

REVISTA

de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

B. Olabarría y P. Vázquez, Cambio psicoterapéutico e investigación clínica

A. Benito Ruiz y otros, Demanda de atención tras el 11 M

J. J. Belloso y J. C. Espín, Un año de pacientes nuevos

J. García-Valdecasas y otros, Psicosis cicloides

M. Á. González Torres y otros, Identidad y terapéutica

M. López y M. Diéguez, «No pienses en un oso blanco»

C. Castilla del Pino, Historia crítica de la Psiquiatría en el siglo XX

A. Conseglieri y O. Villasante, Neuropsiquiatría de posguerra: Leganés

J. L. Peset, Pío Baroja, ese pequeño buscador de almas

F. Ferrández, Melancolía, una pasión inútil

M. López y M. Laviana, Rehabilitación y apoyo social

F. Pereña, ¿Qué psicoanálisis?

Entrevista con *Peter Burke*

MÁRGENES

LIBROS

REVISTA

de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

vol. XXVII, fascículo 1, n.º 99, 2007

Director: Fernando Colina

Secretario: Mauricio Jalón

Coordinadora: María José Pozo

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

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

Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría

Sede de la A.E.N.: Magallanes, 1, sótano 2, local 4. 28015 Madrid. Tel. 636 725599.

Fax 91 8473182 / aen@asoc-aen.es

Página web: aen.es

Redacción: Centro Asistencial Doctor Villacián. C/ Orión, 2. 47014 Valladolid.

Tel. 983 427178

e-mail: revistaaen@dip-valladolid.es

Depósito legal: M. 17149-1981

ISSN: 0211-5735

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

N.º ejemplares: 2.250

Periodicidad: Semestral

Distribución Postal: Ficheros Madrid, S. L.

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

Suscripción anual: 18 €

Precio individual: 10 €

* Agradecemos la contribución del laboratorio GlaxoSmithKline

SUMARIO

EDITORIAL	3
ORIGINALES Y REVISIONES:	
<i>B. Olabarría y P. Vázquez</i> , El cambio psicoterapéutico en la investigación clínica desde el modelo sistémico	7
<i>A. Benito Ruiz y otros</i> , Demanda de atención en salud mental por los atentados del 11 M en Alcalá de Henares	21
<i>J. J. Belloso Ropero y J. C. Espín Jaime</i> , Un año de pacientes nuevos en un Servicio de Salud Mental	39
<i>J. García-Valdecasas Campelo y otros</i> , Psicosis cicloides: Controversias diagnósticas y nosológicas a propósito de un caso	59
CASOS CLÍNICOS:	
<i>M. Á. González Torres y otros</i> , Identidad, relación y construcción del <i>self</i> en el encuentro psicoterapéutico.....	77
<i>M. López y M. Diéguez</i> , «No pienses en un oso blanco». Sobre un caso de trastorno de la conducta alimentaria de larga evolución	85
MÁRGENES DE LA PSIQUIATRÍA:	
Una visión de la locura: el caso Breton.....	93
HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA:	
<i>C. Castilla del Pino</i> , Historia crítica de la Psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica.....	105
<i>A. Conseglieri y O. Villasante</i> , Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés.....	119
SALUD MENTAL Y CULTURA:	
Entrevista con <i>Peter Burke</i>	145
<i>J. L. Peset</i> , Pío Baroja, ese pequeño buscador de almas.....	161
<i>F. Ferrández</i> , La melancolía, una pasión inútil.....	169
DEBATES E INFORMES:	
<i>M. López y M. Laviana</i> , Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía.....	203
<i>F. Pereña</i> , ¿Qué psicoanálisis?	241
LIBROS	263

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL	3
ORIGINAL PAPERS AND REVIEWS:	
<i>B. Olabarría and P. Vázquez</i> , Psychotherapeutic change in clinical research from the systemic model.....	7
<i>A. Benito Ruiz et al.</i> , Care demand in mental health due to the 3/11 terrorist outrage in Alcalá de Henares	21
<i>J. J. Belloso Ropero and J. C. Espín Jaime</i> , New patients along a year in a Mental Health Service.....	39
<i>J. García-Valdecasas Campelo et al.</i> , Cyclothymic disorders: diagnostic and nosologic controversies with regard to a case.....	59
CLINICAL CASES:	
<i>M. Á. González Torres et al.</i> , Identity, relationship and building of the <i>self</i> in psychotherapeutic encounters.....	77
<i>M. López and M. Diéguez</i> , «Don't think in a white bear». About a long term case of eating disorder.....	85
PSYCHIATRY BORDERS:	
A view of madness: the Breton affair	93
HISTORY OF PSYCHIATRY:	
<i>C. Castilla del Pino</i> , Critical history of XXth. century Psychiatry. A biographic view.....	105
<i>A. Conseglieri and O. Villasante</i> , Postwar Neuropsychiatry: an approach to the Leganés asylum population	119
MENTAL HEALTH AND CULTURE:	
Interview with <i>Peter Burke</i>	145
<i>J. L. Peset</i> , Pío Baroja, that little searcher of souls.....	161
<i>F. Ferrández</i> , Melancholia, that useless passion	169
DISCUSSIONS AND REPORTS:	
<i>M. López and M. Laviana</i> , Rehabilitation, social support and community care to grave mentally ill people Proposals from Andalucía	203
<i>F. Pereña</i> , What psychoanalysis?.....	241
BOOK REVIEWS	263

EDITORIAL

Sobre la necesidad de crear la especialidad de psiquiatría infantil en España

En la historia de las especialidades médicas la psiquiatría es una de las más jóvenes, pero en la actualidad la atención a la población adulta ha alcanzado un aceptable desarrollo en el ámbito ambulatorio y hospitalario así como otros recursos intermedios. Las Unidades de Salud Mental infantil surgen después de la implantación de los servicios de psiquiatría para adultos, empezando por la atención ambulatoria para niños y adolescentes, y una vez que ésta se ha desarrollado, surgen los recursos hospitalarios.

La escasez de recursos asistenciales para atender a niños y adolescentes en el territorio español y la falta del reconocimiento de la especialidad de psiquiatría y psicoterapia del niño y adolescente indican el deficiente desarrollo de la asistencia psiquiátrica infantil en España.

Además de suficientes recursos humanos y de infraestructura para ofrecer una atención de calidad, es preciso contar con profesionales bien formados, con programas de estudios homogéneos en psiquiatría infantil en centros acreditados y reconocidos dentro de la especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente.

España y Rumania son los únicos países de la Unión Europea que no cuentan con la especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente, y esto tiene graves consecuencias en la práctica asistencial, pues al no existir el reconocimiento oficial de la especialidad de psiquiatría infantil, se produce la contratación de psiquiatras sin conocimientos ni formación específica para cubrir plazas en dispositivos asistenciales que requieren experiencia y formación en psiquiatría infantil.

Las tres asociaciones de psiquiatría infantil, Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescente (SEPYPNA), Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil (AEPIJ) y la sección de infantil de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), hemos reclamando durante años el reconocimiento de la especialidad de psiquiatría infantil, y en las reuniones mantenidas conjuntamente, hemos logrado una posición común y consensuada en la que proponíamos como primera opción la creación de una especialidad autónoma de psiquiatría y psicoterapia del niño y adolescente, y en su defecto, un área de capacitación específica en psiquiatría del niño y adolescente que dependa del tronco común de la psiquiatría, y cuya única vía de acceso sea desde la especialidad de psiquiatría.

Además sería necesario habilitar y acreditar los servicios específicos en los que se impartiera la formación de la especialidad de psiquiatría de niños y adolescentes.

Una vez aprobada la capacitación específica en psiquiatría de niños y adolescentes, se deberá habilitar el sistema para conceder el título a los especialistas en psiquiatría, así como los de pediatría, que previamente a la aprobación del área de capacitación específica, hayan acreditado una formación y práctica profesional específicas en psiquiatría infantil, y que quede legalizada posteriormente una única vía de acceso al mismo desde los servicios específicos de Psiquiatría de niños y adolescentes.

Consideramos que la AEN tiene una responsabilidad especial en el desarrollo y potenciación de los servicios de psiquiatría infantil en España, pues al ser una asociación de ámbito nacional, contar con profesionales de distintas categorías en la asistencia a la población adulta e infantil, y tener asociados con cargos de responsabilidad en la gestión y dirección de servicios de salud mental, podría actuar desde diferentes frentes en la creación de unos servicios de salud mental infantojuvenil de calidad que respondan a las necesidades de este grupo de edad en la sociedad actual, y al tener un representante en la comisión de especialidades médicas, reclamar y agilizar la creación del área de capacitación específica en psiquiatría del niño y adolescente, condición indispensable para prestar una asistencia de calidad y homologarnos con la situación existente en la Unión Europea.

ENCARNACIÓN MOLLEJO APARICIO
Presidenta de la Sección de Infantil de la AEN

ORIGINALES Y REVISIONES

El cambio psicoterapéutico en la investigación clínica desde el modelo sistémico

RESUMEN: Se destacan los comportamientos etiquetados como sintomáticos que contienen un valor descriptivo y metafórico de las relaciones disfuncionales del contexto significativo del que son efecto oculto e indeseado.

PALABRAS CLAVE: Conocimiento, relación terapéutica, cambio, sistema.

SUMMARY: The behaviour labelled as symptoms are considered important from a descriptive and metaphoric point of view and they are a hidden and no wanted results of relations in the significant context.

KEY WORDS: Knowledge, relations therapeutic process, change, system.

