada

⁴ KUPFER y otros, 2002, p. XVIII.

⁵ KUPFER y otros, 2002, , p. XIX.

⁶ KUHN, T. S., *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, University of Chicago Press, 1962.

⁷ *Ibidem*.

una de las cuales posee su propio escenario cultural, principios teóricos, formas de enfocar los problemas y modalidades (conceptuales, y a veces técnicas) de afrontarlos. Cada escuela retiene estar en lo cierto, emplea muchas energías en mejorar sus presupuestos teóricos y sobre éstos polemiza con las demás escuelas. Así que no hay un modo común y compartido de abordar los problemas de una determinada disciplina.

2) Nacimiento del paradigma y periodo de ciencia normal. En el seno de las escuelas se empieza a profundizar en aquellos problemas que resultan más adecuados al planteamiento de la propia corriente. Llegado un punto puede suceder que una de ellas empiece a destacar en la explicación de determinados fenómenos. Un nuevo paradigma se impone en el momento en el que demuestra una superioridad explicativa respecto a otras formas de afrontar el problema. El primer efecto que induce el paradigma naciente será su aceptación progresiva por parte de la comunidad científica, que con el tiempo encontrará en éste un lenguaje común. Entre los efectos derivados del nacimiento de un paradigma se observa: a) un empleo más eficaz de las energías (antes destinadas a la confrontación polémica con escuelas adversarias); b) una aceptación compartida de los principios y conceptos asimilados (ahora como versión oficial recogida en los manuales); c) una metodología codificada; d) una articulación del campo más rígida en la que la investigación está más orientada y es selectiva concentrándose en aspectos más sutiles y complejos y dirigiéndose consecuentemente a una restringida parte de la comunidad científica a través de revistas especializadas. En este periodo, llamado «de ciencia normal», el científico es instruido a nivel conceptual y práctico, según el paradigma reinante. Kuhn habla de «obreros» que resuelven problemas de forma análoga a la resolución de un puzzle o rompecabezas, situación en la cual basta con seguir unas reglas predeterminadas, sabiendo que la solución existe y que lo resolverá quien sea suficientemente capaz.

3) Crisis. Puede ocurrir que algunos de los problemas que emergen de la aplicación del paradigma demuestren ser verdaderas anomalías y no simples contratiempos. Para Kuhn, las anomalías no son sólo problemas que no se consiguen resolver o que «persisten». Son la consecuencia de la forma en que se enfocan los fundamentos mismos del sistema, los puntos en conflicto con los presupuestos centrales del paradigma, que adquiriendo un peso lo suficientemente importante se resisten a ser resolubles desde los criterios, reglas y métodos del sistema imperante, comenzando a observarse una estrecha relación entre aquellos y los fundamentos mismos de éste. Empieza a plantearse entonces la posibilidad de que modificando los presupuestos puedan eliminarse las anomalías.

4) Revolución. Una vez instaurada la crisis y puestos en entredicho los fundamentos del paradigma, proyectando la superación de los problemas desde presupuestos diferentes, numerosos investigadores comienzan a plantear nuevas teo-

rías incompatibles con el viejo paradigma. Se inicia entonces una lucha que podrá llevar a una revolución y a la sustitución del sistema anterior por parte de una de las alternativas.

El DSM como paradigma kuhniano

Una reformulación, en clave kuhniana, del debate sobre el diagnóstico psiquiátrico con vistas al DSM-V⁸ ha sugerido que con el DSM-III la nosografía psiquiátrica entró en una fase paradigmática. Desde esta perspectiva, la historia reciente de la clasificación psiquiátrica adquiere un matiz diferente y, como se intentará mostrar en este escrito, también el actual debate con miras al DSM-V adquiere una claridad global.

1) Periodo preparadigmático

Tentativas modernas de sistematización de la clasificación psiquiátrica se han sucedido en el tiempo hasta que a finales del siglo XIX, caracterizado por un clima favorable al positivismo científico, se pasa de las descripciones de síndromes específicos a la sistematicidad que encontramos en Kraepelin quien en su tratado de psiquiatría⁹ da importancia a la observación continuada del enfermo para una nosología descriptiva basada en un cuadro general en el que tiene especial relevancia la evolución de la patología y el pronóstico como criterio esencial. Sin embargo, aunque la clasificación kraepeliniana constituyese un avance importante en la nosografía psiquiátrica y a pesar de su notable influencia sobre el pensamiento psiquiátrico, no llegó a constituirse un único sistema dominante de clasificación sobre esa base. Durante la primera mitad del siglo XX la situación siguió caracterizándose por diferentes escuelas de pensamiento que elaboraban autónomamente su propia clasificación de las patologías mentales. Para Minkowski, la nosografía psiquiátrica se caracterizaba por ser el centro de polémicas entre países, entre escuelas e incluso entre psiquiatras. La demencia precoz de Kraepelin chocaba con la nosografía de Magnan en Francia, fundada sobre la idea de degeneración, por lo que no todos los psiquiatras franceses adoptaron el punto de vista de Kraepelin. Régis mantenía en toda su extensión el concepto de confusión mental, y este diagnóstico invadía el campo de la demencia precoz de Kraepelin. Por otra parte, los límites entre esta entidad mórbida y otras enfermedades mentales,

⁸ ARAGONA, M., *Aspettando la rivoluzione. Oltre il DSM-V: le nuove idee sulla diagnosi tra filosofia della scienza e psicopatologia*, Roma, Editori Riuniti, 2006.

⁹ KRAEPELIN, E., *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Leipzig, Barth, 1903-1904.

tales como los delirios de interpretación o persecución (paranoico), o psicosis crónica alucinatoria no eran precisos ni universalmente aceptados. La psicastenia de Janet invadía el campo de la esquizofrenia de Bleuler, y viceversa¹⁰. En general este contexto describe una situación típicamente preparadigmática, a la que se había tratado de hacer frente comenzando a acordar una terminología diagnóstica, así en 1948 la Organización Mundial de la Salud había publicado la 6.ª edición del Código Internacional de Clasificación de las Enfermedades, la ICD, en la que se incluía por primera vez una clasificación de las patologías mentales¹¹. Seguido, en 1952, por la publicación del primer Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, que incluía un glosario con la descripción de las categorías diagnósticas del APA¹².

2) DSM-III, el nacimiento de un paradigma

En los años siguientes continúa este esfuerzo de elaboración de glosarios con la descripción de las categorías diagnósticas, encaminados a la adopción, por parte de los clínicos, de un lenguaje común para el diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, un estudio ya clásico¹³ mostró que los psiquiatras de diferentes países (británicos y americanos), a pesar de compartir el mismo glosario diagnóstico, tendían a hacer al mismo paciente, diagnósticos diferentes. Se vio que no bastaba que el término diagnóstico fuese el mismo, porque era el propio acto diagnóstico (el juzgar el caso individual *x* como perteneciente a la categoría *y*) el que resultaba cuestionable, la evaluación de diagnóstico estaba demasiado ligada a la subjetividad del clínico y a sus conocimientos generales sobre las patologías (que a su vez dependían mucho de su pertenencia a una escuela de pensamiento determinada). Esto comportó una baja fiabilidad de los datos epidemiológicos y la imposibilidad de realizar comparaciones entre estudios y, como consiguiente, una dificultad para la comunicación científica.

La conciencia de este problema hizo que se proyectase extender la medida de consenso al «acto» diagnóstico mismo. La mayor innovación del DSM-III fue la propuesta de utilización de «criterios diagnósticos específicos» (modificando parcialmente una modalidad diagnóstica innovadora ya presente en los llamados «cri-

¹⁰ MINKOWSKI, E., *Traité de psychopathologie*, París, PUF, 1966.

¹¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Manual of the International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*, Ginebra, World Health Organization, 1948.

¹² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington D. C., American Psychiatric Press, 1952.

¹³ KENDELL, R. E., y otros, «Diagnostic Criteria of American and British Psychiatrists», *Archives of General Psychiatry*, 1971, 25, pp. 123-130.

terios de Feighner»¹⁴, que pueden ser considerados justamente precursores directos del DSM-III. Con la introducción de los criterios diagnósticos operativos explícitos y necesarios para la diagnosis se produce un cambio de época en el contexto de la diagnosis psiquiátrica: sólo en el caso de que éstos fueran satisfechos sería posible hacer el diagnóstico concreto. Se trataba por tanto de limitar la subjetividad del clínico mejorando así la comunicación y comparación entre países u orientaciones diferentes. El uso de criterios operativos, una combinación de convencionalismo y empirismo y la categorización de las diagnosis en un plano exclusivamente descriptivo encaminado a obtener, mediante la ateoricidad causal, la máxima fiabilidad diagnóstica entre clínicos, fueron los factores que habrían llevado a una revolución en los fundamentos de la clasificación psiquiátrica y harían del DSM-III un paradigma nosográfico.

La confirmación de que con el DSM-III la nosografía psiquiátrica haya entrado en una verdadera y propia fase paradigmática puede comprobarse a efectos prácticos¹⁵. Después de la introducción del DSM-III, este sistema de clasificación: a) traspasó los límites de la psiquiatría americana para ser utilizado en todo el mundo (como lo evidencian los numerosos idiomas a los que ha sido traducido); b) tuvo influencia en la OMS, que incluyó en la 10.^a edición de la CIE los «criterios diagnósticos específicos», siguiendo en esto la línea trazada por el DSM-III; c) empezó a ser utilizado por trabajadores de diferente formación y orientación sobre el origen de la patología mental (de hecho casi todos los manuales recientes de psiquiatría o psicopatología de diversos enfoques teóricos recurren al mismo al organizar sus contenidos); d) como sucede con cada paradigma, el DSM se ha convertido en el lenguaje estándar para la investigación psiquiátrica. Un análisis bibliométrico¹⁶ en la base de Datos PsycInfo encontró que durante el período 1987-2004, 32.098 artículos se publicaron siguiendo los criterios DSM, mientras que las investigaciones basadas en orientaciones diagnósticas «preparadigmáticas» eran la minoría.

La crisis actual

Después de años de dominio del DSM sobre el campo nosográfico, en los últimos años se han vuelto cada vez más frecuentes los trabajos críticos sobre el

¹⁴ FEIGNER, J. P., y otros, «Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research», *Archives of General Psychiatry*, 1972, 26, pp. 57-63.

¹⁵ Aragona, 2006.

¹⁶ SPROCK, J.; HERRMANN, D., «Relative Size of the Literatures for Psychopathological Disorders: Number of Articles Pertaining to DSM-IV Diagnostic Categories», *Journal of Clinical Psychology*, 2000, 56, pp. 491-504.

mismo que tienden a poner de relieve sus límites, como los mencionados en la introducción¹⁷. La cuestión es si se trata de un hecho periférico, o es el signo de una verdadera crisis del paradigma científico dominante. La idea que defiende este escrito es que problemas como la enorme tasa de comorbilidad, la heterogeneidad interna de los diagnósticos y su falta de especificidad no son sólo problemas empíricos, sino «anomalías». Por ejemplo, se ha visto que en el caso de los trastornos mentales del DSM, la comorbilidad psiquiátrica «se convierte en una consecuencia en gran medida arbitraria de los signos y síntomas seleccionados como criterios diagnósticos, y, por tanto, varía en función de la evolución de las prácticas de diagnóstico»¹⁸.

Como señaló Mai, esto se debe a varios factores que contribuyeron a la aparición de la comorbilidad como un subproducto del sistema de clasificación de la DSM: a) la regla implícita de que el mismo síntoma puede no aparecer en más de un trastorno (por ejemplo, excluyendo el síntoma «ansiedad» de los criterios de depresión mayor aumentó la comorbilidad entre depresión y trastorno de pánico); b) la proliferación de las categorías diagnósticas debido a la división de actitudes («si se hacen demarcaciones que no existen en la naturaleza, la probabilidad de tener que hacer varios diagnósticos en un caso individual evidentemente aumentan»¹⁹, c) el limitado número de reglas jerárquicas, d) el uso de criterios operacionales. En un reciente debate sobre el tema²⁰ se resaltó que la comorbilidad es un artefacto del DSM, no sólo por sus características internas, sino también por razones filosóficas (prevalencia del empirismo sobre convencionalismo) que en los años más recientes, han llevado a la eliminación de muchas reglas jerárquicas de exclusión, haciendo «explotar» el fenómeno. En consonancia con esta descripción, la comorbilidad ha ido cambiando gradualmente de una oportunidad de aprovechar la información pertinente, subestimada en los sistemas categóricos que excluyen la posibilidad de registrar múltiples diagnósticos, a un desafío para la psiquiatría, y finalmente a una anomalía que pone en tela de juicio la propia credibilidad del sistema de clasificación DSM, exigiendo su posible crisis. Además, se señaló²¹, la estrecha relación entre cuestiones aparentemente diferentes: por ejemplo: a) la sustitución de criterios *monotéticos* (en los que la diagnosis sólo puede ser efectuada siempre y cuando se satisfagan todos y cada uno de los sínto-

¹⁷ Véase nota 1.

¹⁸ LILIENFELD, S. O.; WALDMAN, I. D.; ISRAEL, A. C., «A Critical Examination of the Use of the Term Comorbidity in Psychopathology Research», Nueva York, *Clinical Psychology*, 1994, 1, pp. 71-83 (p. 75).

¹⁹ MAI, M., «Psychiatric Comorbidity: an Artefact of Current Diagnostic Systems?», *The British Journal of Psychiatry*, 2005, 186, pp. 182-184.

²⁰ ARAGONA, M., *The Role of Comorbidity in the Crisis of the Current Psychiatric Classification System. Philosophy, Psychiatry and Psychology*, en prensa.

²¹ ARAGONA, 2006.

mas previstos para una patología dada) por criterios *politéticos* (en los que, dado un listado de síntomas no jerarquizados, no todos son imprescindibles para el diagnóstico, bastando un cierto número) lleva a la heterogeneidad interna de las diagnosis; b) como consecuencia se buscó reducir la heterogeneidad dividiendo la resultante categoría diagnóstica, cuando resultaba demasiado amplia y heterogénea, en distintos trastornos de dimensión menor que se suponían más fiables y homogéneos; c) ello ha comportado, sin embargo, una mayor probabilidad de que aquellos se presenten a la vez en un mismo paciente y, por tanto, ha aumentado la probabilidad de comorbilidad.

Por último, se observó que, a menudo, las posibles estrategias de solución de estos problemas disponibles dentro del paradigma (como la comorbilidad), o son teóricamente inaceptables, o si se introdujesen, producirían (como en el caso de la liberalización de la comorbilidad) efectos prácticos (en este caso constituiría un aumento espectacular de las tasas de comorbilidad) que podrían agravar la crisis del DSM aumentando la presión hacia una solución «revolucionaria»²².

Alternativas revolucionarias. El ejemplo del diagnóstico dimensional

Como respuesta a la profunda crisis que vive la nosografía actualmente se presentan como posibles varias alternativas. Consideraremos como ejemplo la alternativa dimensional, que se enfrentaría a la visión categorial mantenida en el DSM-III y sucesivas ediciones, como una de las propuestas revolucionarias con más peso, al menos en el ámbito de los trastornos de personalidad²³. En general, el diagnóstico dimensional se opone a una visión de los trastornos mentales que los considera entidades biomédicas concretas, de naturaleza diferente entre ellas, asunción ésta que parece demasiado optimista si consideramos que en el mismo paciente coinciden, a menudo, diferentes trastornos y que esto se debe a una superposición de síntomas. Se comprueba además que en un gráfica de distribución de los síntomas de un trastorno no aparecen zonas claras que lo separen de otro sino más bien un continuo que se observa también al considerar el umbral entre los ejes I y II (entre los trastornos mayores y los de personalidad), lo mismo sea dicho para el umbral diagnóstico que separa los trastornos de la «normalidad». Si los umbrales se demuestran arbitrarios parece necesario introducir un sistema en el que los síntomas sean considerados como niveles de intensidad, más o menos funcionales, presentes en todas las personas, que podrían situarse a lo largo de un continuo dimensional.

²² ARAGONA, en prensa.

²³ WIDIGER, T. A., «Dimensional Models of Personality Disorder», *World Psychiatry*, 2007, 6, pp. 79-83.

De un análisis de las características de las varias propuestas de diagnóstico dimensional²⁴, emergen las características comunes y los límites de cada una de ellas, además de algunos puntos en común con el diagnóstico categorial. Las dimensiones, al igual que las categorías, se refieren al plano fenoménico-descriptivo. Sin embargo, para hablar de verdaderas dimensiones, los fenómenos deben tener una distribución continua, es decir, variar cuantitativamente, de forma que puedan ser medidos. El problema que surge deriva del hecho de que sólo algunos responden a esta característica; algunos impulsos son del tipo «todo o nada», la gradualidad se pierde en el momento de la acción. En el caso del análisis factorial, la complicación subyacente se debe a su propia naturaleza, que transforma en dimensión cualquier fenómeno.

Por su parte, la consecuencia derivada de la distribución normal es que se extiende del extremo normal al patológico a medida que aumenta la intensidad de los fenómenos que se están midiendo, en cuyo caso la variación es cuantitativa, lo que supone que cada línea de demarcación entre norma y patología no es inherente al objeto de evaluación pero será definida convencionalmente por el observador según su finalidad. Sin embargo puede suceder que existan a su vez síntomas que cambian también cualitativamente, fenómenos que existen sólo en la patología y no tengan una correspondencia en la norma, y que, en el caso de variar cuantitativamente pueden necesitar un juicio de valor además de una evaluación estadística. Por un lado, todas las desviaciones respecto a la norma son patológicas y por otro existen patologías que, siendo endémicas en la población, no se desvían de la media.

Las dimensiones son trans-nosográficas dado que no son específicas de una categoría diagnóstica. Esto queda respaldado por el hecho de que los fenómenos psicopatológicos no son exclusivos de un solo síndrome, sino que están presentes en muchas categorías diagnósticas. Se observa, sin embargo, que bajo el mismo nombre se alude a menudo a diversos fenómenos. Hace falta, por tanto, un análisis psicopatológico más pormenorizado de las diferencias fenomenológicas.

Otra propiedad imprescindible de las dimensiones es la de homogeneidad, sin la cual no puede darse continuidad ni cuantificación. Este requisito, junto al requerimiento de independencia que tienen las dimensiones tanto en el plano descriptivo como en el funcional y en el terapéutico es sin, embargo, al igual que en las categorías, relativo en la evaluación práctica (tanto los trastornos como las dimensiones son internamente heterogéneos; los trastornos son independientes, en teoría, y sin embargo observamos que coexisten en la comorbilidad, las dimensiones son teóricamente independientes, pero a menudo co-varían).

²⁴ VELLA, G.; ARAGONA, M., *Metodologia della diagnosi in psicopatologia. Categorie e dimensioni*, Turín, Bollati Boringhieri, 2000.

Asimismo, deberían gozar en principio de una ausencia de jerarquías, es decir, estar siempre en el mismo plano, tener la misma importancia clínica; sin embargo la práctica del clínico evidencia la presencia de jerarquías que condicionan su proceder. Por otro lado, el punto más débil de esta aproximación, igual que sucede al hablar de categorías, concierne al hecho de que no se pueda, por el momento, y dado el estado de la ciencia, afirmar una individuación de las dimensiones (como en el caso de las categorías), ya no sobre la base de los fenómenos, sino sobre la correspondiente función neurobiológica alterada.

Hay dos importantes diferencias entre ambos tipos de diagnóstico: la capacidad para graduar la intensidad de la enfermedad en las dimensiones (y, aunque esto no siempre es factible, no hay duda de que algunos fenómenos psicopatológicos se caracterizan mejor si se consideran como una «tendencia a»); y en el hecho de que las dimensiones no requieren una distinción clara norma/patología, por lo que evitan que se pierda información «subyacente».

Estos son los puntos a favor que con frecuencia sostienen los «dimensionalistas». Se complementan, creemos, con otro que en nuestra reformulación kuhiana parece crucial. De hecho, se ha visto la importancia del papel desempeñado por la comorbilidad en la crisis del DSM. ¿Qué sucedería a este nivel en caso de introducir un diagnóstico dimensional? Recientemente se denunció que con el diagnóstico dimensional «el caso único no se ajustaría a una categoría (por ejemplo, un caso de la esquizofrenia)», sino que en cada sujeto se mediría un número de dimensiones predeterminadas. El resultado de este procedimiento alternativo sería un único perfil para cada paciente en un momento dado. En este caso, el concepto de comorbilidad (la coexistencia de dos o más trastornos en el mismo paciente) sería absurdo: en efecto la coexistencia de varias dimensiones en el mismo sujeto es lo normal, el resultado esperado, derivado de la utilización de un modelo dimensional. En consecuencia, en este contexto, la posición de comorbilidad sería acaso análoga a la teoría de los *epiciclos ptolemaicos* o al *phlogiston* de la Química antes de Lavoisier²⁵.

En otras palabras, se trataría de una verdadera revolución diagnóstica. ¿Es, éste por tanto, el futuro cercano del diagnóstico psiquiátrico? Quizá sí, y sin embargo no se pueden dejar de señalar algunos puntos muy problemáticos a día de hoy: a) una mirada al campo dimensional evidencia inmediatamente que no existe un único modelo de dimensiones disponibles, sino que muchos de ellos compiten entre sí. Es previsible que no tenga fuerza suficiente para engendrar una revolución hasta que no ofrezca un único modelo alternativo al DSM. b) la menor naturalidad de las operaciones de diagnóstico dimensional (a menudo basadas en

²⁵ ARAGONA, en prensa.

baterías de pruebas), en comparación con la tendencia a categorizar (sea porque, en general, el ser humano conoce categorizando, sea porque el diagnóstico psiquiátrico categórico es mucho más similar al diagnóstico médico, y, por tanto, más comúnmente utilizado en la cultura occidental) sugiere que habrá resistencias a este tipo de innovación; c) entre las características esenciales de cualquier taxonomía categorial está la de estar abierta, en el sentido de que si en un futuro se descubre una nueva categoría ésta pueda ser incluida en la clasificación, sin invalidar el sistema. Considérese el caso extremo del descubrimiento del ornitorrinco; es cierto que pasaron décadas antes de encontrarle un lugar en la clasificación de los animales, y sin embargo al final se logró sin invalidar el sistema²⁶. En el caso del diagnóstico dimensional tal como lo conocemos hoy, sin embargo, hay un número definido de dimensiones básicas a evaluar (por ejemplo, cinco en los Cinco Grandes de personalidad), y no parece que el sistema ofrezca la posibilidad de añadir nada sin transformarse en algo diferente.

Conclusiones

Se ha planteado aquí que el actual debate adquiere mayor claridad si se reconceptualiza siguiendo la descripción kuhniana del modo en que avanzan las ciencias. Incorporada en este marco más amplio, los problemas de la actual clasificación psiquiátrica (por ejemplo, comorbilidad y heterogeneidad interna de los diagnósticos) han resultado ser anomalías kuhnianas reales que proceden directamente de la forma en que se ha organizado el DSM y, en consecuencia, ponen en crisis el sistema. Esta afirmación, que en este trabajo se ha justificado a través de un análisis de las características intrínsecas del DSM, se ha puesto a prueba además, mediante un análisis empírico bibliométrico²⁷; este estudio determinó que a pesar de que el DSM sigue siendo el sistema de clasificación más utilizado en la investigación internacional, sin embargo, su ritmo de crecimiento en comparación con el de algunos modelos alternativos (diagnóstico de espectro y diagnóstico de dimensional) sugiere que empieza a evidenciar los primeros indicios de una posible crisis, mientras que dos modelos alternativos están creciendo con rapidez, pero no son todavía tan fuertes como para lograr a día de hoy, una revolución científica. En la última parte, se valoró, a modo de ejemplo, uno de estos modelos alternativos, el dimensional, viéndose que no sólo algunos límites inherentes a sus

²⁶ ECO, U., *Kant y el ornitorrinco*, Barcelona, Lumen, 1998; or. 1997.

²⁷ ARAGONA, M., «A Bibliometric Analysis of the Current Status of Psychiatric Classification: the DSM Model Compared to the Spectrum and the Dimensional Diagnosis», *Italian Journal of Psychopathology*, 2006, 12, pp. 342-351.

características, sino sobre todo algunos de los principales puntos son hoy muy problemáticos (nivel aún preparadigmático, falta de naturalidad en la práctica clínica, tendencia a ser un sistema cerrado) confirman también desde el punto de vista de la teoría, que el sistema aún no está listo para subvertir el DSM. Esto implica, que mientras que por un lado «el emperador está desnudo», por otro, la dirección futura no está todavía trazada; en los próximos años los investigadores hallarán cada vez más margen para diseñar y probar modelos de diagnóstico innovadores.

* Blanca Mellor Marsá. Estudiante de Psicología, Universidad Complutense de Madrid; Massimiliano Aragona. Profesor de Filosofía de la Psicopatología, Universidad «La Sapienza», Roma.

Correspondencia: Blanca Mellor Marsá. C/ del Fresno, 116. 28918. Leganés. Madrid. blanca-mellormarsa@hotmail.com

** Fecha de recepción: 9-VI-2008 (aceptado el 15-VI-2008).

Jornada sobre modelos y estrategias en salud mental

1. *María Alonso Suárez* Resumen

En la inauguración, Alberto Fernández Liria, Presidente de la AEN, destacó la existencia actual de un consenso entre las CC.AA., plasmado en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, acerca de la necesidad de un modelo comunitario para el que existe un conocido soporte empírico. Y exponía la situación de Madrid, donde en este momento de consenso, los poderes políticos y las circunstancias económicas promueven estrategias y modelos que llevan a la incertidumbre, por no saber si este sistema de recursos en red va a poder seguir funcionando. A continuación, Antonio Burgueño, Director General de Hospitales de Madrid, se refirió a la Jornada como un foro altamente oportuno ya que en este momento se ha propuesto hacer una revisión de nuestro sistema de Salud Mental, enmarcado en un Plan que *toca* revisar. Animó a los presentes a que se le hicieran llegar las conclusiones y comentó su intención de desarrollar una herramienta útil a la CAM. Pablo Rivero, Director General de Calidad y Cohesión del Sistema Nacional de Salud, expuso la necesidad de defender los avances logrados en el estado de bienestar, el SNS, y seguir avanzando sin caer en la autocomplacencia, en unos momentos de incertidumbre internacional. Destacó la importancia de haber desarrollado de manera cooperativa la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y la necesidad de que este consenso llegue a dar herramientas a los profesionales y ciudadanos.

Luego se desarrollaron las conferencias y mesas redondas, destacando la inaugural de Benedetto Sarraceno, de la OMS, que en *La organización de los servicios de salud mental: perspectiva de la OMS* resumió en primer lugar la evolución del abordaje de la OMS del tema de la salud mental. De una primera etapa, el Informe Mundial de la Salud Mental, 2001, destacó como palabra clave la *carga* que la enfermedad supone (años de vida perdidos, discapacidad, etc.) exponiendo cómo ésta es un problema grande y un problema de todos. La palabra clave de una etapa posterior de enfoque en la OMS (2004–2006) fue *brecha*, exponiendo la brecha que existe entre ser o no atendido con calidad: no hay suficientes recursos en muchos países, donde los hay están mal colocados (en hospitales psiquiátricos), no hay acceso a psicotrópicos en Atención Primaria y el 85% del presupuesto se gasta en *camas* frente a recursos en la comunidad. Y expuso que esta brecha no es un problema «sólo en África», sino que por ejemplo el 35%

de los pacientes con trastornos depresivos en EE.UU. no están atendidos. La brecha está en todas partes. De la tercera etapa destacó como palabra clave las *barreras*: ¿Por qué existen esas barreras si sabemos que la carga es grande, que hay intervenciones efectivas, que hay tratamientos adecuados? Se refirió al estigma como una de estas barreras pero destacó que no se destina presupuesto por parte de los políticos a salud mental: porque el mensaje de los profesionales y afectados no es claro ni está consensuado.

