

BOLETÍN SEMESTRAL
Nº 5 · MAYO DE 2018

AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA



**PROFESIONALES
DE LA SALUD MENTAL**



ÍNDICE

- 4 y 5 Treballadors de les paraules (*Bilingüe*)
- 6 y 8 Saó (*Bilingüe*)
- 10 Trabajando más allá del diagnóstico
Yobana Álvarez Pérez y Cesar Luis Sanz de la Garza
- 16 y 17 Parolas de pocha ta un futuro (*Bilingüe*)
José Manuel Lalana Cuenca
- 18 Recuperación en el hospital de día: un proyecto propio
María Alonso Suárez
- 32 y 37 Enfariñados (*Bilingüe*)
Ramón Area Carracedo
- 42 ¿Qué podemos aprender del escándalo del depakine
Abel Novoa
- 45 y 46 Llocura y sociedá n'asturies: delles notes dende la cultura tradicional asturiana
Ignaci Llope B
- 48 y 49 Topaketaren inguruan edo hiru eguneko asteburuak (*Bilingüe*)
Xabier Urzante
- 50 Luis Montes, la salud pública y la delincuente privatización de la Sra. Aguirre
Manuel Desviat
- 51 Cartas desde el manicomio
- 54 Reflexiones y comentarios sobre las VII Jornadas de La Revolución Delirante
- 59 Réplica y contrarréplica a una reseña
- 69 Mientras tanto en la prensa: ¿quién quiere más hospitales psiquiátricos?
- 72 Mientras tanto en la prensa: qué salvar de Salvados
- 74 Prólogo de la publicación Parentalidad, perinatalidad y salud mental en la primera infancia
Coordinada por Roque Prego, Margarita Alcamí y Encarnación Mollejo.
- 84 Prólogo al Espejo. Prólogo de la publicación En espejo
Coordinada por Laura Martín y Begoña Beviá
- 87 Extracto en espejo
- 89 Queer como verbo. Prólogo de la publicación Transpsiquiatría. Abordajes queer de la salud mental.
Coordinada por Maria Teresa Climent Clemente y Marta Carmona Osorio.
- 98 Mientras tanto en la AEN



Trabajadores de las palabras.

El Boletín que ahora teneis en la pantalla será la primera publicación de la AEN estatal que acepta textos escritos en cualquier lengua del Estado.

No es una obligación y tampoco queremos instaurar cuotas. Simplemente aprovechamos las ventajas del formato digital para dar la oportunidad de leer algunos documentos en su versión original. Quien no tenga ni interés ni curiosidad, los podrá leer en castellano con un clic.

Es una propuesta de la directora del Boletín que surge en un momento político en que los cambios en la configuración del Estado se ven como problema y las lenguas como una ocasión para el conflicto.

No es una coincidencia buscada y la iniciativa no quiere tampoco ser una respuesta. La AEN es una asociación española que ha sobrevivido, a lo largo de su historia, a diferentes versiones de España, manteniéndose como una comunidad de profesionales extraordinariamente integradora.

Nuestros motivos son básicamente románticos. Y la curiosidad por ver lo que pasa. Quizás alguien quiera saber cómo suena la expresión de una emoción en gallego, que recursos lingüísticos usa el euskera para crear la terminología psicopatológica o que raíces tiene las denominaciones de la locura en catalán. O estimular el hallazgo de nuevas palabras que nos defiendan de la arrolladora presencia de anglicismos en la riquísima lengua castellana.

Los que, como nosotros, nos ganamos la vida conversando, somos obreros de las palabras, trabajadores de las lenguas.

Treballadors de les paraules.

El Butlletí que ara teniu a la pantalla serà la primera publicació de l'AEN estatal que accepta textos escrits en qualsevol de les llengües de l'Estat.

No és cap obligació i tampoc volem instaurar unes quotes determinades. Simplement aprofitem els avantatges del format digital per donar oportunitat de llegir alguns documents en la seua versió original. Qui no tinga l'interés ni la curiositat podrà llegir-los en castellà amb un clic.

És una proposta de la directora del Butlletí que surgeix en un moment polític en què canvis en la configuració de l'Estat es veuen com un problema i les llengües com una ocasió per al conflicte.

No és una coincidència buscada i la iniciativa tampoc no vol ser-ne una resposta. L'AEN és una associació espanyola que ha sobreviscut, al llarg de la seua història, a diferents versions d'Espanya mantenint-se com una comunitat de professionals extraordinàriament integradora.

Els motius de la proposta son bàsicament romàntics. I també la curiositat per veure que passa. Potser algú voldrà saber com sona l'expressió d'una emoció en gallec, quins recursos lingüístics fa servir l'euskera per a crear la terminologia psicopatològica o quins arrels tenen les denominacions de la bogeria en català. O estimular la trobada de noves paraules que ens defensen de l'arrosegadora presència dels anglicismes en la riquíssima llengua castellana.

Els que, com nosaltres, ens guanyem la vida conversant, som obrers de les paraules, treballadors de les llengües.





Sazón¹

Tomar postura, fijar posiciones, disponer de un argumentarlo son funciones que la Asociación pide a su Junta.

En el actual contexto digital, la velocidad de respuesta ha de acompañarse a la inmediatez con la que llegan los acontecimientos frente a los cuales hay que posicionarse. La sección “Mientras tanto en...” de la web y su recopilación semestral en el boletín es la muestra de la acción de la Junta en este sentido.

No tenemos, sin embargo, ni capacidad ni ganas de entrar en todos los debates. Muchos son tan efímeros que no da tiempo. A menudo se interpela a la AEN con comentarios, críticas, sugerencias e incluso felicitaciones. No vemos necesario glosar todas estas intervenciones que no son debates con nosotros sino mensajes lanzados a la red para que en ésta se valoren.

Con menos frecuencia elaboramos respuestas a regañadientes. Nos asquea tener que volver a hablar del TAI como ha pasado en estos meses. Y nos sabe mal tener que comentar programas como “Salvados” del que esperábamos otra manera de tratar el tema de la depresión.

Hay tomas de posición que tiene un carácter más oficial y que llevan más tiempo. Tiempo de reflexión, tiempo de consulta y tiempo para construir las alianzas que algunos posicionamientos piden. Una muestra son las alegaciones al RD sobre la especialidad de Psiquiatría Infantil que presentamos desde nuestra Sección, conjuntamente con las otras dos asociaciones. Otra la respuesta al Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo en la que nos volvimos a reunir los firmantes del Manifiesto de Cartagena.

Hay, sin embargo, asuntos que no pueden ser “fijados” solo desde la Junta porque nos desbordan y, además, tenemos mejores resultados si podemos movilizar la joya de asociación que tenemos.

Un ejemplo es la respuesta a la “crisis migratoria” que no se podía limitar a suscribir escritos de condena o denunciar alguna propuesta corporativista que nos asustó. A partir de una iniciativa de las Jornadas de la AEN andaluza concluimos un cuaderno técnico. O el proceso de construcción del Cuaderno sobre Coerción que ha transitado, enriqueciéndose de Cartagena a Córdoba, pasando por Madrid. .

Tenemos una sazón riquísima que, cuando llega el momento, permite recoger frutos espléndidos. Hay que ser rápidos, pero también llegar a la sazón.

Puede parecer que no tenemos un argumentarlo claro en relación con el tema de la incorporación de Psicólogos en la AP. Mezclado con el lío entre Psicología Clínica y Psicología General Sanitaria.

Obviamente, la defensa de la especialidad y del acceso vía el itinerario sanitario es una posición firme, conocida i casi histórica de la AEN. Pero nos dimos cuenta que entrar en un debate directo tenía un riesgo claro de situarnos en un lugar legítimamente corporativo, pero poco sostenible desde

una asociación multiprofesional. Hacía falta altura de miras y colocar el problema en su contexto histórico y cultural, recordando que nuestro objetivo en la transformación de la atención son los ciudadanos y no las profesiones y menos aún las instituciones.

Saboread el delicioso editorial de Pepe Leal sobre “La ética de la ignorancia” con su delicado retrogusto illichiano. El saber técnico pretencioso basado en una metonimia implícita (como hay muchos problemas psicológicos hacen falta muchos psicólogos) banaliza la complejidad de los procesos que acaban apareciendo como demandas en Atención Primaria, los simplifica como un asunto de los especialistas y no considera los riesgos que tales operaciones (mistificaciones) tienen. Todo ello agravado porque, una vez situado el problema en este terreno, ya no entran las voces de los más cercanos, como son los profesionales de la Atención Primaria que miran el partido desde la grada.

La misma sazón abona otra línea de pensamiento coincidente. La progresiva y cada vez más desequilibrada tendencia a desactivar el nivel básico, generalista y comunitario de la atención para apoyar los niveles especializados, hospitalarios y jerarquizados. El boletín de la AMSM ha reflexionado con brillantez sobre el asunto. Aquí tenemos una causa común los profesionales de la Salud Mental y de la Atención Primaria. A las dos partes nos resulta difícil contrarrestar la potencia de una evidencia que todavía no sabemos poner al servicio de nuestros objetivos. A lo mejor no se puede. O no se escucha porque está claro que, cuando tenemos eficacia, la conseguimos con los ingredientes más blandos, genéricos y próximos de nuestras intervenciones. Factores comunes que hablan de alianza, vínculos, objetivos acordados, trato y acompañamiento más que de componentes técnicos.

Pensamos también desde aquí otro tema que ha surgido: las fases tempranas de las psicosis, cuya respuesta hemos tejido con los mismos hilos.

Reforcemos la Atención Primaria, hagamos los equipos comunitarios de Salud mental con una composición realmente multidisciplinar que permita la aplicación en su momento y en su lugar, de las intervenciones, en conexión con las necesidades reales de las personas. Equipos con capacidad de gestión que incorporen las voces y las opciones de los que padecen y de otros compañeros del trabajo comunitario. Dentro de un modelo público que dé cobertura a todos los momentos de la recuperación. Basándose en el respeto a los Derechos Humanos, en una ciencia abierta y una modestia inagotable. Reforzaremos así nuestra sazón, tendremos mejores respuestas y nuestros frutos serán más apetecibles que los cultivados con un exceso de abonos químicos.

1. La palabra sazón tiene los mismos significados que la catalana saó. Por una parte es el punto óptimo de madurez de las cosas y por otra el estado adecuado de la tierra para plantar y cultivar. Solo que en catalán es más frecuente el uso en el segunda acepción. En el texto juego deliberadamente con los dos.



Saó

Prendre postura, fixar posicions, disposar d'un argumentari són funcions que l'Associació demana a la seua Junta.

En el actual ontex digital la velocitat de resposta ha d'anar al compas de la immediatesa amb que arriben els esdeveniments front als quals cal posicionar-se. La secció "Mentrestant a la premsa. . ." de la web i la seua recopilación semestral al butlletí és la mostra de l'acció de la Junta en aquest àmbit.

No tenim, però, capacitat ni ganes d'entrar en tots els debats. Molts són tan efimers que passa ràpid el temps de resposta. Sovint s'interpel·la l'AEN des de xarxes socials amb comentaris, crítiques, suggeriments i, fins i tot, felicitacions. No considerem necessari glosar totes aquestes intervencions que no són debats amb nosaltres sinò missatges llançats a la xarxa per a que siga aquesta qui les valore.

De tant en tant fem respostes a contracor. Ens fa ja fàstic haver de tornar a parlar del [TAI](#) com ho fem a aquest butlletí. I també ens sap greu haver de comentar programes com "[Salvados](#)" dels que esperàvem una altra manera de tractar el tema de la depressió.

Hi ha preses de posicio que tenen un caràcter més oficial i per a les quals cal més temps. Temps de reflexió, temps de consulta i també temps per a construir les aliances que alguns d'aquest posicionaments demanen. En són mostra les al·legacions al reial Decret sobre la especialitat de [psiquiatria infantil](#) que presentàrem des de la nostra Secció, conjuntament amb les altres associacions i la resposta al [Protocol Addicional](#) al Conveni d'Oviedo on ens reunirem novament els signants del [Manifest de Cartagena](#).

Hi ha, tantmateix, assumptes que no poden ser "fixats" per la Junta perque ens desborden i, a més a més, tenim millors resultats si podem mobilitzar aquesta joia d'Associació que tenim.

Un exemple és la resposta a la "crisi migratòria" que no podia limitar-se a subscriure tots els documents que ens arribavem o denunciar algunes propostes corporativistes que ens esglaiaren. A partir d'una iniciativa de l'AEN andalusa a les seues Jornadas, acabàrem redactant un [quadern tècnic](#). O el procés de construcció del [Quadern Tècnic de Coerció i Salut Mental](#) que ha travessat, enriquint-se, de Cartagena a Còrdova passant per Madrid.

El descobriment és que tenim a l'Associació una saó riquíssima que quan arriba el moment permet recollir fruits esplèndids. Hem de ser ràpids, però també "fer saó".

Pot semblar que no tenim un argumentari compartit pel que fa al tema de la incorporació dels psicòlegs a l'AP mes o menys barrejat amb l'embolic Psicologia Clínica- Psicologia General Sanitària.

Obviament la defensa de l'especialitat i de l'accés via l'itinerari sanitari és un posicio coneguda, ferma i gairebé ja històrica de la nostra Associació. Però ens adonàrem que entrar en un debat directe

tenia un clar risc de situar-nos en un lloc legitimament corporatiu, pero poc sostenible des d'una associació multiprofessional. Calia “altura de mires” i situar el problema en el seu context històric i cultural, recordant que el nostre objectiu en la transformació de l'atenció són els ciutadans i no les professions i menys encara les institucions. Assaboriu el deliciós editorial de Pepe Leal sobre “[La ética de la ignorancia](#)” amb el seu delicat regust il·lichia. El pretenció saber tècnic basat en una metonímia implícita (com que hi ha molts problemes psicològics calen més psicòlegs) banalitzava la complexitat dels processos que acaben apareixen com a demandes en l'Atenció Primària, els simplifica com afers dels especialistes i no té en compte els riscos que tals operacions (mistificacions) tenen. Tot agreujat perquè, una volta situat el problema en aquest terreny ja no entren les veus ni tan sols dels més propers, com ara els [professionals](#) de la Atenció Primària que observen el partit des de la graderia.

La mateixa saó adoba altra línia de pensament coincident: la progressiva i cada volta més desequilibrada tendència a desactivar el nivell bàsic, generalista i comunitari de l'atenció, per a donar suport als nivells especialitzats, hospitalaris i jerarquizats. El butlletí de la [AMSM](#) ha reflexionat amb brillantor sobre l'assumpte. Aquí els professionals de la Salut Mental i l'Atenció Primària tenim una causa comuna. I també aquí ens resulta, a totes dues parts, difícil contrarrestar la potència de una evidència que encara no sabem posar al servei dels nostres objectius. Potser no es pot. O no s'escolta, perquè està prou clar que quan tenim eficàcia l'assolim amb els ingredients més tous, genèrics i propers de les postres intervencions. Factors comuns que parlen d'aliances, vinculs, tracte i acompanyaments, més que de components tècnics.

Des d'aquí pensem també un altre tema que ens han ofert: l'atenció a les “[fases primerenques](#)” de les psicosis, la resposta al qual hem teixit amb els mateixos fils.

Reforcem l'Atenció Primària, fem la mateixa cosa amb els equips comunitaris de Salut Mental amb una composició realment multidisciplinària que permeti l'aplicació continuada, al seu lloc i a seu temps de les intervencions, en connexió amb les necessitats reals de les persones. Equips amb capacitat de gestió que incorporin les veus i les opcions dels que pateixen i d'altres companys del treball comunitari. Dins d'un model públic que done cobertura a tots els moments de la recuperació. Fonamentat-se en el respecte als Drets Humans, en una ciència oberta i una inesgotable modestia.

Enfortirem així la nostra saó, tindrem millors respostes i amb un poc de sort, els nostres fruits seran més abellidors que els conreats amb un excés d'adobs químics.



Trabajando desde los padres, más allá del diagnóstico: en busca de relatos compartidos de supervivencia.

Yobana Álvarez Pérez
César Luis Sanz de la Garza

Cuando los padres piden ayuda para sus hijos, o para ellos, en referencia a los mismos, las intervenciones suelen ir dirigidas mayoritariamente a los **subsistemas** que ellos conforman como **padres o pareja**, aunque no debemos obviar por supuesto, otros sistemas en los que los padres o los niños participen, tales como el laboral o escolar, así como la familia extensa u otros grupos importantes a los que sienten que pertenecen o con los que interaccionan.

Aunque se mencione a los padres, de manera general, este es un trabajo dirigido a las **personas importantes de los niños**, aquellas que son responsables directas de ellos. No es necesario desde luego, que formen pareja, podemos establecer un contexto de trabajo con padres separados, personas que se enfrentan solas, sin el otro progenitor, al cuidado de los hijos, en un formato de familias reconstituidas, o con abuelos, tíos u otras personas de familia extensa que se identifiquen como cuidadores principales. El objetivo sigue siendo el mismo, dotarles de un contexto en el que construir vínculos seguros que faciliten la formación de espacios de resiliencia.

Independientemente de si los menores vienen o no, acompañados de un diagnóstico, es imprescindible cuidar a los adultos que cuidan a los niños. Así como los padres, o personas importantes de los menores que sufren, deben conformar para ellos una base segura, él o la terapeuta ofrecerá a las familias esa misma referencia.

De sobra es conocida la relación entre una adecuada **alianza terapéutica** y la expectativa de buen pronóstico en la terapia, dando un paso más, lo que se pretende es la construcción un **vínculo de seguridad desde el terapeuta**, donde reposar los miedos, las incertidumbres y el dolor, en el que promocionar los recursos propios y trabajar nuevas estrategias, construyendo nuevos relatos, todo ello en un marco de no juzgamiento y crecimiento conjunto. De esta manera y a través de hipótesis sobre las que elaborar **re-narraciones** que les expliquen y despojen de culpa, pero no de responsabilidad, se elabora un discurso compartido más constructivo que permite sostener un nuevo modelo de relación más adecuado, que favorezca el cambio y les ayude a sentirse mejor.

Las interrelaciones que se establecen en la terapia son aquí entendidas en los mismos términos de base segura entre padres y niños que entre terapeutas y participantes, se busca la creación una especie de **“constelación maternal”** sustentadora.

Partiendo de la base de que sobre el establecimiento de un **vínculo seguro** se cimienta la construcción de la **resiliencia**, y que esa construcción está relacionada con **las capacidades que los padres tienen para responder adecuadamente a las necesidades de los hijos**, y que a su vez esta

capacidad para dar respuestas depende de las **propias experiencias que ellos como niños recibieron de sus personas importantes**, se hace necesario investigar la red de vínculos interpersonales que se generan entre los participantes y sus personas de referencia así como fomentar el re-establecimiento de relaciones nutritivas entre ellos y con el terapeuta.

La participación de los niños y niñas en la terapia se decidirá en función de la evaluación de factores tales como su nivel de sufrimiento, la edad, las características del vínculo establecido con los adultos y de si se advierten o no avances a lo largo de la intervención.

Para hacer venir a un niño a terapia valoraremos si su **relación de costes/beneficios** sale en positivo, y la disposición del, o la menor, a acudir, así como la edad o el nivel de afectación. Si se plantea la necesidad de verlos y no están receptivos al inicio, lo habitual es que en el propio desarrollo de la intervención con sus personas importantes, sus reticencias, sus miedos y por tanto sus defensas disminuyan, y aumente su curiosidad por el escenario en el que sus padres están empezando a funcionar de un modo distinto al que solían hacerlo, sin colocarles a ellos como el foco principal del problema.

Lo mismo que en la **estructura de un relato**, podemos resumir en tres fases la **estructura de la intervención psicoterapéutica**, así nos encontraremos con:

Una introducción, inicio o planteamiento para conocer la historia de las personas, no sólo del problema, contada desde y por los participantes; las características de sus circunstancias vitales, más o menos estresantes; sus pérdidas, preocupaciones y experiencias; el entramado de vínculos interpersonales en los que participan o participaron con sus personas de referencia, así como la calidad de los mismos y por supuesto sus demandas. Para ello necesitaremos información entorno a al menos tres generaciones.

En esta etapa se recaba la mayor parte de la información a partir de la cual estableceremos el proceso de la intervención.

Marta es una niña de 11 años con un diagnóstico de Síndrome de Asperger desde los 6 años.

Sus padres acuden a consulta muy angustiados porque ella no está cumpliendo con las tareas propias de su etapa del ciclo vital, tienen problemas para que se alimente adecuadamente, no es nada autónoma en temas de aseo y autocuidado, ni para hacer las tareas escolares, también aparecen dificultades en el colegio con los compañeros. En las entrevistas nos refieren como la pareja no existe como tal desde el nacimiento de la menor, aunque conviven los tres juntos en el hogar familiar, la madre, que lleva el peso mayoritario de la crianza no goza de buena salud y los achaques la dejan tumbada en la cama días, sobre todo tras periodos de tensión muy altos, y el papá con un diagnóstico de salud mental no considera que tenga hueco ni autoridad para poder gestionar la educación de la niña.

El ambiente relacional familiar es frecuentemente de tensión. Los tres se están sintiendo poco seguros.



Apenas tienen apoyos por parte de sus familias extensas, los padres de ella no apoyaron esta relación y ahora se desentienden mientras que los de él no están para nada, él mismo relata cómo nunca pudo contar con ellos.

Se enfocan sus historias como hijos y las sensaciones que ellos albergan de sus padres como tal. Podemos recabar información sobre su historia de crianza, sus valores, sus expectativas como papás y como pareja, sobre cuáles son los modelos parentales de que disponen, etc.

Esta es por supuesto, sólo una parte del relato que sale a la luz en las primeras sesiones. Aunque el discurso inicial se centra en inicio, más en su preocupación por las reacciones “violentas” de la menor cuando se frustra, sus “faltas de respeto” y sus dificultades para conseguir que la niña “cumpla con sus obligaciones”, que en la descripción del sufrimiento de los tres, a medida que se va investigando y aflora una narrativa que va más allá que los problemas de la niña o los suyos como padres, es posible abrir el campo de referencia sobre el que apoyar la intervención.

Desarrollo o nudo, en el que se lleva a cabo el grosso del proceso terapéutico, y donde se construyen re-narraciones conjuntas y más funcionales entre terapeuta y participantes. Si la construcción de la vinculación entre terapeuta y otros participantes se desarrolla de manera segura, es posible hablar de sentimientos positivos y negativos así como hacerse responsable de lo inadecuado. Los patrones intergeneracionales quedan al descubierto permitiendo gestionar las emociones desde la comprensión de lo ocurrido. Así se plantea el avance sin sentirse culpable ni culpar, y el pasado se instala como un espacio más liviano soltando lastres de vergüenza y sensaciones de fracaso. Se asumen los errores y se propician ajustes de cuentas pendientes que liberan.

La historia re-narrada ofrece más oportunidades para seguir adelante sin rencores en un proceso de cicatrización de heridas y reafirmación de los propios recursos.

María, una niña de 8 años era descrita por sus padres como: “desobediente y no tolerante a la frustración”, “nos reta”, “ya no sabemos qué hacer para que ella se porte mejor”, el día a día se convertía en una lucha continua que les agotaba. Lo planteaban como un problema de conducta, que en principio sólo se manifestaba en el contexto familiar tanto en la relación con ellos, como de familia extensa, con abuelos, tíos y primos, y con algunos amigos cercanos. Sus padres se avergonzaban mucho de lo que ellos denominaban “perretas” que no podían controlar.

En las primeras entrevistas hablamos de cómo su abuelo paterno había fallecido tres años atrás, y el padre de la niña no había podido desprenderse del dolor de la pérdida, lo que ayudaba a que ella perdiese a su padre también. Este hombre se encontraba muy afectado por la sensación de un falta injusta, ya que era una persona joven y sana hasta el momento, y se sentía sólo y desconectado. Le costaba dejar atrás la tristeza y sentía que la pequeña no le respetaba como debería, él había sido un hijo respetuoso y no recibía lo mismo de su hija. Esto le dolía especialmente y le enfadaba, hasta el punto de sentir ira y reaccionar con ella en episodios de cabreo con su hija y su pareja.

La madre de la niña estaba pasando por una circunstancia laboral complicada, con grandes tensiones entre compañeros y una importante incertidumbre ante un posible despido. Se sentía muy insegura,

muy cansada y sin energía para enfrentarse a la crianza de María. Ella se consideraba una persona altamente responsable y esta situación la debilitaba enormemente. Como madre se sentía fracasada, la experiencia de la maternidad no era lo esperado y le devolvía una mala idea sobre ella misma.

La relación de pareja parecía desmantelada, no estaban sintiéndose cuidados el uno por el otro y parecían manejarse con fines más logísticos que de apoyo emocional de cara a sobrevivir a la crianza de su niña.

La familia extensa les hacía sentir fracasados en su tarea de educadores ya que ponían en duda las estrategias que manejaban con María y les reclamaban actuaciones disciplinantes que ellos sentían que “no eran capaces” de llevar a cabo con éxito.

A través de esta y otras informaciones recabadas, en la segunda etapa de la intervención se trabajaron entre otras las siguientes historias:

Los vínculos con sus personas importantes y los modelos parentales que ambos traían consigo y con los que participaban de la crianza de María. Revisándolos pudimos establecer relaciones entre su historia vivida y las expectativas que tenían como padres, así como componer un proyecto de paternidad/maternidad ad hoc a las necesidades de la niña.

El dolor de las pérdidas, ayudando al papá en su duelo pudimos recuperar al “padre” que no dejaba de ser hijo, incorporando a su vida y a la de su familia la memoria del abuelo.

La inseguridad laboral de la madre, generando un espacio conjunto de apoyo para decidir sobre el trabajo, que finalmente decidió abandonar, se permitió sentir que no era eso lo que quería para ella y que obligándose a permanecer ahí se sentía atrapada y frustrada, sintió también el alivio de no seguir forzándose y con el cierre de ese episodio se permitió ver ante ella otras opciones. Le fue más fácil tener la calma y la energía necesarias para poder implicarse en satisfacer las necesidades de la niña, así como sentir más seguridad sobre lo que ella creía que era adecuado en un contexto de trabajo. Sintiendo menos presionada de cara a la manera de “hacer - hacer” las cosas a María, recordó como ella se sentía de pequeña y lo que no le servía para movilizarse, que era precisamente lo mismo que a su hija, la presión y el cuestionamiento. Ella se definía como una persona con carácter que no funcionaba “por las malas”, y así veía también a su hija.

La relación de pareja se reestableció sin mucho esfuerzo tras encontrar nuevamente su espacio.

Este nuevo enfoque propició un cambio de discurso en cuanto a la situación de la niña, basada en una narrativa más compacta y favorecedora de cambios, con una explicación benévola que les entendía a todos como personas sufrientes con más recursos y les responsabilizaba y hacía partícipes activamente de la mejoría. Y permitió la generación de un vínculo seguro en María que parecía no confiar en sus padres, ellos no estaban haciéndola sentir segura y reaccionaba con la violencia que genera el miedo a la no supervivencia.

En esta fase además del trabajo de re-narración, también se ayudó a los papás trazando unas guías con tareas, para potenciar sus propios recursos, así como facilitar la generación de nuevas



estrategias de cara a mejorar la vinculación con su hija, pero lo más “potente” a la hora de facilitar el cambio no reposa tanto en esos aprendizajes como en la nueva historia que manejan y que facilita el entendimiento de sus experiencias facilitando un equilibrio sustentador.

Juntos pudimos salir de la explicación lineal del mal comportamiento de la niña para centrarnos en las tensiones que les implicaban y el sufrimiento subyacente a la disfuncionalidad.

Un desenlace o final, en el que se completa la narración que toma el aspecto de historia ya compacta en el que deben encajar los relatos de todos y donde las demandas establecidas conjuntamente quedan relativamente resueltas.

Amaya, chica de 17 años se encuentra “deprimida”, no se está cuidando, tiene fuertes ataques de ansiedad y llora muy a menudo. No se siente comprendida por sus padres, ambos profesionales, estudiaron sus carreras a pesar de pertenecer a ambientes familiares con dificultades y tienen muchas expectativas puestas en que sus hijos puedan hacer lo mismo. Es la menor de 3 hermanos. Tiene una hermana tres años mayor y un hermano varón con el que se lleva poco más de un año.

Los padres están muy encima de ella porque no cumple con sus expectativas, sus hermanos están estudiando bien, ambos en la Universidad, y Amaya está estancada, no sabe qué hacer, no se concentra, está dispersa y desanimada.

Tiene una relación de pareja con la que no da la sensación de sentirse del todo bien y en la que se dan frecuentes episodios de discusión que hace que se encuentre apoyada pero a la vez excesivamente cuestionada.

Tras llevar a cabo la intervención con sesiones individuales y familiares los tres dicen comprenderse mejor, se construye una historia con cada uno y otra más amplia compartida, que entre otras cosas redistribuye las responsabilidades y les da más capacidad de maniobra, se ponen los miedos sobre la mesa, y se fortalecen el vínculo de Amaya con sus padres. La competición entre “carreras” queda resuelta, su relación con sus hermanos mejora en la medida en la que sus padres dejan de mediar y ellos mismos reconocen que no estaban entendiendo lo que ocurría con Amaya. Su madre dice estar muy contenta porque para nada creía que Amaya fuese así como ahora la ve, dice que le encanta esta chica que ahora conoce, dejó de estar asustada y ahora la disfruta. Tanto ella como su marido creen que se equivocaron en la manera de tratar de ayudarla y que ven que las decisiones que tomaron en muchas de las ocasiones para tratar de movilizarla no fueron las más adecuadas. Dice que de haberlo entendido antes su familia no habría sufrido tanto.

Por otro lado la competición que enredaba a los hijos era la suya propia, la de su vida y la de su pareja, ellos eran los competidores que la sustentaban.

Amaya dice sentirse bien, más apoyada, más entendida y más querida, tiene pendiente salir de la relación de pareja, pero de momento no se ve con energía. Al final de la intervención, está estudiando un ciclo superior que le gusta mucho.

La construcción de estos **relatos conjuntos de supervivencia** favorece el establecimiento de

relaciones más sanas que diluyen o reducen mucho la disfuncionalidad y que propicia un notable avance en la calidad de vida de los menores y las familias en general.

BIBLIOGRAFÍA

- Arlene Vetere y Rudi Dallos (2012) Apego y terapia narrativa. Un modelo integrador.
- Boris Cyrulnik (2005) Bajo el signo del vínculo.
- John Bowlby (1989). Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego.
- Jorge Barudy, Maryorie Dantagnan, Emilia Comas y María Vergara. (2014) La Inteligencia Maternal. Manual para apoyar la crianza bien tratante y promover la resiliencia de madres y padres.
- Jorge Barudy. Maryorie Dantagnan (2005). Los buenos tratos a la infancia.
- Juan Luis Linares (2006) Las formas del abuso. La violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella.
- Juan Luis Linares (2012) Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica.
- Michael White (2002). Reescribir la Vida
- Michael White y David Epston (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos.
- Salvador Minuchin (1986) El caleidoscopio familiar
- Salvador Minuchin (2001) Familias y terapia familiar.
- Salvador Minuchin y Michael P. Nichols (1994) La recuperación de la familia: relatos de esperanza y renovación.
- Stefano Cirillo (2012) Malos padres Modelos de intervención para recuperar la capacidad de ser padre y madre.



Ataraxigrado @SkynetVoyeur · 19 abr.

Acuerdos, no planes de cuidados.

Desde toda la base teórica enfermera que se sostiene en los planes de cuidados, deconstruir ésto es urgente.

#madrileña18



PAROLAS DE POCHA TA UN FUTURO

José Manuel Lalana Cuenca

Güei, 23 d' abril, ye o diya d' Aragón, una biella nazió conoxita dende sieglos por as suyas libertaz, y que, como dizeba Chuaquín Costa se define por o suyo dreito (" Antis leis que reis "). Un dreito abanzau ya d' antis más, basau n' os pautos y n' o grupo sozial (a familia, a comunidá), y que, por exemplo, dimpués d' a Declarazió d' o Privilechio Cheneral en 1325, pribó a tortura grazias a o Dreito de Manifestazió.

Han pasau sietezientas añadas y encara en Aragón imos de charrar de dreitos . Se ha iu entabán, profés que sí. Agora semos un país más muderno y con millors rans de democrazia y de protecció sozial... Semos aintro de collas internazionals que treballan por ellos, como Naziones Chunitas...

Pero tamién ye berdá que encara, en nuestra sozieda autual bi ha chen excluyita, por bellas causas; toz en tien, a o mio pareixer, dos cosetas en común: son diferens y más que más, son probes. Ye platero que o capitalismo no sape de dreitos, no más que de diners, de rentabilidá... y por ixo no puede permitir-se ne que aquellos que frenan o ritmo sozial sigan libres; os refusa, y si cal, os atura . Ye un exercicio de poder.

O barrenato ha estau de cutio baxo ixo poder, y de feito, encara lo ye. En primeras estieron zarratos de raso en os manicomios, n' as instituzions totals... agora bi ha otras trazas, más sutiles talmén, pero no por ixo menos periglosas. En todas istas trazas a suya presonalidá ye estricallada; a suyas parolas no en son ascuitatas y por ixo, en reyalidá ye condenau a no estar, a no estar presona.

O nuestro quefer ha d' estar ascuitar a toz profés, pero tamién aduyar a que as suyas parolas no s' amorten y sigan ascuitatas. Beyer a presonas con a suya subchetibidad, os suyos deseyos, capaces de cualisquier coseta dillá d' a suya enfermedá. Ziudadans como toz, y con toz os suyos dreitos.

Ista rechira sólo a feremos chuntos, chobenes y biellos, ombres y mullers, china chana y sin que falte garra chen. Asinas, a ixena, feremos ta cutio una soziedá más chusta y libre, con unos serbizios públicos zereños y democráticos, n' os que os dreitos humanos de toz, barrenatos u no, no sigan enrestius.

A luita no ye en balde, ¡ya cal!

PALABRAS DE BOLSILLO PARA UN FUTURO

José Manuel Lalana Cuenca

Hoy, 23 de abril, es el día de Aragón, una vieja nación conocida desde hace siglos por sus libertades, y que, como decía Joaquín Costa se define por su derecho (“ Antes leyes que reyes “). Un derecho avanzado ya desde antiguo, basado en los pactos y en el grupo social (la familia, la comunidad), y que, por ejemplo, después de la Declaración del Privilegio General en 1325, prohibió la tortura gracias al Derecho de Manifestación.

Han pasado setecientos años y todavía en Aragón tenemos que hablar de derechos. Se ha progresado, por supuesto que sí. Ahora somos un país más moderno y con mejores niveles de democracia y de protección social. Estamos dentro de asociaciones internacionales que trabajan por ellos, como Naciones Unidas...