La idea de la que partimos y sobre la que venimos trabajando desde hace algunos años (Olabarría, 1991) tiene una doble dirección y a su vez origen en al menos dos autores: por una parte, Pruysser (1976) formula la existencia de condensaciones y/o superposiciones referidas a distintos niveles lógicos que se conjugan en la actividad diagnóstica: definición de entidades clínicas, clasificación, descripción de los procesos psicológicos individuales y el paso inicial del proceso terapéutico. Por otra, Jackson (1960) considera que la rotulación diagnóstica aporta un valor descriptivo y metafórico a las conductas designadas como síntomas, engarzadas éstas en modalidades relacionales características (y tal vez definibles) de cada una de las entidades nosológicas. Precisamente el efecto no deseado del «engarce» de estas determinadas modalidades relacionales serían los síntomas, los trastornos psicopatológicos.

Desde un punto de vista sistémico, hablar de modalidades de relación propias del contexto significativo de un sujeto dado, obliga a su vez a considerar que la percepción y el conocimiento de ese sujeto van a estar modelados por su participación en dicho contexto de relaciones y por las estrategias generales y particulares de los integrantes del mismo. Hacia la modificación de su percepción y, por tanto, de su conocimiento hacia el cambio se dirige la intervención terapéutica.

Señalaré aquí que tomamos la concepción de E. Morin (1986) sobre el conocimiento, concepción en la que distingue entre:

- a) El proceso reflexivo de conocimiento que deriva del *cogito* cartesiano.
- b) La capacidad autorreferencial y egocéntrica propia de todo ser vivo.

Esta última se manifiesta operacionalmente en «el cálculo viviente, cálculo del sí mismo, a partir del sí, en función del sí y para el sí». (Morin, 1986, p. 43). Se trata de un conocimiento elemental de carácter estratégico vital, que no se conoce a sí mismo al no disociarse de operaciones concretas de reorganización, autoproducción, reproducción.

Observemos que esta concepción teórica cuenta con un importante precedente experimental realizado por los biólogos Maturana y Varela (1984) que, estudiando la relatividad de nuestra percepción y conocimiento cuando no sabemos que estamos en él involucrados (ni cómo), proponen un experimento simple en el que llegamos a no ver un punto de una figura en ciertas condiciones, y muestran que en esos momentos «no vemos que no vemos». Podríamos entonces decir que existe un ámbito de desconocimiento del desconocimiento, al menos en ciertas situaciones.

1. *El desconocimiento del desconocimiento y la investigación psicoterapéutica como proceso del tratamiento*

Añadamos a lo anterior que este desconocimiento del desconocimiento forma parte de los modos y procesos de relación de los seres humanos. En el hacer psicoterapéutico encontramos con frecuencia situaciones que dan cuenta de ello. Veamos muy resumidamente una de ellas que nos permitirá ejemplificarlo para pasar de la teoría a la práctica: un caso que se inicia con una demanda promovida por un trastorno de alimentación y que tras la evaluación del sistema familiar, realizamos un contrato terapéutico con una contextualización operativa individual, a sabiendas de que la modulación de su percepción y, por tanto, de su conocimiento, viene condicionada por su contexto familiar, su devenir, por las relaciones y sus reglas, y por las estrategias y las jugadas relacionales en curso.

Se trata de una joven de 26 años, tercera de las cuatro hijas de un matrimonio. Las dos mayores de 35 y 34 años, nacieron durante la emigración de los padres. La mayor nació y las condiciones laborales de los padres llevaron a éstos a valorar las circunstancias desfavorables en las que estaban para realizar adecuadamente las tareas de crianza, por lo que la enviaron con la abuela paterna a España, que se había quedado viuda y sola y era joven, fuerte y capaz.

Cuando nace la segunda, las condiciones de los padres han mejorado, pero la abuela, que se quedaría sola si ahora se llevasen a la mayor, realiza una *jugada* relacional: propone a su hijo que la traigan para que las dos hermanas no crezcan separadas y así «evitar envidias y celos».

Nuestra paciente ha nacido en España a la vuelta de la emigración y hay una hija más pequeña que ahora tiene 17 años. La paciente manifiesta como contenido de su demanda que se preocupa porque la ropa no le vale, se percibe gorda y poco atractiva; ve a sus amigas «todas con muy buen tipo». Se siente triste. Se queda en casa. Come compulsivamente y luego vomita. Se define como insegura y poco sociable. Cuando «está con gente» no sabe de qué hablar. Sus amigas le

parecen mucho más interesantes que ella. Es bibliotecaria de formación y de profesión y la primera en casa que ha hecho estudios universitarios, abriendo un camino hasta ese momento inexistente en la familia; la hermana pequeña, «por su edad, todavía no se ha definido». En resumen, presenta un trastorno de la conducta alimentaria de tipo bulímico.

En el modelo sistémico desde el que abordamos la intervención, contamos con distintos instrumentos técnicos en la búsqueda del objetivo psicoterapéutico del *cambio*, en este caso de la percepción que de sí misma y de lo que la rodea tiene la paciente. Uno de estos instrumentos son las tareas. Así, decidimos pedirle, para el siguiente encuentro, la siguiente: «Debes anotar en las interacciones que establezcas con tus amigos, compañeros, conocidos, etc. lo que creas que personalmente has aportado al buen o mal resultado de ese encuentro».

A la siguiente consulta viene con sus notas. Destacamos que se ha relacionado exitosamente con personas de ambos sexos, de diferentes edades y modalidades de relación, compañeros-as, usuarios de las bibliotecas en la que trabaja, amigos-os, incluso quedó con una prima que ha tenido un problema parecido al suyo y hablaron de ello, pero también de otros temas propios de su edad. Confrontada a estos resultados comenta sorprendida lo que para ella se revela como un comportamiento nuevo y desconocido. «Nunca lo había pensado así y ahora me doy cuenta que esto me pasa fundamentalmente en mi casa, con mi familia, es más el otro día me vi también con mi prima, en presencia de mi hermana mayor y me doy cuenta que estuve todo el tiempo callada y preguntándome qué podía decir, sin encontrar el qué».

Es evidente que sumergida en el *conocer* propio del *cálculo*, de *carácter estratégico vital*, que no se conoce a sí mismo al no disociarse de operaciones concretas..., la realización de la tarea le ha facilitado el acceso a nueva información, le ha producido una confrontación con la hasta entonces establecida y cuyo resultado es que ha generado una nueva percepción de sí: se trata de un resultado cognitivo y emocional y por eso ha podido abrir el proceso reflexivo de conocimiento que deriva del *cogito* cartesiano y desde y con él, configurar otra percepción abriendo el camino hacia otro conocimiento que consideramos (y buscamos) va a afectar/promover, junto con otras experiencias de similares características, el cambio perceptivo objeto de todo proceso terapéutico y con ello la búsqueda de cambios en las relaciones y en las estrategias relacionales en curso. Cambio que afectará a los receptores a quienes van dirigidas las nuevas estrategias y que no tendrán más remedio que posicionarse, novedosamente, ante ellas.

Cabría, por tanto, distinguir en el ejercicio de los procesos vitales de los seres humanos significaciones y/o representaciones provocadas por líneas de conocimiento propias del *cogito* y otras provocadas por líneas propias del *cálculo*

(¿podríamos pensar que existen ambas líneas en cada producción mental o en muchas de ellas?).

2. Algunos efectos del cálculo y del cogito

Esta doble dimensión del conocimiento nos permite acercarnos de una manera «nueva» a otra afirmación de E. Morin (1986): «Los efectos de las acciones son a menudo perversos en relación con sus intenciones». En efecto, desde esta «nueva» perspectiva cabe la posibilidad de que cuando un sujeto actúa en su contexto, no conozca desde el *cogito* que ha realizado un acto que, además de las razones que el sujeto pueda aportar para su justificación, cuenta con algo determinante y desconocido que es fruto de otro acto dentro de la modalidad estratégica del «cálculo viviente», con sus intenciones y objetivos, tanto en su mantenimiento como en su modificación.

Es el contexto significativo en el que está involucrado el sujeto, es decir, aquél en el que ha generado una estrategia de acción y que está gobernado por un marco de concepciones y reglas propias que sólo ocasionalmente y de manera parcial son reconocidas y tomadas en cuenta (tanto para su cumplimiento como para su transgresión o intentos de modificación).

Este marco aporta las definiciones y valores compartidos por los partícipes de dicho contexto. Definiciones y valores que el sujeto no desconoce, pero los concibe y reproduce como consustanciales a las cosas, situaciones o relaciones. Como si de las cosas mismas emanasen.

Los sujetos que participan de un determinado contexto no se disocian más que ocasional y parcialmente de las operaciones organizativo-relacionales del mismo. En este sentido, se trata de un ámbito primordial del *cálculo* como modalidad de conocimiento.

La sintomatología evidentemente es un efecto, pero no buscado, ni deseado. De hecho aparece ante el propio sujeto que lo sufre y reproduce, así como ante los partícipes del contexto relacional significativo, como incomprensible y/o ajeno a su posibilidad de dominio, como inevitable. Surge de la oculta metaelección del sujeto en su estrategia de acción. La característica de «elemento natural» que los participantes conceden a las reglas y valores que rigen su contexto, así como el carácter de «intimidad» de las estrategias relacionales que en el mismo se realizan, confieren a los síntomas un carácter de consecuencia ocultamente colectiva, inesperada, desconocida y no buscada: es el efecto del engarce de la estrategia del paciente en su contexto. Una estrategia singular que hemos de investigar.