Sin embargo, Saraceno expuso que desde la OMS existe un consenso basado en estudios científicos, de calidad, de satisfacción, en algunos aspectos: 1) Comparado con hace 50 ó 100 años, la medicina tiene más enfermos crónicos con necesidad de cuidados crónicos para los que no puede seguirse un modelo de *cirujano*. 2) El 85% de los días de un enfermo crónico los pasa fuera del hospital, pero el sistema de salud sigue siendo concebido alrededor de dos ejes: a corto plazo y alrededor del proveedor (las reglas del sistema). 3) Hay que repensar el sistema de salud con esta dimensión temporal: lo crónico. 4) ¿Cómo puede ser que el 85% del presupuesto se vaya a los hospitales donde los pacientes sólo son atendidos el 15% del tiempo? 5) En el modelo la palabra *cama* no debe ser clave sino la palabra *plazas/oportunidades* que da el servicio. ¿Cuántas de ellas tengo en mi servicio? La cama es un accidente. En vez de *clínica*, de estar inclinados sobre el paciente como si estuviera tumbado, necesitamos «esquizofrénicos de pie». 6) Lo comunitario en las grandes ciudades cada vez tiene menos significado; y lo comunitario no es llevar los recursos humanos del hospital a una dirección postal donde atiende ambulatoriamente un psiquiatra. 7) Es importante revisar la relación con atención primaria. 8) Es necesario un modelo con servicios que atiendan no solo a la enfermedad, sino también al daño, a la discapacidad y al handicap. La rehabilitación es una parte fundamental para la enfermedad de larga duración, para recuperar capacidades, para la reconstrucción de la ciudadanía. 9) La rehabilitación psicosocial necesita recursos, planes, tecnología, y debe ser parte de un programa global. Hay consenso en que forma parte de nuestra responsabilidad el trabajo de coordinación con los recursos sociales. 10) Es importante hablar de valores que deben transformarse en recursos, tomarse en serio el modelo biopsicosocial. Hoy nadie defendería que la enfermedad mental es sólo biológica, o psicológica, o social; no hay debate en esto. Pero, ¿cómo están organizados los servicios? Da igual que los profesionales tengan la convicción biopsicosocial si el servicio está organizado para dar una sola parte. Y actualmente se ha ido evolucionando hacia servicios que son *bio* y punto. Y en esto tiene mucho peso la influencia de la industria farmacéutica. 11) La «integración» debería ser la palabra clave actualmente. Y describió cómo los manicomios han ido desapareciendo a favor de instituciones sociales llevadas por empresas privadas, en ocasiones *asilos* con otra cara. En otras oca-

siones disponiendo de una rehabilitación fragmentada, en la que al enfermo se le «manda a hacer rehabilitación» como quien pide una radiografía, al margen de un programa terapéutico. Puso como ejemplo la situación de Holanda, donde el hospital es lo principal y la rehabilitación psicosocial es un paquete de programas poco financiados y con profesionales con baja cualificación.

Concluyó que actualmente hay una involución del papel de la psiquiatría en la sociedad, y que estamos reanudando nudos que se soltaron tiempo atrás, que esto depende de muchos factores, pero entre otros, el nivel de miedo que existe en la sociedad. Explicó que actualmente Europa ya no es más una referencia en modelos y estrategias en Salud Mental, y que desde la OMS se siguen con interés desarrollos en Brasil, Chile, Sri Lanka, algunos estados de la India. Y por último recordó que, hoy día, la capacidad de evaluación de los resultados de los modelos es mucho mayor y que existe amplia evidencia para que el mensaje de la OMS sea: a) Menos camas y más servicios comunitarios; b) Camas en los hospitales generales; c) Tratamientos psicosociales; d) Participación de los ciudadanos. Se abrió a continuación un debate en el que surgieron reflexiones que ahondaron en la idea de la importancia de los servicios integrados y la continuidad de cuidados, la responsabilidad de evitar una nueva generación de crónicos, y cómo recuperar el papel de la psiquiatría y la salud mental a través de conocimiento científico tanto de los modelos efectivos de atención como de los determinantes sociales de la salud (Informe de Naciones Unidas).

Las siguientes mesas redondas (en la web de la AMSM hay algunas de las presentaciones) profundizaron en muchos de los planteamientos esbozados por Saraceno. Por mencionar algunas de las aportaciones más destacadas: Pedro Cuadrado, presidente de la AMSM, que coordinaba la primera mesa redonda (*Modelos y estrategias en salud mental*), destacó la pérdida del papel de lo público y cómo, habiendo un consenso en el modelo, los grupos que manejan el presupuesto ponen en peligro el modelo volviendo a modelos neo-institucionalizadores. Manuel Gómez Beneyto, coordinador científico del la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (*La perspectiva europea*), expuso cómo en Europa, y dentro de España, existen diferencias tanto en el ritmo como el grado de des-institucionalización y desarrollo del modelo comunitario. Advirtió de los riesgos de la mayor especialización de la atención en salud mental en unidades específicas creadas por grupos de presión o por la fragmentación de la red de atención. También expuso la tendencia a la participación del sector privado, la ausencia de transparencia para poder estimar el gasto y el dato de que en general es pequeña la proporción que se dedica a salud mental de lo total invertido en sanidad si lo comparamos con la carga de la enfermedad. En cuanto a las directivas europeas, expuso las regulaciones que existen actualmente aunque resaltando que se han ido *descafeinando*, pasando por ejemplo de una

«estrategia europea» a un «pacto europeo». Según Gómez Beneyto, el cambio podría estar en el papel de los usuarios si reivindican unos servicios que atiendan a sus necesidades en vez de a las del propio servicio. Y coincidió con Saraceno en que a la hora de buscar modelos quizá haya que fijarse en otro sitio y no mirar hacia Europa.

Ricardo Guinea, Delegado de Asuntos Internacionales de la FEARP, en su intervención (*La rehabilitación psicosocial en el modelo comunitario*), abundó en algunas de las ideas que se habían avanzado, como el consenso existente en torno al papel de la rehabilitación psicosocial, la identificación de ésta con los principios del modelo comunitario, la importancia de un modelo centrado en la recuperación o el dato de que en España se invierte en salud mental por debajo de la media Europea. Retomó la cuestión del consenso en el modelo en salud mental, mencionó los documentos de referencia nacional (Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave del IMSERSO y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad), que recogen de manera clara la pertinencia de un modelo comunitario con un papel fundamental de la rehabilitación psicosocial, en línea con el planteamiento de Fernández Liria, aunque al mismo tiempo se hacía la pregunta de Saraceno sobre si hay realmente consenso entre los profesionales. Guinea terminó comentando que parece que actualmente en vez de hablar de «completar el modelo» vamos hacia atrás y habría que hablar de la sostenibilidad del modelo.

Juan Carlos Casal, del colectivo Orate y vicepresidente de la Asociación Alonso Quijano (*La participación y responsabilidad de los usuarios y usuarias con la salud*), a partir del modelo social de la discapacidad, en el que ésta se entiende como una construcción social sobre la que no puede justificarse ningún tipo de discriminación ni limitación en la libertad de las personas, destacó el papel de los usuarios, que no puede ser substituido por las familias ni por los profesionales. Subrayó el derecho a que la capacidad jurídica de una persona con discapacidad no se viera limitada por ningún motivo y que pudieran darse otros apoyos que permitan a la persona tomar decisiones y gobernar su vida, así como el derecho a vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad. Por último, explicó los avances que se estaban dando a nivel nacional en torno a las asociaciones de usuarios. Tras estas tres intervenciones Gómez Beneyto fue preguntado por las consecuencias en el funcionamiento de la red tras las privatizaciones en Valencia, y destacó el daño a la integración de la red puesto que durante años han estado trabajando de manera independiente. También surgió un debate acerca de la pertinencia de que asociaciones de familiares presten servicios.

La segunda mesa, *En torno a la aplicación de los modelos*, coordinada por Itzhak Levav, Asesor de Salud Mental, Ministerio de Salud de Israel, comenzó con la intervención de Manuel Desviat, de la Plataforma para la Defensa de la

Sanidad Pública, cuya presentación (*Éxitos y fracasos, en torno a las Experiencias*), tuvo un enfoque más *micro* que las anteriores, y se refirió a cuestiones acerca de si en los equipos se trabaja desde los valores y metodología del modelo, así como a la situación actual en Madrid. Se preguntaba si en la práctica de los equipos ha fraguado la práctica comunitaria y solidaria, afirmando que son las micro-experiencias aplicadas las que dan estabilidad al modelo. En su opinión, actualmente estamos frente a una crisis de valores en la que «vale todo». En cuanto a la situación de Madrid, expuso cómo actualmente Atención Primaria está estrangulada presupuestariamente, que el peso del hospital está avanzando. Se preguntaba dónde va a quedar el concepto de área en el nuevo marco de competencia libre entre hospitales. Afirmó que con los futuros planes hay programas que difícilmente se pueden llevar a cabo, como el de continuidad de cuidados.

Francisco Chicharro, director médico del Hospital Psiquiátrico de Zamudio, quien habló de *Modelos, estrategias y la gestión clínica*, comenzó su intervención identificándose con los profesionales formados en Leganés, y con una visión pesimista de la situación actual al observar cómo una red que ha costado tanto esfuerzo crear se puede dismantelar en pocos días con las medidas que se han tomado. Retomó alguna de las ideas que ya habían surgido en intervenciones previas, como la importancia de que las asociaciones recuperen el papel que han tenido en el pasado, el fundamental papel de los usuarios, la necesidad de distinguir entre asociaciones de usuarios y de familias, cuestionando el papel de las últimas como proveedoras de servicios. Una vez más destacó que existen suficientes evidencias como para seguir defendiendo el modelo comunitario. A partir de su experiencia en el Hospital Psiquiátrico de Zamudio expuso cómo un modelo de gestión puede servir para una cosa o todo lo contrario. Es decir, cómo puede darse un servicio de calidad y bajo un modelo comunitario desde distintos modelos de gestión. Terminó cuestionando que esto fuera posible con las iniciativas que se están tomando en Sanidad en la Comunidad de Madrid.

En torno a *La fragilidad teórica en (tiempos de la) evidencia* giró la intervención de Alberto Fernández Liria, Presidente de la AEN. Empezó exponiendo el «giro de los 80» en el panorama internacional tanto lo político, económico, asistencial, teórico, terapéutico, en la época de Reagan, Thatcher, con un giro de «la solidaridad al mercado», una relación con el *cliente* del servicio en vez de con el *paciente* y unos modelos de enfermedad reduccionistas con búsqueda de aplicaciones del tipo «a una enfermedad según el DSM, un tratamiento». A continuación se refirió al panorama mundial actual en sus distintas vertientes como volviendo a la solidaridad, en una crisis del libre mercado, una vuelta a la psiquiatría centrada en la persona, una neurobiología de lo relacio-

nal, y, sin embargo, una situación en Madrid que se parece más a lo que ocurría en el mundo en los 80, con sus fracasos, que a lo que sucede actualmente en el resto del mundo.

El debate que surgió tras esta mesa completó el objetivo de estas Jornadas: hacer un diagnóstico de la situación de la salud mental en la Comunidad de Madrid tras los cambios iniciados en Sanidad y ante la perspectiva de un próximo Plan de Salud Mental. Durante la Jornada hubo consenso en el diagnóstico de la situación en Madrid como un panorama que pone en riesgo la sostenibilidad del modelo comunitario, para el que también se destacó el consenso en torno a su efectividad en la comunidad científica y en las recomendaciones de la OMS. La reflexión llevó a cierta autocritica por parte de los profesionales al no haber sido capaces hasta el momento de transmitir el mensaje a la población y a los políticos. Así, los representantes de las asociaciones de profesionales organizadoras de la Jornada renovaron su compromiso para incrementar las acciones de divulgación a la población, de coordinación con la Administración, de formación de los profesionales y de recogida de datos a través del observatorio de salud mental de la evolución del mapa de servicios y el modelo implementado. Clausuró la Jornada Itzhak Levav, Asesor del Ministerio de Salud de Israel.

2. *Itzhak Levav* Claroscuros en la reforma psiquiátrica

La mayoría de las personas, si se les diera la opción, preferirían vivir en una sociedad justa y humana. Hacerlo refuerza su propia humanidad y crea confianza en el entorno. Es verdad que la Reforma Psiquiátrica (RP) reconoce la necesidad de desarrollar una acción técnica-científica de probada efectividad. Pero también es cierto que esa dimensión solo sería insuficiente para promoverla como modelo más apropiado de atención; para sostenerla, a pesar de los obstáculos; y para imprimirle el entusiasmo que una difícil tarea demanda a diario. Por eso cabe reconocer otro componente, no menos esencial. Este se refiere al afán de eliminar la distinción entre «ser como uno» y «ser el otro» en cuanto a la condición humana. Quien sufre no se convierte en «otro» por su sufrimiento. Es así que la RP postula el reconocimiento de los inalienables derechos humanos de las personas con trastornos mentales, y con los principios de la democracia –sistema que reconoce la total igualdad entre las personas–. Probablemente son estos aspectos del discurso y praxis de la RP lo que ofusca más a aquellos para quienes esos principios se tambalean, de manera abierta o disimulada.

Juzguen ustedes: En América Latina, con el colapso de los regímenes militares y la recuperación de la democracia, surgen en algunos países o renacen en otros los movimientos de reforma. Naturalmente, el cambio operado en América Latina no es aún completo ni aceptado universalmente. Las demoras se explican, en parte, por la insuficiencia científico-técnica pero, seguramente y en igual medida, por oposiciones ideológicas. No por nuevas evidencias científicas contrarias a las que dan bases racionales a la RP sino por oposiciones ideológicas. Éstas se nutren en obstinadas convicciones de que el «otro» cesó de ser «como uno» en virtud de un trastorno psiquiátrico. De ahí a su exclusión social, apenas media un paso. ¡Qué absurdo! Para distintos sectores, sin exceptuar los profesionales, las ideas y actitudes autoritarias no desaparecieron con el final formal de los regímenes autoritarios; ambas permanecen en la mente o en la conducta y se infiltran en las gestiones de los partidos políticos y sus plataformas. Los que sostienen la RP deben estar siempre alerta frente a esta oposición. No cabe otra alternativa que concebir e impulsar las estrategias apropiadas para hacerles frente. Es la promoción de los derechos humanos el primer claro de los claroscuros de la RP. Particularmente en cuanto a la RP, es sinónimo de atención en la comunidad.

Probablemente conocen la Declaración de Caracas, adoptada en 1990 en la capital de Venezuela. En este manifiesto, 11 países latinoamericanos proclamaron su decisión de reestructurar sus servicios de salud mental tal como lo postula la RP. Con el tiempo todos los países se plegaron de manera oficial por medio de dos resoluciones adoptadas en el seno del Consejo Directivo de OPS. Quiero citar aquí a Javier Vásquez, abogado de la OPS. Él dice que «Si bien la Declaración de Caracas no se refirió explícitamente a «vivir en la comunidad» como un derecho *per se*, la salvaguarda de ese derecho la garantizan las orientaciones que proclama destinados a permitir que las personas con discapacidad mental vivan y sean atendidas en la comunidad». En efecto, la organización de servicios comunitarios hace posible que las personas afectadas por trastornos psiquiátricos puedan disfrutar de la libertad personal y, por consiguiente, puedan llegar a ejercer los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y otras libertades fundamentales que les corresponde. Igualmente, la Declaración explícitamente propuso desarrollar en los países programas orientados a preservar los derechos humanos de estas personas, de acuerdo con las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales en la materia. Sigue diciendo Vásquez que «los instrumentos de derechos humanos (tratados y recomendaciones regionales e internacionales), consagran los estándares mínimos que salvaguardan los derechos de las personas con discapacidades mentales, en cuanto constituyen un grupo que requiere protección debido a su condición de vulnerabilidad». El derecho internacional ha instituido, en relación con los derechos humanos, la protección de todas las personas sin distinción

de su pertenencia étnica, color, edad, género, idioma, religión, afiliación política, origen nacional, extracción social, posición económica o cualquier otra característica. Consecuentemente, las personas con discapacidad mental se encuentran protegidas por los instrumentos generales adoptados internacionalmente para la defensa de los Derechos Humanos, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros. Corresponde mencionar una vez más que, tal como lo recomendara la Declaración de Caracas, el derecho a vivir en la comunidad sólo puede ejercerse cuando los países establecen servicios comunitarios de salud mental donde las personas con discapacidad mental pueden gozar de todos los derechos civiles.

Otro *claro*, muy próximo al anterior. La RP sostiene el valor de la democracia. Habiendo sido definida la acción terapéutica y las intervenciones a nivel comunitario como acciones conjuntas y complementarias entre dos partes con igualdad de derechos y con obligaciones recíprocas; nada más natural que ambas partes la compartan en un diálogo continuo que nace en la determinación de las prioridades de la investigación, continúa con la programación de las acciones y concluye con la evaluación de las mismas. Este diálogo –no idéntico, pero sí complementario– se hace más patente en la atención comunitaria de la salud mental y menos, o ninguno, en la hospitalocéntrica o manicomial. En el hospital psiquiátrico, que la Reforma Psiquiátrica busca superar, la atención tiene características restrictivas. El profesional no sólo posee autoridad sino que sólo él detenta el poder, y en más de una ocasión lo instrumenta autoritariamente. Es decir, hay una relación asimétrica no democrática, no igualitaria, entre los proveedores de atención y los que la necesitan, incluidas las familias. El valor de las relaciones democráticas en el interior del sistema de salud mental constituye una de las recomendaciones de las diez que la OMS hizo en 2001, el «año de la salud mental». La OMS, a fin de impulsar el progreso en la atención psiquiátrica, recomienda involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios; todas estas partes deben participar en la formulación y la adopción de las políticas, los programas y los servicios. El resultado esperado es desarrollar servicios más acordes con las necesidades tratadas y no tratadas de la población, y facilitar su mejor utilización. Con otras palabras: las intervenciones, comunitarias y clínicas, están de esa manera en mejores condiciones de responder a las necesidades que determinan la edad, el género, la cultura, las condiciones sociales, y la situación económica de la población por la cual los profesionales asumen responsabilidad.

Nuevamente, sin involucrar a todas las partes, la Reforma Psiquiátrica carece de bases democráticas. Ese involucramiento se extiende, amén de los aspectos antes aludidos, al proceso de capacitación. De esta manera se asegura que la capacitación cumple con su *raison d'être*, el sentido para la cual la capacitación exis-

te. La Universidad debe reconocer este principio. El respeto a los derechos humanos, vivir en comunidad, y la participación comunitaria, son condiciones de la RP. Sin ellos es difícil hablar de RP, a menos que se la entienda tan solo como el mero traslado de la atención del manicomio a la comunidad. Lo que, me atrevería a decir, se trataría de un simple traslado del manicomio de dentro hacia afuera. Y algo más: la atención comunitaria tiene más posibilidades de permitir el acceso a los servicios. Para la abogada Sara Rosenbaum, en el simposio sobre cobertura para todos los norteamericanos (publicado en el *New England Journal of Medicine* del pasado mes de agosto), el acceso a la atención es el tema ético más esencial. Este componente ético, sólo es posible si los servicios se encuentran donde las poblaciones moran.

Habiendo visto tres *claros* es tiempo de mirarnos al espejo y reconocer los *oscuros*. Probablemente hay dos *oscuros* que me abrumen por su omisión. El primero es la casi ausencia de toda consideración de la RP en la atención de la salud mental a niños; por ejemplo en Brasil, donde la RP está en marcha ascendente y donde la pirámide de la población es muy ancha en su base. Quizás la preocupación, admisible, claro está, por las personas adultas tratadas o depositadas en los manicomios es la que, a mi juicio, ha creado este severo escotoma. Ignorar la psicopatología de los niños es ignorar que las tasas de prevalencia de los trastornos psiquiátricos llegan al 13% en un periodo de 3 meses, según un estudio muy bien hecho por Costello y cols. en los EE. UU. Nada más errado que suponer que toda esa carga remite espontáneamente o que carece de impacto funcional. Este impacto puede afectar el desarrollo intelectual y, por consiguiente, el potencial social del niño. Pero no solo son los trastornos psiquiátricos *per se* a los que importa dar solución sino a las situaciones traumáticas que viven los niños en comunidad y que tienen impacto a corto e incluso a largo plazo. Nada nuevo les digo, pero el abuso físico o sexual al niño, amén de truncar un desarrollo armónico pone en movimiento un mecanismo psicobiológico que le imprime vulnerabilidad, de tal manera que incluso en la adultez son detectables trastornos psicopatológicos severos como ansiedad, trastornos del sueño y conducta antisocial.

Veamos algunos parámetros que se pueden usar para juzgar esa omisión. En un estudio realizado en Europa, apenas unos años atrás, encontramos que la oferta de recursos humanos en psiquiatría infantil era preocupante. (Para la población de hasta 15 años, la tasa de psiquiatras de niños era de 14.0 en Italia y de 14.7 en España por 100.000, obviamente insuficiente). Este estudio informa también que en 15 países de alta renta, solo en 3 la cobertura de los servicios para niños era comparable con la de los adultos. En cuanto a los servicios para el déficit intelectual, solo en 4 países eran suficientes; en 10 eran insuficientes y en 1, simplemente, no los había. En cuanto a los trastornos de la conducta, solo en uno de los

países los servicios eran suficientes. Datos inadmisibles que ponen en evidencia una discriminación en la atención infantil que la RP no puede tolerar. Y, hete aquí, que ninguna otra forma de asistencia está mejor posicionada que la RP, para hacer frente en la comunidad a los problemas de la salud mental de los niños, en virtud de su proximidad a los servicios pediátricos, jardines de infantes y escuelas, y a las familias.

Veamos otros *oscuros* en este mosaico de claroscuros de la RP. La RP hubo de reestructurar la atención curativa, frecuentemente iatrogénica, manicomial, en una amplia oferta de prestaciones que dieran respuesta a la variedad de estados psicopatológicos, cambiantes a lo largo de la vida. Pero el predominio de la atención curativa ha desplazado la atención preventiva, a pesar de ser un elemento fundamental de la atención comunitaria. La OMS ha publicado un libro con evidencias de acciones probadas científicamente. Solo identificaré una, a guisa de ejemplo. Olds mostró en EE. UU., hace años, que gracias a las visitas de enfermeras durante el embarazo y post-parto (particularmente a las mujeres en condiciones de riesgo por razones psicosociales, tal como deprivación económica, hábitos de salud malsanos, deficientes prácticas de manejo familiares), el niño era menos golpeado, la lactancia materna se producía por mayor tiempo, y que disminuían los riesgos psicopatológicos, como la conducta antisocial. En síntesis, una verdadera vacuna [psicológica] Pasma observar que una acción de tal tipo, con enfermeras o con madres graduadas en un programa de capacitación, no es parte de las acciones de rutina de los servicios comunitarios orientados por la RP.

Sigamos mirándonos en el espejo. El divorcio o mejor, la ausencia de matrimonio entre la Universidad y los servicios de la RP, empobrece a ambos. Divorcio que para la Universidad, que vive en esta realidad de torre de marfil, se traduce en una capacitación ajena o, como mínimo, distante de las necesidades de las poblaciones y en una investigación que no está encaminada a solucionar los problemas que los afecta. Nada más patente que la formación de médicos en cuanto a las materias pertinentes a la salud mental. En América Latina, por ejemplo, el médico general fracasa en la atención en salud mental. Un estudio que se realizó en seis países de Centro y Sudamérica, destinado a capacitar al médico general en la atención a la depresión, se mostró que la modificación de actitudes y conocimientos no desembocaban en una práctica diferente a la de la precapacitación. A nuestro juicio, el mal aprendizaje en la Facultad de Medicina parece ser prácticamente irreversible. Y esta es una experiencia que registra abundante literatura. El problema añadido es que los servicios, siempre escasos en recursos, deben invertir enormes esfuerzos en mejorar en algo la situación en desmedro de otras actividades necesarias que nunca cuentan, como resultado, con los recursos necesarios. Y sin el involucramiento competente del médico general, la atención comunitaria –según la promueve la RP– es parcial o totalmente imposible de llevarse a cabo.

El dedo apóstrofo no puede replegarse, la Universidad es o debe ser un organismo permeable a las necesidades de los servicios.

El empobrecimiento de los servicios por esa situación es evidente. La investigación que debe nutrir las decisiones es más escasa de la que los servicios requieren. Un estudio recientemente realizado por el *Global Forum for Health Research* y la OMS en los países en desarrollo mostró claramente que la investigación y la atención marchan por derroteros independientes y se unen solo en algunas oportunidades. Benedetto Saraceno y su equipo lanzaron la iniciativa *Investigación para el Cambio*, persuadidos que con investigación el desarrollo de los servicios se acelerará. Estos requieren del apoyo de la Universidad, como dijera, y la Universidad requiere de los servicios para cumplir su función social. El matrimonio entrambas debe producirse sin más demora.

Veamos un obvio *claro*. Las necesidades psicopatológicas cambian a lo largo del tiempo. Hay remisiones. Hay recaídas. Hay modificaciones en virtud de la comorbilidad que puede desarrollarse. En un estudio que realizamos en Israel en el marco del *World Mental Health Survey* encontramos que el 30% de los episodios depresivos estaban acompañados de otro trastorno psiquiátrico, entre ellos, 29%, con alguna categoría diagnóstica de ansiedad. Pareciera que no encontrar comorbilidad es reflejo de un examen clínico superficial y que no se mantiene a lo largo del tiempo. Sin olvidar que la comorbilidad no solo se produce con otros trastornos psiquiátricos sino también con los físicos. Problemas cardiovasculares, úlcera, reumatismo, lumbalgias, dolores crónicos, cefaleas, fueron encontrados asociados con trastornos depresivos, los resultados de las asociaciones fueron estadísticamente significativos. Entonces, ¿cómo es posible argüir que una opción de atención monovalente puede dar respuesta adecuada a estas necesidades? Lo que me impresionó de una visita difícil de olvidar al Servicio de Leganés fue observar cómo estaba organizada la atención de manera que pudiera dar la respuesta adecuada en el momento necesario. Están errados los que se oponen a la RP y a la atención en comunidad; la atención hospitalocéntrica y biologicista en sus diferentes variantes no responde a las necesidades cambiantes y múltiples de los miembros de la comunidad que requieren atención curativa.

La mera desinstitucionalización no es equivalente a RP. Sin ella, la RP no es completa. Pero frente a estudios que solo cuentan camas como su éxito o fracaso yo me permito apoyar a Matt Muijen, Asesor en Salud Mental de la OMS/EURO, que arguye que son las condiciones reinantes de las instituciones, su ubicación y la extensión del internamiento lo que cuenta. Es difícil que alguien se atreviera hoy a criticar las camas en medicina interna en un hospital general. Tampoco entonces cabe asumir que los internamientos psiquiátricos en un hospital general implican un fracaso de la desinstitucionalización.