Pero también es verdad que todavía, en nuestra sociedad actual, hay gente excluida, por varias causas; todas tienen, a mi parecer dos cosas en común: son diferentes y sobre todo, son pobres. Está claro que el capitalismo no entiende de derechos, solamente de dinero, de rentabilidad... Y por eso no puede permitirse que aquellos que frenan el ritmo social sean libres; los rechaza, y si es preciso, los aísla. Es un ejercicio de poder.

El loco ha estado desde siempre bajo ese poder, y de hecho, todavía lo está. Primero estuvieron totalmente encerrados en los manicomios, en las instituciones totales... ahora hay otras formas, más sutiles quizá, pero no por esos menos peligrosas. En todas estas formas, su personalidad está destruida; sus palabras no son escuchadas, y por eso en realidad está condenado a no ser (a no estar), a no ser persona.

Nuestro quehacer ha de ser escuchar a todos, por supuesto, pero también ayudar a que sus palabras no mueran y sean escuchadas. Ver a las personas con su subjetividad, sus deseos, capaces de cualquier cosa más allá de su enfermedad. Ciudadanos como todos, y con todos sus derechos.

Este proceso de recuperación sólo lo haremos juntos, jóvenes y viejos, hombres y mujeres, poco a poco y sin que falte nadie. Así, todos a una, haremos de una vez por todas una sociedad más justa y libre, con unos servicios públicos fuertes y democráticos, en los que los derechos humanos de todos, locos o no, no se vean atacados.

La lucha no es en vano, ¡Es necesaria ya!



RECUPERACIÓN EN EL HOSPITAL DE DÍA: UN PROYECTO PROPIO

María Alonso Suárez, Psicóloga Clínica
mariaasuarez@yahoo.es

Este trabajo fue presentado en las IV Jornadas de Hospitales de Día de la AEN, celebradas en Alcalá de Henares el 3 y 4 de Noviembre de 2017. Se trata de una experiencia grupal desarrollada en un Hospital de Día. En el momento de las Jornadas era una experiencia muy incipiente, que apenas había arrancado 3 meses antes. Aunque en lo concreto es una nueva actividad grupal, en realidad pretendía ser un virus que contagiara el paradigma de recuperación en el resto de las intervenciones. Este virus ya llevaba tiempo incubándose en el equipo, pero la experiencia era muy incipiente y en las IV Jornadas de Hospitales de la AEN se presentaba en fresco, mientras el equipo la iba pensando, en la confianza de abrirla a la reflexión entre los asistentes.

DE DÓNDE VENIMOS, EL EQUIPO,

O de cómo si no nos “recuperamos” como equipo no vamos a poder acompañar en la recuperación

En nuestro Hospital de Día (HD) estamos desarrollando un Proyecto Propio.

Dice la literatura sobre el paradigma de recuperación que recuperarse es construir un proyecto de vida con sentido.

Queremos que nuestro Hospital de Día sea un lugar donde recuperar las ganas de vivir y de construir proyectos que tengan sentido para cada uno.

Para cada uno, para las personas a las que acompañamos y también para las personas que componen el equipo.

Si para nosotros, para el equipo, el HD no es un lugar que nos de ganas de vivir, de crear, de proyectar, de querer, difícilmente vamos a lograr que sea una espacio donde se den las condiciones para que las personas a las que acompañamos puedan recuperarse.

Como equipo, como todos los equipos, como todos los grupos, tenemos una historia vital, con momentos ilusionantes, con crisis, con encuentros, con desencuentros, con bloqueos, con confusión. En algunos momentos hemos sufrido mucho. Nos hemos enloquecido. En otros hemos estado más creativos, fluyendo, tranquilos. A veces no hemos podido pensar juntos. Con demasiada frecuencia parte del equipo ha cambiado, y ese ‘juntos’, era un ‘nuevo’ juntos, y había que empezar un poco otra vez.

Fruto de toda esta historia vital, desarrollada además en el contexto social, en un sistema de salud mental concreto, bajo el paraguas hegemónico del modelo médico, fuimos desarrollando algunas formas de hacer y mirar que olían a paternalismo, a asistencialismo, a pedagogismo, a intervenciones

basadas en el déficit. A actitudes que estaban más al servicio de calmar nuestras angustias paranoides y confusionales. Actitudes en las que nos colocábamos como expertos en el sufrimiento de los otros, nombrando lo que les pasa con nuestro lenguaje “psi”, sabiendo lo que tienen que hacer, dejando poco lugar para el no saber, para no intervenir. Actitudes en las que las normas del HD estaban más al servicio de que no se descontrolen las cosas, como si en la vida fuera del HD no fueran a descontrolarse, como si parte de nuestra tarea no fuese precisamente acompañar en dar sentido a cuando uno pierde el control, cuando hay problemas, conflictos.

Desde hace un tiempo podemos pensar mejor juntos. El modelo de recuperación está siendo el hilo conductor para el Proyecto Propio del equipo. Un proyecto que lleva un proceso, con sus tiempos tranquilos, a veces con subidones maniacos, a veces nos deprimimos, con momentos en los que parece que nos recuperamos y luego tenemos una recaída. Afectados por las cosas que nos pasan en la vida propia y en la del equipo: cambios, duelos, sustos, frustraciones, despedidas, ... Igual que las personas a las que acompañamos.

Empezamos hace tres años, leyendo juntos. Además, a propósito de las unas Jornadas Anuales de Hospitales de Día Regionales, nos unimos con los equipos de 6 HD para desarrollar un estudio multicéntrico que nos ayudara a pensar en cada HD cómo nuestras prácticas favorecen o no la recuperación. Mar Soler habló de este proyecto en las Jornadas de la AEN en Cartagena.

Este proceso de recuperación, de construir un HD que favorezca la recuperación, se ha ido colando poco a poco en nuestro hacer, en nuestra mirada.

Ha ido cambiando nuestro lenguaje.

Se nos va colando a fondo que la realidad es que los expertos de su vida son ellos.

Que podemos estar no sabiendo.

Que podemos estar no interviniendo, y eso es hacer.

Que podemos acompañarles cuando quieren asumir riesgos.

Que no somos los responsables de sus decisiones.

Nos vamos despegando de las demandas asistencialistas del entorno.

Acompañamos en la búsqueda de sentido de lo que les pasa.

Un sentido conectado con su vida.

Para favorecer que puedan construir proyectos propios con sentido.

También es un proceso en el que vamos aprendiendo que no podemos ir más deprisa en cambiar nuestra manera de trabajar con las personas a las que acompañamos que en la manera de trabajar y relacionarnos entre nosotros como equipo. Un equipo que incorpora para sí el modelo de recuperación es un equipo con la participación de todos, con relaciones más democráticas y menos jerárquicas,



con escucha de verdad - esa que está abierta a que tu forma de pensar cambie, con cuidados entre nosotros, con un encuadre para organizar la tarea que nos sostenga y permita la creatividad, donde hay flexibilidad, se fomenta la autodeterminación de cada uno, hay empatía, hay una mirada sobre los otros que confía en sus fortalezas, y hay esperanza sobre nosotros como equipo.

Si dentro del equipo no se trabaja desde los principios del modelo de recuperación, quizás hagamos algo decentemente 'recuperador' hacia el grupo, pero va a tener un tope, en algunos aspectos será un "como si", o saltarán las incoherencias y el equipo entrará en crisis. Esta segunda opción sería la mejor desde el modelo de recuperación, que incorpora las crisis como oportunidades para la salud. Una diferencia con las personas a las que acompañamos es que, en la mayor parte de las ocasiones, los equipos no disponemos de un tercero que nos acompañe en nuestras crisis. La supervisión de los equipos de Hospital de Día (de todos en realidad) es imprescindible. Y como no suele estar, hacemos lo que podemos.

Lo que vengo a contaros es el proceso de gestación y los inicios del Grupo de Proyectos del Hospital de Día. No es un grupo más. Nuestra intención es que vertebre todo el proceso de acompañamiento en nuestro HD yendo a la raíz del modelo de recuperación. Nuestra ilusión es que lo que pasa en este grupo sea como un tumor benigno que se extienda al resto de nuestras células, actividades y maneras de estar.

PRESUPUESTOS TEÓRICOS QUE SUBYACEN AL PROYECTO

Lo que sigue es una condensación de modelo de recuperación en su concepción basada en los derechos individuales y en la recuperación como algo subjetivo e indefinible. Nos influyen también otros conceptos que provienen del modelo de acompañamiento terapéutico, el psicoanálisis multifamiliar o el modelo de diálogo abierto. Y muchos textos de los que alguno citaré en la bibliografía.

Recuperarse es construir un proyecto de **vida** propio con sentido.

Vida.

Recuperarse es tener ganas de vivir, de estar vivo.

Los proyectos dan ganas de vivir.

El Hospital de Día ha de ser un lugar que de ganas de vivir.

No hay nadie que sepa más de la vida propia que uno mismo.

Hay muchas maneras de vivir, diversas.

Se puede estar muerto en vida o se puede vivir una vida **con sentido**.

Con sentido.

Con sentido como tener una dirección, ir en un sentido.

Con sentido porque tiene significado para mí.

Con sentido porque me fío de mis sentidos, me escucho, me fío de mis intuiciones, de mis ocurrencias.

Un vivir sentido, un vivir conectado, un vivir emocionado.

Y mis proyectos son consentidos, son propios, no sólo no me resisto a los proyectos que me vienen de fuera, de la familia, de los profesionales, de las exigencias, sino que consiento abiertamente.

Construir un proyecto de vida con sentido.

Construir.

Construir es partir de las fortalezas y de los valores propios, identificar los cimientos.

Construir es salirse de un modelo de déficit, que organiza la evaluación, las actividades, los objetivos de un plan de tratamiento conforme a áreas de funcionamiento que hay que “rehabilitar” para encajar.

Construir no es rehabilitar.

Rehabilitación no es recuperación.

Los planes individualizados de tratamiento no son proyectos propios.

Un objetivo de un plan individualizado de tratamiento que no tenga sentido dentro de un proyecto propio, no tiene sentido.

No tiene sentido al margen de lo que nos parezca al equipo sobre lo que es necesario para ser normal, para ser capaz, para funcionar.

¿Para qué dejar de echarse siestas? ¿tiene sentido dentro de un proyecto propio?

Propio.

Recuperación es emancipación.

Emanciparse es construir un proyecto de vida propio con sentido.

Con su narrativa, su lenguaje para nombrar lo que pasa, eligiendo qué apoyos o tratamientos quieren y en qué orden, pudiendo cambiar de opinión.

Para contribuir a la emancipación, los profesionales tenemos la responsabilidad de estar atentos a las maneras en que ejercemos el poder.

Para que ellos se empoderen, se apropien, nos tenemos que desempoderar nosotros, desapropiarnos.



Para que ellos se recuperen nos tenemos que recuperar nosotros.

Recuperarnos de las estereotipias asistencialistas en las que nos hemos fijado para calmar nuestras ansiedades.

Sin caer en la negligencia y en el abandono, hay que saber cuando dar un apoyo asistencial, cuando hay que ayudar a parar.

No vale todo, también tenemos el mandato de cuidar.

No hay una fórmula para saber cuándo sí, cuando no, pero es nuestra tarea pararnos a pensarlo, mejor acompañados, mejor en equipo, mejor con supervisión.

Recuperarse.

¿De qué recuperarse?

Recuperación no es curación.

La locura no se cura.

El sufrimiento psíquico tiene que ver con la vida que vivimos.

De la vida no te curas, pero le puedes dar sentido.

Cuando la vida no tiene sentido, se te quitan las ganas de vivir.

Cuando al sufrimiento se le califica como enfermedad, sin conexión con la vida vivida o la que quiere vivirse, el sufrimiento aumenta.

Psicoeducar no encaja en un paradigma de recuperación.

Recuperarse es construir un proyecto de vida propio con sentido

En esta definición nos falta **“junto con otros”**, o **“en ciertas condiciones”**

Porque tampoco es verdad que si quiere se puede, no todo es tener ganas de vivir, no todo es ‘poner de tu parte’.

Son necesarias unas condiciones, unos **vínculos**, un clima, un contexto, una mirada.

A menudo se les ha negado durante años la capacidad para pensar sin otros sobre su propia vida.

Cuando no hay ganas de vivir, ni proyectos propios, es difícil acompañar en la tarea de que tengan un proyecto propio sin hacer la tarea por ellos, sin decirles lo que les viene bien.

Va a hacer falta tiempo para que se den las condiciones y aparezcan los proyectos.

Todos necesitamos tiempo.

EMPEZAMOS A CONSTRUIR JUNTOS EL GRUPO,

o de cómo darse cuenta de que si hubiéramos tomado apuntes de lo que dijeron tendríamos por escrito los presupuestos teóricos del grupo

Después de hablarlo varias veces en el equipo, decidimos que en la próxima Asamblea les íbamos a proponer crear un Grupo de Proyectos, a ver qué les parecía.

Lo que les contamos en la Asamblea es que nos parecía importante que cada persona enfocara su proceso en el HD en un proyecto propio que le de ganas de vivir, en algo concreto y tangible, algo elegido por ellos y que tenga sentido para su vida. Y que qué les parecía crear un Grupo de Proyectos. Recordamos la situación de una compañera, que tenía como objetivo ganar libertad (esto era ir a sitios sola), que pasó más de un año sin poder ir sola ni a la zona de fumar, y que empezó realmente a conseguirlo cuando eso tuvo un para qué, un proyecto que tenía sentido para ella: poder visitar a sus padres, ser la hija que quería ser. Les dijimos que queríamos construir este espacio grupal conjuntamente con ellos, pensando juntos si tenía sentido, para qué, cómo realizarlo, qué entendemos por proyectos.

La idea fue muy bien recibida. Se abrió un debate más que interesante. Salimos pensando que si hubiéramos tomado apuntes de lo que dijeron tendríamos por escrito los fundamentos teóricos del grupo.

Tardamos un par semanas en comenzar y mientras, varios de ellos nos preguntaron varias veces cuándo empezábamos. Nos pillaba el verano por medio y no sabíamos cómo hacer, para nosotros era también novedad. Así que decidimos ser coherentes, no pensar que teníamos que tenerlo todo pensado, y arrancar sin saber, confiando en que todos juntos íbamos a co-construirlo, sin hacer la tarea por ellos.

PRIMERA REUNIÓN: ¿PARA QUÉ UN GRUPO DE PROYECTOS?

o de cómo volver a darnos cuenta de que en vez de estudiar tanto sobre el paradigma de recuperación podríamos haber empezado por preguntarles (¿o es que el virus ya estaba en la cultura del HD y se estaba incubando?).

La primera sesión la dedicamos a pensar juntos el “para qué”: ¿para qué un Grupo de Proyectos?. Esto un resumen de lo que se dijo:

“Para tener inspiración, porque tener proyectos es la sal de la vida. Para que surja la ilusión. Para centrarme en lo que es importante para mi, en lo que quiero. Para salir del bucle de lo negativo. Para ponerme en marcha. Si no hay proyectos siento que no hay vida. Para motivarse hacia el futuro. Para pasar a la acción. Para dejar de posponer. No hace falta estar “recuperado” para tener proyectos, que los proyectos propios van a sustituir a los “síntomas”, al sufrimiento, que con frecuencia estos aparecen cuando no hay proyectos vitales. Puede servir para readaptarse cuando otros proyectos han fracasado. Puede ser que se rompa un jarrón y hagamos un mosaico con los trozos. Porque la vida



propia, lo vivido, ha de tenerse en cuenta para seguirse proyectando. La vida propia que incluye las buenas y las malas experiencias. Que incluye las crisis y la locura. Porque en las crisis se dicen cosas muy de uno mismo que no se dicen en otros momentos, y que muestran verdades de uno. Porque las crisis también nos muestran que tenemos que hacer algo diferente para tener una mejor vida. Se puede romper el jarrón y podemos hacer como en el kintsugi, el arte japonés que repara las fracturas de la cerámica embelleciéndolas con dorado. Porque las roturas y reparaciones mejoran al objeto”.

LA SEGUNDA REUNIÓN: CÓMO HACER EL GRUPO DE PROYECTOS

o de cómo el grupo sabe también qué metodología requiere una actividad que sirva para su recuperación

En la segunda reunión estuvimos debatiendo sobre el *cómo* hacer este grupo para que sirviera a esos *para qué*. De todo lo que se debatió, a veces formulado como una duda, a veces como un obstáculo, a veces como un deseo, a veces como una propuesta metodológica concreta, los miembros del equipo fuimos traduciendo los consensos en “entonces **la metodología del grupo debería poder...**”:

Incluir proyectos individuales o colectivos.

Acompañar a personas que no tienen claro el proyecto que quieren.

Escribir el proyecto, leerlo en el grupo y que el grupo ayude a pensar para poder resolver dudas.

Ayudar a analizar los obstáculos y oportunidades del proyecto, esto es, tener en cuenta los recursos del contexto familiar, social, económico, de la persona.

Ayudar a tener un “enfoque”, una idea clara, definir y concretar el proyecto.

Escribir un diario o cuaderno para “que las palabras no se las lleve el viento” y lo que se va aprendiendo vaya sirviendo para proyectos futuros.

Ayudar a simplificar e ir a lo sencillo.

Disponer de herramientas que sean flexibles pero al mismo tiempo sirvan para mantener compromisos, motivación y autodisciplina.

Facilitar que la participación de los miembros del grupo fluya, con libertad para confrontar o validar, siempre con ánimo constructivo.

Facilitar que participen el máximo número de personas para que la puesta en común de todas las visiones subjetivas nos acerque a una realidad más objetiva que ayude a quienes los que se exigen demasiado o demasiado poco, a los que no ven ninguno de los obstáculos de la realidad o a los que ven demasiados...

Que se aprovechen las opiniones de los que no son expertos en mi proyecto porque la mirada no experta aumentará la creatividad.

Que incluya poder concretar pasos y plazos a seguir en la realización de los proyectos.

Que tenga en cuenta los momentos o estados en los que la persona “no está bien”. Que la metodología sea inclusiva con personas que están en diversos momentos.

Que al final del grupo haya un espacio para escribir en el diario de proyectos y que en cada grupo se empiece leyendo lo escrito la vez anterior.

Que cada uno decida su camino, no sólo el proyecto, sino el cómo realizarlo, escribir o no, por ejemplo. Que las herramientas estén pero cada uno las use a su manera.

Que la metodología facilite “disfrutar del camino” (no tanto el resultado).

Acordamos que en la tercera sesión empezaremos a hablar de qué es un proyecto y que podríamos empezar a formularlos. Hay en el grupo ganas de empezar a hablar cada uno de sus proyectos.

LA TERCERA REUNIÓN: QUÉ ES UN PROYECTO

o de cómo definir lo que es un proyecto pero que luego se integre lo diverso

Se debate cómo vamos a definir qué es un proyecto en este grupo y se van sucediendo las siguientes ideas:

“Trabajo hacia algo que tenga un resultado.

Algo a realizar que satisface una necesidad.

Creación de ideas que puedan proyectarse en algo concreto.

Innovar.

Si no se consigue el resultado, el proceso cuenta.

Búsqueda de varios caminos que darán oportunidad de conseguir proyecto.

Ideas que extraemos de la cabeza para hacerlas reales.

Que sea algo que nos haga ilusión.

Aunque puede ocurrir que la motivación esté basada en exigencias a cumplir que sean importantes”.

Luego van formulando algunos de sus proyectos y nos vamos preguntando si son o no un proyecto según lo que se había definido. Se van abriendo debates en la sesión como: si hay una diferencia entre objetivos y proyectos; si el HD, venir a HD puede ser un proyecto en sí mismo o una herramienta para otro proyecto; hay personas que se plantean como proyecto “sentirse bien”, “estar más feliz” y debatimos si esto vale como proyecto; y también hablamos sobre los *para qué*, sobre si “porque es lo normal” basta para motivar un proyecto o es importante que haya un *para qué* más propio, personal, con sentido para uno. En general, la respuesta del grupo viene a ser que todo vale, que cada uno a su manera, que hay que respetar cómo cada cuál entienda que es tener un proyecto, y que se use el grupo como quiera y pueda cada uno en cada momento.



TRES REUNIONES DE RODAJE Y NOS PARAMOS A PENSAR

o de cómo se puede confiar en que el grupo se autorregula y cómo los proyectos se van colando en el resto de actividades

Durante las siguientes tres reuniones seguimos la dinámica de que quién le apetezca lea lo que tenga anotado en el diario de la sesión anterior o comente lo que le parezca sobre sus proyectos. Luego se va trabajando sobre algunos más detenidamente. En los intercambios dentro del grupo se dan múltiples situaciones de las recogemos algunas viñetas breves. Para entender el sentido de cada viñeta, el valor, la novedad dentro de un proceso, habría que explicarla en el contexto de la historia de cada persona, pero sobrepasa el tiempo disponible para contar la experiencia.

Como quien dice que los compañeros le han ayudado a ver que sus proyectos tienen en común querer ayudar a otros.

O quien dice que le ha servido para darse cuenta de que quiere disfrutar más con sus hijos.

Hay quien dice que el grupo le crea ansiedad porque independizarse de sus padres lo ve muy a largo plazo y se va con la idea de dividir su proyecto en pasos.

A quien le dicen que eso de “volver a ser yo misma” es un “todo” y muy amplio, que lo concrete.

Quien se da cuenta de aunque es legítimo que su proyecto de estudiar responda a sus intereses, a veces no está la opción preferida y tiene que ver si le merece la pena flexibilizar.

Quien por primera vez expresa lo solo que se siente porque sus padres no le apoyan en sus proyectos.

Quien se proponía al tiempo unos diez proyectos viene diciendo que ha tenido un “choque” con la realidad, que “a la mierda los sueños otra vez”, pero que igual los sueños no se dan sin realidad.

Quien quiere volver a ser aquella para la que la frase “no puedo” no existía en su diccionario y a la que le dicen que volver a ser aquella igual le trae al mismo lugar.

Quien dice que no puede proyectarse en nada si no sale de su casa.

Quien dice que se agobia porque siempre quiere saber cuál será el camino correcto y así no arranca.

Quien dice que todo el mundo puede tener un proyecto alcanzable.

Quien dice que ahora está estancado porque “me estoy mirando a mí mismo, cogiendo aire para seguir avanzando”.

(...)

Al final de la tercera reunión “de rodaje” nos pasan dos cosas que nos hacen plantearnos dedicar un espacio en la próxima asamblea para revisar la metodología. La primera es que se abordan sólo tres proyectos y muchos se quedan con ganas de hablar. La segunda es que el Grupo de Proyectos se está pareciendo mucho a ratos a un grupo de psicoterapia, porque algunos proyectos van de “ser

feliz”, “estar mejor”, “tener ganas de vivir”..., y a pesar de las invitaciones a concretar acabamos en conversaciones sobre “todo o nada”, “si elegimos ser felices”, “aceptar el dolor para que no te invada” o “si es o no posible o deseable volver a ser la de antes”, por ejemplo. Un miembro del equipo plantea que los proyectos “emocionales” también pueden concretarse el planes de acción. Hay dudas de que vayamos a poder ser capaces, el equipo, de dejar de hacer psicoterapia, de ocupar un lugar distinto en este grupo. Pero esto no es una preocupación para el grupo, así que nos hacemos la reflexión dentro del equipo, pensando que igual sí, pero que tenemos que confiar en nosotros y en nuestros tiempos.

En la siguiente Asamblea se ocupa parte del tiempo en reflexionar sobre la metodología. Las ganas de que haya más tiempo para este espacio nos lleva a que empiecen a hacer sugerencias sobre qué actividades del Hospital de Día **podrían ser substituidas**. Al final lo que tiene más consenso es optar por adaptar los contenidos y metodología del Grupo Matinal de los lunes para que sirva también al propósito de poder explorar avances y obstáculos en los proyectos. En el Grupo Matinal se enumeraban, relataban, las actividades de la vida diaria y hábitos de la semana. A partir de ahora la idea es que quién quiera relate lo que tenga sentido para su proyecto.

También se llega a un consenso para que el grupo funcione del siguiente modo:

1. Ronda rápida: quién quiera que lea lo anotado en el Diario de Proyectos o diga brevemente lo que le apetezca sobre sus proyectos o el grupo anterior
2. Se eligen 3 o 4 proyectos entre los voluntarios, intentando que vayan rotando para que todos hayan podido trabajar en el grupo el suyo al cabo de 3 o 4 semanas
3. Cada uno expone cómo está llevando sus proyectos y le plantea una pregunta al grupo. Hacen preguntas como: “¿por dónde empezaríais?” o “¿cómo salir de aquí?” o “sólo quiero que me felicitéis” o “¿qué puedo hacer para motivarme?” o sencillamente “¿cómo lo veis?”.
4. Reflexión en grupo.
5. Reflexión individual. Tiempo para escribir en el diario de proyectos.

Hemos tenido 5 reuniones más con este planteamiento. En total 11 sesiones hasta estas Jornadas Nacionales de Hospitales de Día.

PRIMERAS VALORACIONES

Ahora en el HD se habla del proyecto en todos los espacios, se habla menos de recuperarse, de curarse, de estar mejor, o de volver a ser el de antes.

Algo que no puede medirse, pero que está, es un clima con más vitalidad, con mayor sensación de responsabilidad y dirección propia.



Cuanto menos dirigimos y más facilitamos metodologías que den más lugar a la espontaneidad, la creatividad y el intercambio, más aparece lo propio, y lo que da ganas de vivir.

Este proceso no es fácil para el equipo y a veces nos angustiamos, y tendemos a hacer la tarea por ellos en vez de sólo facilitar las condiciones para que la hagan.

Lo que pasa en este grupo ha empezado a colarse en el resto del HD, empezando por el lenguaje, y terminando por preguntarnos siempre ¿para qué?. ¿Para qué esta norma?, ¿para qué este objetivo?, ¿para qué esta manera de intervenir?.

Y también ha terminado por colarse en el equipo, porque trabajar con este enfoque para el grupo señala muy fuerte las incoherencias si sus principios no se aplican también a las relaciones entre los miembros del equipo. Así que hemos entrado en crisis, que estamos resolviendo tratando de acordar un encuadre que nos sostenga mejor en estos procesos de cambio, sin encorsetarnos, respetando los tiempos de cada uno, permitiendo los cuidados y la creatividad.

REFLEXIONES POST-JORNADAS

Durante el debate posterior a la presentación de la experiencia en las IV Jornadas e Hospitales de Día de la AEN hubo varias intervenciones que orientan estas reflexiones.

La principal está relacionada con el contexto más amplio en el que se enmarca esta intervención. Durante el debate surgió la duda de hasta qué punto esta experiencia estaba desarrollándose en una “burbuja” al margen de una red más amplia de servicios de salud mental que pudiera no compartir las bases del paradigma de recuperación en su concepción basada en los derechos individuales y en la recuperación como algo subjetivo e indefinible. En general, los HD suelen tener bastante autonomía para el desarrollo de sus programas. Pero lo cierto es que están insertos en un contexto que va a ofrecer continuidad de cuidados al alta, que puede no armonizar con el paradigma de recuperación. Por ejemplo, desde el paradigma de recuperación no tienen cabida las intervenciones “psicoeducativas”, o trabajar por la “conciencia de enfermedad”, o que la intervención esté centrada alrededor del fármaco y la “adherencia al tratamiento”, u organizar la evaluación y establecimiento de planes de tratamiento en torno a áreas de funcionamiento parceladas por disciplinas profesionales. Y hoy por hoy, este es el enfoque hegemónico en salud mental. En el debate durante las Jornadas se cuestionaban las posibilidades de poder sostener esta la experiencia del grupo de proyectos si entraba en disarmonía con una mirada biomédica sobre el sufrimiento psíquico del resto del entorno. Surgieron propuestas en torno a utilizar esta experiencia como palanca para la transformación de la cultura del resto de la institución. Propuestas dirigidas a poder someter a reflexión y debate conjunto los resultados de la experiencia más allá del HD: en espacios como las sesiones clínicas, por ejemplo. Coordinarse y contar con el resto del entorno que acompaña o va a acompañar a la persona en el futuro es necesario. Pero, ¿está justificado hoy día no intervenir desde el paradigma de recuperación y desde una óptica basada en derechos para asegurar una continuidad de cuidados más armónica? No son estas las únicas disarmonías con la que se encuentra una persona que utiliza diversos servicios

de salud mental al tiempo o de manera sucesiva. Son necesarios espacios de coordinación entre dispositivos que fomenten la construcción conjunta de cuidados para las personas que utilizan nuestros dispositivos, liderados para fomentar la cooperación, y un abordaje sistémico que incluya la reflexión sobre los factores institucionales que pueden incidir en los proyectos propios de cada persona.

Otro aspecto también relacionado con el entorno que surgió en el debate fue de qué modo facilitar el acompañamiento de la familia al proceso emancipación de la persona que participa en este tipo de abordaje. Esto es absolutamente necesario. Esta experiencia del grupo de proyectos se inserta dentro de un programa más amplio en el que cada familia es atendida en entrevistas familiares regularmente, así como en un grupo multifamiliar quincenal. Con un enfoque centrado en dar cabida a todas las voces en la comprensión de la crisis que atravesaba la persona diagnosticada y atendida en el HD, así como las necesidades de cada miembro de la familia (y sus propios proyectos) y aquellas relacionadas con el sistema familiar como un grupo que puede también desarrollar un proyecto propio.

Por último, la necesidad de cuidados y de supervisión dentro de los equipos fue otro emergente en el debate posterior a la presentación. Es una necesidad para cualquier dispositivo al margen de estar caminando o no como equipo hacía intervenciones basadas en un paradigma de recuperación. Pero además este abordaje nos plantea a los profesionales retos con respecto a nuestros roles profesionales que, sin apoyo, pueden devenir en angustias desde las que se haga muy complicado acompañar a personas con sufrimiento. Retos como dejar colocarse en el rol de experto y establecer una relación horizontal con los saberes y narrativa de quien acompañamos. Retos como dejar de realizar tareas asistenciales que dotaban de sentido al rol profesional (pedir un relato cronológico a todos de las actividades de la vida diaria fuera del HD, repartir bandejas de comida, supervisar por sistema la toma de medicación al margen de la relación de cada persona con su tratamiento, dinamizar grupos con un estilo pedagógico frente a metodologías de construcción conjunta del conocimiento, etc.) mientras se está construyendo otro modo de acompañar para el que aún no hay experiencia. O retos como establecer unas relaciones dentro del equipo menos jerárquicas. La necesidad de supervisión, cuidados y formación conjunta se hace más patente si a esto añadimos que la idiosincrasia de los HD trae consigo que el encuadre es más abierto que en otros dispositivos, donde se comparten múltiples espacios informales “sin bata”, donde el encuentro con el otro es diario e intenso, en situaciones de crisis y con la involucración de la familia.

BIBLIOGRAFÍA.

Algunas referencias para profundizar:

Alonso, Fernando (2015). Se necesita otro pensar y se necesita ya. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental, número 38.

Alonso Suárez, M. (2016). Reflexiones sobre el modelo de recuperación en salud mental. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental, número 40.



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Deegan, P. E. 1988. Recovery: the lived experience of rehabilitation. Psychosoc. Rehabil. J. 11: 11-19.

Dozza, Leonel y otros (2011). Manifiesto anti-asistencialista. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales, número 15.

Leal Rubio, José (2003). “La supervisión: Una modalidad de formación continuada del equipo interdisciplinar de salud mental”. Publicado en: “La formación de los profesionales de la salud Mental en España”. Antonio Espino y Begoña Olabarria. (coord. .) AEN. Estudios no 29. Madrid 2003

Martín López –Andrade, Laura (2017). Manual de instrucciones para la deconstrucción de un dispositivo. e-Átopos número 3.

May Rufus (2005). Dar sentido a la experiencia psicótica y trabajar por la recuperación. En: Gleeson JFM, McGorry PD (coord.). Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento. Bilbao. Desclee de Brouwer, biblioteca de psicología: 425-452.

Geoff Shepherd; Jed Boardman; Mike Slade. (2008). Hacer de la recuperación una realidad. Servicio Andaluz de Salud.

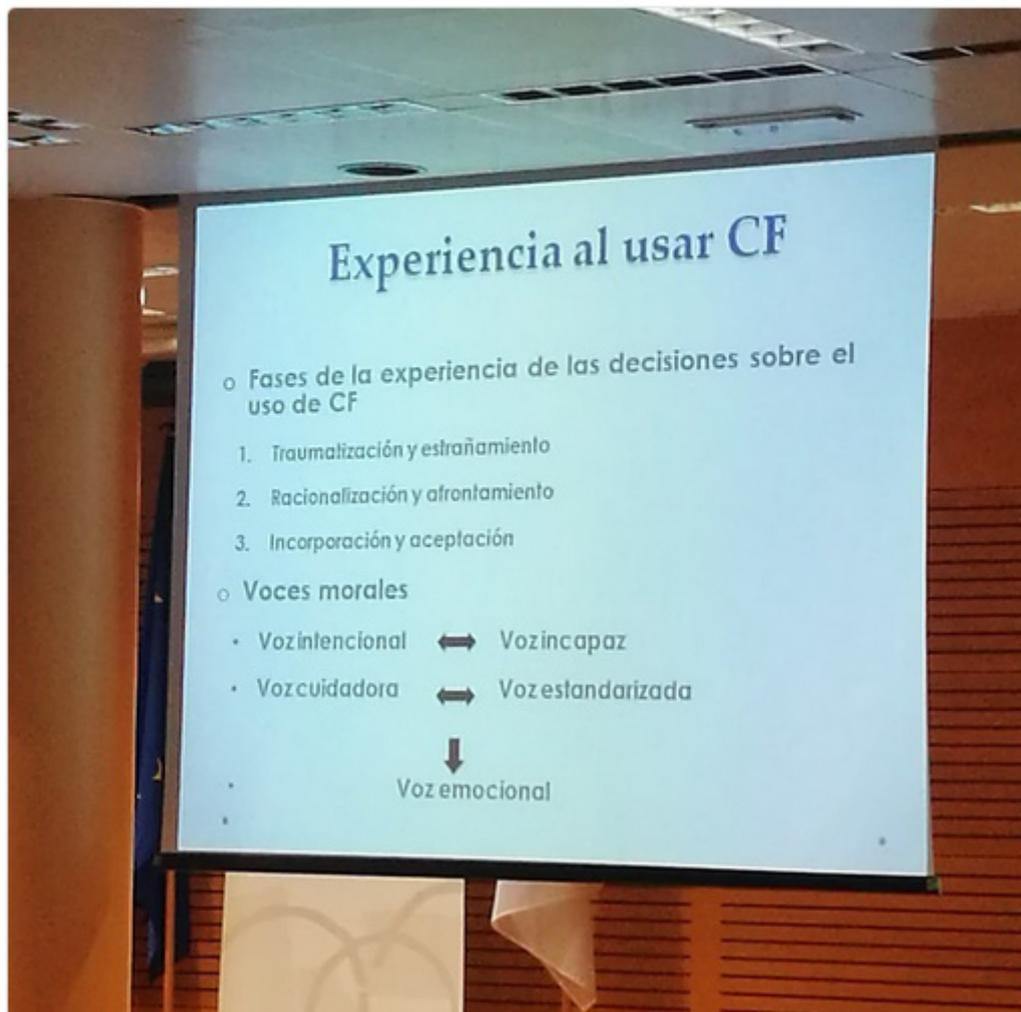
Vispe Astola, Amaia y otros (2014). Trabajar haciendo posible lo imposible. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental, número 37.