Volvamos al ejemplo anteriormente presentado. Nos llama la atención como huella a investigar, por un lado el status de las dos hermanas mayores: solteras, sin novio o proyecto de pareja, sin proyecto de autonomía personal, que viven con los padres. Por otro ella, que, por sus problemas, tiende a quedarse en casa y salir poco. Es fácil identificar dificultades de autonomía y diferenciación, de modo que así se lo planteamos a la paciente. A ella no le llama la atención, «lo ve natural», todos en casa lo ven «natural»... Confrontada a que las hermanas quizás estuvieran desajustadas de lo que, por edad y fase del ciclo vital, les correspondería, (caracterizada por una mayor independencia en la que deberían estar desempeñándose), se queda nuevamente sorprendida. Nunca lo había visto como efecto de un *juego relacional* con diferentes *actores* y con diferentes *estrategias*.

Perfilemos algunos elementos de las estrategias en curso en nuestro ejemplo: veamos en primer lugar la estrategia relacional invasora de su madre. Comenta: «Mi hermana mayor ha tenido novio pero no nos gustaba a ninguno, era un poco particular; a la que menos le gustaba era a mi madre, ya que cada vez que se hablaba del futuro de esta relación que les habría llevado a vivir fuera, mi madre se deprimía diciendo que no lo podría soportar. En cuanto a la segunda, también ha tenido novio, «pero cuando querían salir un tiempo algo más largo... mi madre decía que me tenían que llevar como hermana pequeña».

La psicoterapeuta hace un comentario con tono humorístico: «Ahora tú no tendrás que pasar por el visto bueno de tu madre ni llevar carabina porque gracias a esa pésima imagen que consideras que tienes no sales y todas estamos seguras de que los *candidatos* no vienen a casa. Bueno... no sólo eliminas este riesgo sino también el de confrontarte a la defensa de tus propios criterios y opiniones... cosa que también sería una novedad porque tus hermanas no lo han hecho. Esa pantalla de la imagen externa sirve para ocultarte a ti y a los demás quién eres tú en realidad». Hipotetizamos que la madre desarrolla una estrategia dirigida al mantenimiento rígido de su condición maternal, sin cambios, evitadora de la emancipación de sus hijas, aquéllas a las que no pudo dar los cuidados de crianza por la decisión de su celoso esposo de llevársela a la emigración y después de entregar las niñas a la abuela paterna como modo de mantener a su esposa a su lado, y al tiempo ofrendar las niñas a su propia madre que quedaba en España sola y viuda garantizando cuidados «adecuados» para sus hijas. Al tiempo para ambos, padre y madre, luchando por la consecución del objetivo de su emigración –mejorar las condiciones económicas familiares–, el ocuparse de la crianza de la hija podía demorar su conquista. Además la madre de esta manera podía obtener «puntos» en la relación con su esposo desde una base de inicio de la relación en que la aceptación por su suegra había venido marcada por la descalificación. La resolución era aparentemente «buena» para todos. Pero justamente el que fuera «buena para todos» hizo

invisible la pérdida/tristeza por la cesión. La de las hijas cedidas que además unos años después pueden ver el extraordinario interés de su madre por la perfeccionista crianza de las dos menores en la que se vuelca como *supermujer*. La de la madre que bloqueó el juicio y rotulación de ese ejercicio materno que se otorgó y que no puede expresar ni tal vez para sí misma (incluso bloqueando su percepción), a fin de obtener los «puntos» buscados en la relación con su marido. La del padre que ha de cerrar su percepción sobre los miembros de su familia nuclear, a fin de sostener ampliado el foco de su interés por su familia de origen desde una autonomización deficiente. La salida de las hijas de la casa llevaría a esta madre a tener que afrontar una vida de contacto directo con su esposo hacia el que guarda el resentimiento de no haber definido adecuadamente límites con su familia de origen, generándole el coste de la pérdida de la crianza de sus hijas mayores, provocando así una maternidad deficientemente realizada cuando ella siempre ha buscado exasperadamente su propia perfección. El esposo, con las hijas dentro, tiene contenta y controlada a su mujer y puede hacer su propia vida «hacia fuera». Las hijas mayores «se clavan» ahora en la casa y parecen de este modo querer anular la presencia de la «sustituta» de ellas, la primera de las tres hijas criada por la madre, evitando o dificultando con los poderosos valores filiales que aportan, el proceso de autonomización funcional de la paciente designada. Y la propia paciente designada, que ha establecido una oculta simetría en el ámbito del perfeccionismo con su madre a quien desea vencer, estrategia en la que ocasionalmente cuenta con el resentido apoyo del padre, dentro de las reglas exasperadas que ha ido construyendo la familia.

No dice la terapeuta, al menos todavía, que además su comportamiento y su imagen anoréxicas resultan una buena protesta metafórica contra esta madre que reina en la casa y que ha permitido que su espacio propio como hija en fase de ciclo vital de autonomización, sea cada vez más exiguo ante las hermanas mayores. Al tiempo, el comportamiento y su imagen anoréxicos le permiten también metafóricamente purgar/expiar la culpa por ello.

Es decir, el equipo terapéutico, en la relación terapéutica, va poniendo sobre el *tapete* las *jugadas*, las estrategias ocultas, y va favoreciendo con ello el acceso a nuevas percepciones y nuevos conocimientos de la paciente, alimentando el impulso para nuevas exploraciones de experiencia relacional en el contexto significativo, alimentando el cambio.

El elemento de «naturalidad» con el que se ve la dificultad de autonomización, inhibe el comentario espontáneo encerrando los comportamientos en la intimidad. La sintomatología no es un efecto buscado ni deseado. Como vemos, es preciso realizar una investigación terapéutica singular de todo para abordar el cambio, porque se trata del modo como el paciente accede al mismo.

3. *La investigación y las guías protocolizadas*

Lo anterior no niega, sino que subraya la utilidad de contar con «guías» ante los diferentes cuadros nosológicos que nos marquen el procedimiento de investigación/acción psicoterapéutica y de casos. Nos permitirán conducir con más precisión la imprescindible investigación particular de cada caso. Tal vez ahora se hace preciso decir que una parte importante de la investigación general en psicología clínica y psicoterapia, se centra en este aspecto de unos años a esta parte: los protocolos, aunque desde cada modelo se les otorgue un diferente valor.

Seguramente de este hecho, unido a que la mayor parte de las escuelas psicoterapéuticas conciben su corpus teórico-práctico como una totalidad autorreproductora y excluyente, deviene a nuestro juicio una confusión que es preciso desvelar.

La Investigación (con mayúscula) en psicoterapia se sitúa académicamente en una fase anterior a la ejecución clínica propiamente dicha (siguiendo un modelo de laboratorio químico-farmacéutico). Este modelo marca su función al psicoterapeuta, ajustándola a la tarea de «mirar» para *reconocer*, intervenir y revalidar el paradigma interventor del que participa. Si se produce una huida en el ejercicio de la psicoterapia como proceso investigador, se aboca a la ceguera, a una rigidificación en la evolución epistémica. El clínico precisa de la condición de investigador de cada caso para generar cambio, así como de la continua ponderación y ajuste epistemológico para sustentar sus hallazgos, corregir sus errores y avanzar en el conocimiento.

La investigación sistémica que se centra a partir del ejercicio clínico en desarrollar hipótesis acerca de las estrategias relacionales características de distintos cuadros nosológicos, estableciendo al mismo tiempo procedimientos de intervención psicoterapéutica para el cambio, podemos concebirla como establecedora de «protocolos/guía» para la investigación posterior particular de cada caso.

Esta investigación particular debe incluir los acontecimientos interactivos, reacciones y estrategias de los partícipes de un contexto, con una perspectiva que incluya el devenir de la historia concreta del mismo para una reconstrucción del proceso interactivo, de las estrategias relacionales de los partícipes, con sus conductas concretas y los elementos emocionales y valorativos, así como sus reglas. Debe considerar los hechos, procesos, crisis y consecuencias esperados en función del ciclo vital y el devenir contextual, también los inesperados y sorprendidos, así como las «resoluciones» o «salidas» de las crisis y fases y su alcance funcional para el cierre de éstas o su cierre «en falso», que puede jugar un papel posteriormente en la producción sintomatológica.

De ese proceso investigador en el marco de la relación terapéutica, de la progresiva *puesta sobre el tapete de las estrategias relacionales*, de los efectos de acce-

so a nuevas percepciones y nuevos conocimientos, a nuevos modos de mirar y ver, a nuevo conocimiento, con el impulso al diseño y realización de nuevas experiencias, estrategias y relaciones, observamos el acceso y devenir del cambio terapéutico.

Los protocolos suponen una guía que señala el procedimiento de «investigación» particular del caso. Pero es esta investigación particular la que va a permitir al paciente el acceso de nuevos elementos al *cogito*, acceder a otra comprensión epistemológica, uno de los elementos fundamentales en la concepción sistémica del cambio. Esta nueva construcción epistemológica hacia la que se dirige la relación psicoterapéutica precisa de anclajes, de cimientos, de pilares, que han de surgir en la investigación del caso durante el proceso psicoterapéutico. En los «nuevos» elementos, en los «nuevos» valores adjudicados a los hechos, elementos que tienen no sólo valor cognoscitivo, sino también emocional se configura un nuevo entramado epistemológico sobre lo acaecido hasta el presente estableciendo un nuevo sentido, favorecedor del inicio de nuevas estrategias individuales y colectivas en el sistema.