Obviamente, cabe ofrecer a la RP una solución a los internamientos en las cárceles, internamientos que parecen aumentar debido a la comorbilidad con drogas. Estas críticas desde dentro son útiles, muestran las dudas que acompañan a la RP, tal como deben existir en todo movimiento que se caracteriza por ser científico. Los directivos están atentos a los costos de las acciones de salud mental. Advertían: esos costos son inversiones. Inversiones en la salud mental de la gente, como se dice en Chile. Menos atentos están a los costos (costos, sí) de todos los que necesitan atención y no la tienen. En el estudio WMHS que España participa, es decir, que epidemiólogos españoles participan en el ESEMeD, se encontró que 1 entre 4 personas tenían necesidades de atención no satisfechas. Es verdad, que no toda persona que sufre un trastorno psiquiátrico necesita atención, pero el problema es que aun las personas con un trastorno severo no consultan. La ausencia de consulta obedece a factores objetivos, por ejemplo, la accesibilidad de los servicios; accesibilidad en sentido amplio, no solo geográfico sino de horarios y de compatibilidad cultural. Los factores subjetivos, igualmente juegan un papel, al igual que el estigma. La RP al promover la asistencia en la comunidad está en condiciones estratégicas mejores para disminuir el sufrimiento y la discapacidad que lo acompaña. Ciertamente, la atención tradicional no puede enfrentar ni los factores objetivos, su accesibilidad es limitada, ni los subjetivos. El estigma que rodea a las instituciones manicomiales ha sido sobradamente documentado.

En síntesis, los claroscuros de la RP muestran que la tarea no está acabada. Los claros requieren refuerzos y sostenibilidad; los *oscuros* demandan inmediata solución.

Permítanme concluir con un mensaje personal. En este acto se celebra la trayectoria de Manuel Desviat y sus colegas. Pero, Manuel Desviat no solo desarrolló la RP en Leganés. La llevó a Brasil, donde la reforzó, y a México, donde la RP diera sus pasos iniciales titubeantes, en misiones sucesivas de OPS, en el marco del movimiento de reestructuración de la atención psiquiátrica de América Latina. Su tarea fue descollante, los testimonios son de los profesionales locales y la evidencia de los resultados concretos. Querido Manuel, con pena, asombro e ira me enteré que fuiste removido de Leganés. Las razones son sinrazones, a mi juicio. La solidaridad y el apoyo de los usuarios, familias, comunidad, discípulos, pares y amigos son el mejor reconocimiento de los éxitos de tu tarea. Pero, aunque todo esto nutre, en todo momento y en época de crisis más sin duda, que no solo eso te sirva de nutriente. Que sean las acciones venideras las que te nutran porque la tarea no está terminada y la misión no ha concluido. Todos, sin excepción, todos, esperamos que continúes tu tarea y que prosigas con tu misión. Y a ustedes, les agradezco el honor que me han hecho al invitarme a compartir la plataforma con líderes de la RP en este país.

3. *Manuel Desviat*

Éxitos y fracasos: en torno a las experiencias

I.– Hablar de logros y de insuficiencias, hacer balance de lo conseguido y de lo que falta, tanto en lo macro, en el escenario de las estrategias generales de la reforma, como en lo micro, en las experiencias asistenciales que constituyen el forjado de todo el proceso, significa plantearse no solo lo alcanzado, sino también preguntarse sobre su sostenibilidad.

Hay que plantearse qué de lo conseguido tiene suficiente consistencia, ha cambiado suficientemente la realidad, para que subsista en el tiempo. ¿Cuáles de los nuevos programas han invalidado a prácticas anteriores? Más aún cuando estamos en un tiempo de crisis de valores, falto de grandes teorías y principios, donde todo parece valer (para que al final valga lo que se acomoda más fácilmente a la ganancia del capital. El mercado manda).

No cabe duda de los avances alcanzados en la asistencia psiquiátrica de este país desde la transición democrática, ni del peso que en este proceso han tenido los profesionales y las asociaciones, como las que convocan este acto, en la mejora de la atención a la salud mental, y en el intento de cambiar las formas de hacer la asistencia. Tampoco de los límites que la evolución política del Estado y sus Autonomías han impuesto al desarrollo de una atención comunitaria. Pero la cuestión es, y aquí entran en juego las experiencias concretas, en un Estado donde las diferencias de desarrollo asistencial entre CC. AA., y aun dentro de éstas, es enorme; la cuestión es preguntarnos sobre el grado de implantación del modelo propuesto en la reforma sanitaria y psiquiátrica; preguntarnos, no ya desde la extensión de los nuevos recursos, desde el crecimiento de personal y servicios, sino desde la práctica de los equipos, desde los programas, desde la clínica, preguntarnos qué ha fraguado de aquella idea comunitaria y solidaria. Hasta dónde ha sido posible. Pues, de esta implantación y de esta consistencia, va a depender en buena medida la sostenibilidad de toda la Estrategia, lo que pueda mantenerse del modelo.

Más aún, si tenemos en cuenta la gran vulnerabilidad de especialidades tan ideologizadas como las de salud mental, tan sensibles a los vaivenes de los partidos políticos. Debilidad que adquiere mayor relevancia, cuando lo que se pretendía en la Reforma Sanitaria que se inicia con la LGS, era un cambio del Sistema Sanitario y de su modelo organizativo; un cambio que diera una mayor cobertura a la población, pero también OTRO tipo de asistencia, otro tipo de acercamiento al malestar psíquico; una atención a la persona que tuviera presente al sujeto y no solo a sus síntomas y aparatos; que tuviera presente su subjetividad, y por tanto, su autonomía, su dignidad y su libertad. Que tuviera presente a las colectividades y a la persona tanto en comunidad como indivi-

dualmente. Y una reforma que además empezaba ya a contracorriente, cuando Thatcher, Regan, el Banco Mundial iniciaban su giro neoliberal, sus recortes del Estado del Bienestar.

Psiquiatría social, salud mental comunitaria, psiquiatría pública, abordaje biopsicosocial, psicopatología del cuidado... Ese era el objetivo, y es a partir de esa perspectiva desde donde creo necesario abrir una reflexión para acercarnos a la situación actual, éxitos y fracasos de la reforma. Una reflexión que debe partir de las asociaciones que defienden la salud pública; asociaciones como las convocantes de este acto, sobre todo en los lugares, en las Comunidades, donde se ve amenazada, donde el contexto político es claramente adverso, si queremos diseñar una estrategia de progreso o simple resistencia.

II.— Empezaré por ver qué ha pasado con el Área Sanitaria y la Atención Primaria, dos componentes fundamentales del diseño de la reforma sanitaria española, consideradas con razón internacionalmente lo más innovador de la transformación de la Sanidad de nuestro país. Dos componentes que inciden particularmente en la atención a la salud mental, en una estrategia de cambio que sitúa a la psiquiatría y la psicología clínica en segundo nivel, especializado, dentro de la red sanitaria del Área de Salud.

Hoy, nadie discute el desarrollo de la atención primaria, pero tampoco se duda de su estrangulamiento actual, pero cada vez hay más datos sobre sus dificultades, voces sobre su relativo fracaso, por falta de medios, de tiempo, de presupuesto. Un presupuesto cuyo porcentaje –hospital-atención primaria– atribuido sigue siendo uno de los más bajos de Europa. Algo que es más pronunciado en las CC. AA. más ricas que orientan todavía más su gasto hacia los hospitales. Son las más pobres, envejecidas, o las gobernadas por la izquierda las que favorecen la AP. Plataformas como las de diez minutos, que exigen un tiempo mínimo para cada paciente (o la pretendida absorción de la atención primaria por entidades hospitalarias privadas en los planes de la Comunidad de Madrid), señalan no el fracaso de un modelo ejemplar, sino su paulatino estrangulamiento. De sus dificultades, de su cansancio, de su hartazgo dan cuenta a diario manifestaciones y paros en todo el Estado.

Respecto del Área de Salud, elemento marco de la ordenación sanitaria de la LGS, habría que preguntarse dónde están los Consejos de Salud; ¿dónde la integración de salud pública, primaria y especializada?, ¿dónde queda el Área en un sistema regido por la competencia entre centros y la adjudicación capitativa de la financiación, en un sistema como el que se quiere o se está ya imponiendo en la Comunidad de Madrid?

III.— La psiquiatría, la salud mental se enfrentó a un doble desafío: desmontar un sistema antiguo asentado en el hospital psiquiátrico y las consultas del seguro y, a la vez, a la construcción de un nuevo modelo asistencial, de una

nueva clínica, que superara la idea que de la psiquiatría habían transmitido unas cátedras monocolor, que se resistían a los avances de las especialidades de la salud mental. Un desafío al que con los años y la evolución conservadora de la sociedad, se une el cada vez mayor peso de la mentalidad hospitalaria –ahora del hospital general– y la amenaza de sus consultas externas, monográficas, por patologías frente a los equipos comunitarios; o lo que es lo mismo, el mayor peso, de nuevo, con todas sus consecuencias, del Servicio de psiquiatría frente a los Servicios de salud mental.

Una muestra de las consecuencias de este desplazamiento del eje de la asistencia de la comunidad al hospital está en la manera de medir por los gerentes la actividad ambulatoria: se preocupan tan sólo de las primeras y segundas consultas, y penalizando el mayor número de estas segundas, lo que demuestra su pobre noción de la actividad psiquiátrica. La ausencia de indicadores propios de la salud mental, de guías y protocolos, de procesos consensuados de ámbito estatal, ausentes también en muchas de las CC.AA., deja inerte la salud mental en su necesaria integración en la sanidad general. O la sitúa en su concepción meramente biológica, o psiconeurofarmacológica, tan deseada por la Psiquiatría Perdida entre sus Pruebas.

En este escenario, los programas de continuidad de cuidados, las acciones de ámbito más comunitarias quedan fuera, como pueden quedar fuera en la Comunidad de Madrid los programas de rehabilitación que en su inmensa mayoría, dependen de Servicios Sociales. O los recursos residenciales, fuera de las redes de las áreas, en renovados, y poco, hospitales psiquiátricos; con camas, de nuevo, en otra Comunidad Autónoma. Con estos límites, con las agendas llenas de pacientes crónicos más o menos estabilizados, de trastornos comunes por mor de la medicalización de la vida, de la psicologización de los factores de riesgo y la psiquiatrización de las pre-enfermedades; con los agudos y crónicos desestabilizados colapsando las urgencias, con la presión de más pacientes por día de los que se puede atender adecuadamente, con la falta de una política de salud mental, con la delegación de la formación en la empresa farmacéutica, con la falta de motivación económica y profesional, con jefes de salud mental regionales sin la autoridad suficiente –lo que demuestra la poca importancia que le dan a la salud mental– para ser interlocutores capaces con las gerencias y la Administración Sanitaria; o también en la Comunidad de Madrid con la salud mental escindida en centros de salud mental y unidades hospitalarias, islas o guetos independientes cada centro; convertidas en ambulatorios o unidades de crisis, con políticas defensivas cada vez más coercitivas y biológicas; con esto –y más quizá– sobra plantearnos la construcción de una nueva clínica, de un nuevo discurso, rescatando lo hecho durante la reforma.

Puede que en esta situación, esté de más preguntarnos, cómo se atiende hoy a los pacientes en los centros de salud mental, en los hospitales de día, en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, en los programas de rehabilitación. ¿Qué idea o ideas de la enfermedad mental sustentan nuestra práctica? ¿Qué papel tiene la comunidad, las familias, los ciudadanos en estos programas de salud mental? ¿Qué de la participación, de la autonomía del paciente mental? En definitiva, cuesta preguntarnos qué hay de la psiquiatría comunitaria ¿hasta dónde, o hasta cuánto, nos diferenciamos en nuestra práctica habitual de la psiquiatría tradicional, biológica, anclada en el psicotropo?

Sin embargo, creo que debemos buscar la manera de hacerlo, debemos abrir una nueva reflexión colectiva, usando como antaño las asociaciones, los márgenes del sistema, allí donde el sistema es adverso. Es una cuestión de supervivencia, de supervivencia del modelo.

Tenemos experiencias sobre la diversidad y desigualdad que han creado las transferencias y la ausencia de autoridad por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo; experiencias que han desarrollado acciones de atención comunitaria, por ejemplo en la atención a la cronicidad, donde hemos dado grandes pasos, donde tenemos programas eficaces, más eficaces que nunca, pero flacos, en muchas ocasiones, psicopatológicamente, como diría Fernando Colina, y no siempre respetuosos con la autonomía del paciente, lejanos a las ideas de recuperación y empoderamiento en auge hoy en día.

La participación ciudadana es casi inexistente y la seducción psicofarmacológica está invadiéndolo todo, desde la psicología hasta las familias. Seducción farmacológica que trae de la mano la idea de la normalización, el chantaje de la normalización paternalista; que el otro, que el diferente deje de ser diferente, y donde los síntomas dejan de tener un sentido existencial. El pragmatismo desaloja la psicopatología, DSM en mano, y una clínica que se base en el respeto y el cuidado. Salud mental de la receta, el consejo y la conciencia de enfermedad como mito. ¡Parece como si volviéramos a la idea de la curación!

IV.- Y aquí entran en juego las experiencias: la construcción del modelo se hace en el marco de las estrategias establecidas por la Autoridad Sanitaria, pero su concreción, su desarrollo, va a estar marcado por experiencias institucionales particulares, más o menos globales. Experiencias que actúan como vanguardias en la creación, experimentación y desarrollo de nuevas prácticas, de nuevos conocimientos (rompiendo límites, creando nuevas reglas, ensayando caminos). Experiencias pioneras cuyo éxito depende de si han podido mantenerse, aún a contracorriente, el tiempo suficiente como para crear nuevas vías y demostrar su viabilidad o verificar aquello que querían demostrar. Creando y expandiendo fuera de sí mismas los profesionales que puedan continuarlas.

Por su carácter de vanguardia estas experiencias, más visibles, mostradas por la propia administración como su obra, son procesos muy vulnerables, sobre todo porque precisan de libertad, como lo precisa todo conocimiento, para encontrar nuevos caminos y desarrollarlos.

Pero hay que tener en cuenta que la independencia, esencial en las sociedades democráticas en áreas como la Sanidad o la Universidad, es incómoda para el Poder Político, sobre todo cuando éste se rige más por intereses de partido que universales. No podemos olvidar que la reforma sanitaria, al igual que la Transición democrática fue un pacto, y en condiciones desiguales. La psiquiatría tradicional mantuvo la hegemonía en la Academia, en la Universidad. Por error de cálculo o incapacidad del movimiento progresista.

En la asistencia, a falta de una coordinación por parte del Ministerio de Sanidad, la reforma se desarrolló en las Comunidades de forma tremendamente desigual, y en muchas de ellas gracias a la buena voluntad de algunos políticos y gestores, y siempre desde el voluntarismo de los profesionales, con acciones carentes en muchos casos de la normativa legal que les apoyara, acciones comunitarias que tenían que transgredir organigramas, normativas hospitalarias, y realizar actividades no contempladas en los convenios colectivos. Creo que uno de los grandes fallos de la reforma ha sido precisamente esta falta de normativas, que el Estado no regulara unos mínimos asistenciales, tanto de indicadores, como de denominación, contenido, funciones y personal de los servicios de salud mental. Ausencia que ha propiciado grandes desigualdades y una absoluta falta de información por el Estado. Indefiniciones legales, o normas como la ley 15/1997, abren la puerta a formas de gestión y financiación que pueden acabar con el modelo de asistencia a la salud mental que contempla la LGS, o en el caso de Madrid, el mismo Plan de Salud Mental de la propia Comunidad.

V.– Volviendo al principio, quiero insistir en la idea que mueve mi intervención. Una idea quizá condicionada por el momento lleno de incertidumbres pero con algunas certezas, que suponen una gran amenaza para la asistencia psiquiátrica comunitaria allí donde prospere un sistema sanitario regido por la competencia y no por la equidad y la solidaridad. Una idea que me lleva a creer que el futuro, el futuro de la salud mental comunitaria, su posibilidad misma, está en el desarrollo de una clínica comunitaria. Desarrollo que exige el esfuerzo de las asociaciones y colectivos progresistas. Que exige construir un nuevo discurso desde nuestro trabajo cotidiano, desde los centros de trabajo asistencial. La reforma ha conseguido modificar radicalmente los espacios de tratamiento, ahora queda modificar los tratamientos.

4. *Benedetto Saraceno* ¿Por qué urge actuar? Entrevista

A. F. L.: *La OMS ha realizado, durante los años en que diriges el Departamento de Salud Mental, una incesante investigación sobre la situación de la salud mental en el mundo. ¿Podrías hablarnos de esta situación?, ¿qué perspectivas ves tanto en los países desarrollados como en los países pobres?*

B. S.: Una de cada cuatro personas –el 25% de la población–, sufre en algún momento de su vida al menos un trastorno mental. Actualmente hay 450 millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en desarrollo. Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial. Los trastornos con mayor peso son la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y la demencia. Esta carga cobra un elevado tributo en forma de sufrimiento, discapacidad y pérdidas económicas. Aunque los trastornos mentales afectan a personas de todos los grupos sociales y países, los pobres los sufren de forma desproporcionadamente mayor. Además, dado que la longevidad se acrecienta y las poblaciones envejecen, en las próximas décadas aumentará el número de afectados por trastornos mentales, así como la carga consiguiente. En todo el mundo, numerosas personas con trastornos mentales son víctimas de discriminación por el simple motivo de padecer esos trastornos. Con frecuencia tienen dificultades para conseguir vivienda, empleo u otros servicios que forman parte de la vida normal en la sociedad, lo que a veces provoca la agudización de sus síntomas. De ahí que a menudo vacilen en recurrir a especialistas para tratar sus problemas y opten, en cambio, por sufrir solos y en silencio. La información equívoca sobre los trastornos mentales, por ejemplo, la idea de que esos enfermos suelen ser violentos o víctimas de algún tipo de maleficio, o de que esas dolencias son incurables, no hacen más que perpetuar el estigma y la discriminación. La falta de acceso a terapias eficaces y el internamiento de esas personas en centros psiquiátricos aislados, dan pábulo a ese tipo de prejuicios. En los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental se establece que no habrá discriminación por motivo de enfermedad mental, que todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido en la comunidad en la que vive y a recibir el tratamiento menos restrictivo posible. La aplicación de esos principios, sin embargo, dista mucho de ser perfecta en buena parte del mundo.

Nuestra comprensión de los trastornos mentales y de su tratamiento progresa con rapidez. También sabemos que en la mayoría de los casos es posible tratarlos con buenos resultados. Con una terapia apropiada pueden controlarse eficazmente los síntomas de cerca del 70% de los casos de depresión, esquizofrenia y

epilepsia; la aplicación sostenida del tratamiento reduce sustancialmente las probabilidades de recaída. La farmacoterapia resulta efectiva y además bastante barata en muchos países. La intervención psicosocial es un componente básico, y en muchos casos rentable, del tratamiento de la mayoría de los trastornos mentales y de la rehabilitación de los pacientes. Otros avances importantes en el terreno terapéutico son resultado de los movimientos de los usuarios y de defensa de los derechos humanos. Ambos movimientos han prestado especial atención a las violaciones de los derechos de las personas con enfermedades mentales y han insistido en la obligación que tienen los poderes públicos de promover y proteger los derechos e intereses de esas personas. Esos movimientos han propugnado, asimismo, la elaboración de normas de garantía de calidad y la búsqueda de alternativas al internamiento en centros psiquiátricos.

Aunque en teoría exista la posibilidad de hacer frente con éxito a los trastornos mentales, en la práctica sólo se dispensa tratamiento, aun del tipo más básico, a una pequeña minoría de quienes lo necesitan. Un reciente estudio de la OMS sobre los recursos de los países en el ámbito de la salud mental (Proyecto ATLAS, 2000-2001), ha reunido información sobre 185 países (96,9% de los Estados Miembros) que comprenden, en conjunto, al 99,3% de la población mundial. Los análisis de esos datos han puesto de manifiesto que: a) el 41% de los países no tiene definida una política de salud mental; b) el 25% carece de legislación en la materia; c) el 28% no dispone de un presupuesto independiente para la salud mental. (Entre los países que informaron tenerlo, el 36% destina a esta área menos del 1% de su presupuesto total de salud); d) el 37% carece de establecimientos de atención comunitaria de la salud mental; e) en más del 25% de los países los centros de atención primaria no tienen acceso a medicamentos psiquiátricos esenciales; f) en más del 27% no hay ningún sistema para recoger y comunicar información relativa a la salud mental; g) alrededor del 65% de las camas destinadas a esta atención se encuentra en hospitales psiquiátricos autónomos; h) el 70% de la población mundial dispone de menos de un psiquiatra por cada 100 000 personas.

Con frecuencia, los recursos para la salud mental ofrecen un estado desolador. Los recursos y servicios con frecuencia representan una décima o incluso una centésima parte de los necesarios. Sin embargo, hay muchas diferencias entre países y no es posible tener un mapa completo de la situación: algunos tienen problemas de salud mental muy específicos (por ejemplo altas tasas de suicidio o abuso de alcohol); otros tienen sistemas de salud mental muy atrasados o, al contrario, muy desarrollados. Quizás algunos ejemplos concretos puedan ayudar. Ex Repúblicas Soviéticas como Lituania, Estonia, Latvia, Rusia misma y también Suiza, Luxemburgo, Bélgica tienen una proporción importante de suicidios. El consumo de alcohol está aumentando y se amplían las condiciones que nunca se veían antes, como el síndrome fetal de alcohólicos, quiere decir que hay chicas

embarazadas consumidoras de alcohol de forma dramática. El aumento de los refugiados, de las emergencias naturales, de los conflictos armados, o de lo que sea, incrementa fuertemente la problemática de Salud Mental, y la carga aumenta. La respuesta es que no hay nuevas grandes experiencias innovadoras, seguimos con experiencias puntuales quizás debidas a un líder local, debidas a una contingencia, y si hacemos un mapa de las reformas innovadoras en Salud Mental, aparte de las tradicionales reformas innovadoras europeas de España, Italia, Inglaterra y en Latinoamérica, con Chile y Brasil liderando el proceso de reforma, no hay mucho más. A pesar del Informe Mundial del año 2001, de la Declaración de Caracas y de la Declaración de Helsinki, las reformas realmente innovadoras en Salud Mental siguen siendo muy pocas, y continúan al contrario las respuestas tradicionales: manicomios, o en ausencia de manicomios, en países muy pobres, el abandono.

A. F. L.: *No hay muchos, ni en los países desarrollados ni en los países de bajo nivel de ingresos. ¿Habría una diferencia, en estos momentos, entre ellos si pensáramos en las posibilidades de desarrollar algo parecido a servicios de atención comunitaria?*

B. S.: Hay algunos aspectos en que los países desarrollados tienen una mejor capacidad para desarrollar la Salud Mental Comunitaria y otros aspectos en que son los países subdesarrollados los que tienen mejor capacidad: por ejemplo, el rol de las cooperativas, las viviendas protegidas, han sido mucho más incorporados en las experiencias europeas que en las experiencias de los países en vías de desarrollo. Entonces, si hoy la OMS necesita a un asesor, a un consultor en estas áreas, sería seguramente un consultor europeo, pero no me cabe la mínima duda de que si por ejemplo, miramos a la relación con la Atención Primaria en muy remotas regiones de gran pobreza, los países en vías de desarrollo han tenido una capacidad de inyectar Salud Mental a nivel de Atención Primaria mucho más que nosotros los europeos. En asociaciones, por ejemplo Brasil tiene un movimiento de usuarios que tampoco vamos a imaginarlo nosotros en Europa. Entonces hoy, para la situación ideal, necesitaríamos un pedazo de Brasil, otro de Trieste, otro de España, para juntarlos. Sigo pensando, por ejemplo, que la experiencia española con todos los aspectos de la formación de cooperativas es bastante única en Europa, y que la integración público-privado, privado no con fin de lucro, privado-social digamos, ha sido una experiencia importante en España. En conclusión no veo un país liderando el proceso; quizás hace 30 años era Italia pero no hoy: no está liderando nada. Existen trayectorias innovadoras en área de derechos humanos, hay países que son muy sensibles en el área de Atención Primaria, otros países en el área de desmanicomialización: hay experiencias con redes amplias de prestaciones, pero son minoritarias. Al tiempo, crece un proceso de privatización muy fuerte que va a empeorar las cosas; es seguro que en el momento en que se fragmente la oferta de servicios entre varios actores sociales, privados, privados

subvencionados, públicos, también el paciente se encontrará fragmentado, y creo que esto va a ser nefasto y veo el riesgo en Europa de una separación cada día mayor entre lo que es social y lo que es salud, con el sector salud que se limita a la dimensión médica (que al final es el tratamiento hospitalario y las drogas) y deja lo social bajo el control de un incierto mundo de competencias, como algo de cuarta clase, de quinta clase.

A. F. L.: *Algo que tendría que ver con la calidad, casi.*

B. N.: Sí, con lo de la rehabilitación de trastornos en lugares donde se pone la gente ahí escuchando una musiquita y esta es la rehabilitación. En nuestra idea, la rehabilitación era la reconstrucción de la ciudadanía, no el entretenimiento caritativo de los pacientes mentales

A. F. L.: *Y ¿cómo podríamos imaginar un posible futuro, teniendo en cuenta que vivimos un contexto económico que parece que no da para grandes alegrías?*

B. S.: Hay que recomenzar la noción de movimiento de abajo hacia arriba. Digo esto porque, por un momento, los reformadores han sabido controlar algunos países o provincias, o regiones o ciudades, y han tomado un liderazgo cultural. Entonces, la Salud Mental innovadora ha sido hegemónica, por lo menos su discurso, y en algunas zonas también en la práctica. Ahora no es así, y por razones que van más allá de la psiquiatría. Hay un aumento de los miedos relacionado con la seguridad en Italia y en Francia, debido a los inmigrantes, a los ilegales, y todo este discurso ahora sobre la criminalización del trastorno de personalidad, por un lado, y por otro la presión de la industria farmacéutica, que son fenómenos que han empobrecido la cultura psiquiátrica de las generaciones jóvenes de psiquiatras. Me parece que un joven psiquiatra de los años sesenta u ochenta era más holista en su visión de su profesión de lo que pueda ser hoy un psiquiatra que tenga 30 ó 35 años, y eso debido a una fuerte presión de parte de la industria que ha conquistado cabezas, mercados y al final gastos porque el gasto no es infinito: si el presupuesto se utiliza solo para comprar nuevas moléculas, al final habrá menos plata para pagar enfermeras que hagan visitas domiciliarias.

Creo que, humildemente, hay que retomar la ruta del movimiento de base, y tenemos un aliado que en los años setenta no sabíamos identificar, o sea el movimiento de los usuarios, que tiene una fuerza, una capacidad de provocación muy importante. Además, existe una menor necesidad de ideologizar lo que estamos proponiendo. Tenemos una actitud más pragmática, lo que nos facilitaría el no identificar inmediatamente el proceso de reforma con discursos políticos o partidistas y esas son nuevas herramientas: conviene retomar el movimiento de abajo hacia arriba porque no creo que el proceso de cambio pueda llegar de la OMS o de la Unión Europea o de los gobiernos, si no hay una capacidad de crear un movimiento crítico importante, entonces el futuro es retomar el espíritu de lucha que se ha perdido.

A. F. L.: *Esto casi responde a mi última pregunta. Igual hay algo más que se puede decir con respecto a lo que sucede en este momento en algunas Comunidades españolas, muy en concreto en Madrid. Una situación en la que se está produciendo una retirada de los recursos públicos del terreno de la atención sanitaria mientras que a los empresarios que hipotéticamente podrían invertir en este campo desde la Consejería de la Salud, se les ofrece un terreno en el que uno puede aprovechar las oportunidades para tener beneficios. Si tuviéramos que lidiar en un panorama configurado por este punto de partida, ¿qué lecciones de otros lugares del mundo podríamos intentar aplicar aquí?*

B. S.: No tengo una respuesta. Creo que la palabra clave es equidad. Si la recomendación de la OMS es que el sistema de salud es un sistema fundamentalmente público, sin duda hay que tener en cuenta un cambio social en que deberá aumentar la interacción público-privado, desde lo privado-social sin fin de lucro a lo privado de Organizaciones No Gubernamentales, y también quizás en algunos casos a lo privado con fines de lucro. Sin embargo, el proceso de transformación de salud en negocio no va a ayudar a respetar los grandes puntos clave de la OMS, o sea la equidad, la accesibilidad y la salud para todos. Eso que tenemos que mantener como referencia ética y técnica.