AMSM @AMSaludMental · 20 abr.

Usar contenciones físicas es traumático. Tenemos derecho a no atar. Elvira Pértega citando a Patricia Rey ayer. #madrileña2018 #madrileña18





ENFARIÑADOS

Ramón Area Carracedo

Cinco de marzo. Luns. Levábamos meses enredando co tempo (metereolóxico), a seca, os embalses escasos e -perspectiva internacional- o cambio climático. Un clásico galego que trae dende as memorias agochadas ese mundo pertencente a só un par de xeracións atrás: agro, lama, colleita, incerteza, traballo, leira, vivir facendo números.

De súpeto, algo ven de fóra. As cousas en Galiza adoitan chegar así. En barco, avión ou pola autoestrada de Madrid.

Desta volta, unha sentenza:

*A titular do xulgado número sete de Collado Villalba
ordena o secuestro de Fariña.*

O xornalista Nacho Carretero escribira o ensaio *Fariña* para dar conta do narcotráfico galego durante as décadas dos oitenta e os noventa. O ex-alcalde de O Grove presentou unha demanda por injurias e calumnias e a editorial veuse na obriga de paralizar a venda e a distribución do libro. Polo medio, estreouse unha serie afastada do ton documental e que adopta as novas formas da ficción televisiva para feitos baseados na realidade. Xa veremos se me decido a vela.

Antes que cocaína, a fariña só era fariña. Un po branco e miúdo, resultado de moer o cereal, amigo da auga, do lévedo e da sal, disposto a converterse en pan ou empanada.

Os muiñeiros tiñan un oficio que estaba a medio camiño entre a industria doméstica e unha actividade suplementaria á labranza. A fariña que se cobraba por moer, a maquí, era unha plusvalía ben cativa. E os produtos obtidos por transformación, o pan e a empanada, alimentos de subsistencia.

A cocaína deu en chamarse fariña nese pulo que teñen as xergas por ir mudando os significantes, na dialéctica eterna que fai da palabra un lugar de encontro ou un xeito de diferenciar os sons propios (dun eu que aspira a un nós) fronte aos inevitablemente dominados polo outro.

O alcume xurdiu diante da evidente semellanza morfolóxica aínda que se poidan fantasiar outros parecidos. Por exemplo, a tendencia ao troco (a ganancia da venda é un anaco da propia mercadoría), o encadre como produto de necesidade (a dependencia resoaría a un xeito de fame), a transformación a partires dende un existente na natureza cara a un po concentrado, manipulable e transportable. Tamén, quizais, as dúas fariñas manteñan correspondencias encanto ás distintas posibilidades de formas e elaboracións para o seu consumo.

Lembremos, como curiosidade, que o recheo da empanada chámase *farsa* (a cebola suple a falla de carne, permanecendo invisíbel ao ollo este engano á pobreza).

A historia sempre tende a deixar pendente a cuestión da subxectividade. Supoño que a pretensión de cientificismo non afecta soamente á psiquiatría. Porén, Eric Hobsbawn inaugurou hai xa ben anos outra maneira e outras pretensións de facer historia, onde a economía, os movementos sociais e a xentes do común son quen deben proporcionar a necesarias claves sociais e psicolóxicas. Matices, por certo, moi diferentes dos ofrecidos por unha sentenza xudicial que secuestra libros ou por unha entrevista ao presidente da Xunta nunha coñecida canle estatal.

Na historia económica de Galicia pódense establecer unha sucesión de ciclos. O primeiro, o ciclo do centeo, estendeuse ata ben entrado o século dezaoitto. As terras cultivadas eran as agras, parcelas que, aos poucos, tomaran en propiedade os labregos e que, no seu conxunto, estaban rodeadas duns muros que as separaban dos pastos e impedían o paso do gando. Nelas cultivábase o centeo, que alternaba anualmente cos nabos e o liño. Estaban tamén as leiras ao pé da casa, é dicir, as hortas que aínda a día de hoxe resistense a desaparecer e sorprenden aos visitantes de Compostela no seu ruar pola cidade vella.

Aquela non pasaba de ser unha economía de subsistencia.

O segundo ciclo foi o do millo, cando o cereal chegou dende as américas. Acabou con moita fame pero requiría unha labor a fondo da terra e tamén máis pradería e gando para poder aboala cos excrementos. Introduciu unha riqueza que mudou a aldea, non só a súa xeografía senón tamén as persoas ou a arquitectura. Co excedente do millo pagouse o barroco galego, adoitaba dicir Otero Pedrayo. E eu engadiría que tamén deu para os balcóns nas fachadas das casas e os novos panteóns nos cemiterios parroquiais.

O terceiro ciclo foi o do leite, a infancia dos nosos pais e porta de entrada á modernidade, asunto que non é de estrañar sabendo que a palabra capital procede de cabeza, polo gando. Na década dos sesenta afundíronse os prezos dos produtos agrícolas e o leite pasou a ser o único excedente do campo con certo valor no mercado. Importáronse vacas de Suíza e de Holanda. O liño, por exemplo, fundamental para o tecido e a roupa, foi substituído polo algodón da industrialización catalá e a pataca botouse nas terras onde antes se sementaba cereal. O ciclo do leite deixou unha paisaxe de prados para o gando e... emigrantes a centroeuropa.

Cómpre preguntarse se existiu un ciclo do ciclo do narcotráfico que implicase un suxeito económico e social característico. A fariña foi cousa da segunda xeración de galegos inseridos xa de cheo no capitalismo e, como sabemos, ás veces hai fenómenos complicados nestes forzamentos e aceleracións culturais.

A fariña supuxo, por primeira vez, unha saída *pública* da lei, nun país que adoita amosarse como resignado e tranquiliño. Non obstante, Galicia, no seu rexistro íntimo, tivo de sempre unha relación singular co estado e coa súa teima por legislar.

A lei non foi entendida, polo xeral, como algo pertencente á orde da regulación compartida (iso é un asunto de acordo veciñal) ou do sentido común (máis afeito ao caso a caso e ao pensamento verbal fronte á codificación universal e por escrito). Moi ao contrario, a lei víase como unha prohibición por parte de quen pode prohibir. Fenómenos como os incendios, a misteriosa mobilidade dos marcos, os



alambiques ilegais, a concentración parcelaria ou mesmo o rentismo poden reflectir unha tendencia atávica a transgredir, aínda que sexa dun xeito particular.

Non é doado fixar ao través do léxico estes usos e maneiras. Quizabes Galiza estivese habitada por anarquistas de tapado que, paradoxicamente, sabían que o poder, por natureza, fai o que lle peta. Tiveron mostras máis que suficientes de este goce inevitábel e opresor, ou ao dicir de Mújica, *o poder non transforma senón amosa quen es*. Aí é onde repousaba o sistema caciquil, isto é, na aspiración a telo de man, influír, pedirlle, manipulalo, enganalo e, se a ocasión o permitía, facerlle burla. O de cambialo na súa esencia, xa se sabe que non é posíbel, polo menos do Padornelo cara a aquí.

De existiren, o ciclo da fariña pousou cartos e goce dun xeito diferente ao coñecido.

As entradas abruptas nos lugares onde aínda existen as lembranzas da pobreza ou da fame, adoitan producir fenómenos emerxentes (por exemplo, o *feísmo* como produto dun enriquecemento repentino). A fariña moveu cartos nunha sociedade na que tanto a riqueza como o desfrute estaban restrinxidos aos que ocupaban os clásicos lugares de poder. O narcotráfico, encanto espectáculo, soubo acompañarse dunha estética do desafío que se elevou premeditadamente ao rexistro público: os clubs de fútbol, as mansións, os coches de alta gama, as xoias, as esmorgas até o clarear, as viaxes en barco polas rías baixas, os bares que pola mañá servían viños e tapas e pola noite baixaban a luz e subían a música, as complicidades exhibidas coa política, os billetes grandes, os bancos laxos, a roupa cara...

Nesta fisterra anticipouse algo do presente. De súpeto, mudou aquel lugar onde a terra e a meteoroloxía e a precariedade humana determinaban miradas ao ceo, dúbidas, falas escasas, retranca, regueifas, devoción pola comida e días onde a natureza (fose temporal ou cicloxénese) impedía traballar.

Era un lugar cun discurso peculiar pero un lugar de discurso.

Pola contra, durante os anos oitenta e noventa Galicia transformouse nun lugar de acto. Tamén ao seu xeito, distinto de Sicilia ou Calabria. Unha manufactura con planadoras, noites longas, raias a escondidas (ou non), liortas quentes no medio das rúas frías e, sobre todo, un alardear polo pracer, a riqueza e o desacato ata entón descoñecido. Talvez ese foi un punto clave no nacemento da subxectividade que estaba por vir: o gabarse, o exhibir, os *mercedes* e os pazos con griferías de ouro (disque).

Ata ese intre, facer público o éxito propio era garantía de desgraza ou mal de ollo. Se había unha emoción que podía entenderse como organizadora das prácticas sociais, esa era a envexa, asunto do máis serio e ao que cumpría atender decontino para identificala, esquivala e desactivala. As envexas dos veciños eran quen de conectar co substrato imaxinario e fantástico e, dese xeito, ser a porta de entrada da maldición, a mala sorte ou a vinganza.

A fariña subverteu até a medula esta particular relación dos galegos co pracer e a lei, co que pode amosarse no público e aqueloutro que debe ficar no segredo. O narcotráfico, sobre todo, ergueu unha imaxe que daba conta da impunidad diante do poder, fose lei mundana ou sobrenatural. Tais

semblantes sempre procuran a fascinación dos seus espectadores e adoitan preferir a anécdota fronte ao discurso. Así, foise tecendo un relato a cachos, sen vontade constituírse nun verdadeiro texto senón tan só retallos de aparencia épica e, ás veces, tinguidos cunha preferencia malsá polos protagonistas e as súas fazañas.

Para a xente do común quedou un relato esluído, por fóra dunha historia que teña como obriga dar conta do sufrimento, as mortes e as vidas truncadas. E os enriquecementos, ascensos ao poder e complicidades varias.

Dende un punto de vista xudicial, poderíase falar dun remanente de impunidade malia os procesos e as condenas. Porén, aí non deberan rematar as cuestións pendentes do narcotráfico xa que, de facelo, nada habería que engadir ou comentar á decisión da xuíz. Hai outras miradas necesarias, nas que a clínica e o suxeito deberan ser referencias ao seren testemuñas dos anos do ciclo da fariña.

A psiquiatría dos sistemas de saúde principiou a súa relación coas drogodependencias dende o absoluto rexeitamento. Cando comecei nos hospitais, o habitual era que ingresaran na garda de medicina interna un par de persoas con sospeita de VIH. Xente fraca e con moito medo, ao meu entender. Ou, segundo o discurso oficial, afectados por unha desgraciada epidemia e adscritos aos chamados grupos de risco: prostitutas, homosexuais e hemofílicos.

Eran días de morte e complicacións. Complicábanse os corpos das infeccións oportunistas, dos sarcomas e das encefalopatías pero tamén... enredábase a ética. Pode que a fachada da heroína -conta o sempre lúcido Carreño- fose a sucidade, o deterioro, a mentira, os furtos, a delincuencia, pero a causa do afastamento da non foi ese. Os manicomios xeraban persoas cunha faciana parecida e a psiquiatría nunca se escandalizou demasiado.

A verdadeira razón do desagradábel das dependencias era a elección última do suxeito: drogarse.

A resposta subxectiva (e non científica) da psiquiatría foi facerse a un lado e celebrar a creación dunha rede paralela na asistencia ás drogodependencias, a medio camiño entre o social e o asistencial, a axuda e o control, o vicio e a enfermidade. En todo caso, por fóra dos servizos de saúde, coas umads, as comunidades terapéuticas, ou o proxecto home.

A fariña, máis adiante, trouxo un perfil de adictos máis afastados da marxinalidade e permitiulle á psiquiatría un regreso ás adicións sepultando o encontro co desagradábel. A fariña (ou empanada) psiquiátrica pasaron a conformala os circuitos de recompensa, a impulsividade, a personalidade, a predilección polo *neuro*, os fármacos *anti* e, tamén, certa preferencia profesional por situarse no puro acto do experto que exclúe calquera pregunta ao respecto do goce, as prácticas de poder ou o discurso social.

A fariña anticipou o novo suxeito da adición e, neste recuncho do mundo, o seu ciclo coincidiu co comezo doutro ciclo denominado por Manuel Fernández Blanco capitalismo pulsional.



A cocaína ofrece un pracer coa aspiración de colocar(se) por fóra da palabra e da biografía. Pagábase polo *subidón*, por unha cota de felicidade, por un control das emocións que era, en realidade, o traslado dende o rexistro da vivencia ao rexistro do acto. O narcotráfico non foi “tomar de máis” nin tampouco, estritamente falando, “colocarse”. O narcotráfico foi, en esencia, consumir. Fariña, coches, traxes, barcos, casas... Obedecer ao mandato de ser feliz, a esoutro poder tan diferente do caciquil que nos trouxo a mutación do capitalismo.

O estrito cumprimento da orde de gozar é o propio do suxeito contemporáneo da adicción, aquel que, ao mesmo tempo, semella elixir e non ser quen de evitalo.

O secuestro do libro vai máis aló do código civil. Non debiera ser soamente un acto xurídico. Nin sequera un conflito entre a liberdade de expresión e o dereito ao honor. Eses son asuntos da lei codificada que desbotan dicir sobre a historia dun país ou os cambios na subxectividade dos seus habitantes.

O secuestro de *Fariña* perpetúa a ausencia de discurso, forclúe o texto, deixa unha borrosidade anómica e melancólica, chanta a anécdota como fronteira, reduce o persoal a unha cuestión de conduta, elimina, precisamente, páxinas onde a invisibilidade que arela o capitalismo especulativo non é quen de librarse do seu rastro mundano.

Diante da prohibición, eu, galego, un pouco dos tempos de antes, psiquiatra, lector, con lembranzas e tristezas suficientes ao redor de drogas e persoas, cun presente de atención a psicóticos que consomen e para os que o paradigma dominante só aporta un nome (patoloxía dual)... supoño que algo farei.

Quince de marzo. Xoves. Levamos catro frontes atlánticas de vento e choiva a esgalla que abanean as fiestras de noite e convidan a quedar na casa.

Non esperen que lles conte outra cousa.

Ás veces, os asuntos da lei e do pracer deben ficar na intimidade.

ENFARIÑADOS

Ramón Area Carracedo

Cinco de marzo. Lunes. Por aquí, llevábamos unos meses enredando con el tiempo (meteorológico), la sequía, los embalses escasos y -perspectiva internacional- el cambio climático. Un clásico gallego que trae desde las memorias escondidas ese otro mundo perteneciente a tan solo un par de generaciones más atrás: campo, barro, cosecha, incertidumbre, trabajo, finca, vivir haciendo números.

De pronto, algo viene de fuera. Las cosas en Galicia suelen llegar así. En barco, avión o por la autopista de Madrid.

En esta ocasión, una sentencia:

La titular del juzgado número siete de Collado Villalba

ordena el secuestro de Fariña.

El periodista Nacho Carretero había escrito el ensayo *Fariña* para dar cuenta del narcotráfico gallego durante las décadas de los ochenta y los noventa. El ex-alcalde de O Grove presentó una demanda por injurias y calumnias y la editorial se vio en el deber de paralizar la venta y la distribución del libro. Entre medias, se estrenó una serie alejada del tono documental del libro y que adopta las nuevas formas de la ficción televisiva para hechos basados en la realidad. Ya veremos si me decido a verla.

Antes que cocaína, la harina (*fariña*) solo era harina. Un polvo blanco y menudo, resultado de moler el cereal, amigo del agua, la levadura y la sal, dispuesto a convertirse en pan o empanada.

Los *muiñeiros* tenían un oficio que estaba a medio camino entre la industria doméstica y una actividad suplementaria a la labranza. La harina que se cobraba por moler, la *maquía*, era una plusvalía pequeña. Y los productos obtenidos por transformación, el pan y la empanada, alimentos de subsistencia.

La cocaína dio en llamarse *fariña* por ese impulso que tienen las jergas de cambiar los significantes, en la dialéctica eterna que hace de la palabra un lugar de encuentro o una manera de distinguir los sonidos propios (de un yo que aspira a un nosotros) frente a los inevitablemente dominados por el otro.

El apodo surgió delante del evidente parecido morfológico aunque se puedan fantasear otras semejanzas. Por ejemplo, la tendencia al trueque (la ganancia por la venta es una cantidad de la propia mercancía), el encuadre como un producto de necesidad (la dependencia resonaría a un forma de hambre), la transformación a partir de un existente en la naturaleza hacia un polvo concentrado, manipulable y transportable. También, quizás, las dos *fariñas* mantengan correspondencias en cuanto a la posibilidad de distintas elaboraciones para su consumo.

Recordemos, como curiosidad, que el relleno de la empanada se llama *farsa* (la cebolla suple la falta de carne, permaneciendo invisible al ojo este engaño a la pobreza).



La historia siempre tiende a dejar pendiente la cuestión de la subjetividad. Supongo que la pretensión de cientificismo no afecta solamente a la psiquiatría. Sin embargo, Eric Hobsbawm inauguró hace ya años otra manera y otras pretensiones de hacer historia, donde la economía, los movimientos sociales y las gentes del común son quienes deben proporcionar la necesarias claves sociales y psicológicas. Matices, por cierto, muy diferentes de los ofrecidos por una sentencia judicial que secuestra libros o por una entrevista al presidente de la Xunta en un conocido canal estatal.

En la historia económica de Galicia se pueden establecer una sucesión de ciclos. El primero, el ciclo del centeno, se extendió hasta bien entrado el siglo dieciocho. Las tierras cultivadas eran las *agras*, pequeñas parcelas que, poco a poco, consiguieron en propiedad los labradores y que, en su conjunto, estaban rodeadas por unos muros que las separaban de los pastos e impedían el paso del ganado. En ellas se cultivaba el centeno, que alternaba anualmente con los nabos y el lino. Estaban también las fincas a pie de casa, es decir, las huertas que aún a día de hoy se resisten a desaparecer y sorprenden a los visitantes de Compostela en su callejeo por la ciudad vieja.

Aquella no pasaba de ser una economía de subsistencia.

El segundo ciclo fue el del maíz, cuando el cereal llegó de las américas. Terminó con mucho del hambre endémico, pero requería una labor a fondo de la tierra y también más pradera y ganado para poder abonarla con los excrementos. Introdujo una riqueza que transformó la aldea, no solo su geografía sino también a las personas o a la arquitectura. Con el excedente del maíz se pagó el barroco gallego, solía decir Otero Pedrayo. Y yo añadiría que también dio para los balcones en las fachadas de las casas y los nuevos panteones en los cementerios parroquiales.

El tercer ciclo fue el de la leche, la infancia de nuestros padres y puerta de entrada a la modernidad, asunto que no es de extrañar sabiendo que la palabra capital procede de cabeza (por el ganado). En la década de los sesenta se hundieron los precios de los productos agrícolas y la leche pasó a ser el único excedente del campo con cierto valor en el mercado. Se importaron vacas de Suiza y de Holanda. El lino, por ejemplo, fundamental para el tejido y la ropa, fue sustituido por el algodón de la industrialización catalana y la patata se cultivó en las tierras donde antes se sembraba cereal. El ciclo de la leche dejó un paisaje de prados para el ganado y... emigrantes a centroeuropa.

Hace falta preguntarse si existió un ciclo del narcotráfico que implicase un sujeto económico y social característico. La *fariña* fue cosa de la segunda generación de gallegos insertados ya plenamente en el capitalismo y, como sabemos, a veces hay fenómenos complicados en estos forzamientos y aceleraciones culturales que aparecen en las siguientes progenies a las que protagonizan un gran cambio sociológico.

La *fariña* supuso, por primera vez, una salida *pública* de la ley, en un país que suele mostrarse como resignado y tranquilo. No obstante, Galicia, en su registro íntimo, tuvo desde siempre una relación singular con el estado y con su manía por legislar.

La ley no ha sido entendida, por lo general, como algo perteneciente al orden de la regulación compartida (eso es un asunto de acuerdos vecinales) o del sentido común (más acostumbrado al caso a caso y al pensamiento verbal frente a la codificación universal y por escrito). Muy al contrario, la ley ha sido vista como una prohibición por parte de quien puede prohibir. Fenómenos como los incendios, la misteriosa movilidad de los *marcos*, los alambiques ilegales, la concentración parcelaria o incluso el rentismo pueden reflejar una tendencia atávica a transgredir, aunque sea de una manera particular.

No es fácil fijar a través del léxico estos usos y maneras. Quizá Galicia estuviese habitada por anarquistas de tapadillo que, paradójicamente, sabían que el poder, por naturaleza, hace lo que le parece. Tuvieron, a lo largo de la historia, muestras más que suficientes de este disfrute inevitable y opresor, o al decir de Mújica, *el poder no transforma sino muestra quién eres*. Ahí es donde reposaba la aceptación del sistema caciquil, esto es, en la aspiración a tenerlo de mano, influir, pedirle, manipularlo, engañarlo y, si la ocasión lo permitía, hacerle burla. Lo de cambiarlo en su esencia, eso ya se sabe que no es posible, por lo menos del Padornelo hacia aquí.

De existir, el ciclo de la *fariña* introdujo dinero y goce de una manera muy distinta a la conocida.

Las entradas abruptas en los lugares en donde aún existen los recuerdos de la pobreza o del hambre, suelen producir fenómenos emergentes (por ejemplo, el *feísmo* como producto de un enriquecimiento repentino). La *fariña* movió dinero en una sociedad en la que tanto la riqueza como el disfrute estaban restringidos a los que ocupaban los clásicos lugares de poder. El narcotráfico, en cuanto espectáculo, supo acompañarse de una estética del desafío que se elevó premeditadamente al registro público: los clubes de fútbol, las mansiones, los coches de alta gama, las joyas, las juergas hasta el amanecer, los viajes en barco por las *rías baixas*, los bares que por la mañana servían vinos y tapas y por la noche bajaban la luz y subían la música, las complicidades exhibidas con la política, los billetes grandes, los bancos tolerantes, la ropa cara...

En este *finisterre* se anticipó algo del presente. De pronto, cambió aquel lugar en donde la tierra y la meteorología y la precariedad humana determinaban la costumbre de mirar al cielo, las dudas, las hablas escasas, la ironía, las discusiones con retranca, la devoción por la comida y los días en los que la naturaleza (fuese temporal o ciclogénesis) impedía trabajar.

Era un lugar con un discurso peculiar pero un lugar de discurso.

Por el contrario, durante los años ochenta y noventa Galicia se transformó en un lugar de acto. También a su manera, diferente de Sicilia o Calabria. Una manufactura con planeadoras, noches largas, rayas a escondidas (o no), reyertas calientes en medio de calles frías y, sobre todo, un alardear por el placer, la riqueza y el desacato hasta entonces desconocido. Tal vez ese fue un punto clave en el nacimiento de la subjetividad que estaba por venir: el presumir, el exhibir, los *mercedes* y los pazos con griferías de oro (por lo visto).



Hasta ese momento, hacer público el éxito propio era garantía de desgracia o mal de ojo. Si había una emoción que podía entenderse como organizadora de las prácticas sociales, esa era la envidia, asunto de lo más serio y al que es necesario atender continuamente para identificarla, esquivarla y desactivarla. Todos por aquí sabemos que las envidias de los vecinos son capaces de conectar con el sustrato imaginario y fantástico y, de esa manera, ser la puerta de entrada de la maldición, la mala suerte o la venganza.

La *fariña* subvirtió hasta la médula esta particular relación de los gallegos con el placer y la ley, con lo que puede mostrarse en el público y aquello otro que debe permanecer en el secreto. El narcotráfico, sobre todo, irguió una imagen de impunidad frente al poder, fuese ley mundana o sobrenatural. Tales semblantes acostumbran buscar la fascinación de sus espectadores y suelen preferir la anécdota al discurso. Así, se fue tejiendo un relato a trozos, sin voluntad constituirse en un verdadero texto sino tan solo retales de apariencia épica y, a veces, teñidos con una preferencia malsana por los protagonistas y sus presuntas hazañas.

Para la gente común solo quedó un relato diluido, en todo caso por fuera de una historia que tenga como obligación dar cuenta del sufrimiento, las muertes y las vidas truncadas. Y los enriquecimientos, ascensos al poder y complicidades varias.

Desde un punto de vista judicial, se podría hablar de un remanente de impunidad a pesar de los procesos y las condenas. Sin embargo, ahí no pueden terminar las cuestiones pendientes del narcotráfico ya que, de hacerlo, nada habría que añadir o comentar a la decisión de la juez. Hay otras miradas necesarias, en las que la clínica y el sujeto deben constituirse en referencias al ser también testigos de los años del ciclo de la *fariña*.

La psiquiatría del sistema público de salud comenzó su relación con las drogodependencias desde el absoluto rechazo. Cuando me inicié en la cosa de los hospitales, era habitual que ingresaran durante la guardia de medicina interna un par de personas con sospecha de vih. Gente flaca y con mucho miedo, a mi entender. O, según el discurso oficial, afectada por una desgraciada epidemia y adscrita a los llamados grupos de riesgo: prostitutas, homosexuales y hemofílicos.

Eran días de muerte y complicaciones. Se complicaban aquellos cuerpos de infecciones oportunistas, sarcomas o encefalopatías pero también... se enmarañaba la ética. Puede que la fachada de la heroína -cuenta el siempre lúcido Javier Carreño- fuese la suciedad, el deterioro, la mentira, los hurtos, la delincuencia, pero la causa del alejamiento de la no fue esa. Los manicomios generaban personas con un aspecto parecido y la psiquiatría nunca se escandalizó demasiado.

La verdadera razón de lo desagradable de las dependencias era la elección última del sujeto: drogarse.

La respuesta subjetiva (y no científica) de la psiquiatría fue hacerse a un lado y celebrar la creación de una red paralela en la asistencia a las drogodependencias, a medio camino entre lo social y el asistencial, la ayuda y el control, el vicio y la enfermedad. En todo caso, por fuera de los servicios de salud, con las umads, las comunidades terapéuticas, o el proyecto hombre.

La *fariña*, más adelante, trajo un perfil de adictos más alejados de la marginalidad y le permitió a la psiquiatría un regreso a las adiciones sepultando el encuentro con lo desagradable. La harina (o empanada) psiquiátrica pasaron a conformarla los circuitos de recompensa, la impulsividad, la personalidad, la predilección por lo neuro, los fármacos anti y, también, cierta preferencia profesional por situarse en el puro acto del experto que excluye cualquier pregunta al respeto del goce, las prácticas de poder o el discurso social.

La *fariña* anticipó el nuevo sujeto de la adicción y, en este rincón del mundo, su ciclo coincidió con el comienzo de ese otro ciclo denominado por Manuel Fernández Blanco capitalismo pulsional.

La cocaína ofreció un placer con la aspiración de colocar(se) por fuera de la palabra y de la biografía. Se pagaba por el *subidón*, por una cuota de felicidad, por un control de las emociones que era, en realidad, el traslado desde el registro de la vivencia al registro del acto. El narcotráfico no fue “tomar de más” ni tampoco, estrictamente hablando, “colocarse”. El narcotráfico fue, en esencia, consumir. *Fariña*, coches, trajes, barcos, casas... Obedecer al mandato de ser feliz, atender a ese otro poder tan diferente del caciquil que nos ofreció la mutación del capitalismo.

El estricto cumplimiento de la orden de disfrutar es lo propio del sujeto contemporáneo de la adicción, aquel que, al mismo tiempo, parece elegir y no ser capaz de evitarlo.

El secuestro del libro va más allá del código civil. No puede entenderse únicamente como un acto jurídico. Ni siquiera como un conflicto entre la libertad de expresión y el derecho al honor. Esos son asuntos de la ley codificada que descartan hablar sobre la historia de un país o los cambios en la subjetividad de sus habitantes.

El secuestro de *Fariña* perpetúa la ausencia de discurso, forcluye el texto, deja una borrosidad anómica y melancólica, dibuja la anécdota como frontera, reduce lo personal a una cuestión de conducta, elimina, precisamente, páginas en donde la invisibilidad que ansia el capitalismo especulativo no es capaz de librarse de su rastro mundano.

Delante de la prohibición, yo, gallego, un poco de los tiempos de antes, psiquiatra, lector, con recuerdos y tristezas suficientes alrededor de drogas y personas, con un presente de atención a psicóticos que consumen y para los que el paradigma dominante solo aporta un nombre (patología dual)... supongo que algo haré.

Quince de marzo. Jueves. Llevamos cuatro frentes atlánticos con viento y lluvia hasta cansar, que por la noche golpetean las ventanas e invitan a quedarse en casa.

No esperen que les cuente otra cosa.

A veces, los asuntos de la ley y del placer deben quedar en la intimidad.



¿Qué podemos aprender del escándalo del depakine?

Abel Novoa

Presidente de NoGracias

Ser cura y no creer en dios

El escándalo de la talidomida, hace 50 años, significó el inicio de la configuración moderna del sistema regulatorio y científico que hoy tenemos alrededor de la comercialización de medicamentos. Nunca más podía volver a suceder un caso igual. Ese era el objetivo. La FDA adquirió nuevas responsabilidades y en Europa, antes de que la EMA centralizara las políticas sobre medicamentos, comenzaron a crearse agencias semejantes en los diferentes países que, como su hermana mayor norteamericana, no solo debían garantizar la efectividad y la seguridad de los fármacos antes de incorporarse en el mercado sino también detectar efectos secundarios no descritos una vez que los fármacos eran utilizados de manera extensiva.

En un mundo donde las instituciones funcionasen, el plan podía ser bueno. Sin embargo, los cambios macroeconómicos y políticos acaecidos a principios de los 80 (la llamada revolución neoliberal) impusieron algunos dogmas, no discutidos ni por la derecha ni por la izquierda política, que inutilizaron las salvaguardas institucionales, científicas, regulatorias y sociales puestas en marcha: el mercado es el mejor y más eficiente principio regulador; el factor más importante para crear riqueza en las naciones es la I+D+i (independientemente de su beneficio social o capacidad real de innovación); el conocimiento científico debe gestionarse como una *commodity* y su producción, por tanto, puede y debe industrializarse; los médicos y los pacientes son decisores racionales y, por supuesto, ni el estado ni otros agentes sociales deben interferir en este círculo virtuoso de libertad, progreso económico y salud. El neoliberalismo pronto también entendió, a pesar de su hegemonía política, que no podía hacer una evisceración institucional radical porque era más inteligente mantener coartadas: mejor la desactivación que la anulación, así siempre había alguien a quien “echar las culpas” con eslóganes tipo “agencias ineficaces”, “médicos ignorantes” o, últimamente, como hemos visto con la falsa transparencia de la industria, “corruptos”.

El valproato es un agonista del ácido γ -aminobutírico (GABA) autorizado desde hace más de 40 años para su uso en epilepsia, posteriormente, para trastorno bipolar y, en algunos países, profilaxis de la migraña. La indicación más frecuente del valproato hoy en día es la psiquiátrica con casi el 70% de las prescripciones; le siguen de lejos la migraña y la epilepsia. Desde hace más de 20 años hay [pruebas agregadas sólidas de su capacidad teratogénica y la elevada tasa de ataque](#) en los niños expuestos durante el periodo fetal (10% de malformaciones somáticas y entre 30-40% de afectación cognitiva). La compañía comercializadora y las agencias reguladoras, en vez de establecer restricciones radicales a la utilización de este medicamento en mujeres en edad fértil, decidieron gestionar los riesgos con información en el prospecto y la ficha técnica.

Resultados: la agencia reguladora del gobierno francés estima que, debido directamente a su ineficacia, unos 500 niños nacidos entre 2006 y 2014, han sido dañados. Un documento oficial francés maneja estimaciones mucho más elevadas: hay más de 4. 000 niños afectados, solo entre los años 2007 y 2014. Desde 1967, organizaciones de pacientes calculan que han nacido 11. 500 franceses y 77. 000 británicos con malformaciones o con retraso del desarrollo atribuidos directamente al ácido valproico; en España, puede haber unas 10. 000 familias con algún hijo dañado.

En el año 2014, debido a la intensa presión política de un grupo de familias afectadas en Francia, la EMA activa una alerta más exigente, obligando a la industria comercializadora del fármaco a informar personalmente a cada médico y establecer una estrategia de comunicación pública. Los resultados de esa “exigente” alerta son conocidos: según el BMJ, un porcentaje de entre el 28% al 59% de las mujeres con epilepsia que utilizan valproato siguen desconociendo sus riesgos en el embarazo y 1. 500 niños en el Reino Unido se han visto afectados por este fármaco desde 2014.

Tras reconocer la ineficacia de la alerta de 2014, la EMA ha activado, por fin, en febrero de 2018, un protocolo más exigente. Las nuevas medidas incluyen la prohibición del uso de dicho medicamento para la migraña o el trastorno bipolar durante el embarazo y para las mujeres *epilépticas sin terapia alternativa o las usuarias en edad fértil*, la obligación de cumplir las condiciones de un programa de prevención del embarazo.

Los periodistas que se han interesado por este tema nos preguntan ¿Cómo es posible que existiendo datos de la capacidad de hacer daño del Depakine, los médicos hayan seguido prescribiéndolo? Pues porque el modelo de gestión de riesgos, que ha impuesto la industria y han aceptado los dóciles políticos y altos cargos de las agencias reguladoras, no funciona para evitar daños cuando hablamos de problemas graves y no predecibles. En el año 2013, la socióloga Courtney Davis y su compañero del Kings College de Londres, John Abraham, publicaron un monumental libro sobre 30 años de regulación insana de las agencias públicas de medicamentos, donde explican los antecedentes políticos y las consecuencias que la estrategia de gestión de riesgos ha tenido para la salud pública. Su conclusión: es una táctica para permitir que los productos sigan en el mercado. La idea que hay detrás, “apruébalo todo y advierte de los riesgos”, es devastadora para la seguridad y *el escándalo depakine* es una dura manera de aprenderlo.