En tanto que investigadores clínicos y en relación con el caso antes citado, debemos desarrollar una hipótesis que dé cuenta de las reacciones y estrategias de acontecimientos «autonomizadores» y de las estrategias de los partícipes en ese contexto, por lo que aquí cabría hipotetizar acerca de la estrategia de la madre en el sistema familiar, el *por qué* de la misma y el *para qué*, así también la del padre y su modalidad de *autonomización* de su familia de origen, los roles jugados por otros elementos del sistema como las hermanas, y la estrategia de la paciente en relación con ello.

Como resultado de esa investigación realizada con el/la paciente designado/a y tal vez con miembros del contexto significativo, de la definición de esas relaciones, de las diferentes estrategias, de sus *jugadas* en diferentes momentos y fases, habría de configurarse en la paciente un cambio de percepciones y un nuevo entramado epistemológico que habría de dar cuenta tanto del pasado como del aquí y ahora. Orientando hacia un cambio en el percibir y aprehender que ha de permitir generar nuevas estrategias de acción. Se trataría del cambio psicoterapéutico.

4. *Algunas bases epistemológicas de la investigación clínica sistémica*

Para el psicoterapeuta sistémico, la investigación psicoterapéutica y sus objetivos ha de establecerse operativamente en tres niveles interrelacionados: epistémico, de cuadro, de caso. Y ello a través de una relación: investigadora y psicoterapéutica, para el cambio.

Es evidente que situamos esta reflexión al margen de la polémica sobre el estatuto psicoterapéutico respecto a su condición de ciencia aplicada o práctica artesanal, ubicándonos en la defensa (de la tradición) de una práctica clínica psicoterapéutica que incluye la investigación como elemento consustancial a su existencia para abordar el cambio en tanto éste sería el efecto precisamente de la investigación psicoterapéutica en la relación con el/los pacientes.

Los físicos, a comienzos de este siglo, revisaron las nociones de los métodos en las ciencias de la naturaleza. Los biólogos, al finalizar el siglo, obligan de nuevo a una revisión de las mismas nociones. Estaba ya definido que el concepto de ciencia como descripción objetiva de un mundo sin sujetos, contenía contradicciones disfuncionales. Para superarlas era preciso un «observador» (sujeto). Pero las observaciones no tienen valor absoluto, sino que son relativas al punto de vista del observador y afectan a lo observado hasta anular la esperanza de predicción del observador, al menos en los sistemas complejos autopoieticos y en su organización específica que los singulariza y donde cobra realidad la autonomía del ser vivo (Maturana y Varela, 1984).

Por tanto, una descripción de un sistema complejo, implica al que lo describe y así se hace preciso una teoría del observador. Pero como sistema vivo que es el observador, debe dar cuenta de sí mismo en la formulación de la teoría. Estamos, pues, en un nuevo estado de cosas en la ciencia. De hecho en la psicoterapia sistémica el terapeuta configura con el paciente y su contexto significativo/operativo un nuevo sistema marcado por la relación terapéutica que se configura en un espacio/tiempo precisos hacia el cambio. Una relación en la que se juegan diferentes estrategias de los distintos partícipes.

En ese nuevo sistema el subsistema terapéutico observa (en su sentido investigador) e interviene precisamente al contrastar sus hipótesis acerca de lo investigado, lo que busca y tiene el efecto del cambio epistemológico en lo que percibe y ajusta el paciente, permitiéndole así a éste abordar la posibilidad de modificar sus estrategias relacionales que le llevan al síntoma.

El subsistema psicoterapéutico ha de contar con su propia epistemología sobre el movimiento del sistema sobre el que interviene y el protocolo o guía puede favorecer la investigación de cada caso tanto en un sentido económico temporal, como porque permite el establecimiento de distinciones, indicaciones ante el cuadro y ante el caso.

Dicho de otro modo, la vida no puede ser estudiada en laboratorio, sino «en vivo». Se trata de un desafío. Un desafío, que incorpora un cambio de acento en la pregunta científica central, que pasa de ser «por qué» a «cómo».

Una idea fundamental para comprender de qué hablamos al referirnos a la epistemología la aporta Bateson (1972) al señalar que lo que cada cual percibe y cono-

ce depende de las distinciones que establece: «Las diferentes cualidades abstractas [asignadas] por científicos dados a la corriente de los acontecimientos pueden considerarse como diferentes hábitos de puntuación de la corriente de la experiencia, para obtener algún tipo de coherencia o sentido» (p. 191).

Como nos indica Bradford P. Kenney (1987) esta idea que Watzlawick y Jackson (1981) denominaron «puntuación de la secuencia de los hechos» es similar al concepto de «indicación» de Spencer–Brown, pues un observador (el terapeuta) que traza una distinción, establece concomitantemente una indicación y abre el panorama para la investigación clínica desde otra epistemología, por tanto hacia el cambio.

Se trata de poner en crisis la visión del sujeto acerca del efecto «natural» que emana de las cosas, de la experiencia, de los hechos, para abrirle nuevas posibilidades hacia un nuevo modo de ver desde el que avanzar en el tanteo de nuevas experiencias, hacia una nueva epistemología, una nueva manera de ver, ensayos de nuevas estrategias, de todo lo cual el efecto será el cambio. El/la paciente, o el otro subsistema del sistema terapéutico, ha de confirmar con sus ensayos progresivos de experiencia que los efectos no son «naturales», son productos, son creencias, contruidos en un marco de relaciones estratégicas susceptibles de modificación.

El estudio de los procedimientos por los que la gente puntúa su experiencia, que considera «natural», es un método para identificar su epistemología. Sus pautas de puntuación presuponen ciertas premisas para establecer distinciones. Dicho de otro modo, el reordenamiento de los marcos de referencia («reencuadre», Watzlawick, 1981) crea nuevas realidades en un sujeto dado.

Consecuentemente con todo esto, la relación psicoterapéutica sistémica pretende organizar un contexto, y uno de cuyos objetivos fundamentales es modificar las premisas (que actúan en los sujetos como «naturales», no pensadas o contruidas) de la puntuación, que organizan y estructuran la realidad, las relaciones en el contexto dado, con el fin de alcanzar el cambio. En este sentido cabe hablar de una epistemología clínica.

El terapeuta comprende la experiencia de un individuo observando de qué manera puntúa su contexto, la organización de las relaciones y hechos del mismo. En función de esta puntuación, el individuo está definiendo su estrategia relacional.

Dado que, como Selvini y Prata (1990) mostraron –siguiendo a Bateson–, el individuo y/o la familia acuden a consulta de psicoterapia con su propia epistemología, el terapeuta ha de contar con una epistemología sobre su epistemología.

Contar entonces con una guía (protocolo) para la investigación clínica de cada caso en función de la modalidad relacional específica característica de los contextos significativos de los pacientes con una determinada patología, resulta de interés. Se trata de una modalidad de epistemología clínica. Un tipo de comprensión referida a las líneas de relaciones que establecen, los modos en que los pacientes y los partícipes de su contexto adquieren y sostienen sus peculiares formas de conocer el mundo y de relacionarse estratégicamente en él. Y ese modo de investigación, con sus sucesivas «puestas sobre el tapete» en la relación terapéutica, es la base del cambio terapéutico que, desde un punto de vista sistémico, no puede dejar de estar entrelazado.

5. *A modo de conclusión*

La reconstrucción por el actor del sentido de su acción relacional en su contexto, la apropiación de su resultado a través del nuevo significado y la modificación de estrategias relacionales, generadoras del cambio, justifica así la investigación clínica propia de la acción psicoterapéutica sistémica.

¿Qué aporta a la epistemología sistémica el instrumento clínico que es un protocolo?, ¿qué aporta al mejor comprender del sujeto que hace una petición de ayuda?, ¿qué aporta para facilitar el cambio terapéutico? Podríamos decir que es, sin duda, un instrumento propio del *cogito*, que pertenece al ámbito de la psicología como ciencia que generaliza (psicología explicativa, siguiendo a Dilthey) permitiendo una construcción ordenada de los modelos relacionales característicos de cuadros nosológicos específicos, definiendo pautas de actuación unificadas en o para aquellas demandas que comparten las características que definen a cada uno de esos cuadros. Al tiempo, son instrumentos de investigación en tanto permiten enfrentar, conocer, aprehender, la singularidad del entramado de relaciones y conductas que, engarzadas, dieron como efecto no deseado los síntomas (situándose en el ámbito de la psicología descriptiva de Dilthey). Los protocolos facilitan neutralizar la mirada, a veces proyectiva, del observador/psicoterapeuta que, en tanto ser vivo, participa de lo observado.

El uso de estas modalidades de «protocolos» desde la perspectiva sistémica no supone la aplicación rígida y «de receta», sino una ayuda para pensar «en y con el paciente de forma más libre» (Tizón, 1992). Nos permiten acercarnos al sí, a partir del sí y para el sí de un sujeto partícipe activo de un contexto.