A. F. L.: *Sí, deberíamos poder salvaguardar eso.*

M. D.: *Llevas años dirigiendo la salud mental en la Organización Mundial de las Naciones Unidas, me gustaría saber qué dificultades has encontrado en tu trabajo –no digo en la asistencia, sino en la propia función–, qué oportunidades le ves al Organismo, qué posibilidades tiene de influir sobre los distintos países.*

B. S.: Tengo dos respuestas. En primer lugar, seguramente la estigmatización que sufre la Salud Mental, la sufre también dentro del sistema. El prejuicio de que Salud Mental no es a fin de cuentas una gran prioridad, lo sufrimos también dentro del sistema de Naciones Unidas. Si miras los Objetivos del Milenio de Naciones Unidas, la Salud Mental no aparece, están solamente las enfermedades transmisibles. Creo que habría que pensar en la fuerte relación entre enfermedades físicas transmisibles y no transmisibles y la enfermedad mental, pues la ausencia de salud mental es un grave factor de riesgo también para la enfermedad física. El lema *no health without mental health* no creo que sea retórico, no hay salud sin salud mental, entonces la primera respuesta es que también hay que conducir un movimiento de promoción dentro del sistema para que la Salud Mental ocupe la plaza que tendría que ocupar.

¿Cuál es la capacidad de influencia que tiene OMS? En países de bajos ingresos tiene una influencia mayor que en países de altos ingresos: es evidente por una razón muy simple, que los países grandes industrializados y muy desarrollados tienen expertos internos. Si el Ministro de Salud de Inglaterra quiere hacer la reforma de salud mental, no necesita al Dr. Saraceno de Ginebra, tiene en

Inglaterra bastantes instituciones competentes para que le puedan apoyar y técnicamente ayudar, eso no es sorprendente. Mientras que si Honduras quiere hacer una reforma en salud mental necesita el apoyo de organismos como la OMS. Entonces nuestra influencia disminuye al aumentar el grado de desarrollo de los países, eso es evidente. Y un elemento que no existía en el pasado: hay más competencia, hay otras agencias que tienen una influencia en Salud Mental como el Banco Mundial, que tiene expertos en Salud Mental que acompañan en préstamo al país. Sin embargo, cuando el préstamo es en salud a veces hay un componente de Salud Mental y no siempre el discurso del experto del Banco Mundial y el discurso del experto de la OMS coinciden. La OMS no tiene un liderazgo asegurado, tiene que conquistar el liderazgo moral y técnico en cada país y en cada situación.

Palabras recogidas por Alberto Fernández Liria y Manuel Desviat

- * Jornada organizada conjuntamente por la AEN, FEARP y la Plataforma por la Defensa de la Salud Mental Pública. Se celebró el 30-IX-2008, en el Colegio Oficial de Médicos.
- ** María Alonso Suárez es Secretaria de la AMSM; Itzhak Levav es Asesor OMS, Asesor del Ministerio de Salud de Israel; Manuel Desviat, psiquiatra, ha sido Presidente de la AEN; Benedetto Saraceno es Director del Departamento de Salud Mental y Toxicomanías de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

LIBROS

CRÍTICAS

Edgard ZILSEL, *El genio. Génesis de un concepto*, Madrid, AEN, 2008, 302 pp.

Edgar Zisel nace en 1891 en una familia vienesa judía. El texto que aquí comentamos fue publicado en 1926, una vez retirado como tesis de habilitación para la Universidad de Viena, aburrido su autor de las disputas que sobre el mismo se originaron. Realizó estudios de filosofía, física y matemáticas, formó parte del Círculo de Viena y colaboró con la revista *Erkenntnis*, órgano de difusión del movimiento neopositivista. Por su condición judía, después de la anexión de Austria por los nazis, emigró a EE. UU. Tras una primera estancia en Nueva York, marchó a California, donde se suicidará en 1944.

Lo que lleva a Zisel a embarcarse en un trabajo como el presente, a historiar la evolución de la condición de genio, es la constatación trivial, cotidiana, del papel central que a comienzos del siglo XX habría alcanzado el culto a la personalidad. Un proyecto que, no obstante, se vio truncado ya que sólo llegó a publicar sus investigaciones de la Antigüedad y el Renacimiento.

Según Zisel, la descripción del genio no se puede aislar de los diferentes contextos sociales en los que habría tenido lugar, de ahí que descarte como principio metodológico una definición transhistórica de la genialidad. El genio es hijo de su tiempo y resume la mentalidad de una época, sus ideales, contradicciones y ambigüedades. Por ello, no es aplicable la categoría moderna de personaje excepcional, inseparable de la idea de sujeto, a lo que los clásicos entendían por genio. De entrada, y fijándose en la palabra, para los romanos *genius* es la función vital reproductora del varón y sólo más tarde se identifica con el espíritu protector personal. En esta enredada madeja que es el devenir de la noción de genio hay que subrayar la inicial

aportación socrática del *daimon* así como el *entusiasmo* poético desarrollado por Platón que convierte al poeta, alcanzado por el furor religioso, en simple médium de una verdad divina. Es este elemento de irracionalidad el que recogerán los románticos y llegará hasta nuestros días. Ahora bien, si para los modernos el genio se extiende no sólo al poeta sino también a otra clase de creadores, en Grecia y Roma esta extrapolación hubiera sido impensable ya que la *lengua* se impone a la *mano*, el *discurso* a la *manualidad*. En su particular jerarquía social, el poeta se sitúa un peldaño por encima del artista plástico. Esta desvaloración responde al desdén con que la cultura griega trató el trabajo manual considerado una ocupación de esclavos. Siguiendo con la reconstrucción de este mapa de la genialidad, a base de retazos, Zisel se detiene en la elaboración en el siglo V a. C. del «talento innato» en el marco de la discusión sofista entre *physis* y *nomos*, entre naturaleza y convención, decantándose todas las escuelas filosóficas, desde Sócrates hasta los epicúreos, por el aprendizaje y no por los dones naturales. En cambio, sí que hay suficientes indicios para establecer una continuidad entre la aspiración de reconocimiento póstumo del hombre antiguo, una suerte de inmortalidad reservada a una minoría, y la gloria que acompaña al genio moderno, con la salvedad de que en el pasado no germinó la figura del genio desconocido e incomprendido por sus coetáneos. Quedan, finalmente, dos raíces por nombrar en esta historia de la genialidad: La asamblea de celebridades en el más allá que inaugura Cicerón en su *Sueño de Escipión* y las colecciones biográficas sobre *viri illustres* de la literatura latina.

Ahora bien, por qué, y así se cierra este primer capítulo, no se consolidó en el período clásico un concepto unitario de

genio, debiéndonos contentar con pequeñas pinceladas de un cuadro inconcluso. La respuesta de Zilsel es que habría faltado el elemento del gran público (los artistas y literatos se dirigían a sus mecenas y a un círculo reducido de personas cultas) y la prensa como canal difusor de ideas.

La sed de gloria que continúa en el Renacimiento, segunda etapa que investiga Zilsel, responde ante todo a una determinada estructura socio-económica basada en la mutua dependencia de mecenas y literatos: los unos dando sustento material; los otros, glorificación. En la raíz del culto a la personalidad, que se amplía a descubridores e inventores, está la espontánea necesidad humana de veneración que tras el ocaso de la Edad Media no podía satisfacerse en las formas tradicionales de religiosidad. Se escriben igualmente colecciones biográficas de grandes hombres así como asambleas de celebridades en el más allá. Pero es en la controversia en torno a la imitación en donde se percibe con mayor nitidez el cambio de mentalidad operado en el Renacimiento. A finales del siglo XV se produce una fructífera querrela entre los críticos de la imitación, Poliziano, Pico el Joven y Erasmo, y sus partidarios, Bembo y Cortese. Pero será en el medio popular donde surja el pensamiento de la fuerza poética, antecedente del genio decimonónico, así en el literato plebeyo Aretino que lanza sus dardos contra la reproducción de los cánones humanistas. Por su parte, en el campo de la pintura, el portugués De Holanda, a mediados del siglo XVI, realiza una defensa del talento natural encarnado por el singular Miguel Ángel.

Pero, analizadas las cosas en su globalidad, estas aportaciones –junto a la poética de Escalígero de 1561–, son excepciones que

confirman la regla: en el Renacimiento, y a pesar del uso habitual de la palabra *ingenium*, como conjunto de cualidades innatas independientes del aprendizaje, no llegó a erigirse en referente cultural. El peso de la imitación erudita y la dependencia económica de los mecenas impedía el nacimiento del genio ignorado por sus contemporáneos y obsesionado por la búsqueda de originalidad, rasgos ambos distintivos del hombre genial moderno. Con todo, cuando el Renacimiento toca a su fin, se advierten signos de una incipiente representación del individuo sobresaliente que culmina en el romanticismo y con la que estamos tan familiarizados.

Luis Aragón González

Daniel Paul SCHREBER, *Memorias de un enfermo de los nervios*, Madrid, Sexto Piso, 2008, tr. Ramón Alcalde, 652 pp.

La edición de esta obra es siempre una excelente noticia; más aún, si el libro procede de una joven editorial que ya ha dado bellos libros, cuidadísimos, y que acaba de publicar, por ejemplo, *El ritual de la serpiente*, de Aby Warburg. Es además una enciclopedia de psicopatología, y como tal siempre inspiradora del pensamiento psiquiátrico, pero además ha sido por su riqueza un texto fundamental para escritores y pensadores muy distintos a lo largo del siglo XX.

La gigantesca, inquietante y rara pieza que es el escrito maestro de D. P. Schreber afortunadamente se conocía en nuestra lengua. Había circulado sobre todo en versión latinoamericana, hace muchos años, como *Memorias de un neurópata* (Buenos Aires, Petrel, 1978, traducida por Italo Manzi). Desde hace poco se disponía de la versión

LIBROS

castellana del discurso schreberiano, realizada por Marciano Villanueva Salas para esta Asociación: *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios* (Madrid, AEN, 2003, prologado por J. M. Álvarez y F. Colina). Otra de las personas que pensó en traducirlo, pero no pudo llevarlo a cabo, fue Juan J. del Solar, gran traductor de Canetti, que ha vertido ya dos libros para la AEN. Siempre comentó las dificultades de dar la versión más precisa de un título como *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*.

Hay varias posibilidades de nombrarlo en castellano; y cualquiera puede elegir como poco de entre las dos dadas, incluyendo sin duda la de Ramón Alcalde. En esta nueva edición se agrupan varios textos complementarios: un breve ensayo de Roberto Calasso, «Nota sobre los lectores de Schreber»; las indispensables «Observaciones psicoanalíticas de un caso de paranoia» de Sigmund Freud; y un escrito, «El caso Schreber», de otra figura de la Viena de principios de siglo XX, el gran escritor y ensayista, Elias Canetti, pues éste en *Masa y poder* enlazó la manía persecutoria del presidente Schreber con la paranoia que acompaña al poderoso en su delirio de dominio, según había podido ver, en su caso, con el nazismo. Lacan decía, por cierto, que el texto de Freud es absolutamente extraordinario, y lo decía en su no menos magnífico análisis del presidente: *Las psicosis. Seminario III*, cap. VII y ss.

El memorial del presidente de la Corte de Apelaciones de Dresde, Schreber, de rara lucidez desencajada, atestigua uno de los delirios más impresionantes que se conocen. Sólo en 1970, con *Le schizo et les langues* del norteamericano Louis Wolfson, prologado por Deleuze y analizado por Foucault, apareció otro libro de referencia;

no puede traducirse del francés, la lengua del *esquizo*, por disposiciones testamentarias.

Schreber detalla con una precisión maníaca y envolvente todo lo acaecido durante su estancia en el hospital mental de Sonnenstein. Por entonces, este jurista que había sido duramente ahornado por su padre, estaba convencido de ser una víctima propiciatoria; creía que con él se estaba realizando un «almicidio», y no sólo por parte del psiquiatra que le atendía, el Dr. Flechsig, sino desde luego por obra y continua supervisión de Dios, objeto último de su identificación/confrontación. Pues su delirio, lleno de omnipotencia y al tiempo de debilidad, supone un combate en el que dirime el orden del mundo (como en las grandes locuras) y, por tanto, el porvenir de la humanidad. Schreber era músico, y aquí en su escrito es músico de su propia música, está de pleno en el concierto de las voces que hace valer para comprender o paliar su situación y acaso para conjurar el peligro «cósmico». Ahora se puede reflexionar mejor sobre ese gran pensador de los «Rayos puros», que piensa en transformarse en mujer para seducir a Dios y engañarle, que hablaba día a día del poder de unos nervios vivos que, en su excitación, eran capaces de remover el orden universal.

Mauricio Jalón

Roberto CALASSO, *El loco impuro*, Madrid, Sexto Piso España, 2008, 112 pp.

La historia de la joven editorial mexicana Sexto Piso aparece ligada desde su inicio a la figura de Calasso (Florencia, 1941). Padrino de un proyecto arriesgado, el escritor italiano y director de la prestigiosa editorial Adelphi,

parece haber conseguido, prestando su nombre, dos hitos para el grupo Sexto Piso. El primero, dotarlo del impulso suficiente como para que haya dado en poco tiempo el salto a España y lleve ya cuarenta títulos publicados desde 2005. El segundo es que, por la vía indirecta de la edición en castellano de algunas obras de Calasso, se ha ido progresivamente acercando al terreno de la enfermedad mental y sus lindes con el arte o el pensamiento. Querencia que podría sospecharse ya en el mismo logotipo de la editorial, si se entiende como un presagio el que éste sea un monigote precipitándose al vacío desde un bloque de pisos. Fruto de este doble encuentro, Calasso ha visto traducidas dos de sus obras por primera vez al castellano. Pero, por azar o atávica inercia, resulta que en ambas se trata de la locura y su raigambre histórica o mítica. La presente, *El loco impuro*, que es además la primera obra de ficción de Calasso y parece que también su primer encuentro con la potencia cosmogónica del mundo delirante, tiene por protagonista nada menos que al célebre *Senatspräsident* D. P. Schreber, al que la literatura psiquiátrica y psicoanalítica ha dedicado miles de páginas. Dejándose llevar por la fatal atracción de la locura, la editorial ha afrontado una nueva edición de las *Memorias de un enfermo de los nervios*, con prólogo de Calasso, y ha publicado también *La locura que viene de las ninfas*, conjunto de ensayos en que el escritor italiano aborda, entre otros, el tema de la mutación de la voz interior o la experiencia de la posesión, naturales en la cultura griega por ejemplo, en las actuales enfermedades mentales.

Es Calasso, además de un editor de éxito, un autor de vastísima cultura y difícil acomodo en los géneros con que fácilmente se identifican otros escritores. Y el libro que aquí reseñamos, ejemplo del cruce

indescriptible de biografía, historia, mitología, narrativa y poesía que sustenta su obra. Más que dar voz al Schreber que Fleschig y Freud, ciencia y psicoanálisis, hicieron callar, parece que Calasso propicia aquí con las armas de la ficción literaria un verdadero ajuste de cuentas entre el loco y su tiempo, entre la verdad delirante y la historia. Y la intuición primera de esta novela posible corresponde nada menos que a un Freud que también es enjuiciado por Schreber en estas páginas, y que reconoce en su trabajo sobre las *Memorias*, aun con reticencia, que su teoría de la paranoia adolece del mismo exceso interpretativo que el delirio del magistrado: «Queda para el futuro decidir si la teoría contiene más delirio del que yo quisiera, o el delirio, más verdad de lo que otros hallan hoy creíble».

Para Calasso, Schreber sigue la misma lógica que el Freud de *Tótem y tabú*: el *asesinato del alma* es un mito tan necesario como el asesinato del padre para explicar su incesante recreación en los productos de la cultura. El *Fausto* de Goethe o el *Manfred* de Byron son sólo dos ejemplos. ¿Con qué autoridad podríamos, entonces, negar al delirante el derecho a rastrear ese crimen primigenio en la lucha ancestral de dos familias? Los Fleschig y los Schreber, ilustres abolengos de la Alemania de la *Aufklärung* y el romanticismo, trazan en su oposición el juego especular que tan bien define la torturante fragmentación del mundo esquizofrénico. Unas veces asesino y, otras, víctima del asesinato, Schreber es siempre mártir, testigo de una alteración del orden del universo que sólo el delirio místico y la postulación de una cosmogonía de nuevo lineal logran extraer del torbellino cíclico de la repetición. La labor investigadora de Calasso nos entrega, además de la reformulación del mundo de Schreber a

la luz de la historia y después de su muerte, significativas coincidencias que las interpretaciones *científicas* del caso silenciaron o dejaron pasar: sirva de ejemplo que Fleschig en verdad propuso tratar los trastornos psíquicos, en especial la histeria, por medio de la castración quirúrgica, no pareciendo tan descabellado entonces el «temor de castración» del presidente. Y que el neuropatólogo alemán no desconocía la obra de un Freud neurólogo a las órdenes de Charcot. Además, el mismo padre de Paul Emil Fleschig trató estrechamente a otro ilustre psicótico, Robert Schumann. Mención aparte merece el hilo conductor que Calasso dibuja en el árbol familiar de los Schreber: el de una familia preocupada por la pureza, por el acotamiento y control de ese «mal placer» cuyo descubrimiento hace del magistrado un visionario que, en su delirio, crea tanto como denuncia la inconsistencia de la razón occidental.

El ajuste de cuentas de Schreber con sus exégetas incluye, por tanto, la queja airada de quien ve reducido su drama a la cuestión de la femineidad. La «privación» que Freud encontró en el caso no sólo se sitúa en el plano de la impotencia, de la imposibilidad de generar, sino también de ser escuchado. De lo que el enemigo Fleschig privó al presidente fue de su acceso al mundo de la ciencia psiquiátrica, que lo hubiera acercado, por vía del estudio de los nervios, a la Divinidad. El combate que se despliega bajo cuerda en *El loco impuro* es el de la masculinidad amenazada; el de la razón que pretende callar al mito sin impedir que retorne en forma de alegoría, obra de arte o delirio; el de un occidente septentrional y otro meridional, más cerca de Asia que de la *Encyclopédie*. Y es, asimismo, la lucha intestina de un Freud que interpretó sus propios sueños para encontrar también un *ombliigo* inanalizable, el mismo cuyo solo atisbo le llevó a rechazar su amor

por Fliess y Jung, y a continuar la labor del científico Fleschig acusándolos de oscurantistas y supersticiosos. Y el mismo que le hizo retroceder en sus pretensiones de una comprensión definitiva de la existencia, cerca ya del final de su vida, al escribir *Análisis terminable e interminable*. No ha de extrañar por ello que el gnosticismo Schreberiano, liberado de los prejuicios y servidumbres de la razón, sepa vaticinar mejor que la sociología política de la época un fin del mundo en la primera Gran Guerra y una Guerra Fría como asíntota del cataclismo final que parece que nunca va a desatarse. Y que, descubierto el torturante enigma del placer femenino, vuelva en un postrer viaje a Grecia para conversar con Tiresias.

Por las páginas de *El loco impuro* desfila la cultura de tres siglos y gracias a la libertad que le permite la literatura hace hablar, en prosa o en verso, a Hegel como a su hermana suicidada, a Freud como a Fliess o a Jung, a las avejillas de Schreber como a la rama dorada de Frazer. La riqueza de las citas, veladas o al descubierto, hacen de él un libro breve, pero de lectura exigente. Se echa de menos, eso sí, que a las ilustraciones que lo acompañan se haya añadido la fuente de la que fueron tomadas, mácula de un fantástico relato que no sé si hemos de atribuir al autor de la obra o a un descuido en su edición.

Francisco Fernández

Alberto LASA, *Los niños hiperactivos y su personalidad*, Bilbao, ALTXA, 2008, 218 pp.

Si alguien desea enterarse a fondo de las causas que rodean la asfixia psicopatológica del momento o ilustrarse sobre las condiciones que definen la impostura clínica

de la psiquiatría, nada resulta más recomendable que el último libro de Alberto Lasa. El conocido como «Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)» reúne todas las características teóricas y técnicas para servir de irremplazable ejemplo sobre el fracaso conceptual y práctico de estos años, en especial cuando es analizado por un especialista que conjuga experiencia y reconocida capacidad.

La estrategia de convertir un mero síntoma en enfermedad es más llamativa cuando se trata de niños. La convergencia de factores sociales, familiares y educacionales en el dominio de la psiquiatría infantil parece aún más incuestionable que cuando abordamos a los adultos. Al sorprender al niño en pleno proceso de maduración, nos choca mucho más la pretensión de reducir cualquier manifestación psíquica a una causa neurobiológica. Pero esto es precisamente lo que se defiende hoy en día desde la mayoría de las instancias oficiales y desde los dispositivos que lideran la opinión. Tanto los medios de comunicación, muy sensibles a los influjos económicos, como los instrumentos de divulgación y formación profesionales, en manos de la alianza de intereses establecida entre la industria farmacéutica y las instancias académicas, conspiran en la misma dirección. De tal modo que, bajo la influencia del llamado *paradigma de la indicación*, que nos sume en la idiotez y modela las concepciones psicopatológicas al dictado de la prescripción más rentable, el TDAH se ha convertido en una enfermedad de causa orgánica y carácter crónico que responde a un tratamiento medicamentoso con psicoestimulantes anfetamínicos. Todo ello, como cualquiera puede comprender, bajo un conocimiento «basado en la evidencia».

Así las cosas, Lasa, estudia inicialmente la abundante terminología que desde comienzos del siglo pasado ha identificado el trastorno que ahora se hace pasar por algo nuevo que se extiende sin remedio. Después, lamenta el intento de querer reducir a la irreversibilidad de una insuficiencia química cuestiones tan complejas como la paciencia, la atención, la curiosidad mantenida o la capacidad para diferir la satisfacción. Le sigue un estudio detallado de la sintomatología clínica, la evaluación diagnóstica y el tratamiento, prestando, en este último caso, especial atención a las contradicciones que despierta el uso de estimulantes, bajo el peligro de que se confunda el efecto beneficioso del medicamento a corto plazo con el abordaje global del caso, y que se olvide, como quien no quiere la cosa, la importancia de los efectos secundarios. Todo ello planteado lejos de cualquier ingenuidad, sin sometimiento a los prejuicios dominantes, ni complicidad con los intereses económicos o profesionales.

Se entiende, por lo tanto, que en las conclusiones finales del capítulo se lea lo que sigue: «El denominado TDAH es un síndrome o agrupación de síntomas que suelen presentarse juntos y que con frecuencia se asocian a otros síntomas o a otras dificultades psíquicas, familiares y psicosociales. No tiene una causalidad determinada y los factores etiológicos a considerar son múltiples: sociales, familiares, psicológicos, psicopatológicos y biológicos. En la atención creciente que está despertando en medios sanitarios y de comunicación parece perfilarse la tendencia a considerarlo vinculado unívocamente a una teoría orgánica neurológica que llevaría a un tratamiento exclusivo con psicoestimulantes».

LIBROS

En la segunda parte del libro, la atención del autor recae en el estudio de los trastornos de personalidad límite, en cuyo círculo entiende que recaen la mayor parte de los TDAH correctamente diagnosticados. Para aproximarnos a este fin, nos propone primero un estudio detallado y profundo de las personalidades border-line en la psiquiatría del adulto. Partiendo de una realidad clínica que «no encaja ni en el linaje psicótico ni en el linaje neurótico» –Bergeret–, Lasa da cuenta de la múltiple terminología utilizada –esquizoidia, esquizomanía, esquizofrenia pseudo-neurótica, esquizofrenia ambulatoria, caracteropatía, falso *self*, personalidades *como si*, etc.–, describe el polimorfismo clínico y repasa las hipótesis explicativas, con especial atención a la perspectiva de Otto Kernberg, cuya orientación descriptiva, estructural y psicoanalítica suscita su innegable adhesión.

Llegados al estudio de las personalidades límites en psiquiatría infantil, resulta especialmente atractivo su análisis de las manifestaciones clínicas en un contexto relacional. El doble abordaje exigido, terapéutico y educativo, atiende a los siguientes elementos: 1) Fallos en los procesos precoces de apoyo y contención maternal (y paternal); 2) Fracasos en el registro transicional; 3) Defectos en la elaboración de la posición depresiva y dificultades en los procesos de separación-individuación; 4) Fragilidad en el equilibrio narcisista; 5) Trastornos del pensamiento.

Por último, como ejemplo contundente del punto de vista del autor, destaca su planteamiento del diagnóstico diferencial, que alcanza su mayor intensidad cuando, con motivo de la expansión artificial del trastorno bipolar, se rebela contra el hábito creciente de confundir los factores de riesgo con la enfermedad confirmada para

iniciar lo antes posible los tratamientos bio-lógicos. Todos los abusos, teóricos o prácticos, que se están produciendo en la intervención precoz de las psicosis y otros trastornos, tienen aquí adecuada respuesta.

Alberto Lasa Zulueta, médico y psiquiatra, además de nacer y vivir en Bilbao cursó la especialidad en Valladolid y completó sus estudios en Lausana, Ginebra, París y Madrid. Este último libro que nos honra comentar, tras el gozo de leer, es su último legado a la batalla de la clínica.

Fernando Colina

Luis-Salvador LÓPEZ HERRERO, *Mito y poesía en el psicoanálisis. Una experiencia a lo Real*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2008, 280 pp.

Con un título que articula por sí mismo la cultura, la palabra y el inconsciente, el médico y psicoanalista leonés nos invita a realizar un recorrido a través de la gestación y desarrollo del psicoanálisis: a partir de las lecturas de Freud y Lacan, así como de su propia experiencia analítica, se propone dar respuesta a las eternas cuestiones sobre el origen, la trayectoria y los objetivos del psicoanálisis. La tesis inicial con que arranca el texto parte de la articulación de la mitología con el psicoanálisis, pues ambos se aproximan al conocimiento del hombre mediante el uso de la palabra. Los mitos están presentes tanto en la cultura ancestral como en la propia novela familiar del neurótico, desde la mitología freudiana al discurso *mito-lógico* de Lacan. De este modo, se establece un claro paralelismo con la experiencia analítica que iría desde

la creencia inicial en un mito que sostiene la cura, hasta el desencantamiento del propio mito y el acercamiento a un agujero.

El psicoanálisis es «una experiencia *a lo real* insertada en un discurso». Con esta preposición, que cambia ligeramente el título del citado texto de Miller, se subraya el carácter de trayectoria, recorrido o dirección que caracteriza para el autor la tarea del analizante y, para nosotros, también la lógica de este libro. Tras dejar bien establecida la intimidad con la mitología, el autor se propone realizar un recorrido por el psicoanálisis desde la figura de Freud a las posteriores aportaciones de Lacan.

La experiencia de Freud, su síntoma, su propio encuentro con el sinsentido, es la gestora de su teoría. Desde el caso Anna O. pueden articularse el síntoma histérico, la implicación de lo sexual en lo inconsciente como reprimido y la palabra como fundamento de la cura. El psicoanálisis nace como un discurso marcado por lo literario: es el relato del sujeto el elemento esencial de la cura, y el lenguaje el motor que permite el paso hacia su auténtica realidad psíquica, su fantasía, su mito. Histeria y sueño, deseo y castración, lenguaje y síntoma, quedarán inexorablemente unidos a la cura por la palabra gracias a la trayectoria clínica y cronológica de Freud. La lectura de este texto subraya que esta aportación es, en realidad, la de su propio mito, pues lo hace al hilo de su propia experiencia y hace de la cura la narración mítica de un analizante en su encuentro con lo imposible de decir o de aceptar, esto es, la castración.