Estamos no solo ante una crisis del sistema de farmacovigilancia —en realidad un fracaso programado- sino ante una deriva institucional con graves consecuencia para los enfermos, la sociedad y la credibilidad de la medicina y la ciencia. Un amigo me dijo una vez: “chico, esto es cada vez más como ser cura y no creer en dios”. Pues sí. Toda la sociedad es una víctima potencial de la persistencia de la fe irracional que se mantiene en los dogmas neoliberales aplicados a la ciencia, la gestión del conocimiento en biomedicina y la capacidad de regulación de instituciones evisceradas por el mercado. No es posible un conocimiento socialmente relevante, una medicina confiable y unas instituciones al servicio de la salud pública en un contexto dominado por el interés económico. En realidad, se trata, igual que en otros ámbitos como el medio ambiente, de que el capitalismo desencarnado que solo busca rentabilidad acaba debilitando las democracias y dañando

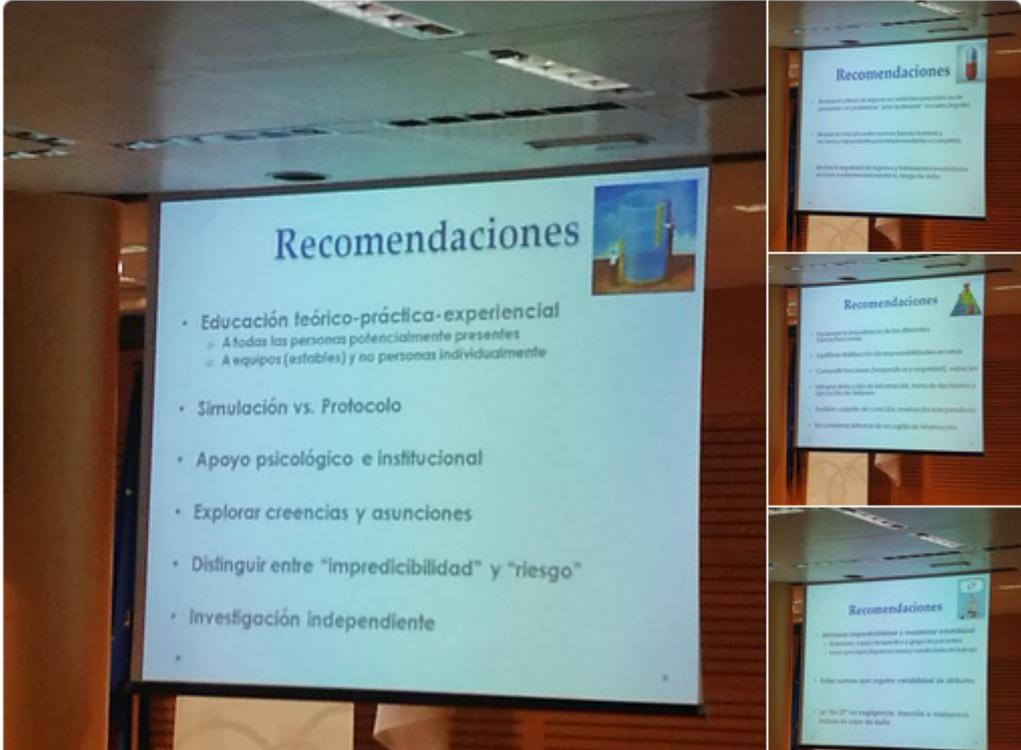


AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

la salud del planeta y la sociedad; es la falta de transparencia, de rendición de cuentas, de gestión de los conflictos de interés para evitar su influencia y de participación y conocimiento ciudadano lo que está en la raíz del problema. La pregunta es ¿aprenderemos algo de tanto sufrimiento evitable o simplemente se asumirá que el daño a miles de familias es solo otra externalidad del sistema económico?

 **AMSM @AMSaludMental** · 20 abr.
Elvira Pértega contribuyendo al «sí se puede» con múltiples recomendaciones. Ha compartido 8 años investigando en torno a la coerción en salud mental.
#madrileña2018 #madrileña18



Llocura y sociedad n'asturies: delles notes dende la cultura tradicional asturiana

Ignaciú Llope, Psiquiatra

Apruz n'Asturies la primer referencia documental a la pallabra llocura, curiosamente, nuna obra dedicada a la llingua gallega. Trátase del *Catálogo de voces y frases de la lengua gallega*, de Frai Martín Sarmiento, que recoyó términos sentíos nos sos viaxes per Asturias nos años 1720 y 1723, y que-y abultanon útiles pa ilustrar les correspondientes voces gallegues. *Lloria* –que non lloría– foi la forma conseñada, rellacionándola directamente col gallegu “louria”: aludiría a la llocura, a comportamientos caprichosos, incomprendibles que, nin dicíen nin atopaben xaciu nel reinu de la razón; y con esa acepción recueye'l términu'l diccionariu de la llingua asturiana de l'Academia de la Lingua Asturiana. Asina que llocu o *alloriáu* ye mesmu'l demente que l'alienáu, cualquier persona que cadeza de lloria, qu'alloqueza.

Pero l'idioma tamién ye a estremar los estaos del alma, y tamién esos procesos nos que la escuridá anubre'l ser, y el sufrimientu tapez la razón. Pa los estaos depresivos úsase dende *tristura* –tristeza, melancolía– a *señaldá* –esi sentimientu de tristura que da l'ausencia– o *murniu*, como consecuencia del procesu d'amurniase, d'atristayar pero nun sen melancólicu, de permanencia. Y tamién nesi espectru convencional de la bipolaridá, términos como *esprecetáu* o *desprecetáu* cinquen un territoriu que raspia la manía, un estáu de disforia y ánimu expansivu, qu'alcuando da en *enraxonase*, esi descontrol d'ira y violenta reacción a reales o supuestes prevocaciones; y *aventáu* ye esi otu ser que pol so calter ta en boca de tola redolada, ye un maniosu que nun tien tiez personal y vei albestate de les circunstancies de la vida; pola contra, *allunao* avérase a la llocura cíclica, a la inconstancia d'afectos, y, *amorar*, *estordigar* o *tresbandar*, seríen dalgo asina como alloriar de secultre y d'esta miente, la so malura, la so ruptura con toa norma o riegla revélase impredecible. Y a la par d'estos términos, *fatu*, *lluellu*, *pascaxu*, *panoyu*, *feñe*, *azopilón*, *mazcayu* o *tochu* define graos varios d'imbecilidá, o *inocente* qu'al faese adxetivu espeya un estáu del espíritu xenerosu y comprensivu cola debilidad humana y les sos miserias. Por nun falar d'esi bixu de términu que define con precisión esquisita aquel estáu d'incomodidá, de malestar col mundu y colos demás, d'irritabilidá de baxa intensidá, d'afán imposible de sosiegu y soledá: la *repunancia*. ¿Y *babayu*? Una ayalga terminolóxica que furta la imaxe de la idiocia, de la babaya pingando d'un llabiu inferior ensin rixu, y trescala precisa no que tienen de ridículos ya inadecuaes les conductes que se quieren intelixentes y sabies y nun son más que la güelga fata de la estupidez.

Vése cómo nos recursos del idioma asturianu existen pallabres coles que lendar la llocura, nun intentu taxonómicu que tien que ver col poder esconjurador de la enunciación, de la dicción lletra a lletra, enveredada a contener un desasosiegu que vien d'esi desorde que s'albidra primordial, anterior al pautu civilizatoriu y que medra como un animal secretu na vida y obra de los homes, y de les muyeres. Ye un melancólicu esfuerciu por dar nome al territoriu de la llocura, a esi llugar nel que'l mundu pierde la so tranquilizadora dimensión, esa medida aceptada y apautada qu'estrema la pasión de “la nueche escura del ser”.



La mirada propia, la mirada ayena.

Nel so enraxonáu ensayu d'ensayu *El carácter asturianu*¹, Julio Somoza (1848-1940) afirma que "la locura [de los asturianos] es una forma de exaltación o irritabilidad del temperamento, peculiar por las condiciones del clima y de las enfermedades originadas por la calidad y miseria de la alimentación"². En poques llínies resume una manera d'entender la llocura como viniente de la miseria y de les males condiciones de vida, que de dalguna miente yera una constante de la sociedá asturiana de magar la edá media fasta los años nos que'escribía l'eruditu xixonés, nos finales del sieglu XIX. Pero don Julio nun faía otra cosa qu'enxertase nuna llarga tradición que yá bien ceo identificaba a los asturianos (y gallegos) como llocos, de pocu fiar, miserables, físicamente zafios y feos, folganzanes y daos al vino y a la molicie; vicios toos que teníen na miseria y nes carencies materiales d'alimentación, vivienda ya hixene'l so orixe y xustificación. Si bien esta caracterización yera d'autoría alóctona, l'amarguxada diatriba de Somoza concasaba con una manera de definir el caracter asturianu nel que la poca tiez d'espíritu y mente yera consustancial. Porque si yá nel poema *La jura de Santa Gadea* del ciclu romancísticu del Cid, la condición d'asturianos de los asesinos fae'l crime más vil ("Villanos mátenete Alfonso, /villanos que non fidalgos/de las Asturias de Oviedo/que non sean castellanos") ye na lliteratura del Sieglu d'Oro español onde s'atopen muese bien evidentes de la imaxe que de los asturianos teníen de Payares p'abaxu. Esi estereotipu calca nuna visión negativa de la que la tochez y lloria, al empar de la miseria natural del país, son argumentos repitíos perdayures³, compartíos colos gallegos nes más de les ocasiones. Yá la nombrada carta d'Eugenio de Salazar na que describe'l llugar de Tormaleo supón una sátira cruel de les condiciones de vida y de muerte, de l'ausencia d'una mínima salubridá y calca na indignidá moral y na brutalidá de los atóctonos: "...están los hombres, los puercos y los bueyes todos pro indiviso, así porque todos son herederos de la tierra, como porque ni aún en las costumbres se diferencian"⁴. Retratu corroboráu por autores como López de Úbeda, Lope de Vega o'l mesmo Cervantes. Esti últimu retrata el tópicu del carácter asturianu más rellacionáu cola llocura, lo alloriao, lo aventao nel personaxe d'Avendaño de la *Ilustre fregona*⁵. Pero ye que na Villa y Corte los emigrantes asturianos –xunto colos gallegos– dende'l sieglu XVI distinguiénense por dedicase a oficios viles ya indecorosos como esportilleros, mozos de cuerda, aguadores y criaos, al empar d'amosar un aspeutu físicu porconzón y xostra: llargues quedeyes, piernes esnudes, afataos de culisquier manera... pero al empar orgullosos de la so nobleza y fidalguía, contraste que chocaba abondo a los madrilanos⁶. Ensín embargo nun

1. SOMOZA, J. (1979): *El carácter asturiano*. Edición de J. L. Pérez de Castro. Monumenta Historica Asturiensia, VII. Xixón.

2. Somoza, J. (1979): Op. cit: 55.

3. SÁNCHEZ VICENTE, X. X. (1999): *La cultura asturiana: dialéctica, narrativa y proyectabilidad*. Fundación Nueva Asturias. Xixón: 38-45. L'autor fai un resume amañosu d'esa percepciñon del caracter u n'España.

4. EUGENIO DE SALAZAR. (1530): *Carta al licenciado Agustín Guedeja desde la villa de Tormaleo*. B. A. E., tomu LXII. Madrid: 302-305.

5. CERVANTES, M. (1943): "La Ilustre fregona", en *Novelas Ejemplares Tomu I*. Espasa Calpe, Madrid: 290-294.

6. JIMÉNEZ MANCHA, J. (2007): *Asturianos en Madrid. Los oficios de las clases populares (Siglos XVI-XX)*. Serie Etnográfica,

7. Rede de Museos Etnográficos d'Asturies-Muséu del Pueblu d'Asturies. Xixón: 24-28.

son pocos los testimonios d'autores foriatos⁷ —too ello nuna ambigüedá na que conviven na dómina apreciaciones de xenerosidá y de tacañería, de ser arrogantes y de ser miserables, ...— qu'emponderen a los naturales del país como exemplu d'honradez, de llaboriosidá y de digna cenciellez nel vivir. En tou casu, superficiales y tópiques aloyes que son una constante nesa haxográfica lliteratura conservadora qu'empondera les virtúes de campesinos y menestrales mentantu respeten sumisamente'l natural orde social y la dominación de les fidalguíes terratenientes y de la llesia.

Poru, l'estigma de la llocura rescampa en refranes y dicires de la tradición castellana: "Asturiano, loco, vano y mal cristiano", y too un tresmontoriu de variantes, como "Asturiano, /loco o vano, /mal amigo, /peor cristiano", "Asturiano, /loco o vano, /falso amigo, /mal cristiano, / sucia esposa, /fiede a lepra/o la rosa", "Asturiano, /loco o vano, /falso amigo, /ruin, avaro/y mal cristiano", "Asturiano, /loco o vano, /falso amigo, /ruín, avaro, /vil, perjuro/y ma cristiano". Y a mayor bayura exemplificadora: "Mozo asturiano, poco fiel y mal cristiano, o goza al ama, o roba al amo, o las dos cosas a un tramo"; "Al asturiano, vino puro y lanza en mano", "Asturiano, patas de marrano", "Asturiano, oso y cerruno, ninguno", y, como yá ye abondo, "Asturianos, cortos de piés y largos de manos"⁸. En tou casu, trátase d'arquetipos que se caltienen nel tiempu y na lliteratura dando llugar a una imaxe que tien una innegable potencia identificadora fasta'l presente: "Puxa Asturias borracha y dinamitera". Estos retratos que tienen por protagonistes a los naturales de l'Asturies tresmontana espeyen una realidá, que ye la construcción d'una narrativa na que la miseria material tien como consecuencia la miseria moral, concepción primaria que yá nel sieglu XIX serviría d'argumentariu pa la constitución na melicina —y, naturalmente na psiquiatría— de la corriente hixenista, que entiende la salú dende la salubridá: la llimpieza moral tien que ver cola llimpieza física, l'aire puro y la lluz y el sol. Asina, complementando y abundando no anterior nun son pocos los viaxeros, curiosos o estudiosos que describen la probeza, la fame y la mala vida del país; vala d'exemplu esti testu de 1861: "Agréguese a estas dificultades las derivadas de la naturaleza de sus terrenos, en extremo accidentados y montañosos, de su clima, de los vientos reinantes en la estación rigorosa del invierno, de la dirección de sus puertos; [...] Asturias y Galicia se han considerado, y aún miran hoy por el común de las gentes, como un país poco favorecido por la naturaleza, pobrísimo en producciones, de cultura y civilización escasa, y que si bien arroja todos los años a los llanos de Castilla, a las Andalucías, a Portugal y al las provincias de Ultramar gran número de hombres que añen a buscar fortuna y trabajo, la causa determinante de tanta emigración es la miseria de la tierra que no permite la operación ni les da el mantenimiento necesario"⁹.

Y cuando la lloria cuasi opera como marcador del temperamentu d'un pueblu, resulta obligáu averiguar si tal asertu rescampal tamién na salú y nel discursu médicu articuláu alreduro de l'alienación y los sos efectos.

7. CASTAÑÓN, L. (1977): *Asturias vista por los no asturianos*. Colección Popular Asturiana, 30. Ayalga Ediciones. Salinas. L'autor ufre un tresmontoriu de testos nesta llinia d'emponderamientu del país y los sos naturales.

8. SÁNCHEZ VICENTE, X. X. (1999): *Op. cit.*: 44-45

9. DE LUJÁN, F. (2001): "Viaje científico a Asturias y descripción de las Fábricas de Trubia, de fusiles de Oviedo, de zinc de Arnao y de hierro de la vega de Langreo (Madrid, 1861)", en *Asturias vista por viajeros románticos extranjeros y otros visitantes y cronistas famosos. Siglos XV al XX. Tomu I*. Edición de José Antonio Mases. Trea, Xixón: 233-234.



Topaketaren inguruan edo hiru eguneko asteburuak

Xabier Urzante. Psikologo Klinikoa. Tuterako Osasun Mentaleko Zentroa

Egun batez antzinako Tuteran lagun egin ziren Ali, Miriam eta Joanes izeneko neska-mutikoak.

Elkarrekin hain ongi ibili zirenez hurrengo batean ere elkartzea erabaki zuten, baina hurrengo jai egunean geratu baitziren, Ali, musulmana izaki, ostiralean agertu zen, Miriam, judua izanik, larunbatean eta Joanes, kristaua, igandean, eta ezin bada berriro elkartu.

Gaitz erdi, hala ere, zeren hurrrena, ustekabeen topo egin eta dena argitu zutenean erabaki ezin egokiagoa hartu baitzuten:

“Jaia astean behin egin beharrean, zergatik ez dugu bakoitzak berea eta beste biena ospatzen? Hartara akabo gure problemak”

Famatu egin zen harrez geroztik antzinako munduan Tuterako hiri ezin nobleagoa non astean hiru egunetan jai egiten baitzen.

Hala bazan edo ez bazan sar dadila kalabazan eta atera dadila gure Osasun Mentaleko Zentroetan

BIBLIOGRAFIA

Galtzagorri Elkarte. Paperean Hegan 2. Ipuina 2008 Eskuragarri : https://www.youtube.com/watch?v=SCJ_tdLC0NE [eskuratua 2018/3/17]

Valverde M. A El encuentro entre el usuario y los servicios de salud mental: consideraciones éticas y clínicas Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2017; 37(132): 529-552



Fin de semana de tres días

Xabier Urzante, Psicólogo clínico. Centro de salud mental de Tudela.

Un día, en la antigua Tudela, tres jóvenes llamados Alí, Miriam y Joanes se hicieron amigos.

Se lo pasaron tan bien estando juntos, que decidieron volver a encontrarse.

Quedaron en reunirse el próximo día de fiesta, pero Alí, que era musulmán, apareció a la cita el viernes; Miriam, que era judía, se presentó el sábado; y Joanes, que era cristiano, acudió el domingo.

Así era imposible que volvieran a reunirse.

Pero no salió tan mal, al fin y al cabo: cuando, por casualidad, volvieron a encontrarse y lo aclararon todo, tomaron una decisión muy oportuna:

«¿Por qué, en lugar de hacer fiesta un día a la semana, no celebramos cada uno la suya y la de los otros dos? De esa forma, se acabó el problema».

Desde entonces, cobró fama en todo el mundo la muy noble ciudad de Tudela, en la que el fin de semana duraba tres días.

Si fue así o no, que se meta en la calabaza y salga en nuestros Centros de Salud Mental.

BIBLIOGRAFIA

Galtzagorri Elkarte. Paperean Hegan 2. Ipuina 2008 Eskuragarri : https://www.youtube.com/watch?v=SCJ_tdLCONE [eskuratua 2018/3/17]

Valverde M. A El encuentro entre el usuario y los servicios de salud mental: consideraciones éticas y clínicas Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2017; 37(132): 529-552



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Luis Montes, la salud pública y la delincuente privatización de la Sra. Aguirre

Manuel Desviat

Ex director del Instituto Psiquiátrico J Germain (Leganés)

Y ex coordinador de salud mental del área 9

Ex presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

En 2005, el Partido Popular de Madrid, crecido en su mayoría absoluta, entiende que ha llegado la hora de privatizar por completo la sanidad pública madrileña. La catadura moral de los organizadores del plan es hoy bien conocida, con Esperanza Aguirre y el Consejero de Sanidad Manuel Lamela a la cabeza. La trama: una denuncia anónima que no se sostuvo, sirvió para descabezar al Hospital Severo Ochoa y a los responsables sanitarios del área sanitaria 9 de Madrid, uno de los baluartes de la sanidad pública de la Comunidad de Madrid, a nivel hospitalario, en la atención primaria y en la salud mental. Con el cese de Montes empieza una purga, sin contemplaciones, de los responsables sanitarios de la Comunidad que van a ser sustituidos por profesionales cuyo principal, sino único mérito, será la fidelidad política a los planes privatizadores que sin pudor alguno inician el desmantelamiento de la sanidad pública. Como escribe Carmen San José en *Viento Sur* (20/04/2018), se aprovechó una denuncia pública sin fundamento alguno para distraer a la opinión pública del proyecto de convertir la sanidad madrileña en un negocio. Los medios de comunicación conservadores enjuiciaron a los trabajadores de la urgencia del Hospital Severo Ochoa, dando pábulo a la anónima denuncia de 400 muertes-asesinatos de enfermos terminales, entre el sensacionalismo y la obediencia política, creando un clima de difamación y sospecha hacia el sector público, escondiendo lo que la propia justicia terminó por avalar, que se trataba de una buena praxis médica: ayudar a morir dignamente. El efecto colateral de la falsa denuncia de las sedaciones fue abrir el debate del derecho a morir dignamente, y el Dr. Montes, militante de siempre de la sanidad pública, se convirtió en su abanderado. A él sus compañeros de la Asociación que crearon a este fin, le debemos leyes sobre la muerte digna en varias comunidades autónomas, y una mayor sensibilidad social y de la profesión médica sobre un derecho irrenunciable de la persona, decidir sobre el fin de su vida. Luis Montes fue un militante de la salud pública. Un ejemplo a seguir.

CARTAS DESDE EL MANICOMIO

En el marco del Proyecto "Psiquiatría y Cambio social" y con la colaboración de la sección de Historia de la AEN se ha publicado: *CARTAS DESDE EL MANICOMIO. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés* por Olga Villasante, Ruth Candela, Ana Conseglieri, Paloma Vázquez de la Torre, Raquel Tierno y Rafael Huertas, Madrid, Libros de la Catarata, 2018

¿Por qué esta publicación?

Los locos tienen algo que decir; en realidad, mucho, y merece la pena escucharlo o leerlo, sea en clave psicopatológica o sociocultural. Desde los años centrales del siglo XIX, los médicos fomentaron el uso clínico de la escritura con fines diagnósticos y terapéuticos en pacientes mentales. Se trataba de acercamientos clínicos, pero en ellos se tenía muy en cuenta la experiencia interna, subjetiva y emocional del paciente. Además, la escritura también es una muestra de las propias vivencias del sujeto, de su estado anímico y, sobre todo, de la experiencia de internamiento. Esta obra se centra en la Casa de Dementes de Santa Isabel, en Leganés, y en las cartas de unos internos que muestran sus preocupaciones, angustias y miedos, pero también sus resistencias y sus denuncias. A través de este material epistolar obtenemos una muy valiosa información sobre las características de la institución, sobre su funcionamiento y sobre la vida cotidiana en su interior. Además, las cartas recopiladas, que corresponden a la primera mitad del siglo XX, excepto las de dos pacientes del siglo XIX, nos aportan datos acerca de las experiencias, las emociones y las sensaciones de los pacientes. Se trata de cartas que nunca llegaron a su destino y que se adjuntaron a la historia clínica del paciente y, ahora se reproducen fieles al original.

El objetivo del libro es contribuir a pensar la locura de otra manera, “desde abajo”, dando voz a los “sin voz”. No se quiere intentar comprender lo que dicen los expertos reconocidos oficialmente, sino acceder a otro tipo de conocimiento, a aquel saber que solo pueden generar quienes han padecido directamente la peripecia vital del sufrimiento psíquico en cualquiera de sus dimensiones. El punto de vista del paciente nos da claves para valorar que lo *bio* en salud mental no es solo lo *biológico*, sino también lo *biográfico*; nos permite considerar la importancia de la experiencia de la locura y de la subjetividad del loco y la loca, comprender la violencia del diagnóstico y del estigma y apreciar los procesos de negociación y de resistencia que se establecen entre los pacientes, los profesionales y la sociedad. Recientemente, se han publicado algunos trabajos de gran interés que, en el marco de la recuperación de la memoria histórica que han utilizado fuentes epistolares en la elaboración de una narrativa histórica compleja. En este caso se otorga el protagonismo a la palabra de las personas sometidas a internamiento manicomial, sin más aderezos, ni interpretaciones. Palabras con derecho propio.

Aquí os mostramos la Carta número 3. En la publicación podréis encontrar las cartas transcritas obtenidas en el archivo de la institución, precedidas de un título (entresacado de la carta), notas biográficas y la historia del internamiento que permite comprender los escritos.



Extracto de: CARTAS DESDE EL MANICOMIO.

Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés, Madrid, Libros La Catarata, pp. 56-58

“COMETÍ LA LIGEREZA DE VENIR ANDANDO A ESTE PUEBLO CON OBJETO DE FELICITAR A SOR JUANA”

José María, natural de Huesca, era un estudiante soltero y vecino de Madrid que ingresó en octubre de 1900 a la edad de 22 años. Su breve historia refleja que el ingreso fue realizado a petición de su padre. Calificado de “estatura baja y temperamento linfático”, en el reconocimiento de entrada, fue diagnosticado de *manía agitada (persecutoria)*.

A finales de 1901 y, dada la mejoría clínica, se instó a la familia a que solicitase una licencia temporal, concedida el 22 de octubre de ese mismo año. Las licencias de salida del establecimiento estaban reguladas en el Reglamento Orgánico del Manicomio de Leganés de 1885 a modo de “prescripción exploradora o coadyuvante” y, si a los tres meses el paciente no regresaba, se cursaba el alta por caducidad. Este fue el caso de José María, dado de alta en enero de 1902.

No obstante, una década después, el 23 de julio de 1913, José María reingresó como pensionista de segunda clase y permaneció hasta su fallecimiento a los 67 años. En este segundo ingreso no se abre una nueva historia y, si bien se registran otros diagnósticos como *imbecilidad*, *demencia precoz* u *oligofrenia*, prácticamente no hay anotaciones médicas durante años. Se apunta, sin embargo la antipatía hacia su padre y familia y las quejas por la alimentación que llevaron a José María a algunos actos de protesta.

Se transcribe una carta a José Salas y Vaca (1877-1933), médico y director de la institución desde 1911 que, si bien carece de fecha, es posible que se escribiera en octubre de 1914, en su segundo internamiento. En ella, se muestra el enfado hacia su padre, a quien acusa de encerrarle cinco días en el domicilio, y hacia su hermano por maltratarle. Merece la pena destacar que la relación de José María con el personal del manicomio seguramente fue cordial en el primer ingreso, porque él mismo decidió ir al manicomio a visitar a Ignacio del Mazo (1846-1929), el jefe facultativo en los primeros años del siglo XX. Confiaba que le enviaran a Alanje, donde se encontraba el famoso balneario, porque le habían recomendado hidroterapia —baños templados y duchas frías— a lo que su padre se había negado. José María también relató que, en su visita, pretendía felicitar a sor Juana, una de las Hermanas de La Caridad que habitaban en el manicomio desde su fundación y que se ocupaban del cuidado.

Carta a José Salas y Vaca (jefe facultativo):

Señor Don José Salas Muy Señor mío: Han transcurrido 15 meses desde que ingresé en este establecimiento durante los cuales creo no se habrá observado nada anormal en mí y espero atienda mi pretensión de darme la salida pronto de esta casa, pero con la relación de lo ocurrido en la mía

desde el día 30 de marzo pasado hasta el 22 de julio del mismo año; podrá V. ver que no hay ningún motivo para mi reclusión y sí falta de atención en mi Señor Padre para proporcionarme lo necesario. En 30 de marzo cometí la ligereza de venir andando a este pueblo con objeto de felicitar a Sor Juana y como V. sabe en estas casas nunca se acaba de encontrar a nadie llegué andando por lo que me sobrevino una fuerte excitación. También me ocurrió ir a ver a D. Ignacio pues de vez en cuando noto algunos dolores en el occipital para que me diera algún remedio el cual me indicó tomara bromidia que no se me suministró mas que una vez. Como el señor F. no entendió lo que me pasaba no tuve más remedio después de largo tiempo de acudir a mi primo, pues el Señor F. se equivocó y se retiró a pesar de decirle que era enfriamiento; entonces atendiendo la recomendación de Don V. P. me dirigí al Sr. Hernando el que me puso una receta que no se me suministró más que una vez, me dijo que tomara también baños templados y duchas frías de lo que mi padre no hizo caso. Después de haber sido maltratado varias veces de obra por mi hermano en alguna reclamación que hacía sobre la comida este me quitó las llaves de mi uso, lo cual puse en conocimiento del juzgado pues Papá a nada quería obligarle por lo que y en venganza de esto me encerró cinco días en mi cuarto al cabo de los cuales vino el subdelegado señor Mediano en el que me parecía estaba mi salvación. Después de una larga conferencia con dicho señor confesó que era un mártir y me garantizó que mi Sr. padre haría lo que le indicara mas después que se marchó yo pregunté a Papá que es lo que había dicho y dijo que no lo sabía a por lo que yo en vista de que mi Señor Padre a nada se determinaba y cansado de estar recluido en casa me decidí a venir a ver a D. Ignacio, el cual obró con mucha ligereza al asentir que me quedara aquí pues solo lo hice con objeto de conseguir mi ida a Alanje y por más que le escribí dos cartas nada pude conseguir en vista de lo cual debió el Señor Mazo obligarle a sacarme de este Establecimiento y como creo no hay ninguna razón para que no se atienda mi asunto ruego a V. obre en justicia, pues en mi casa todo lo dejan a merced de las Casas de salud por no gastar un céntimo y esto no es responsable por lo que espero atienda mi pretensión y obligue a mi Señor Padre a que me saque pronto de esta Casa pues la excusa que el año pasado le dio me parece es una necedad y dejo a su arbitrio el incumplimiento de su deber lo cual nunca debe apoyarse. Espero que ahora le obligue de una manera terminante y proteja a este desamparado súbdito que espera alcanzar lo que pretende. Caso de que mi padre no atienda la indicación puede usted decirle que me mande al pueblo. Con lo que soy de V.

Suyo afectísimo J.

PD: Voy a referir una escena de las muchas ocurridas durante mi periodo nervioso. Una noche como pidiera la cena y nadie me la sirviera, mi hermana se presentó en tomo imperativo dirigiéndome algunos insultos, los cuales no pude resistir sin darle un tirón de pelo, pero pronto salió mi hermano a maltratarme dándome de bofetadas; al poco rato llegó mi padre y a pesar de ser yo el que menos culpa tenía en la reyerta se vuelve furioso contra mí, aunque no me agredió por dar la coincidencia de que en el mismo momento había llegado un amigo de mi hermano. Espero se tome verdadero interés por mi causa pues mi Padre no tiene absolutamente nada de razón, después de no hacer nada de lo que las personas competentes le indican.



REFLEXIONES Y COMENTARIOS SOBRE LAS VII JORNADAS DE LA REVOLUCIÓN DELIRANTE

La revolución delirante

Durante los días 1 y 2 de Diciembre tuvieron lugar las VII [Jornadas](#) de Jóvenes Profesionales de la Salud Mental “La Revolución Delirante” en Valladolid. Así, desde su primera edición, año tras año, se ha ido creando un espacio abierto en el que compartir experiencias, reflexiones, donde la denuncia y el cuestionamiento de las prácticas asistenciales como de las teorías que las sustentan tienen cabida a través del desarrollo de varias mesas de debate. Este año el tema elegido para articular las distintas mesas fue “Los discursos en salud mental”, recogiendo una cita de M. Foucault (El orden del discurso, 1970), mencionada en una de las ponencias de las pasadas jornadas, “es necesario concebir el discurso como una violencia que se ejerce sobre las cosas, en todo caso como una práctica que les imponemos”. Discursos que se inscriben en la relación poder-saber de los profesionales en Salud Mental, que conceptualizan un funcionamiento ideal del ser humano (normal-anormal, cuerdo-loco) y proponen una serie de prácticas con el fin de adaptar al inadaptado a la norma ideal que se defiende desde los diferentes modelos teóricos y asistenciales. Modelos teóricos que si bien son necesarios en el encuentro con el otro, la clínica basada en la subjetividad ha de cuestionar el marco teórico del profesional para así poder construir un espacio de comprensión, escucha y acompañamiento guiado por el sujeto, su malestar y sus necesidades; como señala Piera Aulagnier, el profesional ha de ser capaz de renunciar a la violencia ejercida en nombre de un “saber supuesto”.

En la primera mesa, “El discurso biológico: [Medicina](#) basada en la exigencia”, los ponentes acercaron relevantes reflexiones e ideas acerca de la prescripción de psicofármacos como única intervención terapéutica, así como la psicopatologización de la vida cotidiana, dejando entrever la paradoja del aumento de malestar allí donde hay más recursos asistenciales y terapéuticos. Se cuestionó la sociedad actual, como una sociedad insana, cuya adaptación pasa por el psicofármaco y el consejo de cómo vivir para alcanzar la felicidad exigida. Búsqueda de la felicidad imposible que convierte a la salud en objeto de consumo, donde la medicina se erige como órgano “resolutor” omnipotente, incidiéndose en la dificultad del profesional para la escucha y la presencia resistiendo la tentación de arreglar o curar frente la exigencia social. Se planteó los falsos positivos de los programas de detección precoz e intervención temprana en la psicosis, con la cronificación y estigma que conlleva por su conceptualización de la enfermedad mental como una enfermedad del cerebro, enfermedad que debe ser reparada con psicofármacos para restablecer del desequilibrio bioquímico. Hipótesis causal sugerente pero falsa al basarse en el funcionamiento del psicofármaco en animales, poniéndose en entredicho la extrapolación de tal hipótesis al ser humano por su complejidad y plasticidad neuronal. Se reflexionó sobre la simplicidad diagnóstica que se defiende desde una perspectiva biológica donde la subjetividad queda reducida al síntoma y al trastorno. Se denunció como las

clasificaciones de los trastornos mentales están construidas al amparo de criterios extraclínicos como son los intereses de la industria farmacéutica, los cambios sociales y la propia legitimación de las profesiones “psi” como ciencias de la salud. Este modelo al usurpar la responsabilidad del sujeto con respecto a su propio malestar y su vida se planteó la violencia de sus tratamientos. En los cuales impera la dominación médico-experto sobre el paciente a través de la coerción en prácticas como la adherencia al tratamiento, el adoctrinamiento en los programas de psicoeducación o la negación de la propia identidad ante el requerimiento de la toma de conciencia de enfermedad, desdibujándose la demanda real de la persona; cuestionándose así, la ética en tales propuestas al no respetar las decisiones y derechos del sujeto. Cuya terapéutica queda reducida a la prescripción de fármacos y consejos en función del diagnóstico con el único objetivo de reducción de síntomas, donde se desestima el vínculo, la comprensión y la narrativa por no poder objetivarse desde los parámetros del modelo biológico.