La investigación clínica en el modelo sistémico resulta así no sólo necesaria, sino complementaria de la investigación básica, como elemento central del proceso psicoterapéutico para la reconstrucción epistemológica del sujeto concreto en su contexto y para su acceso al cambio.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) ANDERSEN, T., *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*, Barcelona, Gedisa, 1994.
- (2) ANDERSON, H.; GOOLISHIAN, H., «Human Systems as Linguistic Systems: Evolving Ideas about the Implications for Theory and Practice», *Family Process*, 1988, 27, pp. 371-393.
- (3) ANDERSON, H.; GOOLISHIAN, H., «El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico», en MCNAME, S.; GERGEN, K. J., *La terapia como construcción social*, Barcelona, Paidós, 1992.
- (4) BATESON, G., *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires, Carlos Lohlé, 1976.
- (5) BATESON, G., *Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*, Barcelona, Gedisa, 1993.
- (6) BERGER, P.; LUCKMAN, T., *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu, 1966.
- (7) BOWEN, M., *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*, Barcelona, Paidós, 1991.
- (8) DILTHEY, W., *Introducción a las ciencias del espíritu*, Madrid, Alianza, 1980.
- (9) HALEY, J., «Descripción interaccional de la esquizofrenia», en JACKSON, D. (comp.), *Comunicación, familia y matrimonio*, Buenos Aires, Nueva Visión, pp. 183-206, 1977.
- (10) HARRE, R.; CLARKE, D.; DE CARLO, N., *Motivos y mecanismos. Introducción a la psicología de la acción*, Barcelona, Paidós, 1989.
- (11) JACKSON, D., *Etiología de la esquizofrenia*, Buenos Aires, Amorrortu, 1960.
- (12) KENNEY, B. P., *Estética del cambio*, Buenos Aires, Paidós, 1987.
- (13) MATURANA, H.; VARELA, F., *Las bases biológicas del entendimiento humano. El árbol del conocimiento*, Santiago de Chile, Universitaria, 1984.
- (14) MATURANA, H.; VARELA, F., *El árbol del conocimiento*, Santiago de Chile, Universitaria, 1986.
- (15) MATURANA, H. R., *La realidad: ¿Objetiva o construida? II. Fundamentos biológicos del conocimiento*, México, Anthropos, 1996.
- (16) MATURANA, H. R., «El observador en su observación. Tres conferencias y una reflexión sobre la biología del conocer, del amor y la constitución sistémica de la identidad del ser», *Systemica*, 1997, 2, pp. 13-52.
- (17) MORIN, E., *El método: La naturaleza de la naturaleza*, Madrid, Cátedra, 1986.
- (18) OLABARRÍA, B., «Reflexiones para una epistemología de la relación entre la locura y el quehacer técnico. Hacia una hipótesis relacional de la esquizofrenia desencadenada en adultos autónomos», *Clínica y Salud*, 1991, 2, 3.
- (19) PINSOF, W.; WYNNE, L., «Toward Progress Research: Closing the Gap Between Family Therapy», *Journal of Family Therapy*, 2000, 1, pp. 45-62.
- (20) PRATA, G., *El niño que seguía la barca*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2001.
- (21) PRUYSSER, P. W.; MENNINGER, K., «Language Pitfalls in Diagnostic Thought and Work», en *Pruysson Diagnosis and the Difference it Makes*, Nueva York, Menninger Foundation, 1976.
- (22) SELVINI, M., y otros, *Los juegos psicóticos en la familia*, Barcelona, Paidós, 1990.
- (23) SELVINI, M., y otros, *Paradoja y contrapadoja. Un nuevo modelo en la terapia de familia a transacción esquizofrénica*, Buenos Aires, ACE, 1982.
- (24) SIMMEL, G., *El individuo y la libertad*, Barcelona, Península, 1986.
- (25) SLUZKI, C., «Transformations: A Blueprint for Narrative Changes in Therapy», *Family Process*, 1992, 31, pp. 217-230.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (26) TIZÓN GARCÍA, J. L., *Atención primaria y salud mental en Atención Primaria*, Barcelona, Doyma, 1992.
- (27) VIARO, M.; LEONARDI, P., «Le insubordinazioni», *Terapia Familiare*, 1982, 12, pp. 41-63.
- (28) WATZLAWICK, P., *¿Es real la realidad?*, Buenos Aires, Paidós, 1976.
- (29) WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.; JACKSON, D., *Teoría de la comunicación humana*, Barcelona, Herder, 1981.
- (30) WATZLAWICK, P., *El lenguaje del cambio*, Barcelona, Herder, 1989.
- (31) WATZLAWICK, P., *La realidad inventada*, Barcelona, Gedisa, 1994.

* Begoña Olabarria, psicóloga clínica y psicoterapeuta sistémica. Dpto. Atención al Ciudadano. Ayuntamiento de Madrid; Pilar Vázquez, psicóloga clínica y psicoterapeuta sistémica. Centro Salud Mental de Móstoles. Comunidad de Madrid.

Correspondencia: olabarriagmb@munimadrid.es; p_vazquezerrano@yahoo.es

** Fecha de recepción: 04-VII-2006.

*Adolfo Benito Ruiz, Guillermo Lahera Forteza, Guillermo Benito Ruiz,
Laila Oudda Sántos y Alberto Fernández Liria*

Demanda de atención en salud mental por los atentados del 11M en Alcalá de Henares

RESUMEN: Se trata de valorar la influencia de los factores sociodemográficos en la demanda recibida tras los atentados del 11M en el CSM de Alcalá de Henares.

PALABRAS CLAVE: Ataques terroristas del 11M, factores sociodemográficos, análisis de la demanda.

SUMMARY: The aim is to determine the influence of the social and demographic factors in the demand received after the 11M terrorist attack in the Mental Health Center of Alcalá de Henares.

KEY WORDS: 11M terrorist attack, social and demographic factors, demand analysis.

El 11 de marzo de 2004 se produjeron en la ciudad de Madrid una cadena de atentados terroristas: tres bombas estallaron en tres trenes con destino hacia la capital, a la estación de Atocha. Dos de los trenes habían partido de la estación de Alcalá de Henares, y uno procedente de Guadalajara había hecho parada en esta ciudad.

Las dimensiones de la tragedia supusieron un reto no sólo para la sanidad pública en general, sino para la Salud Mental en particular, siendo por el recorrido de los trenes el Centro de Salud Mental de Alcalá de Henares uno de los que tuvieron que hacer frente a una mayor demanda de pacientes.

El objetivo del estudio que presentamos es el de determinar la evolución de la demanda de aquellos pacientes que acudieron a consultas de Salud Mental con sintomatología relacionada con los atentados, y tratar de determinar dicha evolución con variables pronósticas que pudiesen marcar la evolución ante situaciones traumáticas, ya sean sociales, individuales, de tratamiento, etc. En esta primera parte realizamos un análisis sobre la demanda poblacional que se registró en el CSM de Alcalá de Henares tras los atentados, tratando de relacionar estos datos con nuestros conocimientos sobre las variables que determinan la demanda asistencial, a partir de los estudios existentes al respecto.

Material y métodos

El estudio fue llevado de manera retrospectiva, naturalística, a partir del estudio de las historias clínicas del centro de salud. El periodo de seguimiento fue desde el 12 de marzo de 2004 hasta el 30 de junio de 2004, consideramos este periodo de tiempo suficiente como para que los pacientes que tuviesen sintomatología clínica hubiesen acudido a consulta, más aún teniendo en cuenta

que algunos pacientes iban a tardar en acudir, debido a hospitalizaciones prolongadas por las heridas del atentado. Durante este periodo de tiempo se revisaron todas las historias clínicas de los pacientes que habían acudido al centro con un motivo de consulta en relación al 11M y que eran fáciles de identificar porque se arbitró un procedimiento especial para atenderlos. Se consideró que lo más adecuado no era sólo revisar historias nuevas abiertas durante este tiempo, sino también de pacientes con historia antigua, que habían sido dados de alta, y que volvieron a acudir por este motivo durante este tiempo. El criterio para la inclusión fue el de demandar ayuda en relación con los atentados, por tanto se incluyeron tanto pacientes que habían estado en los trenes siniestrados el 11M, aquellos que habían perdido a familiares y amigos y algunos que no habían perdido a nadie durante los mismos, ni se encontraban allí, pero relacionaban su clínica con dichos atentados.

Sobre dichas historias clínicas los investigadores rellenaron un cuestionario en el que a partir de los datos recogidos en la historia se trataban de conocer el sexo, la nacionalidad, estado civil, tipo de convivencia, nivel de estudios, nivel socio laboral, situación laboral en el 11M, si había acudido a la urgencia psiquiátrica en relación a la sintomatología, el número de días hasta que acudió al primer dispositivo de Salud Mental, el tipo de afectado (directo, indirecto y grado), si tenía antecedentes de tratamiento psiquiátrico, si se encontraba solo o acompañado en el momento del atentado, si existían pérdidas recientes en familia o amigos el último año, desde dónde fue derivado, motivo de alta, si era usuario habitual del tren, tipo de sintomatología predominante, y tipo de tratamiento que recibe; además de realizar un registro con las citas de Salud Mental durante el tiempo de seguimiento que recibieron (citas a las que acudieron y a las que no).

Se realizó el estudio únicamente de las historias de adultos (mayores de 18 años), no incluyéndose ninguna historia de infantil en la muestra.

En esta primera parte estudiaremos las variables sociodemográficas de los pacientes que acudieron.

Resultados

Se contabilizaron en el estudio 104 historias que incluían el criterio de inclusión (sintomatología o motivo de consulta en relación al 11M), para el estudio de las variables sociodemográficas se consideró como válida la hoja de filiación, documento estadístico que recoge el centro, a través de los administrativos, durante la primera cita, previa a la evaluación del terapeuta, pudiéndose recoger en

ORIGINALES Y REVISIONES

todas las historias, independientemente de si los pacientes continuaron en tratamiento o fueron dados de alta, si bien no en todas las historias pudieron recogerse todos los datos (al ser un documento estadístico hay pacientes que no quieren que se conozcan algunos datos suyos).

Sexo

Se contabilizaron 67 mujeres y 37 hombres, el tiempo medio hasta la primera cita a la que acudieron, respecto al 11M fue similar 13,79 días para las mujeres y 11,92 para los hombres, sin embargo las mujeres recibieron más citas que los hombres de media (5,61 por 2,97), ($p < 0,05$) y además acudieron más a dichas citas. No se encontraron diferencias significativas respecto al lugar de derivación a Salud Mental.