Justificada, así, una *lógica poética del inconsciente sexual* desde la obra de Freud, el autor señala la evolución de la teoría lacaniana desde las aportaciones del caso Aimée a la clínica de la paranoia hasta la última enseñanza de Lacan. La

paranoia de autocastigo permite un oportuno acercamiento del psicoanálisis con la psiquiatría y comienza a esclarecer puntos fundamentales en la teorización y abordaje de las psicosis que hasta entonces quedaban confusos o vírgenes para el psicoanálisis. Además, el estudio de la paranoia no queda lejos del propio Lacan, de su síntoma, de su historia: hechos como el surrealista encuentro con Salvador Dalí demuestran que el manejo psicótico de la realidad interesaba al francés hasta el punto de formar parte de *su propio mito*, tal y como la histeria lo hizo en el de Freud.

El discurso lacaniano es un discurso *mito-lógico* –la lógica de Lacan tiene carácter de mito– que acaba chocando con un límite. Su última enseñanza deja implícito un anhelo, el de poder hacer de la experiencia analítica un marco transmisible desde el sujeto, desde su palabra. Pero para ello, los psicoanalistas deben ser poetas, pues todo discurso muestra al final de su narración un límite y un agujero. El carácter topológico de la investigación lacaniana llega a una demarcación que no puede cruzarse con la matematización de su lógica. Quizás por eso se evidencie, en su última enseñanza, un retorno al valor en la poesía como límite de su encuentro con lo Real. Llegados a este punto, el autor señala la posibilidad de que la lógica de la enseñanza de Lacan no sea más que una muestra de la lógica de la propia cura analítica. Si la experiencia del analizante camina hacia el límite de las palabras en su manejo de lo Real, puede que los últimos textos de Lacan no pretendieran más que liquidar el propio inconsciente y sus propias palabras hasta agotar ese discurso que era capaz de interrogar las ilusiones del hombre del siglo XX.

Laura Martín López Andrade

LIBROS

Francisco PEREÑA, *Fragments de la vergüenza*, Madrid, Síntesis, 2008, 247 pp.

Francisco Pereña es un escritor torrencial y sin contemplaciones que escribe sobre los grandes temas del hombre: la culpa, la dependencia, la sumisión, la pertenencia, el conocimiento de uno mismo o la crueldad. Así lo ha venido haciendo en sus libros anteriores –*La pulsión y la culpa* 2001, *El hombre sin argumentos* 2002, *De la violencia a la crueldad* 2004 y *Soledad, pertenencia y transferencia* 2006–, que arrojan un cúmulo de sugerencias, críticas y pensamientos de donde uno puede drenar sin descanso ideas para su propia reflexión. Pero también nuestro autor es un especialista a la hora de desbaratar las trampas que el psicoanálisis tiende sobre su propio ejercicio, sobre su doctrina y sobre sus practicantes. En cierta oportunidad escribí de él que, así como Ortega afirmó en referencia a la filosofía que «no es una ciencia sino, si se quiere, una indecencia, pues es poner las cosas y a sí mismo desnudos, en las puras carnes», Pereña podría sostener algo parecido del psicoanálisis por su vocación en desvestir el alma y excavar bajo todos los argumentos y los usos del poder.

En esta ocasión, nos ofrece de nuevo un texto hondo y desgarrado que tiene como especial curiosidad e incitación el capítulo central que da título al libro. Emparedado entre otros dos capítulos –el primero trata sobre la cuestión de «la culpa y la vergüenza» y el último sobre «¿qué psicoanálisis?»–, que prolongan la reflexión de sus libros anteriores y donde probablemente busca protección para esa especie de memorias psicoanalíticas que nos propone, nos encontramos con un testimonio inhabitual escrito en tercera persona.

Es raro que un psicoanalista oficie en un documento su experiencia personal, y más extraño aún que confiese trágicamente su desencanto. Pero de eso se trata. Estamos ante el drama de un psicoanalista independiente que se segrega del grupo y practica la clínica en solitario. De un psicoanalista, inicialmente lacaniano, que sin titubear denuncia algunos excesos propios de la institución: la idolatría de los conceptos, el uso jerárquico de los saberes, la elección de lo iniciados, la comicidad de algunas filiaciones o la ridiculez nada infrecuente de la interpretación. Pues, a su juicio, la pertenencia a la escuela se ha ido convirtiendo en una experiencia religiosa integrada por una comunidad de creyentes, un fundador y un texto sagrado, mientras que su lenguaje ha mudado en un discurso «trufado de latinajos lacanianos y del estribillo de lo *real*». Una y otra vez el autor carga con su vergüenza por haberse dejado embaucar y llegar a ocupar el puesto de AE (Analista de la Escuela), el mayor título del escalafón lacaniano, sin verse detenido por la necesidad de justificar su adhesión ni por el deseo de salir corriendo en dirección contraria de inmediato. Porque la Escuela, a su modo de ver, exige anulación y sumisión, purgas periódicas y sumerge al analista en un galimatías terminológico que oculta la red de intereses con que alimentan la farsa. En respuesta a estos desmanes, Pereña, junto a su sorprendente palinodia, defiende una clínica que asuma la soledad y evite la pertenencia grupal y los estragos de la transferencia; un psicoanálisis que sostenga la construcción sin caer en la convicción ni en la suplantación del recuerdo; una labor que haga del psicoanálisis una profesión en vez de la entrega a una causa.

Al lector le tocará decidir cuánto haya de verdad en el testimonio de Pereña y

cuánto de interpretación personal. Eso es cierto. En eso consiste la gran verdad y la gran duda que despiertan los testimonios, que son como confesiones profanas. Lo que sí podemos hacer es anticipar los posibles prejuicios de los distintos lectores potenciales de este singular libro, tan bien ornamentado con una prosa brillante y sumamente eficaz. De este modo, presumo que los psicoanalistas lacanianos no lo leerán y, de hacerlo, lo harán a escondidas para no nombrarle y evitar que *exista*, aunque solo sea bajo la figura equívoca y molesta del disidente. Entre estos últimos, los furtivos de la institución –que debe haberlos y conocen la casa por dentro– unos lo aceptarán más o menos cínicamente, otros le criticarán con solvencia y seguridad, mientras que la mayoría lo interpretarán como un ajuste de cuentas, una última y más sofisticada versión –en cuanto que confesional– de las luchas internas, es decir, lo entenderán más que como una vergüenza como una venganza, incluso puede que lo valoren como la impostura propia de quien se ha psicoanalizado mal –que es el argumento más a mano y sencillo para sofocar cualquier rebelión–, aprovechándose para la ocasión de la propia interpretación del autor, que expone su repetida actitud de adherirse con facilidad para escapar después disparado. Los psicoanalistas no lacanianos, por su parte, de leerlo lo harán con cierto escepticismo por venir de quien viene, y resolverán que el texto no hace sino confirmar lo que ya habían dicho ellos previamente acerca de la institución lacniana y el uso *político* de las transferencias. Los psiquiatras y psicólogos, en cambio, no lo leerán porque sencillamente ya no leen, y menos sobre unos conocimientos, como los psicoanalíticos, que ni les van ni les

vienen. Están metidos en otras guerras profesionales y, además, hace tiempo que decidieron volver al cuerpo y a la conducta y creyeron a pies juntillas que la depresión es un problema sináptico o una errónea asociación que poco tiene que ver con los sublimes argumentos que dejó plasmados Freud en la docena de páginas que componen *Duelo y melancolía*. A ellos, sin embargo, va dedicada esta breve presentación de un pensador que no nos exige comprometernos con sus errores, sino que simplemente nos los expone. Uno de los pocos que piensan.

Fernando Colina

Víctor HERNÁNDEZ, *Las psicosis*, Barcelona, Paidós / Fundació Vidal i Barraquer, 2008.

Este libro describe detalladamente las variadas formas del sufrimiento mental más severo y muestra los procesos en que acontecen las vicisitudes de su desarrollo desde el inicio de la vida. El autor ha sabido evitar los escollos de la mera discusión de teorías. Sin obviarlas del todo ni ignorarlas e incluso haciendo constante referencia a ellas, las deja surgir en un segundo plano, como trasfondo, a medida que se despliegan las situaciones clínicas. Éstas emergen al discutir en grupo los materiales que un equipo terapéutico lleva a las supervisiones con el autor. Y así, en lugar de transitar, tortuosamente y con molesto cálculo, por los ámbitos de la discusión teórica entre posiciones de escuela, el libro nos zambulle en la fértil besana de una praxis psiquiátrica integral y totalizadora, de la mano del autor, que introduce suavemente la blanda reja de la comprensión, la compa-

sión y la empatía psicodinámicas en el surco del encuentro personal entre humanos que sufren y se acompañan desde posiciones diferenciadas pero sin desigualdad.

Los humanos se encuentran porque sufren, y en ello han menester de esperanza en la nobleza y bondad del interlocutor, y no tanto porque necesiten probar sus propias convicciones, razones o estrategias. Apellidadas siempre de «terapéuticas», no siempre reclaman encuentro personal y por ello éstas no son terapéuticas siempre, aunque a menudo puedan resultar eficaces en yugular las expresiones naturales y los síntomas. La necesidad del encuentro es consustancial a la especie. La interacción personal constituye el modo natural de nuestra especie para habérselas con nuestras situaciones vitales, siempre sociales y relacionales, incluso cuando lo que se muestra sea el dolor de la evitación, la tendencia al aislamiento y la fragilidad u hostilidad de los vínculos.

Las terapias naturales por excelencia se basan en lo mismo que el vivir naturalmente: en el encuentro y en los diálogos. Aunque finalmente las técnicas de elección terapéutica puedan llegar a ser físicas (internamiento) o químicas (psico-farmacología), dependiendo de los casos y las circunstancias, lo natural entre humanos siempre será dialogar o al menos intentarlo. Y así es como el Dr. Hernández Espinosa nos presenta en este libro sus concepciones de una asistencia psicológica y psiquiátrica de inspiración psicodinámica, integradora e integral, global, aplicada a personas afectadas por sufrimientos psicóticos. Lo hace con la naturalidad de quien, dialogando una y otra vez, ha recolectado una paciente experiencia en iluminar densas opacidades y tenues figuras sobre el espejo oscuro sos-

tenido por un equipo terapéutico ante el rostro de dolientes que acudieron en demanda de tratamiento, sí, pero también de claridad y ayuda personales.

Las fuentes de lo mostrado por el autor no son algunas teorías (aunque se haga referencia a muchas de ellas) sino ciertas experiencias como supervisor de equipos ambulatorios y hospitalarios dedicados al servicio, a menudo heroico y humilde, de tratar el más severo sufrimiento mental de las personas. Este espíritu late desde sus primeros recuerdos introductorios como médico rural en el Pirineo Catalán. Desde allí se nos enseña a transitar hacia la tolerancia al desconocimiento y se nos anima a tener fe y esperanza abriéndonos a la «gramática parda», transmitida por una venerable abuela, que exhorta a respetar la sensibilidad del interlocutor y aproximar sentido común a lo que con dolor nos comunican seres sensibles y respetables.

Quien no tenga esperanza en que la ayuda vaya de la mano de la sensibilidad que consiste en poder tolerar y en tolerar no comprender, que se anime a hojear el libro absorbiendo primero los materiales clínicos, en bastardilla. En ellos podemos percibir enseguida con cuánta facilidad nos lanzamos al precipicio de las clasificaciones nosotáxicas sin haber hecho el adecuado esfuerzo de comprensión, que es el que permite a los clínicos acompañar a los seres humanos en su tránsito por las situaciones más desesperadas. Es en esos materiales clínicos, empezando acaso por el ejemplo 'C' del segundo capítulo, donde se pone de manifiesto que un funcionamiento psicótico no es incompatible con un estilo histriónico ni con un diagnóstico de caracteropatía disocial con relativa incapacidad para los sentimientos de culpa. Que el lec-

tor sin fe ni esperanza lea a continuación el ejemplo 'D', donde la disociación que acompaña a las alteraciones bipolares, en ciclaje rápido, del estado de ánimo de una persona intelectualmente limitada, genera apariencias rigurosamente psicóticas. Pero «las apariencias engañan» y eso es lo que acaba pasando cuando se considera que detenerse a comprender es una pérdida de tiempo frente al pragmatismo de clasificar y medicalizar. ¿Para qué detenerse a contemplar la pétrea y oscura obsidiana de las psicosis?, ¿acaso hay quien crea que es posible hacer brotar el agua de una roca perdida en el desierto? Para que nadie se engañe, el autor defiende la complementariedad y no la irreconciliabilidad entre los diagnósticos psiquiátrico y psicológico (o psicodinámico). Jaspers y Kraepelin no son ignorados en este libro, pero su autor se permite recordarnos cómo ellos fueron capaces de insistir en lo inespecífico y no patognomónico de fenómenos clínicos en los que subrayaron el valor de la reacción psíquica singular.

Si ilustrar es redistribuir, el autor es un ilustrado ilustrador, que habiendo tomado luz de muy variadas procedencias se dedica a iluminar simplificando (sin caer en el simplismo o la simplicidad) y a facilitar claridades y puentes que unen muy diversos pares de orillas opuestas (sin caer en reduccionismo). Este libro deja atrás circunloquios y debates en torno a programas, genomas y epigénesis, pero lo hace sin ignorarlos: aludiendo constantemente a estas y otras teorías desde la experiencia clínica y mostrando que «programa» y «genoma» son «pre-inscripción» pero no «determinación», y que la transformación epigenética del genoma garantiza (no sólo hace posible sino del todo inevitable) la

intervención del medio en los procesos de desarrollo y maduración de la personalidad en los individuos de la especie humana (y de muchas otras especies a las que no atribuimos personalidad porque no podemos exigirles responsabilidad). Siguiendo de cerca la clínica psicótica, y de la mano de una intensa y extensa experiencia en supervisar diagnósticos y tratamientos en instituciones que atienden a personas afectadas por esos cuadros clínicos, el autor revisa todas las concepciones de la psicología dinámica sobre ansiedades, conflictos y carencias, pero también la nosología clásica tipificadora de los fenómenos psicóticos, independientemente de cuáles fueran sus postulados, tratando de aprovechar cuanto resulte ilustrativo a fin de seguir distribuyendo luz sobre el campo de tenues brillos y opacidades engañosos o inciertos.

Tiene razón el Dr. Herrera Valencia al referirse, en su prólogo, a la «proverbialmente difícil facilidad» del autor para acercar la práctica a las teorías y las teorías a su posible utilidad práctica; no debe suponerse que asumamos acuerdo incondicional sobre su modo de ver o decir. ¡En absoluto! Sería indigno de todo el que se acerque con sinceridad al conjunto de su obra. Lo que sí ocurre, y en este libro se pone a prueba, es que cuando uno no está de acuerdo con él o con sus postulados y puntos de vista, percibe mejor los propios gracias al desacuerdo. La invariante es siempre la experiencia real discutida sin apartarse de los hechos. En el libro se ponen en relación fructífera modelos, teorías y puntos de vista muy diferentes, concitados por las necesidades de las personas que sufren y consultan.

El observatorio del autor es transferencial, de corte psicoanalítico; lo observado, la realidad clínica captada por el equipo

LIBROS

supervisante; la construcción resultante es la comprensión de una situación relacional, donde las variaciones de la intensidad revelan la variedad de las psicopatologías: Se nos muestra cómo los sentimientos sanos y normales (vergüenza, culpa, celos, e incluso envidia, etc.) entrañan gran potencialidad patógena cuando resuenan y se intensifican en un medio distorsionante y amplificador. Los sentimientos devienen, iluminados por las discusiones entre el autor y sus discípulos, la innegable realidad objetiva de lo eminentemente subjetivo: es incontrovertible realidad objetiva que los humanos somos subjetivos y nuestros sentimientos lo son por excelencia. No hay ninguna posible superación de la problemática cuando intentamos satisfacer la pretensión de objetividad acerca de sentimientos: «Los sentimientos son un hecho, acéptalos», parece decirnos constantemente el autor (y en el trasfondo de estas palabras resuena Bion).

Mostrando la recombinación y compatibilidad de los diferentes enfoques teóricos al entroncarlos con una observación clínica riquísima, surge ante nosotros el ejemplo 'K', donde se apunta la fecunda gran diferenciación psicopatológica entre los estilos narcisita y borderline del sufrimiento mental más intenso (capítulo V). El autor sale al paso de novísimos enfoques que a veces se presentan como alternativas irreconciliables, mostrándonos que son, en realidad, perspectivas y vértices complementarios (cap. VI). Al integrar y diferenciar las ideas de conflicto, carencia y defecto en la formación de la ansiedad psicótica (en oposición a la neurótica) se nos prepara para definir, delimitar y comprender el desarrollo de las psicosis. Se nos enseña que si no es para integrar un

nivel superior de comprensión, las diferenciaciones son estériles, y que si éstas no se basan en una adecuada determinación y delimitación, las integraciones resultan imposibles. A ese «integrar y diferenciar» llamaron *lógos* los antiguos griegos: reunir, separar y permitir que se diga el ser, que se muestre lo que hay en la viva experiencia. Nos recuerda el Dr. Hernández Espinosa, a este respecto, que la epistemología reclama siempre una ontología de la adecuada diferenciación de niveles: todo es biológico en un ser vivo, por tanto también en el humano, pero los fenómenos simbólicos tienen una autonomía de nivel (son performativos, según Chomsky) que es importante respetar para facilitar su estudio (cap. VII).

Leído el libro con creciente satisfacción, quiero señalar la originalidad de que, con ayuda de numerosas ilustraciones clínicas, veamos reducirse a dos las grandes vías de la génesis psicótica: la vía transicional (que abarca tanto la transitoriedad del sujeto doliente como la transicionalidad de los objetos que éste busca o elude), y la vía actitudinal hacia la relación que comparece bien como predominantemente evitativa (esquizoidía, más o menos narcisista) bien como predominantemente buscadora (actitud siempre menos narcisista que la anterior). Ambas vías engendran las tres grandes áreas de las organizaciones patológicas de la personalidad (narcisista, esquizoide y borderline) que acompañan clínicamente, con el peculiar estilo personal de cada caso, a todas las formas del sufrimiento mental más severo. ¿Está el autor generando un nuevo matiz fundamentador de las concepciones de la «psicosis única»? Si así fuere, no lo hace desde la actitud de aceptar un *totum revolutum*

sino desde la discriminación cuidadosa de los tránsitos por espacios, actitudes y estados mentales diferentes.

El libro goza de las enormes ventajas de una pedagogía vigorosa, pero la riqueza es tan abundante en él, que, si de ella quisieran extraerse las enseñanzas y aplicaciones que le hagan justicia, su lectura podría reclamar la tarea de un quehacer colectivo, con discusión compartida de sus diversos textos, como eje de un grupo de trabajo que cuente con la guía atenta de un supervisor experimentado (¿tal vez el propio autor?). Hacerlo de este modo lo devolvería a la cuna en que nació: unos equipos asistenciales integrados en torno a la discusión de las dificultades que entraña diagnosticar, tratar y cuidar de una manera integradora e íntegra a los humanos más desfavorecidos, cuidando así, de paso, a los cuidadores mismos.

Enrique de La Lama López-Areal

Jorge L. TIZÓN, *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*. Barcelona, Herder, 2007, 446 pp.

Como aclara el autor y, a la vez, director de la colección Psicopatología y Psicoterapia de la Psicosis, este texto es una continuación de *Pérdida, pena y duelo*. Los conceptos expuestos allí se desarrollan ahora para el ámbito psicoanalítico. En buena parte del libro, el autor repasa conceptualmente el funcionamiento del psiquismo humano, y especialmente el de los duelos, según los fundamentos de la teoría psicoanalítica. Procura mostrar los enlaces existentes con otras teorías explicativas de estos fenómenos, como las de tipo biológico

y cognitivo. Como suele, incluye viñetas clínicas que ayudan al esclarecimiento de la reflexión conceptual. Es importante la atención que presta a los duelos en la infancia, tantas veces negados social y profesionalmente. Efectúa un análisis que le permite enlazar con el análisis de los modelos familiares actuales y su repercusión en los procesos elaborativos en la infancia.

Esta obra está dedicada a describir, fundamentalmente, los procesos de duelo desde la vertiente psicodinámica, tomando como punto de partida la dialéctica entre objetos internos y externos. El proceso de elaboración del duelo está acompañado siempre de un mayor o menor grado de ansiedad. De ahí surge su propuesta de los niveles para la contención emocional, como una forma de entender las diferentes manifestaciones de ansiedad y los diferentes recursos posibles para su elaboración y tratamiento. Es creativa y sugerente la comparación del duelo, de la pérdida del objeto estimado, con el fenómeno físico y astronómico de los agujeros negros, definidos por su capacidad para atraer hacia su fondo negro a todos los objetos que se le acercan. Así el resto de objetos internos y de aparato mental se estructura en función de esta fuerza. Leer, en clave de duelo, las referencias y reflexiones de Stephen Hawking sobre su vida y sus descubrimientos, es una forma creativa de acercar los conocimientos científicos a los fenómenos emocionales, senda por la cual pocos autores se atreven a transitar.

Las diferentes culturas disponen de diferentes formas de expresión de los duelos y sus procesos. El autor nos lo muestra a través de numerosas citas, mayormente poéticas, que nos trasladan a las emociones plasmadas en las palabras. Cada poema, canción o cita

supone un alto en la lectura y nos impregna de sentimientos que clarifican la comprensión del proceso de elaboración.

Un apartado especial es la descripción de las diferentes organizaciones relacionales implicadas en dichos procesos. No existe una en exclusiva, sino un diálogo y sucesión de diferentes dependiendo del momento, de la organización interna de la persona, del grupo, familiar y social, y del duelo. Se podría pensar que el tipo de relación melancólica sería el más habitual, pero el autor nos muestra claramente cómo diferentes organizaciones relacionales se alternan y se diferencian según las variables apuntadas anteriormente.

En el capítulo 5 se ilustran clínicamente las reflexiones y propuestas teóricas de capítulos anteriores. Pero es en sí un apartado con entidad propia, se podría leer incluso antes de abordar el capítulo inicial esta obra. Los sueños y la poesía, dos formas propias de la expresión creativa de la mente, nos trasladan a esos momentos de gran intensidad emocional que todo profesional de estas disciplinas puede vivir en la relación con el paciente. Nos referimos a la escucha y a la transferencia que se genera cuando se deja espacio para ella sin demasiadas pretensiones pero con interés y empatía. Es un regalo el poder compartir la tarea profesional del autor a través de estas viñetas y referencias poéticas. Por último, hemos de señalar que el libro contiene una amplia lista de definiciones conceptuales entre sus capítulos. Se agradece el esfuerzo de elaboración de tablas que facilitan su comprensión, así como la existencia de un índice analítico que nos ofrece distintas vías de entrada al texto.

Jordi Artigue Gómez

Carlos CASTRODEZA, *Nihilismo y supervivencia. Una expresión naturalista de lo inefable*, Madrid, Trotta, 2007, 192 pp.

Nihilismo, con el sentido epistémico profesado por Hume negando la realidad sustancial de una naturaleza identificada sólo como fenomenología, e inefable, significando aquello que sobrepasa nuestra capacidad explicativa, son términos alejados de la condición ordenadora y restrictiva de la ciencia moderna. No obstante, cuando el referente científico es la teoría de la evolución, ambos vocablos tienen su lógica, resultan, diríamos, convenientes para definir un proceso biológico conocido por fenómenos, objetos, de ayer y de hoy informativamente relacionados; suceso filogenético donde es difícil explicar con palabras cómo despierta a la vida «la forma antes dormida en el sueño de lo inexistente» (subrayando lo indecible, acudimos al poeta Luis Cernuda, *Ocnos*). Lo inefable sorprende y ello no sucedería si aceptásemos, como enseña Cicerón en *La adivinación*, que sólo ocurre aquello que puede ocurrir, ni más ni menos; nos maravillamos sin motivo, por ignorancia. Otro gallo cantaría si leyendo, por ejemplo, a Hegel (su *Enciclopedia de las ciencias filosóficas en compendio* publicada en 1817), convenimos con él en calificar la evolución como otra de tantas especulaciones *nebulosas, sensibles, inefables*, a rechazar por la *contemplación pensante*. No es el caso del libro que nos ocupa, aquí sustantivo y adjetivo se articulan reflejando la naturaleza evolucionada, conjugando nihilismo e inefable como una expresión naturalista de la supervivencia, individual y, por extensión, grupal. La propuesta de Carlos Castrodeza –siguiendo los pasos, y bastantes vueltas de tuerca más, de un precedente no tan lejano titulado *Razón biológica*:

la base evolucionista del pensamiento (Madrid, Minerva, 1999)–, es construir una *biología de la filosofía*, y lo hace con sabiduría, conocimiento y profundidad; circunstancia que no obliga a compartir su reflexión neodarwinista, sí a respetar su posición. En este escenario lo inefable comparece como hecho diferencial, distingue nuestra animalidad, es una peculiaridad de un yo práctico (necesario para sobrevivir), protagoniza nuestra identidad personal y las relaciones con los otros (individuos y especies). Lo inefable da sentido a lo humano, participa en la búsqueda, ¿enfermiza?, de la verdad natural anhelada a modo de santo grial; y finalmente, al más puro estilo darwiniano, esgrimiendo la dialéctica del egoísmo genético formulado por Richar Dawkins, todo se reduce a las cenizas de un genoma (replicante) enmascarado en un cuerpo pulido durante millones de años con la intención de perpetuarse a través del linaje. Pero ocurre que el cuerpo escapa a su limitada función contenedora, tiene vida propia, esa vida que Giorgio Agamben ha definido, no menos inefablemente, como «aquello que no puede ser definido, pero que, precisamente por ello, tiene que ser incesantemente articulado y dividido» (*Lo abierto. El hombre y lo animal*); y para articular la vida en nombre de la evolución debiéramos, tal vez, manejar la posibilidad de pensar en términos de esa *biología subjetiva* trazada por el biólogo Jacob von Uexküll (*Ideas para una concepción biológica del mundo*) con la intención de individualizar, de analizar los seres vivos desde el punto de vista del sujeto y no sólo como otro objeto de una clase determinada. La opción es compleja, tiende a generar una naturaleza inabarcable, y resulta más pragmático remar en otra dirección; la elegida por Castrodeza es una reflexión continua hilvanando el pen-

sar de Kant, Schopenhauer, Freud, Nietzsche, Weber, Heidegger, Darwin, Bergson, Marx, Dostoyevski, Monod, Kojève, Wittgenstein, y muchas otras voces maestras de un acervo cognitivo atemporal. El resultado, un texto de madurez, denso en paladar y de ritmo intenso; un tratado sobre lo humano, lo social, la ciencia y su verdad, la conciencia del genoma, o la inefable belleza de la verdad y el bien; en total doscientas páginas muy bien aprovechadas que requieren una lectura pausada para no perder ripio.

Andrés Galera

Ana Cecilia RODRÍGUEZ DE ROMO, *Claude Bernard. El sebo de vela y la originalidad científica*, México, Siglo XXI, 2006, 200 pp.