A su vez, se planteó como a pesar de no haberse confirmado ningún marcador biológico del malestar psíquico es un discurso hegemónico entre los profesionales y de gran calado en la sociedad. Se expuso la forma nada inocente de publicar determinados descubrimientos neurobiológicos, magnificando los resultados que vislumbran cierta influencia de factores biológicos y genéticos, obviando los estudios que los contradicen y negando la influencia de factores sociales. Además se señaló como la expansión de las investigaciones neurocientíficas no ha supuesto una mejora clínica de los sujetos, sino más bien una degradación de los servicios de salud mental y una cronificación de la “enfermedad mental”. En el debate se manifestó la necesidad de un cambio de paradigma, de volver a la escucha y al acompañamiento desde el trabajo en equipo como un todo, la importancia de la coordinación entre Primaria y Salud Mental. Se propuso decir la verdad a la sociedad sobre el escaso respaldo científico de la eficacia de los psicofármacos y de los escasos hallazgos bioquímicos y genéticos de la supuesta enfermedad mental, constatándose la escasa formación de los profesionales más allá del modelo biológico por parte de los organismos oficiales.

Las jornadas continuaron con las ponencias de la segunda mesa “El discurso de las terapias psicológicas: Archipiélagos presentes”. En este caso, se comenzó con el cuestionamiento de los profesionales como expertos del malestar psíquico y el establecimiento de una relación de superioridad frente al paciente, donde el experto decide lo qué funciona o sirve de ayuda a la persona más desde una evidencia científica sobre la eficacia que desde el acontecer clínico, negando la libertad de la persona en su proceso terapéutico y excluyendo los valores de vida de la persona. Se reflexionó sobre la psicoterapia entendida popularmente o desde algunos modelos como estrategias “para corregir /adquirir hábitos”, en el que se impone el saber profesional a la narrativa personal, reduciéndose el encuentro clínico a un adoctrinamiento del sujeto, prevaleciendo el tratamiento al trato. Si bien, se reconoció como desde la evidencia científica no se ha comprobado la superioridad de ningún modelo psicoterapéutico frente a otros, se señaló como las terapias más reconocidas desde la evidencia científica, como la terapia cognitivo-conductual, se acercan al modelo biológico en cuanto a su conceptualización de la enfermedad mental desde el déficit, cuyo tratamiento consistiría en



enseñar comportamientos y pensamientos más adecuados según criterios de normalidad estadística, desatendiendo las creencias, ideologías y valores personales en el proceso de terapéutico. Frente a esta rigidez de los modelos cognitivos-conductuales se expuso una visión más contextual que otorga más importancia a las circunstancias personales. Perspectiva contextual que promueve la renuncia de la posición de poder y saber en busca de la comprensión del malestar desde la historia subjetiva del paciente, en el que el cambio no es obligatorio sino una opción en otras, respetándose la capacidad de decisión de la persona en el proceso terapéutico, devolviéndole la dignidad como ser humano desde la escucha y la palabra. Proceso terapéutico guiado por el sujeto no por el experto, en el que se desestima el uso de etiquetas diagnósticas en aras de reconocer el discurso subjetivo como forma de construir su narrativa, de dotar de significado su vida y su malestar a partir de su propia biografía. El espacio terapéutico sería un espacio de colaboración y escucha, espacio de contención para la incertidumbre, el desconocimiento y la duda, en el que la persona pueda ir construyendo sus formas únicas de afrontar la realidad sin que le genere tanto sufrimiento. Tras la exposición de la mesa, en el debate, se incidió en la tendencia a homogeneizar y protocolizar la psicoterapia en función de los distintos trastornos, donde el sujeto desde una actitud pasiva se adapta a las directrices del terapeuta y a las necesidades que supuestamente conlleva su diagnóstico. Se reclamó una psicoterapia centrada en la persona y orientada hacia una relación horizontal, que soporte los estancamientos, retrocesos y sentimientos negativos como algo inherente de un proceso terapéutico. Se planteó la falta de formación en psicoterapia de los profesionales en Salud Mental, así como la necesidad de la supervisión para manejar sentimientos como el odio o la rabia que se pueden llegar a sentir en práctica clínica hacia los pacientes.

La “[Mesa en espejo](#)” contó con la participación de distintos colectivos en primera persona, entre ellos [Flipas GAM](#), Asociación [Hierbabuena](#) y Asociación [Caleidoscopio](#). Los primeros bajo el título de “De la senda de locura al reencuentro de un camino”, expusieron el funcionamiento de su colectivo desde el activismo y la participación en la sociedad, “somos un grupo de locos sin más”, explicaron la dinámica de los grupos de apoyo mutuo, donde impera la horizontalidad y el empoderamiento del loco desde el acompañamiento entre “nosotr@s”. Nos acercaron a sus vivencias desde la poseía, discurso más subjetivo y emocional que el discurso racional utilizado por los profesionales. La Asociación Hierbabuena para la Salud Mental de Asturias reivindicó la locura como una forma de estar en el mundo, de la necesidad de salir del propio “autoencierro” a través de iniciativas como “[Orgullo Loco](#)”, señalando cómo el cambio social con respecto a la locura ha de contar obligadamente con ellos, “Nada sobre nosotros, sin nosotros”. Denunciaron la violación de derechos humanos por ser diagnosticados desde la psiquiatría, reclamaron el trato como ciudadanos y no como enfermos crónicos e incapacitados. Hicieron hincapié en la necesidad de crear espacios para la visibilidad de la diferencia y la diversidad, espacios de participación social, incidiendo en la importancia de las asociaciones en primera persona en el proceso de cambio social. La Asociación Caleidoscopio desde una exposición irónica y sarcástica demandaron a los profesionales más trato humano frente al tratamiento impuesto, más vínculo frente al consejo descontextualizado, así como la exigencia de construir un espacio en el que poder dialogar/debatir con el profesional sobre el diagnóstico, los

tratamientos más adecuados, en el que se configure un espacio de confianza y respeto, al contrario de como ellos lo viven realmente como un espacio de castigo, represalias y miedo. En el debate posterior se pusieron en duda conceptos como la normalidad en un mundo enfermo, la conciencia de enfermedad, preguntando a los profesionales si tenían “conciencia de poder” cuando están en las instituciones. Se denunció la falta de libertades en los ingresos psiquiátricos frente a los ingresos carcelarios, de la violación de los derechos humanos, así como la ausencia de humanidad de los servicios de Salud Mental.

La cuarta mesa “El discurso del psicoanálisis: ¿Es realmente el psicoanálisis lo que dicen que es?”, comenzó planteando qué es el psicoanálisis frente a la interpretación salvaje alejada de la clínica, recalcando la diferencia entre el psicoanálisis pasado y el actual. Expusieron el psicoanálisis como un modelo que está en continuo cambio y elaboración, se profundizó en el concepto de inconsciente, de la técnica y el encuadre, se puso sobre la mesa la tendencia de algunos psicoanalistas “endiosados” a situarse a una distancia considerable con respecto al analizado para adecuarse a la técnica rígidamente. Se defendió la práctica psicoanalítica como una defensa de la individualidad, se señaló la exigencia de formación sobre el ser humano más allá del psicoanálisis, encontrándose en la literatura el conocimiento más profundo de la humanidad a través del paso del tiempo. Se conceptualizó la supervisión como el límite a la estupidez del profesional, ya que permite cuestionarse a uno mismo en la práctica clínica. Se planteó la elección por el psicoanálisis como una lucha por la causa frente al afán cientificista de validar las psicoterapias ante la imposibilidad de cuantificar el sufrimiento humano al estar atravesado por la propia subjetividad. En el espacio de debate posterior se comentó la falta de cuestionamiento del discurso psicoanalítico en las exposiciones, señalando a los ponentes como habían escenificado la verticalidad entre expertos y no expertos que suele acontecer en la práctica clínica. Se debatió sobre distintos conceptos psicoanalíticos y su implicación en la psicoterapia, preguntándose cómo se plantearía la prevención desde dicho modelo al contemplar el síntoma como la defensa del sujeto frente a su propio malestar. Se habló del peligro del adoctrinamiento en la formación psicoanalítica desde las distintas escuelas y la relación asimétrica entre psicoanalista y analizado.

La quinta mesa “El discurso comunitario: ¿Dónde está la [comunidad](#)?”, empezó con las preguntas ¿qué es el discurso comunitario?, ¿qué supuso la reforma psiquiátrica?, dejando entrever como el proceso de cierre de los manicomios supuso un cambio de nombre pero no del funcionamiento real en la asistencia. Donde los centros de salud mental serían los nuevos “minicomios” en los que se siguen desarrollando prácticas coercitivas y se “sobremédica” a las personas. “Minicomio” en el que el profesional aparece encerrado en su despacho desconociendo el barrio y contexto del sujeto, diluyéndose el significado del trabajo comunitario tan defendido desde la reforma, interrogándose sobre qué es lo comunitario y dónde está la comunidad. Se amplió la pregunta más allá de lo estrictamente sanitario, recuperando un discurso comunitario desde la construcción de vínculos y lazos solidarios en la sociedad actual. Se señaló la necesidad de crear la comunidad desde el nosotros y no con sesudos discursos alejados de la realidad, una comunidad donde las diferencias, las



contradicciones y sufrimientos se inscriban en la cotidianidad social y a su vez, se potencien espacios de apoyo mutuo. Se comentó la exigencia de salir de la consulta que tanto protege al profesional y empezar a trabajar desde el entorno de la persona, donde lo terapéutico sería el trabajo conjunto entre el cuerdo y el loco para establecer lazos de apoyo en su realidad más cercana. Se planteó como el sistema actual promueve el individualismo obstaculizándose el establecimiento de relaciones que ayuden a amortiguar el malestar. Se señaló la importancia de ser conscientes del daño que se puede hacer con diversas intervenciones. Intervenciones que pueden tender hacia la infantilización del sujeto por las actitudes paternalistas de los profesionales, donde se anula la capacidad de decisión y con ello sus derechos como ciudadano, siendo necesario buscar la horizontalidad en la relación entre el profesional y la persona, para lo cual el profesional debe renunciar al poder que se le otorga por sus conocimientos y ponerlos de lado del sujeto. Varias fueron las personas que expusieron sus sentimientos de soledad en los lugares donde trabajan debido a las discrepancias en cómo entender la salud mental con sus compañeros de trabajo, así como la falta de espacios de formación e información sobre propuestas emancipadoras que se estén realizando en otras ciudades, proponiéndose un espacio para que los profesionales puedan intercambiar ideas, propuestas, inquietudes, frustraciones y se pueda dar continuidad a lo acontecido durante las jornadas, creándose el correo yosoypolilla@gmail.com.

La clausura de las jornadas corrió a cargo de [Alberto](#) Ortiz Lobo, bajo el título “Provechos y oportunidades del discurso posmoderno”. Reflexionó acerca de la iatrogenia de la práctica psiquiátrica, del difícil arte de no intervenir y soportar la incertidumbre de no saber qué pasará. Continuó con una crítica al discurso psiquiátrico moderno sobre la medicalización de la locura, donde la palabra del loco ha estado silenciada a lo largo de la historia por la razón sobre la locura de los profesionales. Planteó los modelos teóricos utilizados en Salud Mental desde el discurso posmoderno como construcciones discursivas para comprender la realidad, cuestionándose la verdad y certeza de los mismos pero señalando su utilidad para poder dotar de significado las experiencias del sujeto desde un trabajo en común entre el profesional y el paciente, como un trabajo de co-construcción de narrativas. Señaló como tal posicionamiento terapéutico implica una participación más activa de la persona en su proceso de recuperación como experto de sí mismo, así como la renuncia del diagnóstico como un fin en sí mismo. Donde la clínica se juega en el vínculo establecido en el encuentro terapéutico, relación que debe tender hacia la horizontalidad con una toma de decisiones compartida, en el que el profesional con sus discursos y saberes se pone a disposición del otro. Si bien, alertó de la necesidad de que los profesionales estuvieran familiarizados con los distintos discursos (biológico, psicoanalítico, cognitivo-conductual, etc.) para poder adaptarse al sujeto y a sus necesidades y no a la inversa, adaptar al sujeto al discurso con el que se sientan más cómodos, intentando mantener una actitud autocrítica con respecto a nuestra práctica como parte de un saber inacabado y en constante cambio.

Reproducimos a continuación la correspondencia entre José Luis Moreno Pestaña y Álvaro Múzquiz Jiménez respecto a una reseña publicada en la Revista de la AEN.

RESPUESTA A UNA RESEÑA

José Luis Moreno Pestaña

Universidad de Cádiz

joseluis.moreno@uca.es

[http://moreno-pestana.blogspot.com/es/](http://moreno-pestana.blogspot.com.es/)

<https://uca-es.academia.edu/JoséLuisMorenoPestaña>

Acaba de aparecer una [reseña de mi libro *La cara oscura del capital erótico. Capitalización del cuerpo y trastornos alimentarios* \(Madrid, Akal, 2016\) en la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría](#) (nº 17, 2017, pp. 209-213). Quiero destacar del trabajo de Álvaro Múzquiz Jiménez cuatro aspectos que tienen el mayor interés, al menos para mí, pues ya hace casi veinte años que escribo sobre filosofía y sociología de los problemas psicológicos.

1) El autor insiste en señalar si creo que los trastornos alimentarios tienen o no realidad autónoma; si soy, pues, un anorexólogo que promueve una categoría específica de gestión de lo real: es decir, me reprocha más o menos formar parte de un campo que en un libro anterior intenté objetivar (al respecto se dicen cosas también en este). Me sorprende ser a la vez agente de un análisis y que la reseña me convierta, sin más, en objeto del mismo. Que el capítulo tres plantee las cosas de otra manera –a través de la teoría de Ian Hacking– no parece registrarse. Tampoco, aunque sobre eso también he hablado, la particularidad del tratamiento que hago de los trastornos alimentarios. Al considerarlos como ruptura de los hábitos corporales compartidos –alimentación, ejercicio, medicación, cuidado corporal– son categorizados dentro de umbrales de sensibilidad diferentes. Lo que en un lugar es ser una anorexia en otro es cuidarse para no ser obesa; esos umbrales remiten a patrones de legitimidad sobre qué es cuidarse, o qué es un cuerpo sano, modulados de modo distinto en variados puntos del espacio social. Lo que es una desviación indicio de patología en otro marco puede ser interpretado como una corrección inofensiva. Efectivamente, los trastornos alimentarios existen, y el debate en torno a ellos forma parte de sus condiciones de existencia (aunque no es la única condición: véase el capítulo tres). Tal vez desaparezcan y explico el porqué. No sé si esta posición me sitúa en el campo de los anorexólogos, categoría que expresa conflictos por definición de las enfermedades y control de los mercados que no son los míos; no porque los desprecie, sino porque las pautas que utilizo para definir la



normalidad corporal son otras —de hecho la reseña las expone al comienzo de manera generosa—. Es cierto que no estoy en el nihilismo sobre la construcción social —algo que luce mucho en los ambientes de Letras y creo que también en cierto *radical chic* psiquiátrico. Al respecto remito, para quien tenga interés sobre mi posición epistemológica, a los tres primeros capítulos y la conclusión de *Moral corporal, trastornos alimentarios y clase social* (Madrid, CIS, 2010).

Siempre en la cuestión epistemológica, y referido a las causalidades, el autor de la reseña me presenta como un partidario de una suerte causalidades paralelas, resultado de una especie de acuerdo de Yalta epistemológico de separación de esferas (una para los médicos, otra para los psicólogos... y yo, que no doy más de sí, me acojo a la que me dejan). La reseña lo relaciona, no muy claramente, con la discusión sobre el lugar de la sociología en el campo de los expertos, es decir, en el intento de reconstruir las condiciones institucionales de mi trabajo que abordo en el apéndice metodológico de mi libro. Un intento de reflexividad concreta, donde en lugar de hablar de todos los autores en los que podría ampararme, intento dilucidar procesos de inserción concreta en un trabajo de campo, arriesgándome a mostrar lo que tiene de normal (y que por tanto se esconde), se vuelve un instrumento para objetivarme: soy el sociólogo que asume lo que le dejan los demás. ¡Eso me pasa por promover una epistemología realista, con lo bien que queda uno comenzando su trabajo con un panteón de filósofos de la ciencia ilustres!

En fin, aclaro: no soy tan limitado; precisamente porque intento, seguro que mal, objetivar las condiciones de mi trabajo. Pero es que además uno tiene sus lecturas y nadie que haya leído a Merleau-Ponty puede compartir esa idea: la causalidad psíquica no es un montaje de influencias paralelas y los vínculos causales no se pueden desmadejar uno de otro —el biológico, del psíquico y así hasta el social—. Se encuentran vinculados, y los trastornos alimentarios son, siempre siguiendo a Hacking, entidades o interactivas o híbridas, en las que las diferentes causalidades se anudan y modifican. Creo que desde que existe el nicho ecológico de los trastornos alimentarios, hay una causalidad social específica. Esa causalidad social a veces se introduce en una biológica: indebidamente. Detectar ese biologicismo no conlleva eliminar las dimensiones biológicas que podrían seguir operando en otros conjuntos. El autor me reprocha que no sea suficientemente radical. Muy bien: aclarado el asunto de la diplomacia de las causalidades, ¿qué es lo que habría de deconstruir?

Como puede que tenga que ver con la categoría de trastornos alimentarios, sirva el apunte siguiente. Como explica Ian Hacking, los conceptos psiquiátricos son de clases en estrella. Un águila y un gorrión son miembros de la clase de las aves y se parecen poco. Si nos ponemos muy nominalistas con los conceptos alrededor de los trastornos alimentarios reventamos la psiquiatría y las ciencias humanas y nos condenamos a hablar con deícticos. Al respecto me he extendido en “El poder psiquiátrico y la sociología de la enfermedad mental: un balance”, *Sociología Histórica*, nº 5, 2015, pp. 127-164 (<http://revistas.um.es/sh/article/view/232501/187131>).

2) Se cuestiona que en las entrevistas no se analiza la subjetividad del individuo y se me reprocha, cómo no, sin decirlo explícitamente, el sociologismo. Cabrían aquí muchas consideraciones;

la primera es la diferencia entre una entrevista clínica y una entrevista sociológica, a qué da acceso cada una y cómo sería absurdo pretender con una desmontar la otra.

Mas yendo a lo del sociologismo, cierto que es un pecado terrible, al que como tantos otros soy propenso. Cierto es que es pecado muy diagnosticado: por ejemplo, el filosofismo –consistente en hacer teorías sobre teorías y poner a autores de guardaespaldas de otros autores... y ello para desbrozar materiales de enorme pobreza empírica– se diagnostica poco, y es algo que en la psiquiatría crítica, a menudo asumida en ciencias humanas, no es inhabitual.

En un trabajo como el mío, siempre ha de mantenerse, en el tratamiento de las entrevistas, la combinación del cuidado del detalle –sin creerse que uno está haciendo una historia clínica– con la generalización argumentada y, sin duda, sabiendo que hablamos de experiencias donde no podemos razonar como si se controlasen las condiciones iniciales y pudiésemos deslindar perfectamente lo que obedece a un contexto específico o a una dinámica de mayor alcance. Sobre la combinación de ambas exigencias remito al lector al modo en que presento mis entrevistas en el apéndice metodológico: diciendo siempre en qué me apoyo. Es una manera de señalar los puntos frágiles de tu argumentación, de exhibir los protocolos.

Asumo que siempre se podría criticar si el corpus tiene que ver con lo real y si la teoría que interpreta el corpus era la mejor posible. El autor sugiere que él sacaría más de mis entrevistas. Es una pena que no nos haya ofrecido ejemplos sobre su perspicacia: ¿podrían producirse mejores datos sobre lo real teniendo en cuenta las condiciones institucionales de mi investigación? ¿Y sobre la teoría utilizada? Aunque sobre esto, la reseña denota también cierto disgusto. Veámoslo.

3) El autor critica, de manera algo elíptica, mi utilización del concepto de capital en Marx y me da unas lecciones de filosofía del lenguaje. Uno siempre las agradece, aunque ya me las sabía. El asunto es el siguiente: propongo una tesis, históricamente detallada, a partir de tres niveles que articulan el cuerpo como capital y que pueden ser análogos a la unificación de mercados exigida por cualquier concepto de capital, sea o no de Marx (la referencia a Marx me da igual, aunque creo que mi lectura es correcta). Esa tesis permite explicar y poner fechas sobre por qué antes el cuerpo no era capital y por qué puede dejar de serlo. No es escaso riesgo: es mucho, me podría haber escondido, se hace a menudo, con referencias vaporosas al cuerpo, el poder o el fetichismo de la mercancía y que cada uno, como sucede también a menudo, entienda lo que pueda. El reseñador se agarra a un ejemplo –sobre tomates– acerca de la necesidad de valorizar un recurso para que devenga capital. El lector juzgará si el ejemplo del autor de la reseña guarda proporción con lo que se aporta en el capítulo. Una teoría jamás puede pretenderse indiscutible; pero para que la crítica sea algo más que demarcación caprichosa de posiciones habría que decir cuál, entre las alternativas, ofrece mayor poder de explicación teórica de los protocolos disponibles y más calidad heurística.

4) El autor señala que el capítulo sobre las resistencias le parece de menor interés. Sin embargo es en él donde se muestran la inestabilidad, refiriéndola a conflictos específicos, de los procesos



de capitalización del cuerpo. También hubiera estado bien detallar las razones sobre si tales conflictos existen o no y si alguien, en ese plano, ha avanzado más. Quiero, sin embargo, destacar algo: en ese capítulo se habla de formas de salida de gestión no psiquiátrica de la desviación —sea esta categorizada como trastornos alimentarios o sean estos síntoma de otra entidad nosológica—. Son tales formas de ruptura de la capitalización las que me llevaron a la elaboración teórica con la que se abre el libro, algo sobre lo que también se interroga la reseña, esta vez lamentándose de mi enemistad con la teoría. Es difícil que un servidor, modesto profesor de filosofía, se enemiste con la teoría, aunque sí me disguste la exhibición teórica gratuita.

Fue por ese capítulo por el que empecé a escribir y por el que cobra sentido parte de lo que se dice en los primeros. Es fácil comprobarlo si se ve que una versión de tal capítulo fue la primera parte de la obra que se publica en *Dilemata* (“Mercado de trabajo y trastornos alimentarios: las condiciones morales y políticas de la resistencia”, *Dilemata. Revista internacional de Éticas Aplicadas*, nº 12, 2013, pp. 143-169, <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/219>). Que de ese modo intento comprender cuáles con las condiciones sociales de salida de la enfermedad mental, y que tal es una preocupación de hace tiempo, puede comprobarse leyendo las páginas 254-256 de *Moral corporal, trastornos alimentarios y clase social*. Obviamente ninguna teoría deriva solo de la empiria. En ese aspecto solo puedo dar la razón al autor de la reseña. Aunque insisto; la teoría se vincula con bastante más que la utilización del IMC como indicador de capitalización, algo que sin más no diría nada.

Contrarréplica

Álvaro Múzquiz Jiménez

A pesar de que lo que se expone a continuación es una respuesta a la réplica de José Luis Moreno Pestaña a la reseña publicada en el último número de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre su libro “La cara oscura del capital erótico”, lo propio sería redactar una mera aclaración. Será una contrarréplica para no resultar tedioso repitiendo con otras fórmulas lo que ya está escrito y para facilitar la lectura. Para ello me limitaré a seguir en el mismo orden los cuatro puntos que Moreno Pestaña considera importantes y centrarme en su contenido sin entrar —siguiendo la propia terminología bourdieuana del autor— en una carrera sobre la acumulación de capital cultural institucionalizado y objetivado de cada uno de nosotros como si eso sustentara los argumentos. Decía que tendría que bastar una aclaración porque considero que la réplica del autor es en todo punto el fruto de una doble incomprensión, a saber: (1) la del contenido literal de la reseña y (2) la del contexto en el que está escrita y se publica (revista de una asociación de salud mental que será leída por una mayoría de profesionales dedicados a la clínica o público en general no especializado en filosofía ni sociología). El primer punto puede ser atribuible a mi torpeza para la expresión escrita, pero que alguien que insiste en su larga carrera profesional objetivando diversos ámbitos de la actividad humana (entre ellos su propio trabajo) y publicando incurra en el segundo

error interpretativo me ha sorprendido. Por todo ello, el texto es un intento de poner en orden estos dos malentendidos.

Moreno Pestaña deduce de su lectura de la reseña que interpreto que trata los trastornos alimentarios como categoría indiferente (siguiendo a Hacking), con una causalidad social paralela específica. Al mismo tiempo, que esta causalidad ha sido buscada solo como desecho dejado por ramas profesionales que en su disputa de poder suelen tener más ventaja que la sociología y la filosofía: la medicina y la psicología. Y, por último, que lo acuso de que en este proceso no ha sido suficientemente radical deconstruyendo la categoría de los trastornos alimentarios.

Para defenderse de tales acusaciones apela a que no se ha tomado en cuenta un determinado capítulo teórico del libro, a saber, el tercero, y repite los argumentos expuestos en dicho capítulo; es decir, que para él los trastornos alimentarios caerían bajo lo que Hacking llama categorías interactivas o híbridas y que también ha tenido en cuenta que existen distintos umbrales de detección para los trastornos en distintos ámbitos culturales (lo que en el libro se llama polarización cultural) o en distintas familias. También menciona el problema práctico que supondría una deconstrucción masiva de las categorías psiquiátricas.

En el caso de que en la reseña se afirmara lo que dice el autor, difícilmente podría atribuirse a pasar por alto lo que vuelve a mencionar en este apartado cuando el propio autor reconoce posteriormente que en la reseña se recogen sus pautas para definir la normalidad corporal. En el comienzo de la reseña no solo se recogen dichas pautas sino que se menciona también, con otros términos, sus ideas de la categoría híbrida (sin mencionar a Hacking) y los umbrales de detección. Es lo que se expone como discontinuidad histórica, de clase, de género y laboral. ¿Cómo puede ser que al mismo tiempo se recoja y no se recoja algo? ¿Quizá nos encontremos ya ante un nuevo nivel de pensamiento dialéctico o cuántico?

Creo que hubiera sido más prudente considerar por parte de Moreno Pestaña que lo que se dice en la reseña es a pesar de haber tenido presente ese tercer capítulo. Y es que para escribirla se ha tenido en cuenta cómo se articula el libro en su conjunto y no una reinterpretación desde un capítulo teórico de 10 páginas de un libro de casi 400. Para el que no haya leído el libro se puede poner un ejemplo de la propia respuesta de Moreno Pestaña: su mención a Merleau-Ponty. Nos dice que cualquiera que haya leído su obra sabe que las causalidades biológica, psicológica y social están entrelazadas y no se pueden desmadejar. Pues bien, Merleau-Ponty parece haber sido cogido al azar puesto que si lo sustituyéramos por cualquier autor de entre el panteón de filósofos ilustres que maneja, la frase sigue teniendo el mismo sentido banal e inespecífico. Podemos poner a Hegel y todo sigue igual. Y, además, ¿tendremos que reinterpretar toda la respuesta en base a la mención de dicho autor? ¿Estamos ante la aplicación breve y práctica de la totalidad de la fenomenología merleau-pontyniana?

En el libro ocurre lo mismo. Muchos autores se usan de manera inespecífica, sesgada e incluso malinterpretada; especialmente llamativos son los casos de Hacking, Sánchez Ferlosio y Marx (este



último luego lo veremos). Hacking, que parece tan importante para el autor, aparece de manera explícita en precisamente los dos puntos que han salido a relucir en este apartado. El primero de ellos es la última sección metodológica, que vuelvo a abordar aunque parece ser que la única pretensión del autor al incluirla en el libro era la de recibir alabanzas por “desnudarse”. En esta sección se utiliza a Hacking como forma de justificar que por muy biológica o indiferente que fuera una categoría mental el sujeto que la padece sufriría y tendría que lidiar con ella en la sociedad, y eso lo tiene que estudiar la sociología. Resulta incomprensible que haya que utilizar a ese autor en concreto para justificar un argumento tan manido probablemente hasta por los profesionales a quienes quiere convencer de la necesidad de su trabajo. Podría sustituirse por cualquier otro autor (me viene ahora a la cabeza simplemente el capítulo de Jaspers sobre el enfermo ante su enfermedad), y hasta casi por cualquier tratado al uso de psiquiatría, y no cambiaría un ápice el argumento ni la justificación. Que se opere así parece obedecer únicamente a un prejuicio acerca de la postura que cree deben tener los demás según su profesión, como vemos en la propia respuesta en que se atribuyen cualidades inherentes a las categorías “profesor universitario”, “cierto radical chic psiquiátrico” o “psiquiatría radical”, por poner algunos ejemplos. Pero es que, además, al contrario de lo que afirma el autor en su respuesta, se debate en esa suerte de división de causalidades que él mismo realiza y que no basta con corregir diciendo obviedades del tipo de que están anudadas cuando, de hecho, en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria es precisamente el argumento de la psiquiatría oficial (el que quiera puede abrir un Kaplan y comprobarlo por sí mismo). El autor en la página 360: “los trastornos alimentarios no se producen porque las personas tengan problemas en su equipamiento neurofisiológico (que pueden tenerlos también): se producen porque las estructuras sociales ponen a las personas en problemas”. Esta oración es excluyente, es un “no se producen por esto sino por esto otro aunque tuvieran problemas neurofisiológicos” y se utiliza plenamente con un sentido causal. Asimismo, ¿qué es si no la propuesta de incluir los trastornos alimentarios como enfermedad profesional cuando este concepto viene dado por una relación directa causal entre el trabajo y la enfermedad que se padece? De nuevo, al contrario de lo que afirma en la respuesta, el sociólogo lo que se encuentra es en la cúspide de la causalidad y del poder explicativo sobre los trastornos alimentarios; son los demás los que pueden si acaso recoger sus migajas.

El otro lugar en el que aparece Hacking es el referido tercer capítulo. En él se aborda su concepto de categorías interactivas e híbridas y, por otra parte, los umbrales de detección, la polarización cultural y un breve recorrido histórico por los orígenes y pequeños debates internos de la psiquiatría con respecto a la configuración del concepto. En este último punto es donde Moreno Pestaña saca a relucir un debate que luego dice que no es el suyo, el de los profesionales que consideran los trastornos de la conducta alimentaria como entidad independiente o incluida en otros trastornos. Explícitamente no se dice nada más, solo se señala ese debate. Cuando digo que el autor toma partido por el primer grupo, el de los anorexólogos, no lo hago pensando en asuntos que habitualmente no se encuentran en los debates en el seno de la salud mental, como si son categorías indiferentes, híbridas o interactivas, sino simplemente en el sentido que puede interesar a un lector potencial de la revista. Esto comprende la posición entre esos dos grupos y en el libro se opera claramente

siguiendo a los primeros, a los anorexólogos. Es indiferente que se diga que las clases psiquiátricas son en estrella, ya que esto solo implica grandes diferencias de los sujetos concretos dentro de la misma categoría, en nuestro caso los trastornos alimentarios, y esto se establece en el libro además como una continuidad entre los problemas sociales-alteraciones corporales-trastornos de la conducta alimentaria. Nunca hay ninguna mediación más. Para el profesional de salud mental es interesante saber que nunca se considera si en esa relación las mujeres presentan otro trastorno del cual las alteraciones alimentarias son síntomas superficiales, ya que ese es un debate que le resulta de especial interés.

El profesor intenta escapar diciendo que este no es su campo ni su mercado. Pero no se puede evitar el mismo si hablamos de trastornos y su manera de abordar lo interactivo y los umbrales de detección es problemático e incide en la idea de incluir al autor en el grupo de anorexólogos. Un trastorno es una categoría que implica que su configuración final se da en un marco si no exclusivamente médico por lo menos terapéutico (psicológico o psiquiátrico). En la sociedad existen diversos modos de detectar y modificar las alteraciones de la norma y solo las que pasan por dicho contexto y son calificadas por profesionales como trastornos podemos considerarlas como tales. Antes, más bien, serán simplemente problemas. Un ejemplo burdo y rápido lo podemos ver con el todavía utilizado diagnóstico de esquizofrenia. Alteraciones de conducta o del discurso de diversos tipos se han ganado (y se ganan) apelativos diversos, como pueda ser el socorrido de “loco”, y, al mismo tiempo, según diversos entornos familiares y culturales, constituir o no un problema. Aunque este lo sea, no será hasta una valoración y un diagnóstico cuando se pueda hablar de esquizofrenia propiamente, si es que el clínico concreto lo considera oportuno. Hace falta una apropiación y reelaboración categorial de una práctica profesional concreta. Si bien en el tercer capítulo parece que nos encontramos ante la posibilidad de que se tome en cuenta alguna especificidad de la categorización psiquiátrica y de la interacción de dichas prácticas con las pacientes, la realidad es que esa sensación se esfuma tan rápido como se sigue leyendo el libro. La interacción, la polarización, los umbrales, etc. solo se exploran en el entorno social y cuando son problemáticos pasan a ser inmediatamente trastornos. La confusión es total y esta incide en la idea de causalidad social de los trastornos alimentarios: lo que es un problema en la sociedad pasa inmediatamente a ser un trastorno. En ningún punto se reprocha que el autor no sea radical deconstruyendo nada; es que, simplemente, un lector clínico tiene que saber que el libro no aportará nada nuevo a lo ya conceptualizado porque, vuelvo a repetir, basta con leer un manual para ver que la supuesta gran aportación del libro, que es descubrir que algunos entornos laborales con una mayor presión corporal producen alteraciones que desembocan en un trastorno de la conducta alimentaria, se encuentra en el discurso oficial psiquiátrico; por no hablar del propio tratamiento que suele hacerse del tema en los medios de comunicación. Por lo tanto, el problema no es que no haya una deconstrucción ni una reelaboración conceptual, sino la falta total de novedad.