Nacionalidad

La mayor parte de la población era española (56; 54% de la muestra), seguido de pacientes de Europa del este (23; 22%), de América Latina (21; 20%), y en menor medida subsaharianos (2; 1,9%) y del norte de África (1; 0,96%), no se encontraron en la muestra pacientes procedentes de Asia, otros países europeos (diferentes a España y que no sean del este de Europa) ni de otro país no europeo (que no fuese asiático, africano o de América Latina), que eran las otras categorías posibles. No se encontraron diferencias significativas respecto al número de días hasta que acudieron, el número de citas que recibieron o el lugar de derivación a Salud Mental.

Respecto a las medias intergrupos, la muestra de nacionalidad española tardó 11,29 días de media en acudir, la de América Latina 15,71 días de media y la del este de Europa 13 días, sin que existan diferencias significativas estadísticamente. En el caso del número de citas de media que recibieron, en el caso de los españoles fue de 5,13 de media, 4,62 en el de la población de América Latina y 3,39 en el de la población de Europa del este. En el caso de la población norteafricana y de África subsahariana, la muestra era tan escasa que no se podían establecer comparativas que resultasen significativas, aún así no existen tampoco diferencias significativas.

Estado civil

La muestra estaba compuesta por 42 solteros (40%), 47 casados (35%), 6 parejas de hecho (5,7%), 5 separados (4,8%) y 3 viudos (2,7%). No se encontraron diferencias significativas en el global de la muestra, si bien cuando se comparan cada una de las variables encontramos que en el número de días hasta que acu-

dieron a la primera cita, fue de 10,79 en el caso de la población soltera, 14,32 en el de la población casada, 11,33 días en el de la población de parejas de hecho, 26,20 en el de los separados y 9,67 en el de la población viuda. Respecto al número de citas que recibieron fue de 4,85 citas para los solteros de media, 4,87 para los casados, 1,33 para las parejas de hecho, 7 para los separados-divorciados y 2 para los viudos. Por tanto, llama la atención la similitud de cifras, excepto para la población separada-divorciada, que tardaron más en acudir a la primera cita y recibieron mayor número de ellas. Destaca también las pocas citas que recibieron la muestra de pacientes de parejas de hecho, respecto al resto de población, al igual que la población viuda, si bien en este caso la muestra es pequeña.

Convivencia

La muestra la forman 9 pacientes que vivían solos (8,6%), 28 con la familia de origen (27%), 52 con la familia propia (50%), 3 que convivían con otras familias (2,8%) y 11 que tenían otro tipo de convivencia (10,51%). No se encontraron diferencias significativas en el global de la muestra, aunque si se analizan las diferencias intergrupales encontramos que en el caso de la variable «días» hasta que acudieron a la primera cita en el CSM, en el caso de los pacientes con otro tipo de convivencia eran los que más tardaban en acudir al CSM (18,82), seguido de los que vivían con su familia propia (14,31 días), los que convivían solos, 10,44 días, y finalmente los que convivían con otras familias, (10,33 días) y los que convivían con su familia de origen (9,93 días), sin que existiesen apenas diferencias entre los 3 últimos subgrupos.

En cuanto al número de citas, de nuevo no existen diferencias significativas en el global de la muestra, si bien sí que existen diferencias intergrupos, siendo los pacientes que conviven con la familia de origen los que a más citas acuden (5,96 de media), muy parejo al número de citas a las que acudieron los que vivían solos (4,89), y con la familia propia, pero indudablemente existen diferencias, aunque no significativas con los otros 2 subgrupos, con una media de citas en los pacientes que convivían con otras familias de 2,33 y en los que tenían otro tipo de convivencia de 2,91 citas de media.

Nivel de estudios

De nuevo no existen diferencias en el global de la muestra, aunque en el análisis de la muestra por grupos encontramos que en cuanto al número de días hasta que acudieron a Salud Mental, los que más rápidamente acudieron es el grupo de los que tenían un nivel de estudios de licenciado, diplomado o doctor, 27 pacientes (25,96% de la muestra), con una media de 10,62 días hasta que acudieron a la

ORIGINALES Y REVISIONES

primera cita, seguido del subgrupo de pacientes con un nivel de estudios de bachillerato o COU, 38 pacientes (36,5%), con 11,7 días de media, el subgrupo de pacientes con graduado escolar, 29 pacientes, 27,88%, que acudió a la primera cita tras 13,9 días y finalmente el subgrupo de pacientes sin estudios (10; 9,6%), que fueron los que más tardaron en acudir, 17 días de media.

En cuanto al número de citas a las que acudieron, tampoco hay diferencias significativas en el global de la muestra, siendo el número medio de citas a las que acudieron muy similar en el caso del subgrupo sin estudios y con bachillerato o COU (3,4 y 3,5 citas respectivamente), algo mayor en el subgrupo de diplomados, licenciados o doctores, 4,65 citas de media, y finalmente el subgrupo que acudió a más citas, el de pacientes con graduado escolar 6,92 citas de media.

Nivel socio-laboral

Los diferentes subgrupos que se realizaron para la agrupación fueron los siguientes:

- a) Nivel alto, incluye autónomos con empleados, empresarios, profesional de un empleo.
- b) Nivel medio, incluye a trabajadores cualificados (servicios, funcionarios, etc.).
- c) Nivel medio-bajo, incluye trabajadores del comercio o la construcción.

Nivel bajo, incluye aquellos que no perciben ingresos habitualmente, trabajadores esporádicos, desempleados, también a los estudiantes, a las amas de casa y los jubilados.

Destacar que el criterio no fue el nivel económico de la familia sino del paciente, es decir, puede haber amas de casa, con un nivel económico familiar alto, o incluso parados o jubilados, pero se ha tomado en cuenta el nivel de ingresos que perciben como variable, que es bajo en este caso.

En este ítem no fue posible poderlo conocer en todos los pacientes, por diversos motivos, no querían contestarlo, no figuraba, por lo que la muestra es más reducida, 92.

En cuanto a las diferencias globales, no se encontraron ni en número de días hasta que acudieron a la primera cita ni en el número de citas a las que acudieron.

A nivel de subgrupos, vemos que los que menos tardaron en ser derivados es el subgrupo de nivel medio, 23 pacientes (25%), que tardaron 9.39 días de media, seguido del subgrupo de nivel alto, 11 pacientes (12%), que tardaron 12 días de media, y los subgrupos de nivel medio-bajo, 45 pacientes (48,9%) 12.38 días de media, tardando todavía más en acudir el subgrupo de nivel bajo o muy bajo, 12 pacientes (13%), que tardaron 17.75 días de media en acudir.

En el número medio de citas a las que acudieron, van muy parejos el subgrupo de nivel económico alto y el bajo o muy bajo (5.55 y 5.5 citas de media), los que menos citas recibieron fueron el subgrupo de nivel medio (3.73 citas de media), y el subgrupo con mayor muestra, el de nivel medio-bajo, que acudieron a 4.27 citas de media.

Dentro del subgrupo de nivel bajo por contar con un número importante de pacientes estudiamos a las amas de casa, muestra de 5 (5,4%, encontrando en ellas que el número de días hasta la primera cita fue de 14.4, pero que acudieron a un número de citas más elevado que el resto de la muestra (8.8 citas de media).

Estudio de la derivación

Otro de los factores que nos propusimos estudiar era la forma en que habían acudido los pacientes al CSM, cuáles habían sido esas vías, y comprobar cuáles habían sido eficaces (en cuanto a una derivación temprana, objetivo de los dispositivos de salud ante esta tragedia), y cuáles no habían cumplido su función, de esta manera se determinó cuál había sido la vía de derivación hasta el CSM.

Sin duda el dispositivo que mayor número de pacientes derivó fue el de Atención Primaria, 76 pacientes fueron derivados desde aquí (73% del total), acudieron al CSM espontáneamente 14 pacientes (13,47%), fueron derivados desde las urgencias hospitalarias 9 pacientes (8,6%), desde otros dispositivos de Salud Mental fueron derivados 5 pacientes (4,8%), mientras que finalmente, desde los Servicios Sociales derivaron a 2 pacientes (1,9%).