En 1914 Henry Bergson escribió *Ce que la philosophie doit avant tout à Claude Bernard*; desde entonces, los estudios sobre el galeno francés se han multiplicado exponencialmente bajo ángulos diversos en diferentes áreas de conocimiento. Claude Bernard es hoy uno de los protagonistas destacados, líder indiscutible de la revolución fisiológica ocurrida durante el siglo XIX con la intención de conocer experimentalmente el cuerpo humano, y centenares de trabajos analizan profusa y detalladamente su vida y obra. Le sobran razones a Mirco Grmek para escribir que «Claude Bernard no es un autor desconocido» (*Raisonnement expérimental et recherches toxicologiques chez Claude Bernard*); por este motivo la originalidad es una cualidad rara en los estudios recientes. El libro de Ana Cecilia Rodríguez salva con dignidad el escollo analizando un tema genuino: el

LIBROS

descubrimiento de la función lipolítica pancreática en la digestión de las grasas; y lo hace desde la originalidad documental, siguiendo el rastro experimental trazado por Bernard en sus protocolos de laboratorio. Aquí radica la novedad de la investigación histórica. El libro reconstruye el episodio científico diferenciando tres secuencias cronológicas. La primera etapa corresponde al periodo 1843-1848, es la fase de indagación y formulación de la teoría pancreática; la segunda (1848-1850), representa un periodo de ampliación del esquema propuesto abordando los hechos con detalle, minuciosamente; la última ocupa los años 1850-1856, es el momento de ajustar la teoría, de armonizar la letra y la música de su receta fisiológica. Fue el primer éxito científico de Bernard y una muestra primigenia de cómo la ciencia médica debe girar alrededor de *teorías experimentales precisas*, fundamento metodológico que expuso sin ambages en sus *Principes de médecine expérimentale*.

La digestión de los alimentos fue un tema menor hasta la década de 1820 pasando luego a formar parte principal del debate científico, con particular interés por conocer cómo se produce la asimilación de las grasas y desvelar qué papel desempeña el páncreas en dicho proceso fisiológico. Claude Bernard comenzó su investigación el año 1846, entonces el tema no era una cuestión aislada pero la información obtenida resultaba insuficiente y contradictoria; para alcanzar una conclusión exacta se requería confrontar los datos, interpretarlos correctamente y obtener nuevos conocimientos. Este fue el cometido de Bernard que Ana Cecilia Rodríguez analiza mirando por la ventana indiscreta de los cuadernos personales. Leyendo los protocolos de

laboratorio emerge un científico humanizado por los errores en su laborioso y decidido caminar hacia el triunfo. Descompuesto con el prisma de su propio testimonio, Bernard es el héroe desmitificado de una historia que halla respuestas a preguntas fuera del guión. ¿Cómo se planificó la investigación?, ¿desde qué ángulos se enfoca el problema?, ¿cuál fue la interacción entre teoría y práctica?, ¿cómo reacciona el científico al avance de la investigación?, ¿cuál fue el nivel de discusión y reflexión?, ¿qué repercusión tuvo en la comunidad científica?, ¿qué balance cognitivo supuso el descubrimiento?, son un buen ejemplo de las cuestiones que conforman el texto de esta otra historia, la historia de un científico contada desde las entretelas de un laboratorio convertido, simultáneamente, en fábrica de sueños y fuente de saber. Sintéticamente, el libro retrata un proceso de madurez personal e intelectual que pone de manifiesto esa cualidad que Grmek ha calificado como *explosión de raciocinio*, condición que permite a los grandes investigadores percibir lo que a otros se les escapa. La buena investigación no abunda y ésta es una ocasión propicia para degustarla en un texto sobresaliente también por su claridad y eficacia literaria.

Andrés Galera

Georges DIDI-HUBERMAN, *La invención de la histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*, Madrid, Cátedra, 2007, 428 pp.

Al fin se ha traducido *Invention de l'hystérie*, que fue publicada originariamente en 1982. Era la primera obra del historiador de

arte y filósofo francés, que entonces no llegaba a los treinta años pero que sería, en el futuro, un ensayista de facetas múltiples.

El inclasificable Didi-Huberman –nacido en 1953, e investigador de la EHESS de París– ha llegado a ser un escritor prolífico y reconocido en muchos países. Pero no había sido traducido hasta casi ayer, pese a su madurez y repercusión. Conviene por ello mostrar parte de su recorrido, pues en castellano es bastante incompleto. Eso sí en Buenos Aires comenzaron a difundirlo con dos escritos sobre arte que definen muy bien su punto de vista: *Lo que vemos, lo que nos mira* (Manantial, 2004; or. 1992), libro traducible de otro modo, pues ahí postula que lo que vemos vale en tanto que nos atañe («ce qui nous regarde»); y *Ante el tiempo* (Adriana Hidalgo, 2006; or. 2000), asimismo espléndido, en el que aborda cómo sacar partido del seguro *anacronismo* de las imágenes percibidas, ya que la historia de ellas es a la fuerza, fatalmente, anacrónica.

En paralelo se han traducido en España libros suyos, aunque desordenadamente. De entrada, la oportuna aparición de *Imágenes pese a todo: memoria visual del Holocausto* (Paidós, 2004; or. ídem) –sobre unas fotografías de los hornos crematorios, que se confrontaban con ideas de la *Shoah* de Lanzmann–, parece haber espoleado a los editores. Se imprimió *Venus rajada: desnudez, sueño, crueldad* (Losada, 2005; or. 1999), sobre una serie de Botticelli en el Museo del Prado, fruto de unas conferencias; su tercer libro, *La pintura encarnada* (Pre-Textos, 2007; or. 1985), que es una densa interpretación de *La obra maestra desconocida* de Balzac; y el breve ensayo *La imagen mariposa* (Samaranch, 2007; or. ídem), una «aparición», una forma informe

percibida fortuitamente (obsesión central suya: *Phasmes. Essais sur l'apparition*, Minuit, 1998). Y ha seguido el vértigo traductor con un libro inédito, premiado en España, *Cuando las imágenes toman posición* (Madrid, Machado, 2008), donde se fija en el mundo teórico-imaginativo de Brecht y en su valor crítico; la última entrega ha sido un curioso texto –*El bailaor de soledades* (Pre-Textos, 2008; or. 2006)–, donde enlaza ensayos sobre el toreo y la danza de Israel Galván.

De antemano, pues, varios enfoques se suman a su mirada contemporánea sobre el objeto artístico, sea del pasado o del presente, ya que los temas citados –sin abandonar sus referencias historiográficas y teóricas al arte– son a la vez fotográficos o fílmicos, novelísticos o dramáticos. Didi-Huberman en su juventud fue crítico teatral y colaboró con escenógrafos, como vemos en su extraño drama poético *Mémorandum de la peste. Le fléau d'imaginer* (Ch. Bourgois, 1983); y si últimamente se ha interesado por un tipo de danza casi inmóvil y al filo del silencio, también compara, en el texto recién vertido, a ese bailaor que le apasiona con personajes de Samuel Beckett.

En sus abundantes escritos artísticos, muchos no traducidos, va siguiendo ideas de sus maestros alemanes Aby Warburg, Carl Einstein y Walter Benjamin. En breve se verá en Madrid su exposición sobre el gran coleccionista y antropólogo Warburg, que fue tratado de sus perturbaciones por Binswanger; es uno de los autores fundamentales del siglo XX, y también lo es para él: *L'Image survivante. Histoire de l'art et temps des fantômes selon Aby Warburg* (Minuit, 2002). Asimismo se conoce mejor hoy a Carl Einstein, cuya trayectoria como

LIBROS

indagador de las imágenes africanas y su recuperación por las vanguardias le ha sido de constante referencia para analizar las resonancias de las imágenes. Pero entre los franceses ha sido gran inspirador suyo, y de primera línea, Georges Bataille, del que publicó *La Ressemblance informe* (Macula, 1995), sobre su aventura transgresiva o su ruptura visual y antropológica en la mítica revista *Documents* (1929-1930), donde también colaboró el citado Einstein. Los tres autores ofrecen perspectivas límites, una visión general desgarrada de la experiencia y una posición heterodoxa, bastante provocadora frente a la historia del arte académica. No es extraño, pues, que Didi-Huberman por añadidura haya sacado partido de las enseñanzas de Freud y Lacan, así como de Leiris, Deleuze y Foucault.

En este entrecruce múltiple podemos situar *La invención de la histeria*, un trabajo fundamental y llamativo de su trayectoria. Aunque parezca aislado, su autor nunca olvidó la lección fotográfica de Charcot. De entrada, está plagado de ilustraciones (hay más de cien fotografías), sobre las que gira su argumentación, en una mezcla de figuración y crítica como luego hará en su comentario al Bataille de *Documents*. Y es que la *imagen* o mejor la experiencia total con algunas de ellas está en el núcleo de sus reflexiones: «Las imágenes pueden tocar lo real», ha dicho una vez, y sin veleidades ontológicas, pues lo que quiere es comprender *una* concreta, en su inquietud específica, captando cómo «actúa» esa precisa imagen-marca, por contraste con otras de muy distinta naturaleza. Véase esa obsesión suya, que distorsiona lo antropomórfico sin dejarlo de lado, en dos últimos libros extensos: *L'Image ouverte. Motifs de l'incarnation dans les arts visuels* (Gallimard,

2007) sobre la «encarnadura» como motor imaginativo, y *La Ressemblance par contact* (Minuit, 2008), sobre las «huellas-imagen» que los artistas dejan a modo de vestigio, o usan como muesa temporal en su empeño por repetir y modificar al tiempo una forma cercana. En suma, el territorio de lo histérico –ligado a la carnalidad–, se halla en el punto de mira de Didi-Huberman, pues habla en sus libros (y en sus títulos mismos) de *abrir* y de *tocar*, busca situarse en las artes allí donde la materia *toca* o se propone tocar *la forma*, en contra de la tradición idealista.

La invención de la histeria nos muestra cómo jamás se pudo encontrar el lugar donde residía realmente la causa de la histeria o donde se alojaba la histeria. Es un libro, por tanto, sobre ese gran fraude del siglo XIX; ya que, pese a las evidencias en contra, «la ininteligibilidad médica no renunció ni a la 'causa' ni a su 'sede'; no tuvo, pues, miedo de enfrentarse a las paradojas». En consecuencia, Didi-Huberman traza originalmente el desarrollo histórico de esa búsqueda terca y hasta desenfundada a través de la iconografía fotográfica de la Salpêtrière. Analiza con tal intención los pasos de ese espectáculo hipócrita que se promovía en las salas hospitalarias, el desencadenamiento de posturas dirigido por Charcot, sus círculos viciosos que no dejaban de atraerle, sus contorsiones teóricas aparejadas con el retorcimiento de los cuerpos y, en fin, la atracción que ejercía *la histérica*, con sus poses, éxtasis y dislocaciones.

Supone, en suma, un modo implacable de ver el fantasma histérico, pues sigue una a una las «imágenes fijas» de «imágenes gestualizadas» que se funden con su texto: es un modo de valorar lo que supone la

visibilidad «objetiva» de Charcot a través de las fotos. Y el fracaso teórico de semejante encantamiento, de esa escenificación tiránica, dice Didi-Huberman, arremete contra nosotros –«nos imaginamos ese antiguo ‘teatralismo’ histórico como una auténtica práctica de crueldad»–, y entonces nos agrede, nos *altera*, «infecta nuestra mirada, la trastorna», pues aparece el proceso de la crisis histórica como una especial «gestión» odiosa de las imágenes, ofrecidas como ambiguas formas *estéticas*. Por cierto que, en *L'Image ouverte*, recuerda cómo Charcot sospechaba que siempre había un «punto clínico» en el arte del pasado, es decir, encontraba la representación de una sintomatología correspondiente a una enfermedad. Pero a Didi-Huberman le interesa en cambio lo que supone Freud y sus otros «síntomas», en suma su *crítica* del conocimiento, que sirve para remover las ciencias humanas, y para abrir al sujeto; lo contrario de clausurarlo, de seguir esa *clínica* de «resolución de enigmas» que supone la mirada de un Charcot (*Devant l'image. Questions posées aux fins d'une histoire de l'art*, Minuit, 1990); y de la que su mejor crítico, Freud, se escapa a duras penas en su escrito sobre Leonardo (*Phasmes*, cap. 9).

En Didi-Huberman –como en Bataille–, las imágenes preferidas no suponen una reconciliación sino más bien un desgarró; pero el desgarró no puede vivir con todo sin cierta conciliación, eco de la forma antropomórfica que aquéllas desgastan y a la vez recrean. Un artista «muestra la calidad de su estilo en el instante en que está más amenazado»: la frase de Leiris, que Didi-Huberman cita alguna vez, puede aplicarse a muchos pasajes de *La invención de la historia*. Y también puede servir –dada su

implicación personal, dada la inquietud que nos provoca–, para todo su trabajo interpretativo, que no deja de ser artístico, esto es, siempre destructor y siempre creador.

Mauricio Jalón

Georges PEREC, *Lo infraordinario*, Madrid, Impedimenta, 2008, 122 pp.

El siempre joven Péric (1936-1981), no es un desconocido, afortunadamente; se sabe de sus enumeraciones continuas, de su humor nada irritante, de su algo disimulada profundidad; se conoce su vínculo con el grupo de creadores que rodearon a Queneau; se está seguro sobre todo de que, como este último, es un gran escritor. Y afortunadamente quedaban obras suyas por traducir: hace poco sucedió con *Nací* (Abada, 2006), e Impedimenta lo muestra ahora con un bello y revelador *Lo infraordinario* que apareció tras su muerte temprana.

Ya se leía en su primera novela, *Las cosas* (Seix-Barral, 1965), obra muy crítica con la sociedad de los sesenta: «Su vida era como una costumbre muy larga, como un hastío casi tranquilo: una vida sin nada de extraordinario». Y esas *cosas* –nada extraordinarias– se convertían en una leve pesadilla diurna para la pareja protagonista. En muchos de sus sucesivos libros, Péric sigue con sus «lentos desciframientos» de su entorno «visible», como hacía en una obra suya, ejemplar, en parte autobiográfica, *W o el recuerdo de la infancia* (Península, 1987): en ésta nos dice que sus padres eran polacos, que le dieron ese nombre francés –Georges– al nacer en París, que pronto supo de la entrada de Hitler poco después en Polonia y sobre todo supo que esa histo-

LIBROS

ria era, «para mí y para todos los míos, vital, es decir, generalmente mortal». Esto, con un modo irónico y serio de decirlo, siempre lo tuvo en cuenta en sus escritos.

Por su *W* sabemos, además, de su temprano y sempiterno gusto por los dibujos y por los diccionarios (como Queneau), mezcla de palabras y de láminas. Y así entendemos mejor su frase casi inaugural de *Lo infraordinario*: «De lo que se trata es de interrogar al ladrillo, al cemento, al vidrio, a nuestros modales en la mesa, a nuestros utensilios, a nuestras agendas, a nuestros ritmos... Describan una calle, describa otra. Compáren. Hagan el inventario de sus bolsillos». Pues los problemas de su interioridad, como buen psicoanalizado, le dejan más bien frío.

Es imposible resumir un libro de enumeraciones, aunque puede verse, al leerlas, la lenta y verdadera sombra espectral de un domicilio, de una calle, de una ciudad. Ese es su proyecto. Sin embargo, no forma parte de un recuento de la vida material; al menos no sólo es eso. Es el arte de elegir y describir, es asimismo el arte de recordar: de pronto nos habla Perec, entre paréntesis, de que en tal edificio al parecer vivieron los padres de su madre (muerta en Auschwitz), o de que en esa casa que ve allí, precisamente, él vivió en su infancia, seguramente imborrable y éticamente segura en su memoria.

Ocho son los motivos que originaron este libro de miniaturas. Sus capítulos, al tiempo extraños entre sí y similares, son su apelación inicial a lo *infraordinario*; el detallado de una vía pública, de la calle Vilin antes citada; el repaso de 243 líneas escritas en postales (falso color local, quemaduras siempre, sentimientos triviales, variantes de la nada: una mitología de nuestras vacaciones); cierto giro en torno

al Beaubourg, ese centro que «tiene un poco la pinta de un extraterrestre gordo del que no se sabe aún bien si llegará a sobrevivir cuando deje de lado su escafandra» y que le permite bucear en el microcosmos parisino; determinada vuelta –caprichosa y rápida– por un tentacular Londres; ciertas consideraciones breves sobre las oficinas de los poderosos; un rápido inventario de los alimentos, muy franceses, que ingirió él en 1974 (tal y como evoca en *Nacî*); al fin, unas páginas recogen lo que hay en su escritorio, dando un magma de ‘naturalezas muertas’ que de pronto se sumerge en el papel en el que escribe Perec.

Nada es trivial. Nada es fútil, ni superfluo, es una secuencia de cosas comunes, lo contrario de lo *extraordinario* pero no menos atractivo o inquietante que lo raro. Por ello, de pronto, nos parece su libro responder a una frase de Queneau que el mismo Perec incorporaba en otro escrito suyo: «¿Cómo podría aclarar esa bruma desatinada en la que se agitan sombras?».

Mauricio Jalón

Richard WRIGHT, *Chico negro*, Madrid, Unisón, 2007, 258 pp.

Richard Wright (1908-1960) escribió en 1945 una excelente autobiografía de sus años de juventud que va más allá de todo autorretrato psicológico. Pues *Chico negro* es más bien todo un registro de su vida en cierta sociedad de *apartheid* –el Sur americano en torno a 1920–, donde el acoso a una parte de la población, manumitida hacía escasas décadas, estaba muy presente en todas las relaciones sociales o persona-

les, conduciéndola a un callejón sin salida, un estado de sitio.

Wright había nacido en una plantación del Estado de Misisipi. Su familia se mudó pronto a Memphis (Tennessee), pero el padre abandonó a la familia, y su madre, maestra, tuvo que emplearse como doméstica de inmediato. Gravemente enferma pronto, Wright y su hermano pasaron a Jackson, en su Estado originario, para sobrevivir y procurar ayudarla. Ésta es la ciudad que retrata en *Chico negro*; allí asistió a la escuela, vagabundó, hizo mil trabajos ocasionales, padeció de continuo la agresión blanca, huyó a Memphis (1927), comenzó a leer a escondidas (no podía un negro sacar libros de la Biblioteca Pública) y conectó con el mundo escrito, que fue para él definitivo: primero leyó a H. L. Mencken, D. Lewis, y S. Anderson, luego a otros escritores que le abrían otro espacio ante sus ojos (era «un vislumbre de las posibilidades de la vida»).

El escrito concluye cuando escapó en tren al Norte, al Estado de Illinois, a Chicago, como punto de liberación previo para su desarrollo, pues huía de hecho de una zona que se había infectado desde hace siglos: «Yo sabía que a los blancos sureños les repugnaba la idea de que los negros se fueran a vivir a lugares en los que el ambiente racial era diferente»; esto es, Wright detectaba que ellos deseaban que no pudiesen ver otro horizonte y sobre todo no alcanzasen a vivir en otra atmósfera. Pero su instinto más profundo le había hecho finalmente, tras alguna duda, «rechazar siempre el ‘lugar’ que el Sur blanco me había destinado».

A su dedicación a las letras —escribió relatos, novelas, una obra teatral y ensayos— se sumó una gran actividad reivindicativa: editó periódicos, movilizó a gente.

Pero sobre todo se convirtió en uno de los escritores norteamericanos más importantes (y fue maestro o referencia de muchos jóvenes artistas afroamericanos: influyó directamente en R. Ellison, autor de *El hombre invisible*). Emigró a París en 1946, y decidió quedarse tras las persecuciones políticas americanas, y fue allí donde conoció a A. Camus y J.-P. Sartre; desde allí viajó a España, Asia y África. En un viaje a este continente, enfermó. Murió joven en la ciudad de acogida, donde está enterrado.

Su obra traducida es escasa: *Hambre americana* (Barcelona, Noguer, 1978), pues el hambre fue una verdadera obsesión en su juventud; *Hijo nativo* (Barcelona, Círculo de lectores, 2001), sobre la respuesta con la violencia ante la marginación; y el ensayo sociológico *España pagana* (Madrid, Orígenes, 1988). Así que la edición de *Chico negro* es un verdadero logro editorial, y poco destacado aún. Aparte de la miseria radical y de sufrimiento humillante, que aparece como un dato objetivo y nada lacrimógeno, Wright nos ofrece como en toda su formación, en sus relaciones familiares y laborales la dura confrontación «racial» —que era secuela del esclavismo que padecieron sus abuelos— hacía de Jackson o Memphis un verdadero estado de sitio para ellos, un lugar en el que había que ir elaborando en cada instante un código ‘paranoico’, revisable para la supervivencia diaria. El atraso en saber de estos duros hechos crudos se debe al etnocentrismo, y a que en esa zona la expresión máxima de la asimetría social estaba protegida por la policía, por las costumbres, por los privilegios. Ante esa dominación violenta sólo cabía la sumisión, la respuesta violenta (y la cárcel), o la huida para vivir o para narrarlo, como en su caso.

LIBROS

Todavía Wright describía a fantasmales blancos (y no sólo los del KKK), que equiparaban al presidente Lincoln con un gángster, literalmente, y solicitaban una «Organización» para salvar la feminidad genéticamente blanca, dado su odio a los nietos de sojuzgados. Veinte años más tarde, E. Caldwell, en su cruda radiografía sobre esa violencia cotidiana (*En busca de Bisco*, 1965), veía la posibilidad de una rebelión decisiva en el Sur americano. La idea de «negritud» como valor se fue expandiendo en medio de una sociedad mentalmente esclavista, y el impulso entre otros de M. L. King logró la abolición de leyes discriminatorias en 1965. Wright no llegó a vivir lo suficiente como para percibir los cambios acelerados que se produjeron en los sesenta; menos aún esas primeras conquistas de derechos civiles (los firmados por un presidente, L. B. Johnson, originario del Sur), para que fueran plenos ciudadanos. Sólo a finales del siglo XX sería materializada; es aún una población desprotegida, pero al menos sabemos quién es el nuevo presidente desde 2009.

Estos son los datos de referencias de su obra maestra autobiográfica. Pero luego está la alta literatura que los va desgranando, la gran expresión replegada y nada autocomplaciente de Wright, su mirada objetiva, milimetrada, variadísima en registros, su escritura atractiva dada su verosimilitud y falta de grandilocuencia. Y también percibimos una alegría escondida, una descripción de huellas o avisos en los menores movimientos del entorno, una captación instantánea de figuras e intenciones de la gente más dispar, todo eso que le hace ser uno de los escritores más perspicaces de los EE.UU.

M. Jalón

Soma MORGENSTERN, *El hijo del hijo pródigo*, Madrid, Funambulista, 2008, 522 pp.

Seguramente puede sorprender que un escritor de esta talla –y cuya obra representa la memoria por antonomasia del siglo XX– fuese un perfecto desconocido en Europa hasta hace diez años. La obra de Morgenstern (1890-1976) va editándose con cuidado en Alemania desde 1996, y lentamente se le reconoce en Europa. Los libros traducidos eran cuatro, y habían sido impresos por editoriales de peso: *Huida y fin de Joseph Roth* (Pre-Textos, 2000), *Alban Berg y sus ídolos* (Pre-Textos, 2002), *En otro tiempo. Años de juventud en Galitzia oriental* (Minúscula, 2005), *Huida en Francia* (Pre-Textos, 2005). Los dos primeros tratan de amigos íntimos y de la cultura centroeuropea; los otros dos son memorias, bien de la infancia, que supone un relato excepcional, bien de su vida al acecho en campos de internamiento, durante la ocupación.

Sus papeles –documentos y escritos– quedaron en manos de los alemanes; muchos tuvo que rehacerlos. Pero sabemos por Morgenstern que fue el menor de una familia judía ortodoxa que vivía en Galitzia oriental; por ello conocía el hebreo y el yidish, además de los idiomas de esa gran frontera de Europa: el ucraniano y el polaco. Luego estudió las dos lenguas clásicas antiguas y las dos internacionales, francés e inglés: su poliglotismo nada tiene que ver con la indiferencia, antes al contrario, revelan su enorme curiosidad y su capacidad para ir filtrando sus experiencias. Por cierto que, menos su mujer y su hijo, el resto de su familia fue exterminada. Él, escritor de la memoria familiar estuvo a punto de

suicidarse, se replegó sobre sí mismo en Nueva York, pensó en olvidarse de todo lo alemán, aunque prosiguió sin embargo su carrera como escritor en esa lengua (que había iniciado hacia 1930 con los elogios de Musil), y fue traducido al inglés donde se le conoció minoritariamente.

Su trilogía novelística, cerrada en 1945, *Destellos en el abismo*, es una reflexión capital sobre el mundo judeoalemán, y en particular sobre su visión cercana y a la vez lejana del centro vienés. Su punto de partida es un acontecimiento real (como toda su literatura, en realidad). Este primer tomo, *El hijo del hijo pródigo*, narra con clara perfección y distancia amable una secuencia de vivencias en un Congreso de judíos ortodoxos, en la civilizada Viena de 1929. Son judíos de toda Europa que se concentran para ese evento. Sólo a ráfagas nos muestra los impulsos que rigen esa concentración; una frase es reveladora: «Los judíos deben renunciar incluso a sus cualidades, si la expresión de esas cualidades, buenas por sí, pueden irritar a la sociedad que los rodea».

El relato arranca y termina brillantemente de la experiencia rural, donde el tiempo es lento y las relaciones, ancestrales. Morgenstern (que se apartó de la religión familiar, y retornará a ella de un modo muy racional y temperado) enfoca a un joven asimilado e hijo de un judío laico –*hijo del hijo pródigo*– que está sufriendo una crisis religiosa, por el influjo de un amigo. El protagonista, algo inmaduro, muchísimo más que el hombre sin atributos de Musil, asiste medio casualmente a ese encuentro que poco eco tiene en la prensa vienesa, pero que representa la política futura, desde Hitler hasta hoy. Allí capta tanto la tensión algo histriónica de algunos como la rutina de otros, tanto el histerismo de un grupo

como la intensidad de otro. El temor general a un atentado, que le hace ser víctima absurda durante una sesión trepidante, no le hace mella en su decisión de probar esa experiencia a fondo.

Su padre, sediento de conocimientos –como tantos judíos de finales del siglo XIX–, quiso seguir el ritmo de la época, se atrevió a librar una batalla con sus padres, como fue común hacerlo con las familias piadosas judías. El hijo, ciudadano de la capital de la cultura, decide, quizá por eso mismo, refugiarse con su tío en el campo, lo que supone la vuelta a la vieja vida, al menos por un tiempo. Quiere recorrer el camino de su padre, aunque precisamente al revés, paso a paso, para volver a descubrirlo todo, por sí mismo o por lo que oye. Parece eludir ahora un mundo de paradojas: ¿Hay una vida sin valor?, ¿quién te lo ha dicho, quién afirma que es insignificante?, le comentan o le advierten. Esa pregunta tendrá una terrible respuesta en sólo doce años.

Todo el baño psicológico de *El hijo del hijo pródigo* está en el arte del matiz; una tenue luz envuelve cada acto, cada recorrido; hay un espacio que ha de atravesar. De las calles de Viena a los trineos de Droproloye, el ritmo cambia, y vemos bien el flujo de ideas, que necesitan lentitud, en los protagonistas de esta obra maestra. La mejor literatura –como en el caso de Morgenstern– es capaz de mostrar una vida en tensión a través de unos movimientos externos, primero lentos, luego muy rápidos, para ser de nuevo lentos en ese raptó entre la niebla, en ese silencio visible en el que el hijo va a comprobar cómo un judío debe prosperar entre la espada y la pared.

FOUCAULT Y LA OTRA CIENCIA DE LA VERDAD

I. Faltó poco para que fuese un libro muy nuevo en su obra. Pero al menos hoy *Le gouvernement de soi et des autres*¹, que se remonta a 1983, es el séptimo de los trece volúmenes que, una vez publicados en su totalidad, supondrán la fijación definitiva de los cursos dados por Michel Foucault en el *Collège de France* entre 1971 y 1984, después de contrastar por vez primera las grabaciones de sus palabras con los minuciosos manuscritos que redactó para sus lecciones. Cuando concluya la serie, será posible para todos (incluyendo a quienes pudieron acceder a su Archivo) hacer una mejor lectura del conjunto de su trabajo, al disponer ordenadamente, y con una indispensable anotación, de unos textos de gran valía. Su grosor, además, excederá a todo lo publicado por él en sus libros más afamados.