En cuanto a las entrevistas vuelve a ocurrir otro tanto de lo mismo. Como en el punto anterior y en el siguiente, lo que se hace en aparente confrontación es desviar la atención hacia otro lugar



haciendo parecer que se dice lo que no se ha dicho. Todos entendemos la diferencia entre una entrevista clínica y una social y no se pretende que se haga una de un tipo cuando el contexto es otro. Por otro lado, Moreno Pestaña afirma que yo sugiero que sacaría más de las entrevistas. En ningún punto afirmo semejante disparate. El asunto es más bien otro: que las entrevistas no son más que apoyos parciales de la teoría que se quiere demostrar. No existen mujeres que se salgan de su principal argumentación y las preguntas del entrevistador se dirigen a esa relación expuesta más arriba: trabajo (aquí se incluyen también otros factores asociados culturales y la competencia entre trabajadoras)-alteraciones corporales-trastornos de la conducta alimentaria. Esta tendencia cierra la experiencia y evita que el lector pueda adquirir algo más que la repetición incesante del mismo asunto. El profesor podría acudir aquí a algo tan socorrido como que solo son ejemplos de lo que él quiere decir pero entonces tendría que aclararlo en el libro y no hacerlo pasar como la presentación del material de primera mano de su trabajo empírico. En la reseña explicito el valor que tiene mostrar parte de las entrevistas por tener la voz de las mujeres afectadas, pero de nuevo insisto: en una revista que leerán principalmente profesionales en contacto con pacientes (no en un suplemento dominical o una revista de filosofía) creo que es importante reseñar qué se puede esperar de las entrevistas reflejadas en el libro y si aportarán algo a esos potenciales lectores.

En este punto, el profesor intenta soslayar el problema defendiendo la supuesta irrelevancia de que los conceptos que maneja provengan de autores u obras determinadas ¿Cómo puede alguien decir que la referencia a Marx le da igual cuando en la primera página de su libro hace referencia al mismo, dedica el segundo capítulo del libro a tratar un concepto elaborado por él (lo titula “del capital variable al capital erótico”) y la primera sección de dicho capítulo se titula “Marx y la complejidad del capital variable”? Es cierto que si lo que quiere decir es que le da tanto igual que no es riguroso ni con la bibliografía al referirse a Marx, ya que todo es bibliografía secundaria, le podemos dar la razón; por cierto, esto es una constante en el libro también en otros asuntos como, por ejemplo, en sus afirmaciones sobre lo inofensivo para la salud de la obesidad. Pareciera, leyendo al profesor, que él se ha limitado en el libro a discutir sobre capital y capitalismo sin recurrir necesariamente a conceptos marxistas y que soy yo el que exige ceñirse a estos, cuando es explícito y manifiesto que en el libro se quiere dar un sentido plena y específicamente marxiano al término capital.

Pero centrándonos en lo meramente conceptual diré que si bien todas las clases de filosofía del lenguaje las tiene bien aprendidas no le vendría mal una de economía política, porque el concepto de capital y capitalismo que maneja es hasta tal punto deficiente que, o bien nos encontramos ante un nuevo descubrimiento del pensamiento posmoderno, o es simplemente premarxista. Por ello elegí el ejemplo de los tomates como demostración del rigor con el que se trata un tema central en el libro, ya que al incluir dicho ejemplo en la primera página debió de parecerle al autor especialmente sugestivo. En la reseña señalo que el concepto pretendidamente marxiano de capital es doblemente problemático en el libro: primero, por una mala interpretación del propio concepto, y, segundo, por su equiparación con los conceptos tomados de Hakim y Bourdieu. Moreno Pestaña sostiene que un recurso deviene capital cuando se puede vender o comprar en un mercado unificado (de ahí su elección

del ejemplo de los tomates). Observa que esto se produce actualmente con ciertos valores corporales y estéticos y que, por lo tanto, los cuerpos devienen capital. El profesor, en su afán por el empirismo, confunde la observación de que un mercado unificado haya podido desarrollarse bajo condiciones capitalistas de producción con el concepto mismo de capital y capitalismo. Un recurso valorizado no es más que una mercancía estén o no los mercados unificados. Moreno Pestaña no distingue entre mercancía y capital. Si uno acude a los mercados unificados con recursos valorizados lo podrá vender por un dinero y, si quiere, comprar otras mercancías con ese dinero siguiendo el esquema M-D-M'. Esto no es nada específicamente capitalista; es simplemente un intercambio mercantil y los recursos son mercancías, no capital. Lo específicamente capitalista es la revalorización del dinero que acude a un mercado a comprar algo que produce un plusvalor, la llamada fuerza de trabajo según el ciclo D-M-D' (donde D' es el dinero inicial más un plusvalor que surge del proceso de producción). Así se transforma el dinero en capital. Según desarrolla Marx en el capítulo sexto del primer libro de *El Capital*, el dinero que se invierte en el mercado se destina a dos tipos de mercancía: aquellas que transfieren su valor inalterado a la mercancía final (por ejemplo, materias primas) y aquellas que hacen incrementar el valor de la mercancía resultante en el proceso de producción (la fuerza de trabajo de los trabajadores, ya que, según la teoría del valor utilizada por Marx, es el trabajo el productor de valor). A la parte destinada a lo primero lo llama capital constante; al destinado a lo segundo capital variable. Moreno Pestaña sabe esto último y deduce entonces que si lo erótico ha saltado a los mercados podemos decir que es capital variable. Esto último, a pesar de los malentendidos expuestos más arriba, no sería un problema si no se generalizara el término capital erótico dándole un sentido marxiano y se asimilara a los otros dos. Porque el autor en todo su cuidado para distinguir las presiones estéticas en los trabajos sigue hablando siempre de capital en este sentido. Si queremos que conserve algún significado como capital variable habría que explicar qué lugar concreto ocupa en el proceso de producción según el ciclo D-M-D' antes expuesto. Si no funciona añadiendo valor, como, por ejemplo, siguiendo el propio libro en un trabajo académico, no podemos seguir diciendo que es capital variable ni ningún otro sentido económico que se precie. En este punto, se observa la confusión previa entre capital y mercancía, puesto que el autor cree que las interacciones en una sociedad capitalista son siempre en algún sentido mercantiles (ligar en discotecas también es para él un mercado), y que por tanto todo es mercancía (hecho discutible), pero él lo llama capital. Sería conceptualmente más adecuado hablar simplemente de mercantilización del cuerpo y no de capitalización, pero entonces se perdería la sensación de novedad e impacto, y así la justificación para seguir sosteniendo la combinación de palabras capital erótico.

El autor no admite siquiera que se dé una opinión que se hace notar como claramente subjetiva. Que el capítulo sobre las resistencias me parezca de menor interés dejo claro que es exclusivamente para mí, no que lo deba ser para cualquiera. No me resulta de interés porque desconfío de la necesidad de plantear propuestas concretas de cambio en un trabajo académico y porque, si bien se recogen los modos en que muchas mujeres luchan contra los trastornos alimentarios, no es cierto que lo que se propone sea independiente de que sean considerados una entidad independiente o parte de otro cuadro nosológico, como dice el profesor en su respuesta. La realidad es que parte de



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

una premisa generalizada en el imaginario popular y en los medios de comunicación que consiste en que “la anorexia y la bulimia surgen de perseguir la delgadez” (frase literal de la página 289 con que se inicia el capítulo), y, por tanto, que las soluciones consistirán en interferir en la cadena trabajo-presión corporal-trastorno alimentario. Como se ve, se repite constantemente el mismo esquema que, como digo en la reseña, parece surgir de un trabajo teórico y dudosamente de uno empírico. No creo, por tanto, que el profesor esté enemistado con la teoría, sino que o cree que los demás lo están y tiene que justificarse, o que gracias a dotar a su trabajo de una apariencia empírica correrá en el día de hoy mejor suerte publicitaria.

En definitiva, la respuesta del autor a la reseña parece un intento de confrontar con algo que no se ha dicho y de exigir que se tengan en cuenta asuntos que por el contexto y el espacio no son esperables. Si la reseña hubiera estado plagada de los habituales lugares comunes y alabanzas de mera promoción: “libro imprescindible”, “necesitamos otros libros como éste”, “de nuevo una gran publicación de este autor” etc. es de suponer que le habría dado igual que hubiera sido una sucesión de inexactitudes y faltas de asimiento de conceptos, autores, capítulos, etc., ya que no es inusual que las obras ni siquiera sean leídas para escribir reclamos sobre ellas.

SERGIO IRIBARREN @iribarrensergio · 20 abr.
#madrileña2018, Ana Moreno: "la coerción es un fracaso en la capacidad de cuidar".

Clara Benedicto y 4 más retwittearon

AMSM @AMSaludMental · 19 abr.
El sufrimiento en la institución tiende a vivirse en soledad, sin construir alternativas colectivas, nos quedamos en la queja y el dolor. J. Leal.
#madrileña2018 #madrileña18

Machús San Pío y 1 más indicaron que les gusta

AMSM @AMSaludMental · 19 abr.
"El paciente no es el problema, es la solución... La superación del saber soberbio es imprescindible" J. Leal. #madrileña18 #madrileña2018

irene pangaea y 1 más retwittearon

AMSM @AMSaludMental · 19 abr.
"Cuidarse es un verbo reflexivo y recíproco" J. Leal #madrileña2018 #madrileña18

Mientras tanto en la prensa: ¿Quién quiere más hospitales psiquiátricos?

“Donald Trump quiere más psiquiátricos y hay psiquiatras que están de acuerdo”. Este es el título de un artículo de Benedict Carey, que debería preocuparnos más por su segunda parte que por la primera.

De políticos neoliberales, aunque sea en versión populista, tipo Donald Trump, es esperable que presenten el recorte de derechos y la posibilidad de realizar negocio con la salud de la población como una cuestión banal y la den por sobradamente justificada. Las personas afectadas y muchos profesionales de la salud mental lo ven de modo muy distinto: la reclusión en psiquiátricos no es la mejor opción y promoverla hoy como panacea suena demasiado a vieja psiquiatría.

Tampoco es congruente con la *Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad*, que fue firmada y ratificada por más de 175 países, entre ellos, EEUU y España.

Hay una corriente neoconservadora en psiquiatría que aboga por revertir el costoso y lento desarrollo de la atención comunitaria y volver a la construcción de psiquiátricos. Los argumentos de esta corriente profesional no tienen un fundamento firme en el suelo de la experiencia sanitaria:

Parten de la base de que se ha producido una desinstitucionalización, pero hoy sabemos que esto no es del todo cierto. Tal como prueban desde 2003 los informes del Observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), sobre los recursos asistenciales en las Comunidades Autónomas, es cierto que se han reducido las plazas en hospitales psiquiátricos, pero se han generado paralelamente otras plazas residenciales fuera del sistema sanitario, que bajo el eufemismo de “Centros Específicos para Enfermos Mentales” u otros similares, resultan llamativamente parecidas a las de los antiguos manicomios. Estos centros de más de 40 e incluso de 100 plazas se sitúan en lugares apartados de núcleos urbanos y mantienen a residentes sin salida previsible durante años. Véase el informe que sobre la atención residencial a personas con problemas de salud mental realizó el Sindic de Greuges de la Comunidad Valenciana en marzo de 2016.

Por otro lado, responsabilizan al modelo comunitario de atención, que no ha llegado a implantarse, de los males supuestamente provocados por la desinstitucionalización. Como Manuel Desviat recoge en su libro *Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*, la construcción del modelo asistencial comunitario a partir del artículo 20 de la Ley General de Sanidad ha sido muy dispar entre las CCAA. Si bien algunas han seguido políticas activas de desinstitucionalización y creado recursos y programas asistenciales en la comunidad, en otras tan sólo se ha contado con centros de salud mental ambulatorios y en algunas ha seguido siendo el hospital psiquiátrico el eje de atención. En la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) se puede seguir la evolución de la implantación de recursos asistenciales y su situación actual. Esa disparidad en la implantación de modelos comunitarios de atención se da también en los EEUU,



donde profesionales contrarios al aumento de hospitales psiquiátricos argumentan en el artículo del New York Times que, “*los gobiernos estatales, con algunas excepciones, no cumplieron las promesas de brindar atención comunitaria adecuada, como clínicas locales bien dotadas de personal, apoyos para la vivienda, el empleo y la vida diaria*”.

Se acusa a la desinstitucionalización del aumento de personas con problemas de salud mental en las cárceles, pero lo cierto es que cuando se estudia, como en este artículo de Chow y Priebe (2016), la relación entre la reducción del número de camas en hospitales y el aumento de la población carcelaria, los autores no encuentran una relación causal. Encuentran que hay otros cambios políticos y sociales, diferentes de los cambios en el número de camas psiquiátricas, que se reflejan en el PIB y potencialmente en otros indicadores, que explican en mayor medida el alcance del aumento de la población carcelaria en Europa Occidental.

Es cierto que la tasa de personas con trastornos mentales en instituciones penitenciarias no ha dejado de crecer en las tres últimas décadas, pero ¿alguien se pregunta por las causas sociales de este hecho? ¿Cuáles han sido los delitos de muchas de ellas? En un libro que la AEN traducirá próximamente, Warner R. (2004), estudia los delitos cometidos por los presos con diagnóstico de trastorno mental. Algunos de ellos consisten en buscar un techo donde dormir en propiedades privadas, hurtos para alimentarse y otros por el estilo. ¿No habría que preguntarse por la relación entre el crecimiento de la población reclusa en aquellos estados en los que la crisis económica ha generado mayor desigualdad social y la existencia de una menor protección social? EEUU es un claro ejemplo de lo que decimos.

Tal como señalaban en 2015 Sisti, Segal y Emanuel en un artículo de opinión de la revista *Jama*, las cárceles y prisiones de EE. UU. se han convertido en las instalaciones de salud mental más grandes del país. La mitad de todos los internos tienen una enfermedad mental o un trastorno por abuso de sustancias; el 15% de los presos del Estado están diagnosticados de trastorno psicótico.

España avanza en esa misma dirección con mayor rapidez que el resto de Europa, solo hay que ver los presupuestos que la derecha española pretende aprobar para este año. No sólo la recaudación del IRPF se sitúa como media unos diez puntos por debajo del resto de países europeos, lo que impide inversiones que puedan mantener los servicios públicos con garantía, sino que además estos impuestos no se dirigen a lograr una mejora en la redistribución de la riqueza, como afirman politólogos y economistas expertos.

Finalmente cuando se habla desde posiciones neoliberales nunca falta el argumento económico de la eficiencia y bondades del modelo que se busca implantar, titularidad privada con financiación pública. Para hacerse aceptable, esa falaz argumentación necesita del imprescindible desprestigio del modelo público que se pretende reducir, precarizar o eliminar. Un ejemplo bien actual que ilustra esta estrategia es el llamado modelo Alzira, cuya reversión a público tras casi 20 años de sobrecostes para el erario público celebramos. Un estudio recogido por diversos medios de comunicación, ha cifrado el sobrecoste de ese hospital de gestión privada en 65 millones de euros sólo en 2015 y 2016.

Encontramos de nuevo similitudes con EEUU, el artículo del New York Times recoge que “*cuesta alrededor de \$ 150,000 o más anualmente alojar a un residente en modernas instalaciones mentales estatales como Worcester, en comparación con alrededor de \$ 30,000 por año para una buena atención comunitaria, incluida la vivienda, estiman los expertos*”.

Mejor no nos engañemos. No nos valen los eufemismos mil veces repetidos ni los eslóganes simples. Tal como sugieren Chow y Priebe, necesitamos más investigación sobre las relaciones entre las instituciones, hospitales psiquiátricos, forenses, cárceles, y los modelos basados en la comunidad y servicios ambulatorios. No podemos olvidar que las decisiones políticas influyen en el modelo económico y social que, a su vez, determinará el tamaño de los recursos y programas de inversión en la atención a la salud mental de la población.

Es una cuestión de justicia social y respeto de los derechos humanos de todas las personas, incluidas aquellas con sufrimiento mental, porque de lo contrario nadie podrá asegurar que se respetarán los suyos. No lo olvidemos.

Las personas con problemas de salud mental se juegan su libertad y su derecho, reconocido en la Convención, de acceder a un nivel de vida adecuado y a protección social, a programas de vivienda pública y a la participación en la vida política y pública. No podemos olvidar que “*el ser humano no puede ser si no es en relación con los otros, con su entorno más íntimo, su red social. En contacto con la mirada, la consideración, el reconocimiento de su entorno (...). Gerald Caplan (1966), nos decía que los aportes básicos que nos da la comunidad: afecto, trabajo, un lugar, un sitio, una identidad, permiten nuestro equilibrio psíquico*” (Desviat, 2016).

¿Quién quiere más psiquiátricos cuando lo que necesitamos es más comunidad?

BIBLIOGRAFÍA

Desviat M. *Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Grupo 5. Madrid: 2016

Warner R. *Recovery from Schizophrenia Psychiatry and Political Economy Third Edition*. Taylor & Francis Group. New York: 2004



Mientras tanto en la prensa: qué salvar de Salvados

Quien viera “1 de cada 5”, el programa de Salvados del día 28 de enero, llegaría fácilmente a la conclusión de que la depresión es una enfermedad muy común. Como cualquier otra enfermedad pero en la que no hemos avanzado tanto como en otras. Cuyo diagnóstico no es fácil y debe encomendarse a profesionales expertos que la conocen y saben como tratarla. Mejor por lo privado que en la pública. Aunque no del todo bien, porque a diferencia de otras, se espera que en 2030 llegue a ser la primera causa de discapacidad. Algunos se sentirían fascinados porque esa enfermedad pudiera estar en algún sitio del cerebro a la altura de la ceja derecha. En fin, la misma conclusión que tras cualquier espacio de salud de la programación matinal de las televisiones, pero no lo que se esperaba de la cuidada producción del equipo de este programa.

Con algo más de perspicacia se podrían encontrar algunas cosas que no cuadran del todo. Cada uno de los participantes había encontrado, curiosamente, una manera diferente de recuperarse. Además, si afecta a 1 de cada 5, y si hasta un 8 % mueren de suicidio, la mortalidad por esta causa sería de medio millón de personas. Pero en la conversación no aparece este contraste entre el sentido común y la indiscutible autoridad profesional basada en las cifras y los hallazgos cerebrales. Como asociación de profesionales no tenemos nada en contra de cuantificar lo que sea posible (y lo subjetivo no lo es) o investigar la fisiología del sistema nervioso, pero en pie de igualdad con otros discursos no tan avalados por el poder.

De hecho durante la propia emisión del programa no tardaron en poder leerse [múltiples respuestas](#) desde los [espectadores](#), [criticando](#) el [sesgo biologicista](#), la nula mención al paradigma biocomercial en el que aparecen esas depresiones y sus tratamientos, el riesgo de entender la atención al sufrimiento psíquico como [un producto de consumo sólo al alcance de quien lo pague](#), y que el marcadísimo [sesgo](#) de su contenido en ningún momento fue enunciado como tal sino como [una verdad objetiva](#), [carente de ideología](#). Por desgracia [no es algo nuevo](#). El discurso biologicista y reduccionista obviando una y otra vez los determinantes sociales tiende a ser hegemónico en la prensa, como [podemos ver habitualmente](#).

De modo que intentaremos salvar algo de ese Salvados. Por ejemplo el exquisito relato de la experiencia. Escuchar en horario de máxima audiencia cómo distintas personas decían cosas como “cuando estaba muerta”, “el estado más próximo a la muerte”, “verse rodeado de gente que no le pasa y no lo entiende”. Que hablaban del “sabor y el color” de un sentimiento o de “sentir que desaparezo, que estoy desnudo y frágil”. Incluso Enric, un hombre sensible además de reconocido psiquiatra hablaba del “miedo cósmico”. Cómo se definió nuestro entorno como un medio en el que hay que “aparentar fuerza y esconder las debilidades”. Que “nos han vendido la idea de ser siempre felices”. Algo de lo que “no se pueden hacer canciones y ni siquiera hablar”. Del sufrimiento de los ingresos. “Ojala los hospitales fueran como esta masía”, comentaba Noelia frente al atardecer nevado. (“Pues montamos una Unidad” respondía el psiquiatra). O “peor aun que los internamientos, que no te quieran como madre porque esto es genético”.

Salvamos de ese Salvados que hay a quien le fue bien la estimulación cerebral profunda pero a Georgina lo que le ayudó fue bailar, incluso en lo más hondo del pozo. Hay quien toma muchas pastillas, quien toma pocas y quien no toma ninguna. Podemos salvar también que no se estigmatice por tomarlas y que se respete el no tomarlas. O los grupos de ayuda de suicidio donde se aprende a entender y a perdonar, a ser útil a otras personas. “A aquella madre que se acercó a mí tras una charla, le salvé la vida”. Que se hablara de que de los profesionales no importa sólo lo que saben sino también el trato. “Encontrar la persona adecuada” o “poder negociar con ese terapeuta”. O de que se mencionara un rechazo a que “la única salida que te den sean las pastillas”.

O la frase “tienen que darse unas condiciones para recuperarse” que queda suelta en medio de la conversación pero que señala la importancia los entornos. Porque nadie habló de las adversidades persistentes, la falta de apoyo, la discriminación o las desigualdades. Una verdadera lástima, porque las muchísimas personas que disfrutaron y aprendieron con el programa habrían obtenido una visión mucho más global, completa, menos interesada.

Pero así fluyó la conversación. Sin micrófonos, ni cámaras, sin las exigencias de espectáculo de las parrillas televisivas, ¡cuánta falta nos hacen estos espacios! De compartir de igual a igual, de tú a tú. De hablar de vivencias sin ponerles un diagnóstico, de poner en común cómo nos apañamos, de reconocer cuándo hacemos más daño del que evitamos o, en qué ayudamos y en qué no. De no tener miedo a abandonar vías que no llevan a ningún lado y entrar en otras, con el mismo espíritu crítico (o si se quiere, científico), de abrir esperanzas entre todos ante esa lúgubre profecía para el 2030.





Prólogo de la publicación “Parentalidad, perinatalidad y salud mental en la primera infancia”, que será presentada en el Congreso de Córdoba de la AEN.

Prólogo a cargo de Alberto Lasa Zulueta
Psiquiatra y Psicoanalista.

Profesor de Psiquiatría de niños y adolescentes y de psicopatología del desarrollo infantil

Prólogo

La crianza y la primera infancia, que caracterizan lo que el ser humano tiene de más específico y diferencial respecto al resto de los mamíferos, ha cambiado mucho a lo largo de la historia.

La idea “tradicional”, la imagen ideal, que teníamos de cómo transcurrían ambas, consolidada a lo largo de los dos últimos siglos, no podía ser más tranquilizadora. Los niños nacen como resultado de un deseo y un proyecto común y son el fruto de una relación sexual entre su padre y madre biológicos, que constituyen así una familia estable en la que quedan incorporados con un proyecto de futuro común, que les garantiza hogar y crianza, sustento y alimentación, educación y futuro profesional.

No hace falta ser un experto en historia, demografía, antropología social -o en cualquier otra disciplina relacionada, como la nuestra, con las circunstancias que rodean el embarazo, nacimiento y crianza- para darse cuenta de que las cosas nunca fueron iguales para todas las clases sociales y de que, además, han cambiado mucho en poco tiempo en nuestra sociedad occidental.

Recapitemos sobre algunos de los sucesos que no pueden dejar de afectar a la crianza y a todo lo que la precede y rodea.

- Del lado de la sociedad

La liberación de la mujer, su acceso progresivo, exitoso e imparable a todos los niveles de la escolaridad y el conocimiento; su incorporación al mercado de trabajo y su emancipación progresiva de las obligaciones domésticas impuestas por una sociedad favorecedora de los privilegios masculinos; la reducción del tamaño y componentes del núcleo familiar; la conquista del derecho a la contracepción y al aborto, se han acompañado de la disminución de la natalidad y del progresivo aumento de la edad de gestación. La imagen social de los roles atribuidos a lo femenino y lo masculino está cambiando tanto que ya se hace raro oír hablar de “identidad sexual” frente a la extensión de la “política de género”. También resulta difícil sostener y hacer entender que una cosa son las diferencias de sexo biológico y otra las injustas desigualdades y la justa reivindicación de la igualdad de derechos entre mujeres y hombres, niñas y niños.

También hemos pasado de una normativa social basada en una “sexualidad procreativa” considerada como un medio de engendrar -y asociada al trinomio “reproducción-pareja casada-heterosexualidad”- a una “sexualidad transgresora” consagrada al derecho al placer y despegada, si no del amor sí del modelo conyugal y de pareja heterosexual dominante (“padre y madre de sexos biológicos complementarios”). El matrimonio homosexual y el cambio de sexo anatómico, y su realización y financiación por la sanidad, se han convertido en derechos reconocidos o reivindicados por la sociedad.

Las “nuevas parejas”, “nuevas familias” y las nuevas “técnicas de reproducción asistida” y de “maternidad subrogada” son realidades que interesan a los medios de comunicación, a investigadores de diversas ciencias y a la gente de la calle. Todo ello ha sido incorporado a programas electorales y los poderes políticos no pueden dejar de pronunciarse al respecto.

La sexualidad sacralizada por el matrimonio y regulada, malamente, por una apariencia de sometimiento a principios de orden religioso, ha sido barrida y borrada del mapa, dando paso a una sexualidad profana, que presume de libertaria, en la que el placer individual es la ley prioritaria. Sin embargo, no se ha liberado del todo de seguir controlada por alguna normativa social. La psiquiatría con sus clasificaciones diagnósticas y la justicia con su legislación y sus condenas, parecen hoy descabalgadas de su poder como dictadoras de la normalidad y de la delimitación de lo que es perverso o normal. La misma sociedad que presume irrenunciablemente de su liberación sexual y exige la desaparición de un control social de la concupiscencia, reclama la necesidad de una psicopatología gestada y gestionada entre los psiquiatras y los jueces, para definir lo normal y lo intolerable, para imponer normas exigentes y sanciones severas, sobre todo cuando la violencia sexual se hace presente en el terreno de la vida conyugal, o en el del acoso y el abuso.

Ante la brutalidad de la violencia de género, ante la que con perversa sutilidad infiltra el acoso laboral o escolar, ante la utilización de las redes sociales o de otras situaciones con intenciones pederásticas, ante la sospecha de abusos físicos o sexuales con menores, nuestra sociedad no tiene la menor duda en calificarlas, unánimemente, de “anormalidad”, ni en juzgarlas como una “amoralidad” y una “aberración”, ni en reclamar unánime la rápida intervención de psiquiatras forenses y jueces que las diagnostiquen de patológicas e impongan y ejecuten sanciones que siempre implican la expulsión-exclusión de la sociedad y que buscan que esta quede protegida de la intrusión de la aberración y la violencia sexual.

También las tendencias actuales a imponer “higienes saludables” parecen invadidas por un nuevo culto a una sexualidad liberada, pero no exenta de una obligatoriedad conforme a nuevas normativas que preconizan el “autoconocimiento” y la “autenticidad consigo mismo” para acceder al placer individual. La culpabilidad vinculada al necesario control del placer concupiscente de antaño, la contención de la carne, ha sido sustituida, por el logro o fracaso de la capacidad orgiástica como elemento determinante del orgullo o la vergüenza narcisista.

Paradoja de la vida moderna: cuanto más se sabe de la fisiología de la sexualidad más se duda, se debate y se informa respecto a la manera de disfrutarla felizmente. La responsabilidad individual



de cómo lograrlo, se traslada al sujeto que debe aprender a “auto-ayudarse” para lograr el número de orgasmos que el “ranking” del manual de turno determine. El ejercicio de la sexualidad se sigue debatiendo entre las libertades conquistadas y las flaquezas del cuerpo. La cuestión de la imprescindible reciprocidad del deseo en el encuentro sexual (quiero a alguien que me quiera/ deseo a quien necesita desearme) parece un resto pretérito de la evolución humana.

La multiplicación de “otras” sexualidades y su reivindicación de igualdad de derechos, - al matrimonio, a la adopción, a nuevas formas de procreación- es otro fenómeno actual. Siempre ha existido la adopción que, generalmente, estaba vinculada, a integrar al niño en una pareja “conveniente”, lo que antes equivalía a decir “heterosexual”. Es cada vez más frecuente que niños y niñas vivan con parejas parentales homosexuales. También va creciendo el número de madres sin pareja que deciden procrear, por sí mismas (con espermia solicitado a alguien o comprado en un banco de semen) o alquilando un vientre ajeno “subrogado” (una de las últimas polémicas mediáticas) modalidad que también eligen parejas homosexuales y heterosexuales con o sin descendencia biológica propia. Hasta hemos visto en la prensa un hombre (transexual) que hizo público y fotografió su vientre embarazado, cuyo padre era otro hombre (la noticia no especificaba si padre biológico, o no, de la criatura).

La multiplicidad de “variantes procreativas” actuales hace que quienes tenían y tienen tendencia a pensar en una relación sexual entre hombre y mujer como condición necesaria para un embarazo tienen que ampliar su panoplia de fantasías sobre la escena primaria. Quienes tratamos niñas y niños ya hemos comprobado también que la realidad está superando lo que antes entendíamos que eran geniales fantasías infantiles acerca de la sexualidad. No parece excesivo predecir que, si los hábitos de compra y consumo actuales duran, la oferta de compra de niñas/os encargados en catálogo, con óvulos y espermia seleccionados con sofisticadas técnicas de selección genética, y gestadas/os en vientres de madres también contratadas y seleccionadas según criterios de calidad, puede convertirse en un mercado en expansión. No conviene espantarse o frivolar en exceso, porque parece que será la vía para lograr tener descendencia en circunstancias tan diversas como la de parejas con problemas de esterilidad insalvable o la del deseo caprichoso y pasajero de quien puede pagárselo. Hay que saber que ya hay jueces que obligados por las circunstancias deben pensar y dictaminar sobre ello. Desconozco si también ya han solicitado peritajes psiquiátricos al respecto, pero si no es así creo que la cosas está al caer.

Queda por saber que queda en nuestro mundo de una sexualidad vinculada a una vida de pareja compartida y a un proyecto de vida destinado a fundar una familia (obsérvese que ya no hablo de pareja heterosexual). Aunque parezca que se trata de algo prehistórico, convendría preguntarse y matizar cuanto de lo anterior sigue estando presente en las motivaciones de quienes constituyen lo que llamamos “nuevos modos de pareja, de parentalidad o de familia” y recurren para ello a “nuevas formas de procreación”.

Debe quedar claro que, independientemente de opiniones morales o ideológicas, desde la perspectiva de nuestra ética profesional, no tenemos nada que decir desde el punto de vista de

la “normalidad” o “anormalidad” de tales situaciones y de sus protagonistas. En cambio, aunque parece legítimo dudarlo, sí parece que podemos y debemos aportar algo respecto al bienestar o el sufrimiento psicológico asociados a estas situaciones. También, por nuestra profesión, tenemos que pensar que son situaciones que afectan no sólo a sus protagonistas, sino a quienes nacerán como resultado de sus encuentros y opciones. Estamos hablando de niños proyectados e imaginados primero y luego, procreados, gestados, paridos, a veces adoptados, criados y educados en nuevas situaciones. Podemos plantearnos también, desde el punto de vista de su futuro personal y psicológico, si sabemos algo de si su situación implica o no factores de protección y de riesgo específicos o diferentes respecto a situaciones más conocidas. Me adelanto a decir que los estudios, obligatoriamente a medio y largo plazo, y la complejísima metodología y recursos de investigación interdisciplinarios que necesitaríamos para saberlo, hacen pensar en una tarea imposible. Mientras no tengamos datos fiables, que sin duda tardarán en llegar, -aunque la tendencia de precipitar conclusiones basadas en sesgos ideológicos ya la estamos viendo en ciertos trabajos -tendremos que ser prudentes.

Entretanto lo que sí sabemos es que, también en las nuevas situaciones, el malestar, el sufrimiento psíquico, los problemas y dificultades de toda crianza y del desarrollo psicológico de toda infancia, de cualquier infancia, nos llegan en petición de ayuda. Lo que justifica la legitimidad de plantearnos el acercarnos a la exploración de sus problemas y a intentar intervenciones terapéuticas y de acompañamiento y ayuda. Justifica también el interés de la amplitud de temas que esta ponencia incluye.

Estos sucesos antropológicos y sociales recientes -y seguro que otros muchos que empezamos a vislumbrar- que están modificando y multiplicando las modalidades actuales de procreación, embarazo, nacimiento y crianza, han originado nuevos conceptos y nuevas palabras. Nuevos términos, como “perinatalidad” o “parentalidad”, han entrado para quedarse en nuestro lenguaje cotidiano antes de haber entrado en el diccionario. Estas novedades, -resultado y causa de cambios sociales permanentes y cada vez más acelerados- obligan también a reflexiones de orden ético y legislativo. En nuestra práctica profesional nos obligan también a actualizar y crear nuevos modos de comprensión, de teorización y de intervención. Las polémicas ideológicas y científicas están servidas y los modelos actuales de difusión masiva, rápida y difícilmente contrastable, complican aún más las cosas. Las ideas ciertas o falsas, objetivas y fundadas o sesgadamente interesadas aparecen en un torbellino de informaciones de procedencias muy diversas. Hasta la “evidencia científica” esgrimida por cualquiera en favor de sus argumentos debe ser impecable e implacablemente cuestionada para poder ser confirmada en su valor objetivo. Las reivindicaciones sociales, condicionadas por posicionamientos políticos, ideológicos y electorales, exigen respuestas rápidas que precipitan decisiones determinantes, antes de que dé tiempo a pensarlas sosegadamente con los sectores profesionales y sociales que tendrían conocimientos que aportar al debate. Esta es la intención de quienes han propuesto esta ponencia que trata, ni más ni menos, de aportar cosas al conocimiento de una realidad muy compleja, que implica a diversos terrenos profesionales y sociales. Como siempre - y es nuestro papel de aguafiestas el decirlo- nuestra realidad social genera nuevos problemas que



inmediatamente trata de tapar, negar o, en el mejor de los casos, resolver. También es tarea nuestra proponer vías de comprensión y de solución.

El prefijo “peri” - “todo lo que rodea a”- ya apunta a la complejidad y las múltiples dimensiones de la tarea. Alrededor, antes y después de la natalidad hay varias áreas profesionales: ginecología, pediatría, salud mental, servicios sociales. En cada lugar con diferentes desarrollos y recursos y con muy diversos grados de coordinación, de entendimiento o de enfrentamiento. Lo que ciertamente obliga a la colaboración entre profesiones y al reconocimiento mutuo de las aportaciones de cada cual. La modestia que cada partícipe, cada especialidad profesional, debería soportar, no suele ser lo habitual dado el protagonismo y la convicción de superioridad de conocimientos a la que tiende cada una de ellas. Esperemos que palabras como “multi-profesionalidad” “pluridimensional” o “transversalidad” vayan reflejando realidades concretas cada vez más extendidas y reconocibles.

- Del lado de la ciencia

Los avances de la biología (neurobiología y neuro-imagen; físico-química cerebral; genética; biología molecular, etc.) han originado, además de nuevos conocimientos, merecidos reconocimientos y también una fascinación por los progresos científicos a la que se añade también una ilusión, una creencia en que sus objetivos no tienen límites. Vencidas progresivamente las enfermedades antes mortales el objetivo es ahora vencerlas todas. También hacer variar incluso las tendencias biológicas que han condicionado la evolución humana, dado que se supone que, conocidos los secretos del genoma y de su transmisión, la ingeniería genética permitirá planificar y modificar las características de los seres vivos, incluidos los humanos, y liberarles no sólo de sus enfermedades sino también de sus características no deseadas o mejorables. Todo hace pensar que en este nuevo mundo “transgénico”, si ya se trastocan moléculas del código genómico para mejorar tomates y frutas, los seres humanos no se quedarán con las ganas de ensayar consigo mismos y con su descendencia.