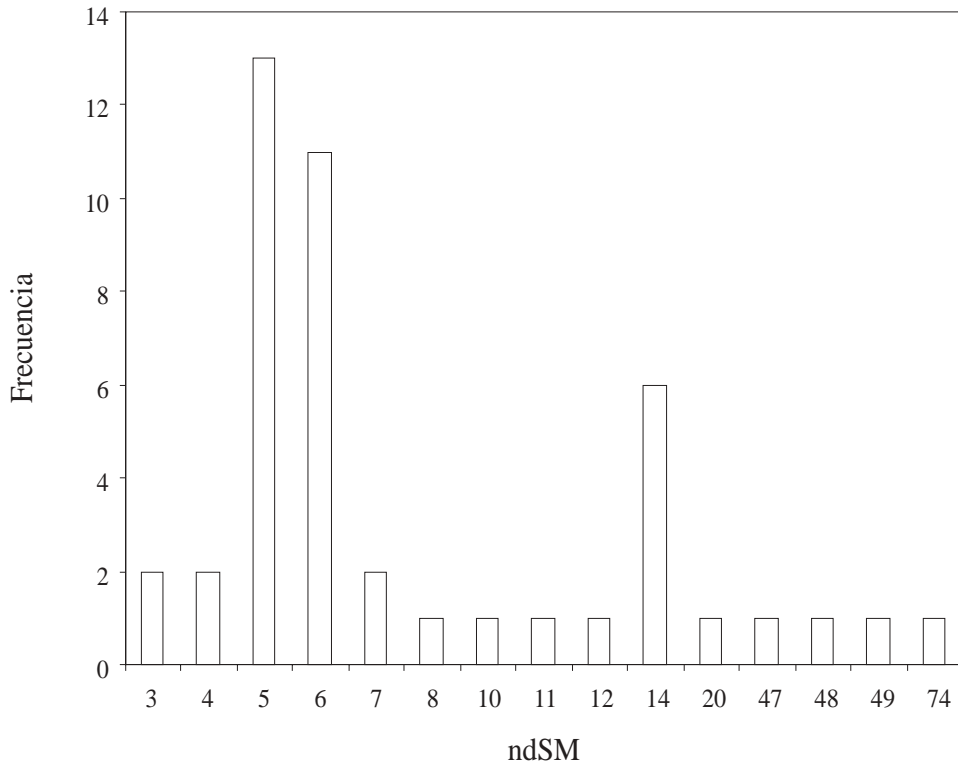
Análisis de la evolución de la demanda

El dato más llamativo es la rapidez con la que los pacientes acudieron a Salud Mental, la gravedad de los hechos sucedidos, los recursos sanitarios, la labor de los medios de comunicación, y la derivación urgente a Salud Mental desde los diversos dispositivos hizo que se produjese con celeridad. El número de pacientes que se fueron recibiendo experimentó un crecimiento exponencial, de manera que en la primera semana, que comprendía hasta el 18 de marzo se recibieron un 60% del total de pacientes, y en las dos primeras semanas, un 80% del total, pasado el primer mes habían acudido prácticamente un 90% del total. Destaca que los dos últimos pacientes recogidos en la muestra acudieron cuando habían pasado cincuenta días, y el último recibido a los ochenta días.

La siguiente gráfica muestra la cantidad de pacientes que acudieron según el número de días:

Figura 1

Pacientes que acudieron según el número de días transcurridos desde el atentado (El primer día laborable después del 11M fue el lunes 15).



Discusión

Resultados por sexo

Llama principalmente la atención los números en cuanto a los pacientes recibidos según el sexo, las pacientes mujeres duplican prácticamente al de hombres, si se tiene en cuenta los porcentajes en el global poblacional deberían ser similares, la población censada en Alcalá de Henares a 1 de enero del 2005 (3) era de 197.804 personas, de las que 99.435 eran varones (50,26%), y 98.369 eran mujeres (49,73%). Por otro lado, si se tiene en cuenta, que la gran mayoría de pacientes que acudieron eran afectados directos (89 por 15 indirectos, que tenían algún familiar o amigo que fuese afectado), que estaban en los trenes a la hora del atentado (primera hora de la mañana de un día laborable) es de suponer que la gran

mayoría de la gente fuesen trabajadores (ese día había huelga de estudiantes), y si nos atenemos a las cifras de población activa, el resultado también indica que la mayoría de los pacientes fuesen hombres, o al menos que los porcentajes fuesen más parejos según el género.

Si nos centramos en los estudios sobre análisis de la demanda, en especial los de Goldberg y Huxley (1-2) y en los de Weissman y Klerman (3), encontramos que las mujeres consultan más que los hombres, estas cifras se pueden ver en especial en Atención Primaria, cuyos resultados indican que el porcentaje de mujeres que consultan es casi el doble que los de hombres, como causas los autores exponen el hecho de que acudir al médico pueda ser vivido por algunos hombres como un hecho de debilidad, que los hombres tienen más dificultad para consultar porque tienen que pedir horas en el trabajo (1-2). Estos resultados son diferentes en los datos de Atención Especializada, donde los porcentajes se igualan bastante respecto al género, en principio parece que los filtros para acudir a Atención Especializada son mayores en el caso de las mujeres que de los hombres, y que por ello, aunque consultan más mujeres en Primaria, los números son bastante similares para la demanda en Atención Especializada, en los que rondan el 50% los porcentajes según el género.

Si atendemos a los resultados de estas investigaciones, y teniendo en cuenta que los Centros de Salud Mental son un recurso especializado, los resultados no son acordes con lo que conocemos por los resultados de otras investigaciones. Sin embargo, en el caso de los atentados del 11M, el filtro que puede suponer la Atención Primaria fue mucho más laxo, en el sentido que los médicos de familia tenían directrices para derivar a la Atención Especializada a todos aquellos pacientes que acudiesen por clínica en relación a los atentados, ya fuesen afectados directos, aunque no hubiesen sufrido heridas, indirectos (por pérdidas o heridos de familiares o conocidos), o incluso de pacientes que sin haber estado en los trenes o tener afectados acudieron por clínica psiquiátrica.

De esta manera nos encontramos que el filtro que supone la Atención Primaria, y que es más rígido para las mujeres (1-2) no existió, con lo que los resultados que encontramos son prácticamente iguales a los de Goldberg y Weissman (1), ya que esa diferencia en la prevalencia en cuanto al género de los pacientes es la esperable, prácticamente se derivaron a todos los pacientes que acudieron a Primaria a recursos especializados, sin filtro alguno, por lo que los porcentajes por género tienen que ser similares a los que encontramos en los pacientes que acuden a Primaria, que es lo que sucede.

Por otro lado, si analizamos el número de días hasta que acudieron a la primera cita es muy similar en hombres y mujeres (11,92 y 13,79), parece que a la vista de los resultados no hay diferencias en cuanto al tiempo que tardaron en soli-

citar ayuda, hay poco escrito en la literatura acerca de la tolerancia al malestar psicológico según el género, aunque las mujeres consultan más, parece que no existen diferencias en el tiempo que se toman para consultar los hombres y las mujeres según estos resultados. Otro asunto a destacar son las cifras obtenidas para el subgrupo de amas de casa, dentro de las mujeres, y la gran cantidad de citas que recibieron, en principio esto se podría asociar con la opinión de Brown y Harris (5), ellos concluyen que los factores de vulnerabilidad en las mujeres para la depresión serían el no tener una relación de afecto significativa, el haber perdido a la madre antes de los 11 años, el tener 3 hijos menores de 14 años y el no tener un trabajo a tiempo parcial o total, nuestro subgrupo de amas de casa tendrían por lo tanto, al menos, uno de los factores de vulnerabilidad; si bien no podemos concluir si el resto de los factores de vulnerabilidad están también presentes, pero sí parece que a tenor del número de citas que recibieron, existe seguramente una mayor sintomatología.

Sí llama la atención, el número medio de citas que recibieron tanto los hombres como las mujeres, siendo en el caso de las mujeres 5,61 citas de media (2,92 para los hombres), existiendo diferencias significativas ($p < 0,05$). No tenemos datos que justifiquen que la gravedad clínica de las mujeres que acudieron fuese mayor que la de los hombres y que por eso recibieran más citas, por lo que para encontrar alguna explicación podríamos pensar que los hombres solicitaron el alta antes por dificultades en acudir a las citas, o en variables de resultado, hipotetizando que las mujeres puedan tener más dificultades para la resolución de situaciones traumáticas o duelos, o bien que la sintomatología clínica fuese más grave en el caso de las mujeres; por último, siguiendo los estudios de Goldberg (1-2) los hombres acudirían a menos citas porque el hecho de acudir pudiese ser visto por su entorno social como una muestra de debilidad o porque tenían dificultades para acudir a las citas, por motivos laborables o de otra índole.

Nacionalidad

En primer lugar cabe destacar la gran cantidad de ciudadanos de fuera de España que recibieron atención, 48 del total.

En la población de Alcalá de Henares encontramos un total de personas no nacidas en España de 32.816 (censo), seguramente inferior a la real, siendo la población más frecuente la de los ciudadanos del este de Europa, en especial rumanos, en Alcalá de Henares reside la principal colonia de ciudadanos de este país de toda España, existen censados (4) 11.414, aunque hay también un número importante de ciudadanos búlgaros, 1.922 censados.

Reside un número importante de ciudadanos sudamericanos, censados (4) 8.978; en cuanto a otros países están censados 1.347 marroquíes, 433 chinos y un

total de 3.852 nacidos en los países de la Unión Europea (4). Esto resulta llamativo, en primer lugar la población extranjera de Alcalá de Henares, está ampliamente representada en la muestra, si en la población total representan un 16,59% (32.816 del total poblacional de 197.804), en la muestra representan un 46,15%.

Si analizamos los resultados según los grupos establecidos, observamos que la población de ciudadanos del este de Europa es de un 22%, mientras que en el total de la población es de un 6,3% (12.466 de 197.804), está ampliamente representada en la muestra. En el caso de la población sudamericana, existe en la muestra un 20%, mientras que en la población general el porcentaje de población latinoamericana es de 4,5% (8.978 del total), también está ampliamente representada. Lo mismo sucede en el caso de la población subsahariana, 1,9% en la muestra y 1,3% en la población general (2.626 del total poblacional de Alcalá), aunque en este caso no tanto, en el caso de la población norteafricana, las cifras sí son similares, con un ligero aumento de la representación en la muestra, 0,96%, mientras que en la población general son 1.347, un 0,68% del total.

En oposición destaca que no exista representación asiática, si bien en la población general de Alcalá suponen sólo un 0,36% (744 del total) ni de ciudadanos de la UE, que en la población suponen 3.852, un 1,9% del total.