La situación será en parte sorprendente, como ocurre a veces por fortuna con ciertas publicaciones póstumas de los grandes, que consiguen revitalizar de golpe a un autor desaparecido; pero no es del todo novedosa, pues ya sucedió en 1994 cuando dieron que pensar los cuatro tomos de *Dits et écrits*² que articulaban sus artículos y entrevistas, muchos desconocidos y procedentes de los países más lejanos, en una arquitectura desbordante. De todos modos, la recopilación anterior fue una ampliación rica y sinuosa de sus gustos acreditados; en cambio, las lecciones del *Collège* exponen e iluminan a fondo el proyecto de su profe-

sión indagadora, que superó su perspectiva escrita en decenas de frentes.

Tras la rapidez inicial de la recuperación de sus seminarios, a partir de 1997, ha habido varios estancamientos editoriales. Pero, al menos, desde enero de 2008 se halla en las manos de sus lectores un nuevo volumen con el cual se logra superar la mitad del conjunto. En este momento están publicados los tomos relativos a los años 1974-1979³, 1982 y 1983. Faltan, sin embargo, los tres primeros, correspondientes a las discusiones que darían lugar, luego, con muchísimos retoques, a *La voluntad de saber* (curso de 1971) y a *Vigilar y castigar* (de 1972 y 1973); y faltan también –además del de 1984, año de su muerte– los dos que definen la parte visible del giro final de su carrera (cursos de 1980 y 1981), esto es, los que prefiguran la reformulación de la *Historia de la sexualidad*, en sus partes visibles –*L'usage des plaisirs*, seguido en el último momento por *Le souci de soi*–, con esa factura tan extraña y abierta, sencilla en apariencia, que ahora revisaremos.

Mientras tanto, su reflexión sigue muy presente en Estados Unidos o en Alemania (en realidad monopoliza, con Derrida, los estantes de las librerías dedicados al pensamiento en esos dos países, tan dispares culturalmente), así como, de otro modo, en Italia o en España a juzgar por cómo se han ido vertiendo esos seminarios, famosos pe-

¹ M. FOUCAULT, *Le gouvernement de soi et des autres*, París, Gallimard-Le Seuil, 2008, 382 pp. En el mismo 1983, prometió hacer de su seminario un libro, con ese título, para Le Seuil, en la colección «Des travaux», que dirigió con P. Veyne y F. Wahl. No le dio tiempo a pulirlo.

² Desde 2001, están agrupados de otro modo más accesible: en dos tomos muy compactos de Gallimard.

³ El de 1977 no existe, pues Foucault pidió una licencia anual. Los títulos de los cursos que dio entre 1971 y 1981 fueron, por un lado, *La voluntad de saber*; *Teoría e instituciones penales*; *La sociedad punitiva*; *El poder psiquiátrico*; *Los anormales*; por otro, «*Hay que defender la sociedad*», de 1976; *Seguridad, territorio y población*; *Nacimiento de la biopolítica*; *El gobierno de los vivos*; *Subjetividad y verdad*, éstos desde 1978 hasta 1981.

ro poco o muy mal transmitidos hasta el rescate que hoy se prosigue. Parece indiscutible que su impulso intelectual sigue en vigor, tras su desaparición hace nada menos ya que un cuarto de siglo.

II. El remate tan *subjetivo* de sus intereses en este seminario –pero sin la mediación ya del mundo del deseo en sentido amplio, pues al régimen, no sólo alimenticio, se sumaba la vida doméstica en esa última *Historia* que ideó– se adivinaba en su decisivo curso anterior, el de 1982, *L'herméneutique du sujet*, que fijó Frédéric Gros⁴. Fue una labor costosa y seria, que ha proseguido él mismo con el libro que comentamos⁵. Por lo demás, dado el grave estado de salud de Foucault, los cursos de 1983 y 1984 no fueron compendiados por su autor para los archivos del *Collège*⁶. Aun faltando esas síntesis orientadoras se sabía –por los muchos asiduos a sus conferencias, por ciertas grabaciones, por ediciones silvestres– cómo su temática se había alejado del foco «político» removiéndola del todo en la Antigüedad griega (y, luego, también romana), con las publicaciones que corrigió po-

co antes de morir. Ahora, con *Le gouvernement de soi et des autres*, mejoran nuestras perspectivas sobre sus análisis de entonces, que parecían un punto embrollados.

Y es que las vías de estudio que propuso y ensayó en el último lustro de su vida resultaban algo opacas, pues aparecían mezclados dos proyectos de trabajo diferentes. Por un lado, la citada continuación de la *Historia de la sexualidad*, con un plan distinto al previsto (alejado ya del poder moderno sobre la vida), que arranca de los griegos según ciertos textos «bio-éticos» e incluye la transformación de las reflexiones sobre la vida amorosa de la Antigüedad tardía al entretenerse con esa verdad dogmática que cuajó al imponerse el cristianismo. Por otro, estaba el estudio –situado también en la Grecia clásica y la Roma imperial– de las formas de construir un «discurso verdadero», arriesgado por su franqueza y bien trabajado interiormente, que remite a la definición del individuo antiguo; semejante discurso sería a su vez remodelado por la dogmática cristiana de un modo tan radical que no ha dejado de pesar en el ejercicio introspectivo moderno. Sendos análisis foucaultianos se manifestaron al mismo tiempo, y habrá que recordarlos a la par: el primero, durante la dubitativa redacción de sus dos libros finales (1984); el otro, durante la enseñanza oral que recogen los seminarios de 1983 y de esa fecha.

De este curso inédito, *Le Gouvernement de soi et des autres*, teníamos con todo una primicia: las lecciones que dio en Berkeley, durante el otoño de 1983, unos meses después de exponer sus ideas en París. Fueron recogidas en una publicación muy breve –no autorizada y sin la garantía del texto escrito del autor– *Discourse and Truth. The Proble-*

⁴ Autor de tres libros sobre Foucault, F. Gros ha estudiado luego la violencia política. Su edición es minuciosa de nuevo, así que su trabajo arroja luz definitiva sobre las fuentes foucaultianas.

⁵ El orden de los tres cursos finales (1982-1984) es: *L'herméneutique du sujet*; *Le Gouvernement de soi et des autres*; y *Le Gouvernement de soi et des autres: le courage de la vérité*. En el último año, cuando abordaba problemas subjetivos más generales, entrega *L'usage des plaisirs* y *Le souci de soi*. El remate de su historia de la sexualidad poco tiene que ver con lo que está explicando por esas fechas, y hay una tensión evidente (reconocida en ciertas entrevistas) entre lo que dice y lo que ha de escribir para dar fin a lo iniciado y suspendido hacia 1976.

⁶ M. FOUCAULT, *Résumé des cours*, París, Julliard, 1989.

LIBROS

matization of Parrhesia, 1985⁷. Allí Foucault comprimía en escasas horas lo que había desarrollado al detalle durante el invierno (de enero a marzo de aquel año), leyendo poco a poco alguno de los textos aducidos y comentándolos con pausa. Foucault, por cierto, sólo en la universidad americana señalaba las versiones en lenguajes actuales de la palabra técnica central, tan griega, del título inglés: *free speech*, *franc-parler* o *Freimütigkeit*. Retomaremos esa *parrhesía* que llama Foucault «noción-araña»: de múltiples articulaciones, teje una tela de significados en diversas direcciones, algunas desconcertantes.

En todo caso, *Le Gouvernement de soi* completa un «retorno» a los clásicos del cual participó Foucault y que se produjo por esos años en Europa o América, cuando empezaron a abundar las colecciones de bolsillo con textos antiguos, hoy tan habituales. Fue un acontecimiento muy llamativo entonces (pero alineado con la valiosísima renovación cultural, política y especulativa del helenismo francés, de Vernant a Vidal-Naquet), y que ha dado luego, en los dos últimos decenios, óptimos frutos en campos como el epicureísmo⁸ o en trabajos difundidos de figuras avezadas como P. Brown, M. Nussbaum o P. Hadot, entre muchísimos otros, y desde luego P. Veyne (véase su excelente *L'empire greco-romain*, de 2005), quien además acaba de entregar un nuevo

ensayo, cristalino, polémico, en la línea de sus anteriores escritos sobre su gran amigo⁹. Y por ello hemos de tomar en consideración, de antemano, todo el grupo de textos foucaultianos sobre la Antigüedad, pues *Le Gouvernement de soi* es inseparable de su esfuerzo tardío por excavar en el suelo de nuestra cultura como mecanismo transformador de su pensamiento.

III. Todo ese territorio helénico-latino fue progresivo y ampliamente aireado por Foucault tras su desvío de su primer programa historiográfico, el que propuso con éxito en diciembre de 1970, a su entrada en el *Collège*. Dentro de esa genealogía social suya de Europa, desde el Medievo hasta el siglo XIX, prometió hacer, en dos años, su particular *Historia de la sexualidad* orientada por una idea de dominación volcada sobre la vida, la especie y la masa moderna (como aparecía expuesto hasta en la cubierta de su primera entrega, de 1976). Sin embargo, después de imprimirse *La voluntad de saber* —que parecía el inicio de, como poco, un sexteto de libros sobre el control de los cuerpos con *La chair et le corps* (el fundamental, que redactado en 1978 destruyó por completo); *La croisade des enfants*; *La femme, la mère et l'hystérique*; *Les pervers*; *Population et races*; de estos cuatro sólo hizo un leve esbozo—, dudó sobre la novedad de un proyecto que se remontaba de hecho a 1971 (la idea está en 1960), y que ya había avanzado en los capítulos del primer tomo. Pasados los años, optó por cambiar de rumbo, apuntar hacia el mundo greco-romano donde se habían fraguado ciertos hechos decisivos para el

⁷ M. FOUCAULT, *Discurso y verdad en la Grecia antigua*, Paidós, 2004 (hay una edición, con un excelente prólogo de Remo Bodei: Roma, Donzelli, 1996). En este sintético seminario toma ideas anteriores y adelanta algún problema nuevo.

⁸ Destaca a Filodemo, del siglo II a.n.e., que escribió un libro sobre la franqueza —*Peri parrhesías*—, para el autocontrol de la secta epicúrea. Entre los estudiosos del epicureísmo, Foucault destacó a M. Gigante.

⁹ P. VEYNE, *Michel Foucault, sa pensée, sa personne*, París, Albin Michel, 2008.

futuro y, a la vez, modificar su modo de expresarse, lejos ya de la consigna de ser «no subjetivo» radicalmente.

Tras ese golpe de timón, en *L'usage des plaisirs* y *Le souci de soi* —que son historias del pensamiento antiguo más que de la nuda carne— se apreció una redacción más directa o menos alambicada, con referencias textuales muy precisas (lo cual se echaba a menudo en falta en su obra), abierta a la indagación colectiva y también por cierto más humilde, como procede en un riguroso modernista que se adentra por un terreno inhabitual, aunque su erudición fuese excelente. Además, en estas dos piezas maestras impresas en 1984, Foucault introdujo un análisis de las apetencias algo codificadas del yo —de cierto yo, bien localizado en una sociedad—, lo que parecía excluido del estilo «anónimo» que había caracterizado la *Historia de la locura* o *Las palabras y las cosas*, y los más recientes estudios suyos sobre la analítica del poder, fuese del régimen penal o se remitiesen, de un modo renovado, al régimen asilar, a la domesticación de la sociedad entre los siglos XVIII y XIX.

Moviéndose siempre en el terreno de la familia y la política antiguas, Foucault incorporaba aspectos moralizadores del pensamiento antiguo y los proyectaba a veces sobre el presente. Así que al seleccionar textos de logógrafos de todo tipo —dramaturgos e historiadores, sofistas y moralistas—, buscaba los medios de control corporal clásicos, algunos de cuales, tras las cambios y giros de la Edad Media, repercutieron en la sociedad occidental moderna. Las facetas dietéticas, económicas y reflexivas griegas unidas a las eróticas aparecían ahí contrapuestas a la práctica corporal greco-romana —la de los siglos I y II, sobre todo teñida de

reflexión estoica—, para mostrar al nuevo y muy inquieto individuo que aparece con la expansión imperial, preocupado por sus apetitos —peligrosos a su juicio, lo que les conducía a defender cierta *pasividad*, alejada del *activismo* sexual de los griegos clásicos—, pero también deseoso de practicar el «cultivo de sí mismo» (que refleja el breve capítulo segundo), idea ésta que conecta más con las cuestiones que analizó desde 1981, esto es, las de los cursos de que hablaremos.

Aparece, pues, descrito un mundo interior problemático, que busca apoyarse en reglas de comportamiento muy refinadas, y donde, por añadidura, el cristianismo cobrará pronto un protagonismo determinante, por rector y por masivo. Sin embargo, el tomo cuarto sobre la pastoral cristiana, *Les aveux de la chair* —redactado antes que los otros dos, pero que requería por ello un reajuste, decía Foucault— no ha visto tampoco la luz, así que su estudio fundamental acerca de la doctrina o la dirección cristiana que intentaba calibrar el agujoneo de la *carne* ha quedado en jirones: *Les aveux de la chair* «sustituía» del todo al desaparecido *La chair et le corps*. Carecer de un texto elaborado sobre la nueva ascética es una mutilación, pues en última instancia Foucault quería mostrar cómo los moralistas y los médicos del inicio del Imperio romano lanzaron un código de restricciones o de prohibiciones que aunque reelaborado se extendió luego en el siglo IV de nuestra era, en el momento de feroz lucha religiosa, si bien la moral de los primeros respondía a una elección personal (no del todo libre, eso sí) y no a un tipo de normalización muy ideológica, extendida —o impuesta— a toda la población, como sucederá en el futuro cristiano desde el tiempo de *Les aveux de*

la *chair* en adelante. El brote de la idea de *austeridad* ya en el siglo I y su relativo encaje luego en la moral cristiana no deja de sorprender, como le sorprendió al propio Foucault, cuando los estudios sobre el pensamiento en la época imperial todavía no se habían renovado.

En suma, Foucault muestra la solidaridad y disimilitud culturales de la Antigüedad de un modo muy curioso en los dos grandes tramos en los que se mueve en cada uno de esos libros –Grecia clásica y Grecia-Roma–; es capaz de concentrar ahí toda su orfebrería metódica (las divisiones y subdivisiones de cada problema abordado se suceden sin cesar, como ocurría en su analítica del poder) para discriminar las diferencias surgidas durante nueve siglos de Antigüedad en dos grandes porciones temporales, pues quiere sobre todo resaltar la crisis que supone el momento máximo de expansión de Roma desde finales del siglo I, cuando se da una interpenetración muy consistente, y en buena medida definitiva, entre el universo cultural griego y la organización familiar del poderío romano.

IV. Sabemos de antemano que *Le gouvernement de soi et des autres* no sigue esa vía de estudio, sino que hace pesquisas curiosas, complementarias, sobre el cultivo y cuidado de cada cual; y se entiende éste como una «cultura de sí», una especial *ascesis* (sólo esbozada antes en sus escritos), definida más como un campo de preguntas y exámenes o de posibles exploraciones futuras que como una definitiva articulación de asertos.

Si –como Foucault se había esforzado en señalar a lo largo de su vida intelectual– ciertos «conocimientos», con fronteras y rasgos definitorios cambiantes, y determinadas «normas sociales», codificadas y lue-

go recodificadas en tiempos diversos se combinaron de un modo irreplicable en sus escritos tempranos, ahora, al final de su trabajo, esos agregados indisolubles se unían además a las correspondientes «formas de subjetividad». Son *formas* que se manifiestan más en la vida dietética, familiar y afectiva, pero también ya –cuando desarrolla ese *cuidado de sí mismo*– en muchos aspectos de la filosofía más conocida o desde luego en la meditación moral que se extiende con vigor en dicha época imperial y que define una órbita individual provista de muchas capas conceptuales pero cada vez más encapsulada a medida que la Antigüedad tardía se acercaba hacia su disolución.

Ahora bien, no se puede proseguir sin destacar, antes, un aspecto central y envolvente del extraordinario –y gigantesco– curso que lo precedió, *L'herméneutique du sujet*¹⁰, porque entre ambos hay muchos lazos y se trasvasan argumentos. Por esos años finales, Foucault tuvo en cuenta las ideas de Hadot (y también al revés, aunque éste más conservador y celoso lo rebajase)¹¹, cuando mostraba que, desde el auge del helenismo hasta el siglo V de nuestra era, los más dispares filósofos se dedicaron sobre todo a *experimentar* con el mundo interior: con el propio y, por extensión, con el de sus interlocutores (para su proselitismo, luego).

Y Foucault convierte esa preocupación en central: le atraen a fondo los «ejercicios reflexivos» del filósofo antiguo tanto a flor de piel como sobre todo en sus excavaciones internas. Pues el modo de vivir filosóficamente fue una práctica elegida a concien-

¹⁰ M. FOUCAULT, *L'herméneutique du sujet*, París, Gallimard-Le Seuil, 2001, 540 pp.

¹¹ P. HADOT, *La philosophie comme manière de vivre*, París, Albin-Michel, 2001, cap. 8.

cia, con una meta clara y diferencial; fue una decisión de cada cual que pretendía cierta modificación subjetiva o, más aún, definir cierto «gobierno del yo» –autarcía–, trasladable a los demás en la esfera social: pedagogía, formas de vida, modelos de conducta (luego, para el cristianismo, en la prédica, en la extensión doctrinal, en la uniformidad dogmática). Esa proyección tan amplia desborda la perspectiva de Hadot; y más aún porque Foucault quiso, poco antes de morir, hacer expresamente una historia de las *artes de vivir* y de la filosofía como *forma vital*, como impulso para desprenderse de uno mismo¹².

Los diálogos internos que propusieron muchos pensadores antiguos fueron de diversos tipos, claro está, y no se manifestaron del mismo modo en el tiempo. Además de cada rasgo idiosincrásico, no enfocaron su tarea por igual, y carecieron de análogas pretensiones a lo largo de nueve centurias. Puesto que un discutido diálogo platónico, *Alcibíades*, es una gran referencia de Foucault en *L'herméneutique du sujet*, cabe decir que en el tiempo que transcurre entre las inagotables discusiones de Platón y los escritos más destacados de la Roma imperial –parte en lengua latina, pero casi todos en griego– se produce un cambio de acento: del examen del recuerdo purificador, de la universal anamnesia platónica, se viró hacia una reflexión meditada sobre los padecimientos o turbaciones íntimos (así en Séneca, Epicteto, Plutarco o Marco Aurelio), la cual es propia de una revaloración de la vida

privada (énfasis en las relaciones familiares, en el ámbito económico-doméstico), y asimismo del subrayado del individuo en su singularidad o de la intensidad de la auto-percepción en todos los planos. Por encima del recuerdo más profundo, de esa *memoria* que remite al alma platónica, se tiende a privilegiar ya una *meditación* calculada, que se despliega aún con más fuerza desde los siglos I y II de nuestra era, y que va a tener una inflexión definitiva con el poderoso Agustín de Hipona. El empuje dogmático y organizativo de Agustín será determinante en un milenio, al menos.

Foucault arriesga en *L'herméneutique du sujet* que si bien suele elegirse siempre el «conócete a ti mismo» como noción primordial en el reconocimiento interior más elaborado, eso no deja de ser cierta simplificación o deformación de la historia del pensamiento. Y es que la problemática del sujeto en la «ciencia del recordar» clásica no es la única; no hay sólo una actividad subjetiva orientada hacia la verdad primera o más honda, que procura –por destilación de palabras o sublimación hacia las ideas– rozar la idealidad que garantiza lo que decimos. Ese interior «iluminado» que nos precede nos dirige en la lejanía, y es comunicable porque por esencia resulta compartible con todos, por común, no es la única imagen ni la sola idea del trabajo interno.

Pues al viejo reconocimiento propio, el *gnothi seauton* dominante según la tradición, se contraponen una *epimeleia heautou*, un «cuidado de sí» tan importante o más que el anterior. Desde luego resulta más «empírico», al ser un ejercicio reflexivo de tipo práctico que se superpone al anterior o que difiere de éste desde el momento en que se sitúa en primer plano un sujeto más definido, localizado en su tiempo y en su

¹² W. SCHMIDT, *En busca de un nuevo arte de vivir*, Valencia, Pre-Textos, 2002, p. 61. Lo afirmó Foucault en la última lección de su vida, el 28-III-1984; hablaba en los días anteriores de una *manifestación* o de una *exteriorización* propias de la filosofía, del comportamiento visible de ésta.

situación político-social específica. Tal adiestramiento subjetivo supone una secuencia de cavilaciones sobre el comportamiento personal –sus representaciones y sus opiniones– que procura controlar la actuación propia de un modo efectivo y muy concreto; es una forma de análisis en donde el sujeto se sitúa ante su propio *tribunal*: reflexiona como «sujeto ético de la verdad» y fuerza cotidianamente, desde su interior, una «dirección» mental, un gobierno de sí o autarcía, que es comunicable esta vez más bien como *ejemplar*.

Por añadidura, Foucault percibe la extensión, en la época tardo-antigua, de una certidumbre que atiende a aquello que más piensa el sujeto, a lo que le tiraniza moralmente en el día a día. Y describe cómo éste, por tanto, sabe si es capaz de actuar de acuerdo, o mejor por contraste, con una verdad gradualmente «producida» a partir de su actuación (y no sólo reasumida idealmente). Ello supone otro intento de conseguir *verdad* –casi infinito, logrado con esfuerzo diario–, que no es la «ciencia del recordar» platónica, sino que procede de las nociones de uno mismo, de la tecnología sobre uno mismo, de la moral subjetiva que desarrolle en sus actos vitales más complejos y definitorios de su periferia personal: esas *notion de soi*, *technologie de soi* y *morale de soi* –el lenguaje de Foucault– son las diferentes «técnicas subjetivas».

V. Pues bien, en *Le gouvernement de soi et des autres* Foucault trata de dar otro pequeño giro dentro de esa preocupación por la verdad privada que excede ya del todo la esfera física –de los placeres, del régimen– y que se sitúa en la trama formada por las anteriores consideraciones. En particular, leyendo fuentes paralelas o en ocasiones

idénticas a las que había utilizado por esos años «antiguos», realiza un análisis histórico-crítico sobre el problema del «decir verdadero», la *parrhesía* –palabra central de este seminario¹³–, pero que estaba asimismo en el núcleo de toda su ambición indagadora final (de hecho aparecía ya cincuenta veces en *L'herméneutique du sujet*).

Veamos de cerca esa noción de *parrhesía*, que además de griega es palabra castellana, lo que de antemano sirve para situarnos mejor en su debate –esta vez al margen de Foucault–. Pues, curiosamente, si no aparece esa voz en los diccionarios usuales de francés, inglés o alemán lo contrario ocurre en los de lengua italiana y española. En castellano, *parresia* –y así la llamaremos en adelante– es figura retórica consistente en fingir que se habla audaz y libremente al hablar de modo ofensivo en apariencia, aunque en el fondo sea grato o halagüeño, de forma que encierra una lisonja. En italiano, al emplear ese vocablo se quiere expresar *franchezza* y *libertà di parola*, cuando se trata de exégesis bíblica, o bien *licenza*, cuando se trata de retórica. Ya en latín *licentia* significaba ‘facultad y libertad verbal’, así como ‘exceso verbal’. Entonces, nuestra referencia antigua más sencilla y equivalente sería *licencia*, que significa ‘franqueza’ tanto en una acusación severa como en la admiración de algo o alguien. Que está ahí, en nuestra lengua, desde hace mucho tiempo (aunque no desde hace tanto lo esté esa voz, *parresia*, tan culta) lo atestigua el Diccionario de Autoridades: «*Licencia*, se toma muchas veces por libertad inmoderada y facultad para hacer o decir todo cuanto a uno se le antoja».

¹³ Esa palabra aparece básicamente en Eurípides, *Ion*, 672, *Hipólito*, 422, *Fenicias*, 381; Demóstenes, 73, 17; Platón, *Leyes*, 694b; Isócrates, 20c. Véase *infra*.

Sin embargo, el «papel parresíaco» que Foucault pone de relieve en *Le Gouvernement de soi et des autres* —esta vez, básicamente, en la Grecia de los siglos V y IV antes de nuestra era— poco tiene que ver con la retórica; más aún, Foucault deja en la orilla, no sin trabajo, el mundo retórico al que italianos y españoles remiten con su término¹⁴. De acuerdo en este punto con perspectivas tradicionales, dedica varias páginas a contraponer filosofía y arte verbal, y no en vano utiliza la definición de esa voz en el diálogo «retórico» *Gorgias* (487a), donde significa ‘decisión para hablar’ o ‘franqueza’. Pero esa sinceridad expresiva y meditada —esa libertad de palabra que oscila entre claridad, llaneza, rigurosa seriedad y conformidad interna— sería un modo de dicción sin miedo y siempre al filo del exceso o tenido por tal en el momento de intervenir oralmente.

La parresia representa a juicio de Foucault una virtud, un deber y una técnica subjetiva, pues lo *parresíaco* es la afirmación de lo verdadero en el momento mismo en que se dice una verdad. Supone, en consecuencia, un «veredicto», en el sentido de que es *vere* y *dictus*: es un dicho neto, emitido reflexivamente. Esto es, viene a ser una forma de *autenticidad* resaltada y defendida por el filósofo, «un desdoblamiento o redoblamiento del enunciado de la verdad mediante el enunciado de la verdad de hecho, en cuanto que la pienso y que, al pensarla, la digo»¹⁵. Es un modo de hablar nada espontáneo y es la manera de decir lo verdadero sin cálculo, en el límite; expresa el coraje de hablarse a uno mismo y dirigirse a los otros con una tensión a

menudo extrema; es un acto denso, desnudo, abrupto.

Corresponde, por tanto, a un mundo expresivo singular, y por ello quedaría al margen de la formalización de Aristóteles, que significativamente nunca aparece en este libro, pues se interesa por otros enigmas. Foucault no parte de opiniones aceptadas por la generalidad ni tampoco de premisas apodícticas: no trata de seguir el poderío de un razonamiento dialéctico o de uno lógico. Y es que la parresia ni significa una demostración, ni es tampoco un acto de persuasión, dialéctico o retórico; tampoco debe entenderse como una enseñanza en el sentido corriente. Por el contrario, es una acción verbal de tipo agonístico, que se sitúa en la frontera de lo decible, al poner incluso la vida propia en peligro: en ocasiones se ejerce a vida o muerte. Dado el aspecto conflictivo que encierra no es de extrañar que Foucault glose al principio tragedias como *Ion*, *Hipólito*, *Bacantes*, *Orestes* o *Fenicias* de Eurípides (o se remita una vez al *Edipo* de Sófocles).

Pues en los grandes focos dramáticos, cierto enunciado crítico —superpuesto al acto mismo de la enunciación por parte de un personaje— afecta al modo de ser del héroe, a su integridad moral y psíquica, a su obligación familiar o civil. Especialmente estrujada por Foucault, la primera de las tragedias le da muchas claves. *Ion*, un personaje tardío, no mítico, tiene una genealogía dudosa, artificial; y expresa a la vez la necesidad y la dificultad de ser veraz, lo que repercute en su modo de ser ciudadano, pues el problema que plantea Eurípides en su drama es también histórico-político. El gesto explícito de hacerse notar, tomar la palabra, hablar en nombre propio para persuadir —esto es, el gesto de comprometerse

¹⁴ Foucault no podrá utilizar ese étimo, claro está, por emplear el francés y el inglés en su enseñanza.