Nuestros conciudadanos no quieren enfermar, no quieren morir. Tampoco envejecer o soportar los signos corporales de la decadencia. La cirugía pasó de “reparadora” a “estética” y ahora ya se han mundializado y convertido en un mercado imparable sus aplicaciones “cosméticas”. Conocemos adolescentes, sobre todo chicas, que antes de terminar su desarrollo hormonal y corporal optan, con el acuerdo y financiación de sus familias, por modificaciones quirúrgicas motivadas por la búsqueda de perfección estética. Un paso más allá, la insatisfacción con el sexo biológico se soluciona, o al menos se combate, cambiando -hormonal y quirúrgicamente- su anatomía, decisión que, aunque no se dice claramente, no está exenta de complicaciones y sufrimientos diversos y tampoco garantiza la felicidad absoluta.

Pese a ello y pese a que sabemos, en el terreno clínico, de la complejidad y las sorprendentes transformaciones de la identidad y los vaivenes en la elección de diferentes opciones sexuales durante los largos años que dura la evolución psicosexual a lo largo de la infancia y la adolescencia, asistimos a un debate muy cargado de argumentos ideológicos y bastante pobre en matices y conocimientos. Por ejemplo, en ciertas iniciativas, no exentas de militancia, se equipara a cualquier niño/niña con dudas respecto a su identidad y con deseos de cambiar de sexo en el futuro, cosa frecuente en la

clínica, con otros muchísimo menos numerosos, que reúnen las características psicológicas para calificarlos de transexuales con criterios diagnósticos.

Estas consideraciones han estado siempre alejadas del terreno del desarrollo psicológico temprano, salvo para los expertos que estudiaban los orígenes de la identidad de género. Sin embargo, la emergencia social de posiciones que tratan de hacer de la educación sexual temprana y de los debates que suscitan hace que quizás debamos considerarlo un nuevo terreno en el que se impone, al menos, una reflexión sobre nuestro papel profesional. En cualquier caso, mencionar este terreno tan específico y menos frecuente de lo que el ruido mediático hace creer -aunque no por ello haya que banalizarlo o silenciarlo- tiene su interés por que muestra la interrelación entre los factores sociales y los criterios científicos, incluso en un terreno tan íntimo como el de la elección de sexo. En este sentido permite también reflexionar sobre los vaivenes que sufre la credibilidad de la ciencia -en este caso la psiquiatría- en la sociedad actual, que oscila entre delegar decisiones personales en criterios profesionales o en descalificarlos totalmente, llegando a excluirnos como interlocutores. Bien es verdad que la psiquiatría, cuando ha derivado en clasificaciones normativas y ha permitido su utilización ideológica y social, ha hecho méritos para que se desconfíe de ella como ciencia.

Podemos ver en todo lo relatado una tendencia, desconocida anteriormente en la sociedad, al menos en su extensión imparable actual, hacia una sublevación contra las leyes y ataduras que la biología impone o, más bien, imponía.

La neonatología actual ha realizado grandes progresos. Salva bebés, recién nacidos o aún en el útero, -e incluso a la hora de ser concebidos gracias a la ingeniería genética actual- que antes estaban abocados a una muerte inevitable. Progresos que se han acompañado de una nueva complicación: la supervivencia de bebés de alto riesgo y de enorme fragilidad que a su vez han generado la necesidad de mejoras y logros espectaculares en su atención -sobre todo en aspectos somáticos- y de nuevos modos de prevención e intervención en lo que atañe a su evolución psicomotriz, cognitivo-afectiva y relacional posterior. Lo cual necesita recursos importantes en su seguimiento, coordinados con los hospitalarios y hasta ahora bastante escasos, o atendidos, en muchas áreas geográficas, por diversos servicios poco o nada coordinados. El seguimiento de las “grandes prematuridades”, que debe ocuparse de bebés que sobreviven con grandes grados de inmadurez y de riesgos asociados, es un buen ejemplo de ello.

Las técnicas de reproducción asistida son también otro territorio en el que la relación entre nuevos aspectos biológicos y ginecológicos y la sensibilidad a las delicadas situaciones psicológicas que conllevan, nos plantean nuevas reflexiones e intervenciones multidisciplinarias.

Esta oscilación ambivalente entre la fascinación por las ciencias biológicas y la oposición a las servidumbres, nuevos problemas y dudas que nos imponen se evidencia en otros muchos terrenos.

Así vemos, por ejemplo, que -reactivando un viejo debate científico- el determinismo genético puede ser a la vez cuestionado y rechazado o afirmado y deseado, sobre todo desde ciertas posiciones ideológicas.



En nuestro propio terreno, el de la psiquiatría, vemos con frecuencia como se afirma el “origen genético” de determinados trastornos -en particular los que se manifiestan en el terreno de los comportamientos- con una facilidad que muchos genetistas juzgan de totalmente aventurada y de injustificable por los hechos científicos demostrados. Con lo cual los factores ideológicos vienen a sumarse a la complejidad de los problemas psíquicos y a los remedios propuestos para resolverlos, en función de hipótesis etio-patogénicas demostradas o no.

En el terreno del desarrollo del psiquismo temprano conviene recordar tres conceptos que tienen ya varias décadas de vida pero que, tras ser escasamente apreciados durante largo tiempo, han quedado cada vez más consolidados por los conocimientos científicos que se basaron en ellos para irlos desarrollando con nuevos estudios y datos. Felicitémonos de que la psiquiatría interesada por el psiquismo temprano, su desarrollo y sus alteraciones ha jugado un papel creativo y muy activo en ello.

El primero, el concepto de **plasticidad cerebral**. Ya fue intuido, hace más de cien años, por Ramón y Cajal con su concepto de “redundancia transitoria”, confirmado cuando la tecnología posterior a él (microscopio electrónico, biología molecular) lo permitió. Las neuronas, cuanto más inmaduras sean más tienden a desarrollar múltiples y sobreabundantes conexiones de contacto. Solo algunas se consolidan conectándose en redes funcionales; el resto, las “redundantes”, tienden a morir convirtiéndose en tejido fibroso. En el cerebro inmaduro del recién nacido el desarrollo selectivo de circuitos funcionales “vivos” es simultáneo de un masivo fenómeno de muerte de neuronas ineficaces. Este “periodo sensible” de hiperactividad neuronal temporal va disminuyendo progresivamente. Hubel y Wiesel (premio Nobel 1981) demostraron que las áreas receptoras visuales del cerebro (de gatitos de la misma camada con códigos genéticos gemelos) se modifican anatómicamente en función de la estimulación o privación de luz externa post-natal que reciben. Si no son estimuladas durante un “periodo crítico” el cerebro pierde definitivamente la capacidad de desarrollar la visión, potencialmente grabada en su programa genético. Por eso la posibilidad de establecer “circuitos sustitutivos”, que pueden suplir a otros circuitos cerebrales lesionados, caduca en la medida en que el cerebro madura y pierde capacidad de regeneración. De ello la neonatología dedujo la importancia de la estimulación temprana para activar circuitos sustitutivos en cerebros de neonatos dañados. Por eso también la inmadurez cerebral de los homínidos y la plasticidad de su cerebro permitió el milagro de sus transformaciones y crecimiento, que condujeron a su evolución hasta el extraordinario desarrollo cerebral del bebé humano actual que nació, otra paradoja, como resultado de su mayor inmadurez y plasticidad y de la respuesta del entorno a su desvalimiento.

Lo que nos lleva al segundo concepto, el de la **epigenética**. François Jacob, que recibió el premio Nobel (en 1965) por sus estudios sobre la biología molecular de los mecanismos de transmisión genética, ya postuló que el ser humano dispone del programa genético más abierto. Abierto a la intervención del entorno que con su presencia durante la crianza y con su papel estimulante activa y consolida las asombrosas capacidades potenciales del bebé. Potenciales porque el programa genético las posibilita, pero no las garantiza. Necesita del aporte “epigenético” del entorno para consolidarlas. Compartió sus actividades científicas con J.P. Changeux que, inspirado por los trabajos de Cajal,

descubrió (en 1976) el fenómeno de la “estabilización selectiva de las sinapsis”, que es la base fisiológica que explica como ocurre en la anatomía cerebral la consolidación de circuitos cerebrales y funcionales prevista en el programa genético pero activados solamente si reciben una adecuada estimulación externa dependiente de la colaboración del entorno.

Colaboración externa que viene a completar, tercer concepto fundamental, la comprensión del desarrollo como una suma imprescindible de intercambios **interactivos**. Describe los fenómenos que transcurren en una relación estable, la que se va consolidando durante los encuentros de la crianza, de una espiral de interacciones entre el bebé y su entorno primordial, compartiendo entre ambos sensibilidades y comportamientos adaptativos recíprocos, imprescindibles para desarrollar las potencialidades innatas inscritas en el programa genético del ser humano, dotado y predispuesto a entrar en relación y que nace “programado para ser reprogramado” (J. Manzano).

La confirmación científica de que las interacciones precoces inciden en la organización de redes neuronales -el apego y el afecto hacen cerebro- supuso un enriquecimiento nuevo en la comprensión del desarrollo del psiquismo temprano, aportando evidencias científicas que confirmaban o cuestionaban las hipótesis previas. Los defensores del valor de las teorías psicoanalíticas de los orígenes del psiquismo precoz recuerdan que ya Freud propuso su hipótesis de que la primera producción psíquica tenía que ser una imagen vinculada a “una satisfacción alucinatoria del deseo”, es decir a una experiencia corporal satisfactoria compartida con alguien y al recuerdo de los elementos sensoriales (olfativos, gustativos, táctiles, visuales, auditivos) que la constituyen. En consecuencia, su concepto de pulsión, “entre lo corporal y lo psíquico”, emerge como un empuje que lleva al encuentro con su “objeto”, el interlocutor del que depende su crianza y que le suministra repetidas “primas de placer”. No me parece este prólogo el espacio adecuado para debatir los matices de la importante cuestión de cómo articular esta propuesta freudiana con la del “instinto de apego” propuesto por Bowlby a partir de su interés por hacer confluir psicoanálisis y etología. Pero sí para recordar, entre otros, los trabajos de Kandel (premio Nobel 2000) vinculando los afectos y la experiencia de intercambios con el entorno sensorial con la neurofisiología de la memoria neuronal.

También añadieron elementos nuevos para entender que el determinismo genético no se corresponde ya con la idea de vincular los trastornos psíquicos a un gen o genes específicos, sino a una “vulnerabilidad genética” de carácter “poligénico” que concierne a diferentes combinaciones entre muy numerosas alteraciones genéticas que condicionan y sobre las que se añaden las capacidades de responder al entorno y a sus acciones e informaciones. La multiplicidad de formas de “expresión fenotípica” viene así a abrir un panorama etiopatogénico más amplio y diverso que se corresponde también con la heterogeneidad de formas clínicas que presentan muchos trastornos. Esto supera el esquema anterior que entendía los trastornos como homogéneos y los atribuía a una “alteración genotípica específica”. Por decirlo de otra manera, los genetistas ya no buscan el “gen del autismo” sino que tratan de entender cómo y qué diferentes combinaciones genéticas están vinculadas a diferentes tipos de vulnerabilidades que condicionan y dificultan sus capacidades de relacionarse y de interactuar con su entorno. Aún más, recientes estudios sostienen también que ciertas vulnerabilidades



genéticas podrían también dar lugar a peculiares formas de sensorialidad y de hipersensibilidad a ciertas informaciones, generando capacidades cognitivas extraordinarias. Se abre así un camino para entender el parentesco genético entre ciertas formas de autismo y de inteligencias superdotadas en ciertas áreas cognitivas. Ya lo conocíamos en la clínica, desde las descripciones de Asperger, pero la genética actual permite la hipótesis de su vinculación con complejas y variadas alteraciones genéticas, compatibles - contrariamente a lo que se pensaba conforme a las leyes de la evolución- con nuevas formas de adaptarse al entorno y favorables a su supervivencia evolutiva.

La psiquiatría siempre se ha interesado desde sus orígenes por la transmisión familiar de los trastornos psíquicos y por el impacto psíquico que causan las malas condiciones de crianza y los traumatismos precoces y actualmente ya tenemos muchas certezas en cuanto a la importancia de los primeros años de vida y de la influencia del entorno en el desarrollo psíquico ulterior y conocemos bien los factores de riesgo y de protección que le afectan.

Entre las novedades más importantes generadas durante las últimas décadas, están las relativas al psiquismo del bebé (hasta el punto de que ha surgido una “psiquiatría del bebé” y se ha consolidado una asociación mundial multiprofesional “de salud mental” en torno a ella). No es casual que, en la última época, dominada por el imperio de las clasificaciones, las necesidades de un ámbito clínico específico que no encontraba reconocimiento alguno en las sucesivas versiones del DSM y de la CIE, hayan necesitado crear un instrumento más específico como el aportado por la clasificación 0-3 años.

Antes, a lo largo de todo el siglo veinte, ya se fue perfilando una diatriba interesante. De un lado estaban los que describían un bebé inactivo y pasivo. Por ejemplo la pediatría alemana del primer cuarto del siglo que hablaba del primer semestre “estúpido” del lactante o -salvando las distancias por sus creativas e impagables aportaciones a la comprensión del psiquismo temprano- Margaret Mahler, que sostuvo la existencia de una “fase autística normal” en los primeros meses del desarrollo, hasta que la evidencia de los resultados de estudios ulteriores de observación de bebés desde los primeros meses -disciplina que ella había creado y desarrollado, pero con niños de mayor edad- le obligaron a renunciar a tal idea.

Frente a esta visión del bebé estaban los que defendían un bebé activo, participativo y espabilado desde sus primeros días de vida. Entre otros, los autores que desde el psicoanálisis se esforzaban en comprender los orígenes del psiquismo y en afirmar la importancia de las relaciones precoces. Como es sabido Melanie Klein fue tildada de visionaria y a la vez admirada y denostada por sus descripciones e hipótesis relativas al complejo y muy activo psiquismo que atribuyó a los bebés desde sus primeros meses de vida. Posteriormente han sido muchos los autores que, desde la comprensión psicoanalítica -y luego desde las complementarias teorías del apego- han investigado y enriquecido nuestra comprensión de las interacciones tempranas. Han participado también -junto con otras disciplinas y teorías del desarrollo- en la gran explosión de investigaciones centradas en la observación de bebés y en la confirmación de dos de sus características fundamentales: sus asombrosas capacidades potenciales (sensoriales, motrices, gestuales, cognitivas y lingüísticas) y su innata predisposición a entrar en relación con su entorno humano. Con igual importancia se han confirmado también otros

dos hechos inseparables y complementarios; la necesaria participación del entorno para consolidar estas potencialidades del bebé y la fragilidad de estas, que corren el riesgo de no desplegarse ni consolidarse si el entorno no actúa de forma protectora y estimulante.

Parece forzoso recordar aquí a Brazelton quien, desde su convicción de “pediatra en la sala de partos”, insistió en las posibilidades de observar, ya desde las primeras horas de su vida, las muy diferentes características de cada bebé en cuanto a sus capacidades autónomas y de relación y en la utilidad de “presentarlo” con sus características personales “de nacimiento” a su madre parturienta para reforzar favorablemente su vinculación mutua. Me parece aún más obligatorio recordar el peso del saber popular atribuido a madres y abuelas que siempre afirmaron que “tu bebé te conoce desde el primer día” o que “hay que hablarle mucho para que vaya entendiendo porque ya te atiende desde que nace”. Todas las investigaciones modernas han confirmado que estas intuiciones se corresponden con lo que las modernas técnicas de observación de bebés han demostrado. Esta particular sensibilidad intuitiva, sensata y natural, que emparenta con lo que algún psicoanalista ha denominado “ilusión anticipadora” (S. Lebovici) o “preocupación maternal primaria” (D.W. Winnicott), es la que ha hecho que la sintonía -la compasión que ahora llamamos empatía- con el desvalimiento del bebé inmaduro e indefenso, haya posibilitado la supervivencia y evolución del ser humano, que es, de entre todos los mamíferos, el más frágil al nacer y a la vez el más capacitado para la comunicación.

Es una suerte que, para este congreso, que no suele tratar preferentemente de temas vinculados a la infancia, haya sido propuesta, aceptada y desarrollada la extensa ponencia que este prólogo antecede. Ofrece muchas reflexiones sobre lo que resumió muy bien Ajuriaguerra en su lección inaugural de la “cátedra de neuropsicología del desarrollo”, que el Collège de France le invitó a crear (en 1976): “Si queremos superar las contradicciones entre lo que es biológico y lo que es psicológico, o entre lo psicológico y lo sociológico, hay que estudiar al hombre desde su comienzo, no solo en el plano de la filogénesis, sino en el de su propia ontogénesis”.



Prólogo al espejo

Prólogo de la publicación “En espejo” coordinada por Laura Martín y Begoña Beviá que será presentada en el Congreso de Córdoba de la AEN.

Intención

Esto es una Ponencia de la AEN. Pero es una *Ponencia en espejo*. Es la reunión de las experiencias de muchas personas acerca de lo que llamamos «psicopatología», «tratamientos» o «dispositivos». Son las respuestas de los que reciben atención clínica y que utilizan nuestras redes de salud mental.

Tradicionalmente, los socios de la AEN seleccionan tres Ponencias que serán desarrolladas en el periodo que discurre de entre sus Congresos Nacionales. Textos que siempre han sido elaborados por socios. Es decir, por profesionales de la salud mental.

En el XXVI Congreso Nacional de la AEN, celebrado en 2015 en Valencia, propusimos que fueran personas con experiencia en malestar psíquico las que dieran cuenta de sus conocimientos a través de este formato. Planteamiento que fue calurosamente aplaudido por la mayoría de miembros de la Asociación. Esta iniciativa respondía a la intención, cada vez más extendida entre los que trabajamos con la locura, de demostrar que el Saber no reside en los que teorizamos sobre ella, sino en aquellos que la experimentan.

En 1911, Sigmund Freud escribió en *El caso Schreber*, que «el delirio es en realidad la tentativa de curación, la reconstrucción»¹ del sujeto. Esta afirmación supuso, según sus propias palabras, «el golpe más atrevido contra la psiquiatría»². Tanto que, desde entonces, todo profesional de la salud mental debe definirse respecto al síntoma, pues su enfoque clínico y asistencial variará radicalmente si lo considera un trastorno a eliminar o una defensa a respetar.

Han pasado más de doscientos años y aún podemos distinguarnos según este baremo. Por un lado, queda la posición de la Salud Mental mayoritaria, que considera la locura como una alteración de la normalidad subsidiaria de ser reparada. Algo que acontece —r causas biológicas aún por determinar— sobre un individuo doliente, que pasará de inmediato a ser diagnosticado, tratado y psicoeducado bajo el supuesto de que se trata de un *enfermo mental*. Por otro, queda la consideración de los profesionales que entendemos que el malestar psíquico es una experiencia de la subjetividad, legítima y libre, que acontece en una persona singular y única. Esta *clínica de la resistencia* se aleja del concepto médico de enfermedad. Define al sujeto desde su responsabilidad subjetiva. Desde una posición activa respecto a su síntoma que le permitirá trazar la línea a partir de la cual sufre y requiere algún tipo de intervención. Es la que intentamos impulsar con este texto.

1. S. FREUD, «Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia», *Obras Completas, T. IV*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1972, p. 1.522
2. S. FREUD, C. JUNG, *Correspondencia*, Madrid, Taurus, 1978, p. 440

En este orden de cosas, entendemos que la clínica y la asistencia se organizan de una forma diametralmente opuesta según una u otra consideración del síntoma. Bajo la premisa de que hay una enfermedad que descubrir y reparar, ondean las banderas del poder psiquiátrico, del etiquetado diagnóstico, las unidades específicas y la vulneración de derechos. Son el testimonio, en definitiva, de que el profesional *sabe* sobre la experiencia del otro. En el territorio opuesto estamos los que abogamos por abandonar los diagnósticos para acercarnos a la subjetividad, declinar nuestra posición de saber y poder, posicionarnos como herramientas a disposición de las personas y establecer alianzas en la defensa de su libertad.

Esta Ponencia en espejo es un intento de llevar a cabo esta labor. Una tentativa de demostrar que no existen dos experiencias iguales del malestar, por lo que los profesionales debemos renunciar a ese supuesto derecho a nombrar y organizar el sufrimiento de las personas.

Método

Para elaborar este texto redactamos dos documentos. Uno, para explicar brevemente en qué consiste nuestra Asociación, el ideario que impulsaba esta Ponencia y la intención de elaborar una publicación que se presentaría en el XXVII Congreso Estatal del 2018, en Córdoba –nexo I–. El segundo era un formulario sencillo dividido en tres partes –clínica, asistencia y datos personales–, que podía ser contestado por escrito o digitalmente, y que constituye el armazón de este trabajo –Anexo II–.

Realizamos un primer envío a varios colectivos. Entre ellos, la Confederación Salud Mental España –dirigido al grupo «en primera persona»–, la Asociación Caleidoscopio, la Fundación Veus, Activament, Flipas GAM o la Asociación Hierbabuena. También lo remitimos a algunos dispositivos de distintas redes de salud mental, psiquiátricos penitenciarios y personas con malestar psíquico que no participaban de ninguna asociación, animando a hacer difusión *en bola de nieve* entre conocidos que desearan contribuir a la ponencia. Más tarde, se hicieron dos envíos a modo de recordatorio.

Resultados

Se han obtenido cincuenta formularios con un total de sesenta y tres participantes. En veintiséis de los cincuenta sólo se respondió a la sección clínica.

Procedencia Participantes	n
Centros de día	20
Centros de Rehabilitación	8
Asociaciones	10
Psiquiátricos Penitenciarios	12
Título individual	13

En este texto se han recogido rigurosamente las respuestas de los participantes. Transcribimos rigurosamente la forma de expresar sus experiencias. También hemos sido fieles al modo en que



se han escrito, tanto respecto a la puntuación de las frases o al uso de mayúsculas, como a la organización de los párrafos. Además, se ha respetado el hecho de que muchos de los apartados no han sido cumplimentados por la mayoría de los autores.

Las coordinadoras de esta publicación sólo hemos añadido, al comienzo de cada sección, las definiciones de los distintos conceptos a los que se refería el cuestionario. El lector notará que muchos cuentan con dos formas de definirse. La primera, recogida del texto *Kaplan&Sadock*, un libro de referencia de la Psiquiatría actual afín a las clasificaciones internacionales. La segunda, del *Manual de Psicopatología* de nuestra Asociación, que se sustituye el curso psiquiátrico a la que nos referíamos al comienzo de este prólogo.

Palabras finales

Para terminar, y sin ánimo de influir en lectura del texto, las que firmamos esta compilación queremos transmitir al lector algunas de nuestras impresiones.

La primera, la decepción por no haber tenido una respuesta masiva al cuestionario. Sorprende, y más por el auge que estamos viviendo en los últimos años de los movimientos reivindicativos *en primera persona*. Puede que el cuestionario fuera demasiado largo, no se difundiera adecuadamente o se tratara de experiencias tan personales que resultara complicado transmitir las. Sin embargo, esperamos que esta primera publicación actúe como revulsivo y permita una reedición más completa y enriquecida.

La segunda, la constatación, al recoger las respuestas, de lo ridículo que puede llegar a ser nuestra labor asistencial. Vergüenza que muchos sentimos en nuestro trabajo diario pero que tratamos de oscurecer para mantener nuestro lugar privilegiado en la labor clínica. Leer tantas formas de narrar la tristeza, descubrir la satisfacción de *estar loco* o constatar que los psiquiatras echan mano enseguida de «la pastilla», nos debe llevar a reflexionar sobre lo que hacemos y a aprender de los modos de *curarse* que tienen los sujetos.

Y, por último, el desconsuelo de contrastar respuestas frescas, únicas y cargadas de experiencia personal, con otras significativamente salpicadas por el lenguaje institucional y las tácticas normalizadoras de los profesionales. Por suerte, muchos autores de esta ponencia han podido demostrar, aún habiendo sido víctimas de la *psicoeducación*, su resistencia a ser encorsetados a través de escondidos giros en sus explicaciones. Referencias que invitamos al lector a subrayar y aplaudir como si de una pequeña victoria se tratara.

Sin embargo, y a pesar de la decepción, la vergüenza y desconsuelo que señalamos en estas impresiones, nos sentimos muy satisfechas con el resultado de este texto. Pensamos que con este escrito se confirma la lucha quijotesca de muchos profesionales de la salud mental. Una batalla contra gigantes que privan a las personas de su identidad transformándolas en enfermos. Un combate que siempre nos parece perdido, pero que podemos ganar si lo libramos con rigurosidad, lo impulsamos con nuestro trabajo y lo dirigimos hacia la libertad.

[Extracto de la publicación en espejo coordinada por Laura Martín y Begoña Beviá]

WAA

Empecemos minoritariamente por el delirio. El delirio es un pensamiento, ya que tiene un nombre parecido al hilo usaré este símil. Toda persona ha sufrido de esto, ya sea por fiebre o por estar en duermevela, y los cuerdos que no lo han sufrido aparte de poner en duda su cordura no me importan. Suelen ser certezas sobre algo: imaginémonos a un juez dictando sentencia en nuestra cabeza. En la psicosis el delirio es el hilo que conecta con las alucinaciones o los hechos primordiales en la vida del loco con la locura. La diferencia entre una alucinación y un delirio es que el delirio se piensa y la alucinación se vive. Los delirios suelen chocar con las realidades de los demás y suelen ser bastante extravagantes. La alucinación sería una de las materias primas del hilo. Para mi fue como un viaje espiritual, un reflejo de mi mismo pero bastante exagerado, en resumen como un sueño muy real con nexos a un pasado. La psicosis es la prenda de todo esto, caracterizada por ser novelesca, me hace pensar que es una satisfacción del ego, representada por un déficit de atención. Con déficit de atención me refiero a que no crees recibir la atención merecida. Y así se hace una camiseta Pedradas: el delirio teje la alucinación nutre y la psicosis coordina.

¿De que me ha servido? Aparte de que me hicieran un exorcismo (algo con lo que siempre soñé), para conocerme mejor, abrir la mente y rajar mi vena artística. También para sentirme un rarito, soñar con morir joven y dejar la droga (controversia).

Pedradas

Mi experiencia en el CSM es la siguiente:

El médico que me ha atendido durante la mayor parte del tiempo (ahora me lleva otro por razones de organización del CSM) «menospreció» en un primer momento la causa que originó el problema que yo tenía, dando a entender que no se podía considerar de suficiente importancia como para originar un problema mental. Esto ocurrió durante las primeras consultas y ralentizó el curso de las mismas. Asimismo, aunque debo reconocer el interés de este facultativo que, durante varios meses todas las semanas, me pasó consulta y trató de averiguar, hablando conmigo y con mi madre, la causa real de mi problema, también debo añadir que, por causas que desconozco, no llegó a averiguarlo durante el tiempo en que me estuvo tratando.

Un defecto, añadido a esto dicho, que podrían mencionar del CSM es que, aunque en general me he sentido libre para hablar, la mayor parte de los facultativos del CSM tienen una mentalidad en el ámbito de la psiquiatría semejante a aquellos que trabajan en la unidad de agudos. Entonces, a veces me surge la duda de si debería sentirme totalmente libre para hablar, dado que, si refería



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

algún pensamiento o alguna conducta que tal vez se pudiera considerar «de riesgo», estaría expuesta volver a ingresar en la unidad de agudos o a que me aumentará la medicación. Cosas ambas que yo no quería.

Doctora X

Psicofármacos:

Son drogas legales que ayudan en el día a día a la persona (o eso se piensa).

Tienen tu mente ocupada a la fuerza y anulan la voluntad del individuo en sí.

Se viven mal. ¡Cómo se van a vivir! Me dan alucinaciones inducidas o artificiales. Me ayudan a serenarme.

Me perjudican en que no me dejan pensar demasiado, y algunas medicaciones en ver «Charlys».

Jonathan

TEC:

Si he recibido 10 TEC's. Lo único es que yo no me entere, pues estaba «ido», firmo el consentimiento mi padre, esto fue en el año 2002. No fui consciente de que me los daban.

Physicoach



Queer como verbo

PRÓLOGO DE LA PUBLICACIÓN TRANSPSIQUIATRÍA. ABORDAJES QUEER EN SALUD MENTAL, COORDINADA POR MARIA TERESA CLIMENT CLEMENTE Y MARTA CARMONA OSORIO. PRÓLOGO A CARGO DE MARTA CARMONA OSORIO

Este texto compone el prólogo y primer capítulo de Transpsiquiatría. Abordajes queer de la salud mental; que será presentado en el Congreso de Córdoba de la AEN.

¿Por qué una publicación sobre salud mental y teoría queer? ¿Por qué el concepto transpsiquiatría?

Queer es un término de difícil traducción pues, antes de su reapropiación, se utilizaba en la lengua inglesa para múltiples significados que tenían en común la rareza, la extrañeza o la ilegitimidad (Barker, 2017). Un ejemplo es Mycroft, el hermano de Sherlock Holmes; que es descrito como *queer* en alguna de las novelas, por su extravagancia y amaneramiento. Hay asimismo múltiples refranes o frases hechas en inglés donde aparece la palabra queer; la traducción más ajustada al castellano quizá sería “rarito/a/x”. Lo relevante del término queer, y por lo que acabará dando nombre a la(s) teoría(s) de deconstrucción de la identidad y del sistema género-sexo es que a lo largo de los años 70 y 80 se produce una *reapropiación* de ese término. Fundamentalmente en territorio anglosajón pero también en nuestro medio, desde el activismo callejero producido por los sectores más oprimidos del sistema (excluidos a su vez de los colectivos que se enfrentaban a la opresión exclusivamente desde la lucha de clases (Grupo de trabajo queer, 2005)) se produce una serie de reapropiaciones de términos peyorativos, convirtiéndolos en instrumento de lucha. Maricón, bollera, *nigger* (en España el activismo antirracista/anticolonial llegaría unas décadas más tarde, pero en el mundo anglosajón discurre temporalmente muy paralelo a las reivindicaciones queer, al igual que la aparición de los feminismos negros y chicanos (Bernárdez, 2015) son términos inicialmente peyorativos e insultantes que son redefinidos por aquellos a quienes pretendían designar, hasta convertirlos en una bandera identitaria. Algo parecido podemos ver en las iniciativas del Mad Pride u Orgullo Loco, en el que un sector del activismo antipsiquiátrico/de supervivientes de la psiquiatría ejerce esa reapropiación sobre el concepto locura (LeFrançois, 2013).

Queer entonces aparece para designar lo que no se puede designar, para todo aquello que se escapa de la norma, concretamente la heterocisnormatividad, es decir, ese conjunto de normas y códigos sociales que nos educan asumiendo que seremos heterosexuales y que no seremos trans (lo que desde estos movimientos se ha dado en llamar “ser cis”¹). Queer define la identidad de quienes se escurren por los márgenes, de quienes escapan de esas políticas de identidad. Esta aparente paradoja identidad-no identidad se resuelve entendiendo queer como un verbo (a veces traducido

1. Cis-trans es el nombre de los estereoisómeros de determinadas moléculas, las que no son trans son cis. De ahí que se escoja esta palabra para designar a lo “no trans”, tratando de escapar de la dualidad trans vs normal.



como queerizar o cuirizar) (Barker, 2017); queer implica una *acción* continua de deconstrucción de las categorías y la creación de categorías paraguas que abarcan muchos conceptos (y personas) dentro de sí. Este fenómeno de reapropiación de términos e identidades surge desde los activismos pero inmediatamente entra en la academia y constituye una línea teórica muy importante desde la década de los 80 a la actualidad. Si bien fue Teresa de Lauretis la primera en utilizar el término Teoría Queer es fundamentalmente Judith Butler (Butler, 2007) quien desarrollará en profundidad este campo, a partir del postestructuralismo. Butler plantea el concepto “proliferación de géneros” a partir del concepto performatividad, entendiendo que el género es una construcción que se representa de forma continua. No existe algo esencialmente masculino, o femenino, o hetero o gay, o cis o trans, sino que continuamente representamos qué es lo masculino, qué es lo femenino, etc. Esas representaciones están atravesadas por una serie de normas culturales y sociales que se pueden ir modificando desde el cuestionamiento de las mismas. Para que Butler pueda llegar a esta conclusión es preciso que el feminismo, o mejor dicho, ya para entonces los feminismos, hayan pasado en las décadas anteriores por una serie de etapas y procesos con un resultado altamente transformador a nivel social (Butler, 2016).

Así tras la primera ola del feminismo, con las vindicaciones de Wollstonecraft (1792) y de Gouges (1789) y la declaración de Seneca Falls y el subsiguiente movimiento sufragista, discursos como el de Beauvoir en *El segundo sexo* (2005) o Friedan en *La mística de la feminidad* (2016) nos permiten comprender cómo las diferencias entre los géneros no se basan únicamente en desigualdades legislativas (como el derecho a la propiedad o al voto) sino también en cómo prescribe la sociedad cómo han de ser las mujeres y lo femenino. En las décadas siguientes las feministas liberales, con sus propuestas de erradicar esas diferencias entre géneros mediante acciones políticas y las feministas radicales, con su propuesta contracultural y antisistema de reformular la sociedad tal y como la entendemos ya que ésta se fundamenta en la opresión a la mujer. El feminismo cultural en EEUU y el pensamiento de la diferencia sexual en Francia e Italia añadieron, cada uno a su manera, la necesidad de crear referentes distintos, sentando las bases para la teorización de la ética de los cuidados (Gilligan, 2016). Tras dos décadas de desarrollo de esta segunda ola se produce una cierta institucionalización del feminismo, que se instala en la academia y en las políticas sociales de múltiples gobiernos a partir de los 70-80.

Es posteriormente a esta transformación social mediada desde las instituciones cuando surge la tercera ola del feminismo. Por una parte los feminismos negros, chicanos y anticoloniales vienen a reclamar cómo la perspectiva feminista de las mujeres burguesas blancas excluye de forma sistemática a otras mujeres, reproduciendo los mecanismos de opresión (racistas y clasistas) del patriarcado. Por otra parte los activismos queer cuestionan la heteronorma pero también la propia naturaleza del sujeto político mujer.

¿Por qué creemos que esto está relacionado con la salud mental?

“Disciplina que se niega a ser disciplinada” o “aquello que se escurre por los márgenes” son definiciones que aplican, como acabamos de ver, a lo queer pero que no nos son nada ajenas en

salud mental, puesto que siempre que se trata de definir la locura se acaba llegando a ese *salirse del surco* (Colina, 2001), a la otredad, al extrañamiento, a la expulsión de lo social y también a las contradicciones inherentes a la práctica psiquiátrica. No es de extrañar que la teoría de la abyección de Kristeva (1982) pertenezca a la vez al campo del psicoanálisis y al del feminismo, puesto que esta expulsión del orden simbólico es accesible desde ambos campos. Sin que se puedan asimilar por completo los paradigmas feminista y psiquiátrico, sí existen una serie de paralelismos en su desarrollo y su relación con el contexto sociopolítico (Carmona, 2017b); la existencia de múltiples líneas teóricas enfrentadas dentro de cada uno de los dos corpus teóricos, significadas como muestra de debilidad teórica y no de enriquecimiento (como sí sucede en otros paradigmas), la necesidad continua de renegar de las posturas previas por resultar anacrónicas (las peticiones perfectamente lícitas de las sufragistas en su contexto histórico resultan claramente insuficientes a día de hoy, asimismo el abandono progresivo de ciertas prácticas terapéutico-punitivas por parte de la psiquiatría sustituyéndolas por otras prácticas coercitivas (desde el TAI a “los nuevos manicomios”) (García, 2011) fueron éxitos históricos en su momento que en las décadas siguientes van desvelándose como insuficientes o perpetuadores de las dinámicas previas, etc.).

Cabe destacar también que el periodo de alianza con las instituciones es parecido en ambos contextos, siendo así la década de los 80 muy importante para el feminismo liberal y sus acciones políticas pero también para la puesta en práctica de la reforma psiquiátrica.

Pero más allá de estos paralelismos resulta interesante buscar en la historia de los feminismos y en particular en el desarrollo de la tercera ola, con su aparición del concepto conocimiento situado (Haraway, 1995), algunas de las respuestas a los cuestionamientos y retos teóricos a los que se han enfrentado la psiquiatría y el resto de abordajes al sufrimiento psíquico, particularmente a raíz de la aparición de la antipsiquiatría y los movimientos de supervivientes de la psiquiatría. Asimismo en un contexto social (no sólo para aquellas personas diagnosticadas sino para el conjunto de la población) cada vez más individualista, narcisista (Timimi, 2015) y que utiliza los diagnósticos como puerta de acceso a las prestaciones sociales; los conflictos ideológicos que surgen en los distintos campos (asistencial, activista, teórico) no son tan diferentes entre sí y pueden contribuir entre ellos a esclarecer sus respectivas sombras.

Valga de ejemplo cómo el activismo trans ha llevado a cabo durante décadas una intensa campaña para conseguir despatologizar su identidad. Pero el contexto social en el que despatologizan es el mismo en el que, por ejemplo, la única forma de ausentarse del trabajo sin perder recursos y derechos es una incapacidad temporal sancionada por unx médicx de atención primaria. Es decir, si una mujer desbordada por el cuidado de un gran dependiente y las tareas domésticas necesita no acudir a su trabajo en una empresa de limpieza, que es a su vez la única fuente de recursos económicos de su unidad familiar, la única forma de avalarlo es una baja médica bajo un criterio diagnóstico; probablemente síndrome ansioso-depresivo. Si un niño de carácter inquieto y circunstancias familiares turbulentas necesita apoyo curricular en su centro escolar se le requerirá una etiqueta clínica, probablemente de TDAH, para poder otorgársela. Una persona cuyo sufrimiento psíquico resulte intensamente



desestructurante, categorizado como trastorno mental grave en el contexto clínico, podrá acceder a una valoración de minusvalía y a un acceso a través de ésta a empleo protegido (Carmona, 2017a). Sin embargo cada vez más vemos cómo esta figura (minusvalía y acceso a empleos con mayor protección) se aplica también a otras formas de sufrimiento psíquico, menos desestructurantes, que en muchas ocasiones son secundarios a las propias condiciones socioeconómicas precarias. Es decir, una persona con ansiedad y depresión crónicas recibe la certificación de minusvalía para acceder a un empleo menos precario. Ahora bien, esas etiquetas “ansiedad” y “depresión” respondían al sufrimiento generado por condiciones laborales precarias, de las que la persona no podía salir por la intersección entre sus características de clase, género, raza, etc. que habían condicionado su desigualdad de base ante la supuesta igualdad de oportunidades en las que se basa nuestro sistema. Hemos respondido a este fallo estructural del sistema con la maquinaria diagnóstica, que si bien paliaba algunas partes de ese fallo genera su propia iatrogenia (medicalización y sobremedicación, cosificación de la subjetividad, psiquiatrización de la vida, etc).

Nuestro contexto patologiza la necesidad porque lo clínico y lo patológico son uno de los campos por donde aún puede accederse a las medidas pro estado de bienestar que se está procediendo a desmantelar en las décadas que atravesamos. Quien despatologiza en ese contexto desvela algunas de las contradicciones de nuestro sistema. No se trata entonces de buscar desde esta contradicción argumentos para no despatologizar lo trans, sino aprovechar el desvelamiento de las contradicciones del sistema que genera una despatologización (“si se despatologiza la transexualidad, ¿bajo qué argumento se les da acceso a los tratamientos para la transición?”) esto es, ¿por qué es necesario un diagnóstico, es decir, una etiqueta de sufrimiento-fallo, para acceder a lo que también podemos entender como un derecho?

Tengamos en cuenta que, en palabras de Timimi (2017), en salud mental no utilizamos diagnósticos sino clasificaciones ya que, a excepción de las demencias, las categorías patológicas que conocemos no obedecen a noxas concretas sino a abstracciones consensuadas sobre presentaciones clínicas; puras etiquetas sobre lo que en cada momento creemos ver. No sólo en lo que a los trastornos se refiere, sino a nuestra misma teorización sobre la base ontológica en la que acontecen esos trastornos. El capítulo de Iker Louzao de esta publicación ofrece un extenso recorrido por cómo hemos transformado una y mil veces uno de los conceptos con los que trabajamos, “personalidad”. Las etiquetas sobre esa categoría y la categoría en sí han sido una y mil veces reconstruidas. Nuestros “diagnósticos” es decir, nuestras clasificaciones, han sido una y mil veces criticadas dentro de nuestro propio paradigma (Colectivo Stop DSM, 2017). Ahora bien, ¿no resultaría interesante asomarnos al corpus teórico que más claramente se ha dedicado a la deconstrucción de las etiquetas en torno a las subjetividades y las identidades? La teoría de Butler y su “proliferación de géneros” para ese aspecto inefable de la identidad como es el género, ¿no pueden iluminar nuestra proliferación de etiquetas para comprender la subjetividad?

Qué es locura y qué es cordura, qué es sano y qué es enfermo, qué consideramos “adaptado al

2. Término de elección frente al más extendido “cambio de sexo”.

medio” y qué “desadaptaciones” son tolerables y cuáles no, son constructos arbitrarios y en continuo cambio con los que trabajamos cada día. Llorar desconsoladamente en las horas siguientes a una ruptura de pareja se considera congruente y adaptado; algo menos si se hace en el medio laboral; se considerará nada adaptado si ese llanto desconsolado se produce, máxime en el medio laboral, por una desgracia lejana, como una guerra en un territorio distante. Esto no es exclusivo de la clínica sino que está presente en todas las relaciones sociales. Incluso en las reivindicaciones hay un espectro procedente/improcedente, podemos aceptar que una diputada lleve a su bebé lactante al congreso de los diputados (apoyemos o no la acción) pero nos resultaría extrañísimo que otra diputada apareciera con su abuela aquejada de alzheimer avanzado y con dependencia completa. A nivel grupal ponemos en entredicho el *statu quo* pero sólo hasta cierto punto. A nivel individual cambiamos nuestro modo de presentarnos ante el entorno, también hasta cierto punto. A partir de ese punto, de esa “capacidades para adaptarse al medio”, aparecen las etiquetas patológicas. Las etiquetas se transforman una y otra vez, pero también las representaciones del sufrimiento psíquico sobre las que se ponen esas etiquetas. Tanto en el discurso y en cómo las enunciamos “la depresión de caballo” sustituyendo al término tristeza, la “fobia social” como nombre de la timidez, y la progresiva psiquiatrización de la vida cotidiana (Ortiz, 2013); como en la misma presentación, que también se transforma, así la neurosis de guerra desaparece y se transforma en estrés postraumático, las catatonías se desvanecen tras el cierre de los manicomios y los desmayos histéricos dejan de ser el síntoma estrella de las patologías neuróticas. Las personas sufrimos y representamos ese sufrimiento ante el Otro. Esa representación, repetida una y otra vez, se empapa del contexto cultural y a su vez construye el contexto cultural. Entender esa performatividad ayuda a entender ese sufrimiento representado.

A su vez la figura del vínculo terapéutico, de la relación profesional-usuario, es performada una y otra vez. La figura de experto en primera persona en los dispositivos sanitarios o de rehabilitación o el vínculo de los grupos de apoyo mutuo suponen representaciones diferentes del vínculo-sostén terapéutico. La postpsiquiatría (Ortiz, 2017), en su intento de poner al usuario y su discurso y necesidades en el centro de la cuestión permiten ampliar los límites de esa representación y cuestionar la línea profesional-no profesional; primera persona- persona ajena. Es importante además que podamos poner el amplio conocimiento desarrollado en nuestro campo a disposición de estos movimientos, repetimos, altamente transformadores a nivel social. Por el momento en dichos sectores las reivindicaciones en torno al sufrimiento psíquico tienden a estructurarse en torno al concepto “neurodiversidad”, cuya esencialización biologicista chocaría frontalmente con los propios principios del movimiento y parece fruto de lo mucho que ha permeado el discurso biocomercial (de la Mata, 2003) a todos los niveles, incluso los reivindicativos. Cabe también plantearse si los profesionales no hemos acaparado nuestro saber en círculos exclusivamente profesionales, escasamente accesible al resto de la población.

En los capítulos que siguen se plantean diversos ejemplos de cómo el paradigma queer ofrece alternativas diagnóstico-terapéuticas aplicables al resto de nuestro trabajo como profesionales de la



salud mental. Así, en el capítulo de Marina de la Hermosa “¿Es la psicoterapia amatonormativa?” se nos plantea, entre otros muchos aspectos, una forma distinta de recoger y comprender las relaciones interpersonales del usuario/a al que acompañamos en su crisis vital; una forma que permite salirse del esquema patriarcal que coloca a la familia en el centro de las relaciones y por ende asigna, de forma más o menos explícita/voluntaria, las cargas de cuidado a las mujeres, los roles de producción/provisión a los hombres, etc. El capítulo de Bruno Martínez y Juncal Martínez ilustra cómo desde la sexología sustantiva se ha conseguido trabajar desde la peculiaridad sin necesidad de patologizarla; sirviendo lxs terapeutxs como ayudadorxs en el proceso del sujeto de narrar y comprender esa peculiaridad; apostando porque una mejor comprensión del hecho sexual humano generará formas más sanas y carentes de sufrimiento en la alosexación de los sujetos en el futuro. S. Dauder, en su capítulo en torno a las pedagogías de la diversidad en salud así como Cristina Soler en su capítulo sobre acompañamiento a familias de menores trans y Marina de la Hermosa en su capítulo en torno a las identidades trans, abren la puerta a una deconstrucción profunda del rol profesional y del lugar de saber más allá del mero ejercicio teórico; valga de ejemplo la experiencia de aquellos familiares/activistas que han conseguido aprender a acompañar a las personas sin asumir el mandato social de que toda persona ha de tener un género asignado desde el nacimiento. Cómo las intersexualidades y los fenómenos trans nos han obligado a aprender a cuestionar esos mandatos y a proporcionar acompañamientos sanos y saludables pese a la incertidumbre resulta fácilmente asimilable al acompañamiento, indisoluble de la incertidumbre, que se da en toda relación terapéutica. Esa tolerancia a la incertidumbre, al no saber qué será de la persona a la que acompañamos en algo tan relevante como si es hombre o mujer/ si será capaz de vivir “adaptado al medio” o no, nos facilita alejarnos del *furor diagnosticandi* que irremediablemente atraviesa nuestra práctica. Los capítulos de Margot Pujal y Pablo Nieva van más allá de la mera relación clínica y cuestionan el propio funcionamiento del aparato diagnóstico así como las relaciones interprofesionales, atravesando ambos análisis desde el conocimiento situado. Maite Climent, en su capítulo, desgana la enorme utilidad del concepto interseccionalidad para la práctica clínica.

Una limitación clara del modelo queer aplicado a la atención profesional al sufrimiento psíquico es que el modelo de atención que entendemos y conocemos, basado en el estado de bienestar y en la equidad en el acceso a las condiciones y cuidado de la salud, es un concepto esencialmente moderno, mientras que la teoría queer es un ejercicio claro de reflexión posmoderna. La deconstrucción diagnóstica completa desde lo individual del terapeuta o de puertas a dentro de la consulta choca irremediablemente con el diagnóstico como llave de acceso a las prestaciones sociales, o a tratamientos, o a lugares especializados de cuidado; así como a la propia profesionalización de esos lugares de cuidado.

Si la psiquiatría es realmente postpsiquiatría y se deconstruye por completo a sí misma deja de ser psiquiatría tal y como la entendemos (Carmona, 2017b). Ese discurso (presente en ciertos sectores del activismo antipsiquiátrico contemporáneo) no es el que sostenemos aquí. Lo que proponemos es aplicar queer en su acepción como verbo, como acción; queerizar la mirada hacia la atención a

la salud mental, un reino protagonizado por las etiquetas y la subjetividad, por el acompañamiento pero también el cuidado-coerción. No significa esto que consideremos que esa mirada queer pueda proporcionar todas las respuestas a todas las contradicciones, dudas y cuestionamientos dentro del ejercicio de la salud mental. De hecho, el sólo planteamiento de que lo queer pueda dar respuestas absolutas se sale del concepto queer en sí mismo, que cuestiona los absolutos y las respuestas completas.

Entendemos entonces que el corpus teórico en el que nos movemos, en constante ebullición y transformación, que se ve obligado a cambiar sus categorías diagnósticas cada pocos años y que cuenta con líneas teóricas tan enfrentadas entre sí puede comprenderse mejor con esa queerización de la mirada. Así podemos huir de los esencialismos y resignarnos a que la teorización y los acompañamientos son contruidos y representados y no por ello son menos válidos o menos transformables, o describen peor las injusticias sociales y las desigualdades en salud, que innegablemente existen. No se trata de negar la existencia del sufrimiento psíquico o la necesidad de la organización profesional cuidados; sino de importar herramientas que nos ayuden a resolver las contradicciones y a cuidar de forma más justa.

La dicotomía servicios modernos –teorización posmoderna pareciera contradictoria pero como señaló Sandra Harding (1986) la colisión modernidad– posmodernidad que encontramos en nuestro medio no es obligatoria. Entendemos esa colisión como colisión por el paradigma patriarcal en el que vivimos que, entre otras cosas, se basa en la continua dicotomización (cuando no enfrentamiento) de todo lo que nos rodea. Una transformación de la sociedad que, por ejemplo, pusiera los cuidados en el centro del sistema permitiría derruir, al menos parcialmente, esa verticalidad, ese “despotismo ilustrado” que aparece de forma inherente a los servicios de asistencia (clínica o social). Lo profesional podría relacionarse de otra forma con las redes de cuidado no estrictamente privadas y familiares; los lugares profesionales podrían dar más cabida a los no profesionales (como ya empiezan tímidamente las contrataciones a expertos en primera persona), etc (Martín, 2017). En suma, si en trescientos años la psiquiatría (y sus campos profesionales interconectados) se han visto obligados a una transformación permanente, entra dentro de lo prudente entender que esas transformaciones continuarán en las próximas décadas y siglos. Poder deconstruir nuestra mirada y a quienes miramos, entendiendo mejor cómo nuestra mirada intersecta en múltiples ejes con nuestras condiciones de vida puede ser una herramienta harto útil a la hora de construir un contexto profesional más humano, más útil, más justo.

BIBLIOGRAFÍA

- Barker, Meg-John y Scheele, Julia. (2017). *Queer, una historia gráfica*. Alcobendas: Melusina.
- de Beauvoir, Simone. (2005). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.
- Bernárdez Rodal, Asunción (2015) *Mujeres en medio(s). Propuestas para analizar la comunicación masiva con perspectiva de género*. Madrid: Editorial Fundamentos.



Butler, Judith (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.

Butler, Judith y Fraser, Nancy (2016). ¿Reconocimiento o redistribución? Un debate entre marxismo y feminismo. Madrid: Traficantes de sueños. Recuperable en: https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/documentos_nlr_3_web.pdf

Carmona Osorio, Marta (2017a). Nuevas periferias en tiempos neoliberales. *Boletín AMSM*, 41.

Carmona Osorio, Marta (2017b). Paradigmas en estallido: epistemologías para una ¿post?psiquiatría. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 37(132)

Colectivo Stop DSM (2017). El manifiesto: para terminar con el yugo del DSM. Recuperado de <https://stop-dsm.com/es/el-manifiesto-para-terminar-con-el-yugo-del-dsm/>

Colina, Fernando (2001). *El saber delirante*. Madrid: Síntesis.

de la Mata Ruiz, Iván y Ortiz Lobo, Alberto (2003). Industria Farmacéutica y Psiquiatría. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 23(86)

Friedan, Betty (2016). *La mística de la feminidad*. Madrid: Cátedra.

García López, Ramón, Rendueles Olmedo, Guillermo y Hernández Monsalve, Mariano (2011). Nuevas formas de institucionalización en salud mental. Mesa redonda organizada Sociedad Aragonesa de Salud Mental (SASM-AEN). Programa recuperado de <http://aen.es/wp-content/uploads/2011/10/JorArVifolleto.pdf>

Gilligan, Carol (2016). *In a different voice*. Cambridge (MA): Harvard University Press.

de Gouges, Olympe (1789). *Declaración de los derechos de la mujer y de la ciudadana*. Recuperado de <http://clio.rediris.es/n31/derechosmujer.pdf>

Grupo de trabajo queer (ed.). (2005). *El eje del mal es heterosexual*. Madrid: Traficantes de sueños.

Haraway, Donna J. (1995). *Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. Ciencia ciborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.

Harding, Sandra (1986). *The Science Question in Feminism*. Nueva York: Cornell University Press.

Kristeva, Julia (1982). *Powers of Horror: an Essay on Abjection*. Nueva York: Columbia University Press.

LeFrançois, Brenda A, Menzies, Robert y Reaume, Geoffrey (2013). *Mad Matters*. Toronto: Canadian Scholar's Press.

Martín López-Andrade, Laura (2017). Manual de instrucciones para la deconstrucción de un dispositivo. *e-Atopos*, 3. Recuperado de <http://www.atopos.es/images/eatopos3/6eatopos3.pdf>

Ortiz Lobo, Alberto (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid: Grupo 5.

Ortiz Lobo, Alberto (2017). Relación terapéutica y tratamientos en postpsiquiatría. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 37(132)

Rivera, Sylvia y Johnson, Marsha P. (2015). "S.T.A.R." *Acción Travesti Callejera Revolucionaria*. Salamanca: Editorial Imperdible.

Timimi S. (2015). La Macdonalización de la infancia: la Salud Mental Infantil en las culturas neoliberales. *Átopos*, 16, 15-34.

Timimi, Sami (2017). *La macdonalización de la salud mental en la infancia y el mito del progreso*. Intervención en las Jornadas AEN 2017. Recuperado de: <https://youtu.be/qTR0mLQn7zk>

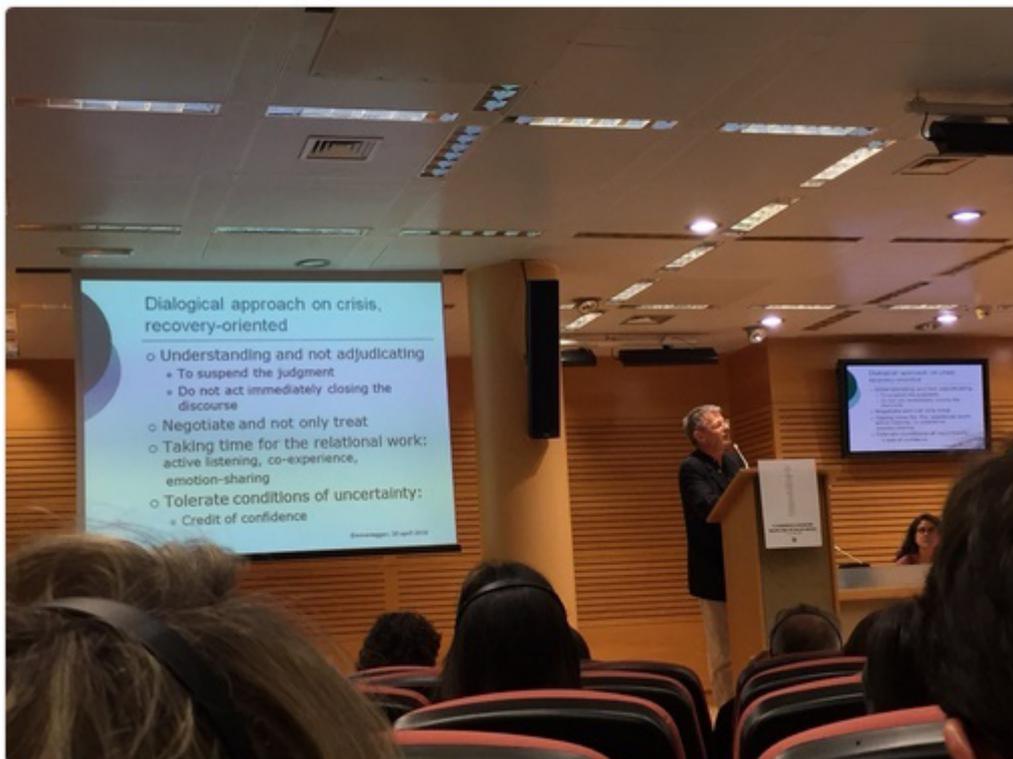
Wollstonecraft, Mary (1792). *A Vindication of the Rights of Woman with Strictures on Political and Moral Subjects*. Londres: J. Johnson. Recuperado de <http://oll.libertyfund.org/titles/wollstonecraft-a-vindication-of-the-rights-of-woman>



Alba @albixu_u · 20 abr.

Thomas Emmenegger plantea la relación intensiva como alternativa a las medidas coercitivas. Continúa pareciendo que sí, que otro mundo es posible

#madrileña18 #madrileña2018





Mientras tanto en la AEN

¡Meses trepidantes para nuestras autonómicas y secciones!

Primeramente es preciso celebrar la publicación del [Cuaderno técnico sobre coerción](#) y el libro [Melancolía y sociedad](#).

Desde la sección de psicoanálisis nos traen:

La presentación, el próximo 8 de junio a las 17.00 hs., en el XXVII Congreso de la AEN-PSM en Córdoba. Allí la Sección cuenta con una mesa donde intentaremos acercarnos a “Lo que aporta el Psicoanálisis a la Salud Mental”. En estos tiempos de desobjetivación -de deshumanización para decirlo más claro- de la salud mental, los fundamentos del Psicoanálisis pueden aportar una conjetura rigurosa para resistir esa deriva robotizante. Moderará la Mesa Antonio Ceverino y expondrán Eva Rivas Cambroner, José María Álvarez y Javier Frère.

La Jornada sobre “Psicoanálisis y Neurociencia” que realizaremos en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid el día 28 de septiembre. Moderará las exposiciones y el debate Ernesto Verdura y expondrán Javier de Felipe (neurocientífico), Eva Rivas Cambroner (psicoanalista y psiquiatra infantil) y Jesús de Felipe (psicólogo y psicoanalista). Hemos pensado que, frente a las críticas desinformadas con las que se ha pretendido descalificar al Psicoanálisis -intensas en los últimos tiempos-, la mejor respuesta no es una constante protesta, sino la posibilidad de generar un debate en las propias instituciones de Salud Mental y con interlocutores de prestigio.

Además tienen en perspectiva las XV Jornadas de la Sección, previstas para la primavera de 2019.

La sección de neurociencia clínica por su parte ha tenido altísima actividad, destacando charlas coloquio como “Precusores oligodendrogiales y patología neuropsiquiátrica” o “Fibromialgia y otros síndromes de sensibilización central”. Han organizado además Jornadas como Jornadas “Claves de Evaluación e Intervención en Neurociencia Clínica que tuvo lugar en octubre de 2016, un Curso de introducción a los síntomas básicos en esquizofrenia en noviembre de 2017; una conferencia internacional impartida por Giacomo Rizzolatti en enero 2018 “Mirror neurons, a neural mechanisms for understanding others” o el seminario anual SNCC-8: Neuropsiquiatría del movimiento.

Para los próximos meses planean la mesa de la Sección de Neurociencia Clínica en las Jornadas Nacionales de la AEN (en preparación): “Neurociencia. Clínica, Claustro e imaginario”, un simposio también en junio llamado Hacia una psiquiatría rehabilitadora y el seminario de 2019 neuropsiquiatría del desarrollo.

La sección de historia también nos deleitará con una mesa en el [próximo Congreso de Córdoba](#), bajo el título “Instituciones andaluzas, reconstruyendo el (siglo) pasado” que cuenta con la participación de Celia García Díaz: “Los intentos de reforma psiquiátrica en el Manicomio Provincial de Málaga durante la Segunda República y su repercusión en prensa escrita”; María Hernández Padilla con “De la institución de Jaén a la práctica enfermera actual en salud mental: identidades profesionales,

crisis y transicionalidad en los discursos enfermeros" y Ruth Candela Ramírez y Olga Villasante con «*Paralelismo y divergencias de los cordobeses Manuel Ruiz Maya y José Salas y Vaca: nuevas instituciones para un nuevo siglo (1911-1936)*»

Además están inmersas en la organización de las XI Jornadas Nacionales de la Sección de Historia de la AEN, "Psiquiatría y cambio social", que tendrán lugar en Madrid los días 25 y 26 de octubre de 2018. Podéis leer más [aquí](#).

Desde la sección de psicoterapia de grupo nos trasladan que el pasado octubre celebraron sus I Jornadas sobre "Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental" en Madrid, con importante afluencia de público (230 profesionales y casi 50 comunicaciones). Se constató la necesidad de formación en psicoterapia de grupo de los profesionales, y los grupos terapéuticos se reivindicaron como uno de los mejores instrumentos en el tratamiento de todas las psicopatologías, siendo claramente de elección en las patologías graves. Se han subido los vídeos de las Jornadas a Youtube y se subirán a la web de la Sección para que puedan ser visualizadas por aquellos profesionales que no pudisteis asistir a las Jornadas. Además han terminado el trabajo de edición del libro de las I Jornadas de la Sección de Psicoterapia de Grupo, y en breve se enviará a la editorial para que sea publicado por lo que estará a disposición de todos los socios en el Congreso de la AEN en Córdoba. En este congreso disponen también de una mesa, "Pensando en común la Formación en Psicoterapia de Grupo" que contará con la presencia de profesionales como Emilio Gamo, Rosa Gómez, Cristina del Álamo o Clara Cocho. A nivel interno en la sección se han realizado varias reuniones a nivel nacional y territorial. En este momento los socios de la Sección se reúnen de manera muy activa en el País Vasco-Navarro y en Madrid. En Andalucía y Barcelona se están intentando organizar como grupo, y en Murcia se han realizados algunas gestiones.

Desde la sección de DDHH nos trasladan el enorme éxito de sus VI Jornadas, celebradas en Ollo, Navarra los días 9 y 10 de febrero, a las que acudieron más de 100 personas. Durante las mismas, tuvo lugar la elección de la nueva junta y se marcaron las líneas estratégicas a seguir en los próximos años:

Van a mantener la dinámica de trabajo por áreas de una forma transversal y desde diferentes zonas geográficas del estado español tratando temas como la exclusión, e torno a la que se está organizando un grupo para valorar las posibilidades de actuación en los diferentes temas de exclusión; género, manteniendo el grupo de trabajo de visibilización de violencia de género en el sistema sanitario (Salud Mental, A. Primaria, Hospitales) y respuesta de profesionales. Trabajarán también en la formación sobre diversidad relacional de género y sexual y acompañamiento de personas trans* de forma afirmativa. (Interesante porque parece que la tendencia va a ser descentralizar los acompañamientos de las UIG de los hospitales a CSM). También van a centrarse en la vulneración de derechos en salud mental, con el diseño, programación y coordinación de una formación sobre prescripción basada en necesidades y derechos, de un curso académico de duración, a través de la escuela de la AEN y apoyando la judicialización de la violencia, apoyada en el protocolo de Estambul. Buscan también realizar un mapeo del estado coercitivo de los servicios de salud mental, con publicación de



resultados y revisión periódica. Otro objetivo es complicar la aplicación de la contención mecánica (incorporando protocolos largos, acompañamiento presencial frecuente o permanente, comunicación al juzgado...a través de la paranoia, la vergüenza, la presión social, las buenas prácticas o la opinión de autoridades) así como trabajar alianzas con agentes externos: auditorías del relator, activación de los fiscales, activación del defensor del pueblo. Otro proyecto interesante es la grabación, montaje y difusión de un video en que dialogan jefes de servicio y proyectos respetuosos que ya han salido adelante. Asimismo buscan incluir la formación en derechos y alternativas a la coerción en los planes MIR/ PIR/ EIR. En torno a la Violencia política y tortura van a realizar diversos talleres formativos como “Trauma y las consecuencias psicosociales de la Viiolencia” y el “Protocolo de Estambul”. Y como no podía ser menos tendrán un espacio en el congreso de Córdoba que han titulado “Derechos vulnerados en salud psicosocial. Nuestra responsabilidad. Nuestras propuestas”.

Desde la sección de rehabilitación siguen en su empeño de progresar en la revisión de certezas e incertidumbres del campo recogiendo las diferentes sensibilizadas para analizar nuevos retos, así como llevar este contenido al seno de la junta directiva. Las actividades para este logro, han sido la presencia de contenidos en la mesa de la sección tanto en el congreso próximo de Córdoba de la AEN, como, en la participación y organización activa en el Congreso Mundial de Rehabilitación Psicosocial de la WARP cuyo programa puedes ver [aquí](#). Se trabaja para incorporar nuevos socios a la sección para la organización de las tan ansiadas I Jornadas de la Sección.

Por otra parte en las autonómicas tenemos a la siempre muy activa OME-AEN, con diversas jornadas en esta primera mitad de año: en abril la presentación del libro sobre [José Guimón](#); los días 3 y 4 de mayo las jornadas sobre retos en fibromialgia y síndrome de fatiga crónica desde el Foro Vasco por la Salud y en junio la Jornada Módulo de Cruces “abordajes psicosociales del malestar”. El jueves 19 de abril se presentó en rueda de prensa en Pamplona la Plataforma Derechos y Salud Mental de Navarra en la que han participado ([puedes leer más aquí](#)).

A su vez nuestros compañeros valencianos realizaron un curso en noviembre impartido por María Fuster sobre “cuestiones legales en salud mental” y otro sobre el protocolo de Estambul impartido por Pau Pérez. Han estado muy activos también a nivel político, defendiendo sus enmiendas al proyecto de ley de sanidad autonómica frente a una comisión parlamentaria el pasado diciembre. Por lo demás podéis acudir a sus jornadas de los próximos días [24 y 25 de mayo en Valencia](#).

La asociación Canaria de Neuropsiquiatría han llevado a cabo varios seminarios, siendo el último “[Los procesos dinámicos de las experiencias psicóticas](#)” con la presencia de D. Manuel González de Chávez. Sus próximas jornadas, alrededor de septiembre, orbitarán en torno al trabajo en equipo y en red.

Desde Aragón también nos llegan excelentes noticias: el 4 de mayo tendrán lugar las X jornadas “Encierro, locura y dignidad” en el Centro de Historias en Zaragoza. Mantienen sus habituales reuniones mensuales para hacer lecturas psicoanalíticas. Es el quinto año consecutivo y el tema es “Identidad, sexuación y género”. A finales de 2017 terminó el grupo de trabajo que se reunía para

estudiar el texto “cohabitar la diferencia” de Manuel Desviat. Además a nivel asociativo colaboran intensamente con la Plataforma de Salud Mental, la Plataforma de Salud Universal y la Plataforma de la Defensa de la Sanidad Pública. A nivel político han contribuido al borrador del Plan de Salud Mental, desde una postura crítica al igual que han rechazado un programa de implantación del TAI en su área.

Las Asociación Madrileña de Salud Mental ha llevado a cabo su X Congreso, centrado en Cuidados, cuyos aperitivos podéis encontrar en su [web](#). En breve subirán a su canal de youtube las grabaciones de las ponencias y mesas redondas. ¡Os recomendamos especial atención a las ponencias de Shirley McNicholas y Elvira Pértega!

Desde la AGSM mantienen su alto nivel de actividades, que podéis ver en [su web](#), así como la publicación de Siso Saúde. De entre las próximas actividades destaca [Conversas AGSM](#), en esta ocasión versando en torno a las Unidades de Agudos, con la supervisión de José Leal.

Por otra parte la siempre activa Asociación Asturiana nos trae una larga ristra de actividades pasadas y futuras: las jornadas de salud mental perinatal de la AASM con el lema “Intervenciones, iniciativas y experiencias”, que tuvo una participación altísima tanto en número como contenido. También disfrutaron de la mesa redonda “Crítica de la psiquiatría” con Víctor Aparicio y Marino Pérez, que además de dicha mesa redonda son autores de varios capítulos del último número de la revista Cuadernos de Psiquiatría comunitaria. El próximo número de la revista estará coordinado por Pedro Marina González y su título será “La atención comunitaria a personas con exclusión residencial grave”. A nivel asociativo se han reunido con varias asociaciones de pacientes y sociedades científicas para reflexionar sobre proyectos que se están llevando a cabo en sus servicios públicos de salud mental y en torno al Plan de Salud Mental 2015-2020, rechazado por los grupos parlamentarios en la Junta General del Principado; igualmente han mantenido contacto con el director de la Unidad de Coordinación de Salud Mental del Principado para revisar la situación de la implantación del programa de Psicología Clínica en Atención Primaria; el protocolo de prevención del suicidio y los protocolos de contención mecánica. Asimismo el próximo 14 de mayo, en colaboración con Socidrogalcohol Asturias llevarán a cabo una mesa redonda dedicada a la Prevención de las adicciones en la adolescencia.

AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE NEUROPSIQUIATRÍA