¹⁵ FOUCAULT, *Le gouvernement de soi*, p. 62.

LIBROS

de pleno en una intervención oral, y todo ello resaltándolo, identificándose con todas sus palabras, acercándose al abismo que supone estar ante el poder-, forma parte de ese «decir verdadero» que se representa en escena.

Por ello mismo, Foucault no parte de «lugares comunes» (*koinoi topoi*, *communes loci*) que serían propios de Gorgias y Protágoras, y que codificarían enseguida Aristóteles o luego, en latín, Cicerón. En suma, están descartados los *topoi* de la retórica, como lo están asimismo los *tópicos* lógicos. Así que Foucault evita recabar opiniones para verlas como una trama organizada de enunciados, como un sistema que duplica la realidad, que es réplica de ella. De ahí la gracia de su talento escénico.

VI. En cambio, recurre complementariamente a otro género de textos que tratan sobre la franqueza al hablar en la verdadera democracia, como el de Polibio (*Historia*, II, 38), que eslabona la parresia –libertad de palabra– con la *democracia* y con la igualdad para hablar o *isegoría*, pues ésta supone derecho verbal y obligación participativa, lo que repercutió en el especial prestigio de los aqueos. Democracia y verdad, dice Foucault, se solicitan entre sí, pero lo hacen tan a fondo que cada una también amenaza a la otra: «No hay discurso verdadero sin democracia; pero el discurso verdadero hace que aparezcan diferencias en la democracia. No hay democracia sin discurso verdadero, pero la democracia amenaza la existencia misma del discurso verdadero»¹⁶. La parresia entra, así, en un juego social especular (frágil por falta de simetría) con la posibilidad de la vida civil

libre, de la no-tiranía. No basta con tener una Constitución aceptable, la mejor igualdad ante la ley o una similitud de derechos: se requiere poder *escenificar* realmente tanto el enrasamiento ciudadano, propio de la isegoría, como el uso de la palabra arriesgada; se requiere poder llevar a cabo una actuación verbal espontánea y en parte libre dentro de esos marcos institucionales. Por ende es indispensable disponer del don y del valor de la libertad.

Que la parresia se entreteteje en sus ramificaciones lo comprueba Foucault al saltar en el tiempo, un momento, para recordar *Sobre las pasiones* de Galeno –donde el médico por antonomasia funde conocimiento de sí y cuidado de sí al hablar de la dirección espiritual de la conciencia–, o la tardía «Vida de Dión» de Plutarco, quien evoca el encuentro de Platón y su discípulo Dión con Dionisio en Sicilia, para contarnos cómo ambos ejercitarán ante éste su expresión parresíaca más evidente, insoportable para el tirano; de esta suerte dan medida reveladora de lo que supone verbalizar una verdad ante el poderoso. Pero ambos son del siglo II de nuestra era, y Foucault quiere fijarse esta vez en la crisis de la democracia ateniense, desde Pericles hasta el maestro de los filósofos-políticos, Platón, tiempo en que se busca una certidumbre más sólida, una argumentación por encima del sofisma o de la disonancia individual, intempestiva, superflua.

El ingenio de la parresia resulta inseguro. La actuación parresíaca puede llevar con facilidad a un fracaso, coyuntural en muchas ocasiones, pero incluso puede serlo del sistema democrático. La presencia de un elemento *individual*, personalizado, acarrea lo azaroso, el acontecimiento –la *sorpresa*, que significaba en principio hacer presa súbitamente de algo–; incluso es po-

¹⁶ FOUCAULT, *Le gouvernement de soi*, p. 168.

sible que ese presunto «veredicto» sea un embuste o un exceso verbal o un vano halago. Pues si es el sujeto *falaz* el que halaga y atrae con falsas apariencias, entonces hay una «mala parresia», que no produce beneficio alguno. Así que la parresia, tan verdadera cuando nada tiene de falso, escondería un envés de mentira, y puede hacer perder casi toda su autenticidad.

«En cuanto a la mentira expresada en palabras, ¿cuándo y a quién no será útil como para no merecer ser odiosa?» se lee en la *República*, 382a. Con esta cita, entramos en un aspecto crucial de su discusión: a la mitad de *Le gouvernement de soi et des autres* Foucault se centra en Platón, lo cual parece una elección consabida. Pero éste tenía gran peso ya en *L'usage des plaisirs*; además, su seminario fue una minuciosa lectura de textos, y aunque resulte imposible dar cuenta de sus matices, sus ampliaciones de perspectiva y sus cambios de dirección, en último término comprobamos cuán infrecuente es dicha lectura. Es verdad, por ejemplo, que niega sin más consideraciones, acaso por provocación, el logocentrismo del fundador de la filosofía occidental¹⁷, pero su originalidad no está en desdeñar un debate teórico del momento, sino en poner a la luz un mundo recóndito de *prácticas subjetivas*.

Así que, paso a paso, recuerda el uso efectivo de la parresia en las *Cartas V, VII y VIII* platónicas –donde retoma la idea del tirano desde otro ángulo– o vuelve con ese fin a su *Alcíbiades* (que tanto pesaba en *La hermenéutica del sujeto*), o prosigue su

¹⁷ La referencia crítica a Derrida, en FOUCAULT, *Le gouvernement de soi*, p. 234. Pues Foucault se había interesado siempre, también al final, por la transformación de uno mismo en la escritura más libre: cf. «L'Écriture de soi», *Dits et écrits*, París, Gallimard, 1994, IV, pp. 415-430.

análisis sobre lo parresíaco en el *Fedro*, el *Gorgias* o la *Apología de Sócrates*¹⁸.

Es manifiesto que la mirada política de las *Cartas* o de la *República* (que cita un momento) le era casi obligada para completar las relaciones entre el poder y la verdad, pues es imposible –recalca aquí Foucault–, hablar del par política-verdad sin una buena relectura platónica. Si *Fedro* le sirve para confrontar los discursos filosófico y retórico que *Gorgias* ofrecía de modo abierto, también se abre con ese escrito a la cuestión de la centralidad del *logos*, no removida por Foucault. Por su parte, la *Apología de Sócrates* resulta inevitable en una discusión acerca de lo verdadero en el siglo IV, en esas apretadas horas donde el sentenciado habla de la vida con o sin examen, de la tendencia al diálogo vivaz, de la intranquilidad esencial socrática, del mal postizo que parece arrastrar un hombre bondadoso. También sin duda, del valor o de la cobardía: pues Foucault mezcla el gobierno propio –autarcía– con esa decisión y esfuerzo, ese coraje o arrojo, ese «valor de la verdad» que ha de suponer la parresia.

Por añadidura, Foucault habla de otra rama parrésica: la experiencia oral *verdadera* que ha de atravesar la elucidación práctica de la filosofía, lo que supondría la genuina singularidad de ésta¹⁹. De hecho él se sitúa abiertamente, de golpe, en la «encrucijada platónica», y ofrece a sus oyentes para los

¹⁸ Convendría que los directores de la edición, F. Ewald y A. Fontana, publicaran de inmediato el siguiente y último tomo, que enlaza directamente con éste y es casi homónimo. Pues todo su análisis de Platón se completa con las lecturas del *Fedón* y del *Laques* entre enero y marzo de 1984 (muere en junio); finaliza con lo que va a ocurrir con la parresia tras la implantación imperial del «modo cristiano».

¹⁹ Su curso de 1981, inédito todavía, se llamaba precisamente *Subjectivité et vérité*.

cursos próximos –que acabaron reduciéndose a uno–, estudiar tanto la filosofía comparada con la retórica (tema muy renacentista que esboza ya en su lectura del *Gorgias*), como la educación y la adaptación psíquica para la política; así como estudiar tanto el problema de las relaciones recíprocas entre democracia y autocracia, como la ciudad ideal, tema característico de la tradición humanista e ilustrada.

En particular, Foucault piensa entrecruzar todos esos problemas para darles otro sesgo al enriquecerlos con la cuestión de cómo la «buena parresia» –también la «mala parresia»– funcionan en cada una de ellos, cómo los facilitan o incomodan, cómo los complican en suma. Según añade por sorpresa: «Cabría ofrecer la perspectiva de toda la filosofía platónica a partir del problema del decir-verdadero en el campo de las estructuras políticas y en función de la alternativa filosofía/retórica»²⁰. Esta proclamación –que figuraba, como hoy sabemos gracias a esta edición, en el escrito que había preparado–, no llegó a leerla en público: no comprometerse a *decirla* supone sentir una duda razonable ante su sencillez y, acaso, preferir guardarse el secreto de una convicción íntima sobre la verdad activa y el poder de la filosofía.

O incluso significa alejarse un ápice de Nietzsche. Pero ¿le era viable eludir esa verdadera guía crítica suya, la nietzscheana, en la busca de una ética *ateológica*, por emplear una voz de su también admirado Bataille? Más aún, era aquél el que le enseñó que detrás de todo saber o conocimiento hay siempre una lucha por el poder. Y si entre ambas ideas había intercalado precisamente cierta forma mediadora, la subje-

tividad²¹, en este caso es más agónica, pero nunca es ignorante, antes al contrario. En cualquier caso, su mirada parece querer, al final de su vida, fundirse mucho con la raíz antigua, si bien huyendo de todas sus secuelas confesionales posteriores, sin duda alguna, y sin eludir alguna transgresión creadora y satisfactoria. Pues no se fusiona con aquella tradición: produce un leve desvío o algún quiebro en cada paso dado y acentúa nociones como la de esa ardua «verdad» –acaso transgresiva– que nos ha propuesto en *Le gouvernement de soi et des autres* para «transformarse» o «transformarnos» en lo posible, lo cual era una meta fundamental de todo su trabajo teórico-práctico.

VII. Ahora parece más despejado el campo de indagaciones que descubrió al final de su vida. La existencia de una «filosofía parresiasta» implica la invención de un control expresivo propio desde la Antigüedad, con sus modulaciones a lo largo de esos tiempos tan prolongados; supone un arte subjetivo especial, un «cuidado de sí», y asimismo un arriesgado aunque valioso trampolín para el trato con los demás (*epimeleia ton allon*). Semejante autodomio parresiáco puede ser la piedra de toque de la dirección de la conciencia que Foucault pretende discernir, esto es, clasificar.

Sus diversos significados dependen de cómo se perciba el cogollo anímico (si es más mente o es más espíritu), de cómo se capte lo que sería el genio o el *daimon* interno (iluminación natural o don superior), de cómo se conciba la educación (como una evolución programada, metódicamente

²⁰ FOUCAULT, *Le gouvernement de soi*, p. 181.

²¹ M. FOUCAULT, *L'usage des plaisirs*, París, Gallimard, 1984, p. 10, trata de encontrar en cierta cultura «la correlación entre dominios del saber, tipos de normatividad y formas de subjetividad».

construida desde los municipios, o como una escucha del talento natural, según quería Agustín). Por ello es una cifra o elucidario para entender los conflictos religioso-filosóficos y sociales tras la crisis de la polis y, más tarde, en los agónicos y desconcertantes siglos iniciales de nuestra era. Pues ese momento de sacudidas y de mutaciones extremas le parece decisivo.

Una vez más, como en toda su vida, Foucault busca la *prueba* de la filosofía en su relación con la actividad pública. Aunque retome los problemas filosóficos centrales, no hace una reflexión abstracta sobre la temperancia en la vida civil, sobre el régimen político ideal o acerca de las formas de la racionalidad social más virtuosas, sino que destaca cómo un discurso verdadero y arriesgado —dicho de frente, en primera persona—, puede ser un revulsivo ante lo instituido, ante el poderoso. La situación es ardua, asimétrica, desigual, comprometida, violenta y a buen seguro expuesta; pero el poder, en fin de cuentas, necesita ese peligro, necesita reflejarse en él o marcar sus distancias con él, y requiere saber incluso que su exceso en el contraataque o en su sordera no logra borrar las palabras dinámicas que brotan con la parresia.

Ofrece, en consecuencia, un núcleo de ideas que van perfilándose junto al dédalo de ramificaciones, entrelazadas de diversos modos, que crea cada semana en sus lecciones. Eso sí, en este seminario hay bastante vacilación, inusuales repeticiones, incluso momentos de inseguridad motivados por el exceso de oyentes, la carencia de tiempo o la presencia de incertidumbres en Foucault, así como por su agotamiento físico, lo que hace justicia a la acción parresíaca de su propia palabra. Los paisajes que ofrece son a menudo turbadores; sus gradaciones, originales, posiblemente sean algo bruscas, pero es su

modo habitual de contraponer etapas históricas futuras mediante cortes y oposiciones: las etapas intermedias, en Foucault, son más bien inexistentes o inconsistentes. Tal fue su modo expositivo, y más vale éste que el forzado ajuste de diferencias a una trayectoria claramente dibujada, para fingir una inteligibilidad lineal, más dudosa.

Asimismo, los autores antiguos que trae a escena son menos variados que en su curso de 1982, aunque supere la escasa nómina que hemos repasado. Por ejemplo, resulta curioso que Foucault alabe a Diógenes Laercio por su plasticidad, por saber conjugar éste una variedad de anécdotas. Pero es que Laercio revisó diversas concepciones sobre la naturaleza encarnadas en decenas de filósofos, resumió las consideraciones éticas por la vía del ejemplo; y, sobre todo, retrató rápidamente —y con gracia duradera— a desconocidos, eligiendo detalles reveladores de un íntimo modo de ser, esto es, característicos de una verdad expresiva singular, individual, como la que Foucault ha rastreado aquí.

VIII. Todo este seminario, unido al que le precede y al que le sigue (y a los dos libros que Foucault revisa por entonces), conduce, desde luego, a una trama greco-romana-cristiana, por diferenciación y superposición al mismo tiempo de problemas paralelos; pero también contrapone finalmente ese tejido —sucede una vez más, en sus lecciones, en su obra entera—, con el gran giro moderno, con la neta secularización de dos figuras de referencia, para él y para muchos: Descartes y Kant.

El segundo, Kant, aparece en la larga apertura de este curso en el *Collège*, cuando discute durante dos densas horas sobre «¿Qué es la Ilustración?», esa pregunta sobre *lo actual de la actualidad* que le acom-

LIBROS

pañó desde 1978 y que durante esos años tuvo una enorme repercusión: de hecho, esa fue la calzada maestra que le conectó al final de su vida con el pensamiento coetáneo. El primero, Descartes, aparece como el fundamento definitivo, a su juicio, del pensamiento moderno; su gran protagonismo como plataforma de giro se remontaría a su *Historia de la locura*, quedaría encajado además como estructura epistémica en *Las palabras y las cosas* y aparecería como fulcro en *L'herméneutique du sujet*. Pues Foucault nunca dejó de ser un «modernista», si nos atenemos a sus libros más conocidos; es decir, a todos los anteriores a 1984.

Ya en 1982, apuntaba Foucault que la *memoria* meditativa de Agustín se extendería modernamente en el reconocimiento mnemónico de Freud, pero también –pasando de la *meditación* al *método*–, su estela se radicalizaría de otro modo en el nuevo pensamiento, desde Descartes hasta Husserl²². Semejantes fogonazos, aunque sean muy breves, regulan un discurso sin duda filosófico por vocación y evidencian la firmeza de sus convicciones teóricas, si bien no parecen hallarse en esa inquietud inmediata suya, actual, que proyecta sobre los antiguos.

Como meta próxima estaría su indagación sobre el avance capilar de la moral cristiana y sus núcleos fundamentales: el orden divino, con su memoria y dictamen tan absorbentes; el afán por escrutar los recodos del alma; la idea de interpretar y purificar pasiones o deseos. Con todo, esas formas lejanas de subjetividad, aun siendo ajenas nos son constitutivas y pueden, por ende, redescubrirse y retocarse tras el ejemplo renacentista. Además, en última instancia, Foucault –el moderno que no en vano empieza sus

clases analizando por extenso el texto de Kant y un presente que desea ser «ilustrado»: todos los presentes de entonces a hoy–, quiso captar, con nuevos argumentos, la repercusión y la crisis de esta antigua moralidad en los siglos XIX y XX, quiso vislumbrar qué formas de gobernarse a sí mismo serían aún posibles en la ética contemporánea.

Le gouvernement de soi et des autres –con la viveza de sus datos, argumentos y tramas conceptuales– pone en evidencia la energía que introdujo Foucault en los estudios históricos o filosóficos partiendo de ciertas vetas culturales y sociales deslindadas o avistadas por él y casi inéditas. Su lectura hace aún más atractiva esta mirada complementaria y dispersa de sus años finales, que podemos recorrer mejor sin sorprendernos tanto de sus vaivenes.

En todo caso, si las apariencias y efectos de la verdad, si la necesaria sumisión a cierta *verdad producida* era su interrogante de los años setenta, esa idea se desplaza ahora al terreno de la acción filosófica de la verdad, cuya analítica –muy contemporánea y muy personal al tiempo– es originalmente densa, sutil, turbadora. Está desprendida del presente porque Foucault está en parte distanciándose de su pasado, y despidiéndose de todos, pero de hecho se ve implicada en esa coyuntura dubitativa de los ochenta que anhelaba poder relanzar un impulso ilustrado nuevo. De tal coyuntura al parecer dependemos todavía, así como de muchos de los proyectos que él tramó y de muchas de sus críticas, sociales o no, incluyendo su rechazo a quienes, al hacer un giro de ciento ochenta grados en su ideología, volvían a repetir sus mismas ideas y sus mismos prejuicios, como en una farsa.

²² FOUCAULT, *L'herméneutique du sujet*, pp. 442-443.

LIBROS DE LA A.E.N.

Estudios

1. M. GONZÁLEZ CHÁVEZ (ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, 1980.
2. A. PORTERA, F. BERMEJO (eds.), *Demencias*, 1980.
3. S. MASCARELL (ed.), *Aproximación a la histeria*, 1980.
4. T. SUÁREZ, C. F. ROJERO (eds.), *Paradigma sistémico y terapia familiar*, 1983.
5. V. CORCÉS (ed.), *Aproximación dinámica a las psicosis*, 1983.
6. J. ESPINOSA (ed.), *Cronicidad en psiquiatría*, 1986.
7. J. L. PEDREIRA MASSA (ed.), *Gravedad psíquica en la infancia*, 1986.
8. J. A. FERNÁNDEZ SANABRIA, J. MAURA ABRIL, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ (eds.), *I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N.*, 1986.
9. R. INGLOTT (ed.), *El quehacer en salud mental*, 1989.
10. C. CASTILLA DEL PINO (ed.), *Criterios de objetivación en psicopatología*, 1989.
11. A. BAULEO, J. C. DURO, R. VIGNALE (eds.), *La concepción operativa de grupo*, 1990.
12. R. FERNÁNDEZ, M. A. GARCÍA CARBAJOSA, J. L. PEDREIRA MASSA (eds.), *La contención*, 1990.
13. M. DESVIAT (ed.), *Epistemología y práctica psiquiátrica*, 1990.
14. A. INGALA, R. GÓMEZ, J. FRÈRE, A. GONZÁLEZ, *II y III Jornadas de la Sección de Psicoanálisis, «El malestar en la cultura»*, 1992.
15. P. SANROMÁN VILLALÓN (ed.), *Jornadas sobre salud mental y ley. Malos tratos a menores, malos tratos a mujeres, separaciones y divorcios*, 1993.
16. C. F. ROJERO, T. SUÁREZ (eds.), *Psicosis de la infancia y la adolescencia*, 1993.
17. V. APARICIO BASAURI (ed.), *Evaluación de servicios en salud mental*, 1993.
18. J. MAS HESSE, A. TESORO AMATE (eds.), *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*, 1993.
19. A. FERNÁNDEZ LIRIA, M. HERNÁNDEZ MONSALVE, B. RODRÍGUEZ VEGA (eds.), *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*, 1997.
20. R. GÓMEZ ESTEBAN (ed.), *Grupos terapéuticos y asistencia pública*, 1997.
21. J. LEAL RUBIO (ed.), *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*, 1997.
22. C. POLO, *Crónica del manicomio*, 1999.
23. F. SANTANDER (ed.), *Ética y praxis psiquiátrica*, 2000.
24. F. RIVAS (ed.), *La psicosis en la comunidad*, 2000.
25. E. GONZÁLEZ, J. M. COMELLES (eds.), *Psiquiatría transcultural*, 2000.
26. F. CARLES, I. MUÑOZ, C. LLOR, P. MARSET, *Psicoanálisis en España (1893-1968)*, 2000.
27. T. ANGOSTO, A. RODRÍGUEZ, D. SIMÓN (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría*, 2001.
28. C. GISBERT (ed.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental*, 2003.
29. A. ESPINO, B. OLABARRÍA (eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España*, 2003.
30. M. HERNÁNDEZ MONSALVE, R. HERRERA VALENCIA, *La atención a la salud mental de la población reclusa*, 2003.
31. J. M. ÁLVAREZ, R. ESTEBAN (eds.), *Crimen y locura*, 2005.
32. B. MORENO KÜSTNER, *El registro de casos de esquizofrenia de Granada*, 2005.

33. A. REY, E. JORDÁ, F. DUALDE y J. M. BERTOLÍN (eds.), *Tres siglos de psiquiatría en España (1736-1975)*, 2006.
34. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA, *La práctica analítica en las instituciones de Salud Mental*, 2005.
35. J. LEAL RUBIO, A. ESCUDERO NARS (eds.), *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental*, 2006.
36. F. PÉREZ (ed.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*, 2006.
37. A. DÍEZ PATRICIO, R. LUQUE LUQUE (eds.), *Psicopatología de los síntomas psicóticos*, 2006.
38. A. DÍEZ PATRICIO, *Análisis del discurso psicótico*, 2006.
39. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA (eds.), *La integración del psicoanálisis en la sociedad de nuestro tiempo*, 2007.
40. J. M. COMELLES, M. BERNAL (eds.), *Salud mental, diversidad y cultura*, 2008.

Historia

1. Jacques FERRAND, *Melancolía erótica*, 1996.
2. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía I*, 1997.
3. Anselm von FEUERBACH, *Gaspar Hauser*, 1997.
4. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía II*, 1998.
5. Robert GAUPP, *El caso Wagner*, 1998.
6. Gerolamo CARDANO, *El libro de los sueños*, 1999.
7. Emil KRAEPELIN, *Cien años de Psiquiatría*, 1999.
8. Étienne ESQUIROL, *Sobre las pasiones*. Joseph DAQUIN, *Filosofía de la locura*, 2000.
9. Tomaso GARZONI, *El teatro de los cerebros. El hospital de los locos incurables*, 2000.
10. Juana DE LOS ÁNGELES, *Autobiografía*, 2001.
11. François LEURET, *El tratamiento moral de la locura*, 2001.
12. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía III*, 2002.
13. Laurent JOUBERT, *Tratado de la risa*, 2002.
14. Samuel-Auguste TISSOT, *El onanismo*, 2003.
15. Daniel Paul SCHREBER, *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, 2003.
16. Raymond QUENEAU, *En los confines de las tinieblas. Los locos literarios*, 2004.
17. Timothy BRIGHT, *Un tratado de melancolía*, 2004.
18. CICERÓN, *Conversaciones en Túsculo*, 2005.
19. DIDEROT (ed.), *Mente y cuerpo en la Enciclopedia*, 2005.
20. Marsilio FICINO, *Tres libros sobre la vida*. Luigi CORNARO, *De la vida sobria*, 2006.
21. Patrick DECLERCK, *Los naufragos*, 2006.
22. Giovan Battista della PORTA, *Fisiognomía I*, 2007.
23. John DONNE, *Biathanatos*, 2007.
24. Giovan Battista della PORTA, *Fisiognomía II*, 2008.
25. Edgard ZILSEL, *El genio*, 2008.
26. Gladys SWAIN, *Diálogo con el insensato*, 2009, en prensa.

Distribuye: LATORRE LITERARIA, Madrid, tel. 91 8719379.

CRITERIOS PARA LA ACEPTACIÓN DE ORIGINALES

1. Los trabajos que se remitan deberán ser inéditos. Se enviará el original a la Redacción de dos formas: en papel DIN A4 y por correo electrónico (revistaaen@dip-valladolid.es).
2. El texto estará compuesto en un programa Word para PC o para Mac. Tecléese el texto con la máxima austeridad: a) no emplear nunca negritas, pues sólo se admiten redondas o cursivas; b) no utilizar letras de distintos tamaños; c) no imitar formatos de edición, como división de palabras al final de línea, dobles columnas, centrados, sangrados distintos al de un punto y aparte; d) no dejar líneas en blanco, excepto una sola para separar cada sección.
3. La primera página debe incluir el título y la autoría, así como un breve resumen de 20 palabras acompañado de tres o cuatro palabras clave para índices: todo ello, en castellano e inglés.
En página final, se incluirá un asterisco seguido de los nombres y apellidos completos, profesión y lugar de trabajo de cada autor, correo electrónico al que dirigir la correspondencia sobre el original.
4. Cuando sea oportuno, el texto se adaptará a los apartados clásicos: introducción (incluyendo los objetivos del artículo), métodos, resultados y discusión final.
5. Las citas se identificarán en el texto mediante el sistema de notas al final de documento, que facilita el programa Word, y se emplearán siempre números arábigos.
6. Para confeccionar la bibliografía, en caso de que apareciesen dos o tres autores, se escribirían separados cada uno de ellos mediante punto y coma. Si hubiese más de tres, sólo se escribiría el primero, seguido de: y otros.
7. En el caso de los libros se especificará la autoría por este orden: apellido del autor, iniciales de su nombre, título (en cursiva), lugar de la edición (en castellano), editorial, año.
En el caso de las revistas, se especificará de este modo: apellido del autor, iniciales de su nombre, título del artículo (entrecomillado), nombre de la revista (en cursiva), año, volumen, número, páginas. Cada una de las especificaciones, en ambos casos, tienen que ir entre comas*.
8. Si hay tablas se señala su posición en el texto, aunque se agrupen al final del documento o en un archivo distinto. Van numeradas consecutivamente. Las abreviaturas han de explicarse a pie de gráfico.
9. El Consejo de Redacción se rige por las siguientes directrices:
 - a) Se acusará recibo de todo artículo remitido a la *Revista*.
 - b) Los manuscritos serán revisados anónimamente por expertos en el tema abordado, quienes informarán sobre la conveniencia de introducir modificaciones en el artículo o sobre la posibilidad de publicarlo sin más.
 - c) Finalmente, la responsabilidad de la decisión de publicar o no un original ya evaluado —así como de determinar su fecha de aparición— corresponde al Consejo de Redacción y, en última instancia, al Director.

* Ejemplos: MORRIS, T. E.; HILER, A., *What is Identity?*, Nueva York, Columbia University, 1999.
 COLE, P., y otros, «El delirio», en ARJONA, L. (ed.), *Las crisis*, Sevilla, Disliber, 2006, pp. 213-219.
 PATRÁN, C., «Trastornos de identidad», *Nueva Revista de Psiquiatría*, 2004, XI, 23, pp. 194-206.

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Y en la Asociación integrada en la A.E.N. de la Autonomía correspondiente)

D. profesional de la Salud Mental, con título de que desempeña en (Centro de trabajo) y con domicilio en Población D. P. Provincia Teléf.

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A.E.N. de la Autonomía correspondiente, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D. D.

(Firma de los dos miembros) Firma:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación.

La suscripción de la Revista está incluida en la cuota de Asociado.

Nombre Dirección: BANCO/CAJA DE AHORROS Sucursal Cuenta n.º Población

Muy Sres. míos: Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente Libreta de Ahorros

n.º el importe de la suscripción anual a la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma:

BANCO/CAJA DE AHORROS Sucursal Cuenta n.º Población

Muy Sres. míos: Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente Libreta de Ahorros

n.º el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Población día mes año

Firma