Una de las explicaciones de que la población extranjera de Alcalá estuviese más representada en la muestra podría ser por el contexto en el que tuvo lugar el atentado (primera hora de la mañana de un día laborable), o bien que por diversos motivos (status económico, lugar de trabajo) la población extranjera utilizase más el transporte público que los nacidos en España, o también que la muestra estuviese sesgada por las promesas de los partidos que gobernaban los días previos y tras los atentados de legalizar la situación de los extranjeros que hubiesen sido víctimas de los atentados, lo que pudiese hacer que se acudiese en masa, pero no por motivos clínicos.

En el caso de ciudadanos sudamericanos, otra posible explicación se encuentra en el dominio del idioma, el acudir a un dispositivo sanitario resulta más fácil para hispanoparlantes, lo que explicaría que la muestra de ciudadanos sudamericanos sea similar a la de nacidos en el este de Europa, a pesar de que la colonia sudamericana sea más escasa que la anterior en la población total.

Para explicar sin embargo la baja demanda de ciudadanos asiáticos, en especial de chinos, que son la población más representada, es acorde con el bajo uso de recursos por parte de esta población, o bien que en este caso, por su tipo de ocupaciones utilizasen poco el transporte público, y que los que acudiesen lo hiciesen a médicos de esta nacionalidad, cosa que ocurre para otro tipo de patologías. El caso de los ciudadanos de la UE es diferente, y para explicar su escasa representación en la muestra tenemos que pensar en el horario en el que se produjo la tra-

gedía, y en que un número importante sería estudiantes Erasmus, que suelen tener que desplazarse dentro de Alcalá, porque es la Universidad que acoge a la mayoría, y por ello no utilizarían trenes con destino a Madrid.

En cuanto al número de días hasta que acudieron, los resultados no muestran diferencias significativas por nacionalidades, sin embargo, destaca que sean los españoles los que menos tarden en acudir, seguramente porque resulta más sencillo para los nacidos en España el desenvolverse para ello, y resolver los trámites burocráticos que esto puede suponer, a pesar de que desde los Servicios Centrales de Salud Mental se tratase de que fuese lo más sencillo posible, siendo derivados de manera urgente los pacientes con clínica en relación al atentado. Es llamativo que los pacientes del este de Europa, que en principio no tienen el castellano como lengua vernácula, fuesen derivados antes que los latinoamericanos, hispanoparlantes, si consideramos que el no dominar la lengua es un obstáculo para no acudir. Como motivo podríamos hipotetizar o bien diferencias individuales marcadas por la nacionalidad, o bien que la contención social fuese mayor en los pacientes latinoamericanos, haciendo que tardasen más en solicitar ayuda.

En cuanto al número de citas a las que acudieron, son los españoles quienes más acudieron, seguido de sudamericanos y los del este de Europa (5,13; 4,62 y 3,19 citas de media), en el caso de las otras nacionalidades la muestra es escasa como para extraer conclusiones significativas. De nuevo parece que son las dificultades idiomáticas las que podemos buscar como causa de que los pacientes que en principio puedan tener dificultades para manejarse en español como la causa de que acudan a menos citas o se les dé antes el alta, o bien que por causas laborales éstos tuvieran más dificultades para acudir. Pero desde luego parece que el dominio del idioma facilita la continuación del tratamiento. Esto explicaría también la escasez de pacientes de África o Asia en la muestra, que no llegaron a acudir, aunque las cifras de ciudadanos de éstos que acudieron a la urgencia psiquiátrica del hospital (y no a las consultas externas), sea más acorde con lo esperado según el número de habitantes.

De cualquier manera son escasos los estudios sobre la respuesta a situaciones traumáticas según las nacionalidades o la raza, y parece que estas respuestas no están determinadas por la nacionalidad, sino por factores individuales, el contexto de situación traumática vivida, el apoyo social percibido, los recursos y otros, las habilidades de afrontamiento y las capacidades en la resolución de problemas, más que por el país de procedencia, a pesar de que se podría hipotetizar que los nacidos en países del tercer mundo podrían estar más preparados para salir adelante ante estas situaciones, por el hecho de poder haber estado expuestos en su país de alguna manera a situaciones extremas o incluso traumáticas, lo que explicaría la escasez de ciudadanos africanos y asiáticos.

Si agrupamos la muestra en nacidos en España y no nacidos en España observamos que los primeros acuden antes al CSM (11,29 vs 15,27) y se les dan más citas (5,13 vs 4,02), sin que estas diferencias sean significativas.

Si agrupamos la muestra según los que tienen castellano como lengua materna (muestra de españoles y de sudamericanos), aunque la población de lengua materna castellana acudió antes y recibió más citas, estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Estado civil

Destaca que sean los pacientes que en principio viven solos (solteros, viudos) los que tardan menos en acudir (10,79 y 9,67 días de media), aunque no se cumple para la muestra de separados/divorciados, que curiosamente son los que más tardan en acudir (26,20). En principio los estudios hablan de que es la población que vive sola la que antes acude a consultas. Goldberg (1-2) habla de la validación provisional, el individuo cuando percibe un malestar pide confirmación de que éste puede ser atribuible a una enfermedad o trastorno que requiera intervención médica, lo que es, obviamente, más difícil para los individuos que viven solos. Sin embargo esto no explicaría porqué los separados/divorciados son los que tardan más en acudir, partiendo que estos subgrupos de población por su estado civil pueden tener menor red social y no contar con esta validación provisional. De hecho este subgrupo es el que más tarda en acudir, sin que tengamos una explicación o hipótesis para ello.

En cuanto al número de citas a las que acudieron, la cifra es muy similar en solteros y casados, llama la atención que el subgrupo de parejas de hecho son los que menos citas recibieron, junto con los viudos, en principio, sin que tengamos una explicación para ello; si bien quizás exista una relación entre la tardanza a acudir cuando existe sintomatología y la persistencia de la clínica, lo que explicaría el mayor número de citas a las que acudieron, ya que el subgrupo de separados-divorciados es el que tarda más en acudir (26,20 días de media), y el que más número de citas recibe (7 citas de media), es lógico que una demanda a destiempo (no tenemos explicación de porqué son los que más tardan en acudir), pero esto, unido a que son el subgrupo que más citas recibe puede hacer pensar en un malestar o sintomatología existente sin que se haga una demanda, lo que lleva a mayor número de citas, y a una persistencia de la clínica aún cuando se ha consultado al especialista. También podría considerarse la falta de apoyo social como un factor que empeora el pronóstico.

Por último nos ha llamado la atención la diferencia en la demanda entre el subgrupo de casados y de parejas de hecho, ya que los primeros tardan más en acudir y reciben mayor número de citas. Esto podría relacionarse con que una y otra situación se corresponde con relaciones interpersonales diferentes en cuanto a su posibi-

lidad de asimilarse a las relaciones *de intimidad* que Brown y Harris (5) tipificaron como protectoras, al menos, para las mujeres en riesgo de padecer depresión.

Tipo de convivencia

El subgrupo que vive solo tarda una media de 10,44 días en acudir, menor que el tiempo que tardan los que conviven con familia propia 14,31 y del subgrupo otro tipo de convivencia 18,92 y similar al de convivencia con otras familias, 10,32, aunque este subgrupo es muy pequeño, lo que concuerda con los resultados sobre estado civil, sin embargo el subgrupo que convive con la familia de origen tarda menos en acudir (9,93), lo que no concuerda con lo anterior; una explicación podría ser que los pacientes que viven con su familia de origen, generalmente con sus padres, hayan decidido consultar por los consejos de éstos, seguramente preocupados y agobiados por lo sucedido a sus hijos, llevados por el rol protector paterno a aconsejar a sus hijos que consulten. De esta manera se podría explicar que el subgrupo que vive con su familia propia sea el que más tarda en consultar, seguramente estos pacientes son los cabezas de familia, y el consultar pueda denotar debilidad, o tardan más en hacerlo por su rol cuidador que seguramente ejerzan en su familia, con su cónyuge e hijos. Esto podría explicar también que sean los pacientes con familia propia los que acudan a menos citas (4,45, por 4,89 de los que viven solos y 5,96 de los que viven con su familia de origen).

Es también llamativo que los subgrupos de otro tipo de convivencia y convivencia con otras familias sean los que reciben menos citas (2,91 y 2,33), bien porque en ausencia de una adecuada *validación provisional* (1-2) acudan con cuadros que, de haber sido contrastado hubieran sido rotulados como respuestas normales ya por legos, sin que hubieran precisado que eso lo hiciera (generalmente en una sola consulta) un profesional, bien porque los individuos que no viven con sus familias, reciban menos presión para acudir a las citas (5).

Conocemos que suelen ser los familiares los que en muchas ocasiones acaban haciendo que su familiar con clínica acuda a Salud Mental (1), más que los amigos, si bien hay estudios, que a partir del estigma que supone para una familia que un miembro acuda a Salud Mental (2), acaba haciendo que el paciente deseché la idea, sin embargo, pensamos que dada la magnitud de lo sucedido, la implicación de los medios y las autoridades, y el apoyo en general de la sociedad española a las víctimas, esto no se produjo.

Nivel de estudios

Llama aquí la atención el hecho de que el número de días hasta que recibieron la primera cita es inversamente proporcional con el nivel de estudios, es decir,

que a menor nivel de estudios más tardan en acudir al CSM. Así es el subgrupo sin estudios el que más tarda en acudir (17 días), seguido del subgrupo de pacientes con EGB (13,90 días), luego va el subgrupo de bachiller o COU (11,70) y finalmente el de licenciados y doctores (10,62). Parece plausible que el nivel de estudios sea un indicador para la decisión de consultar, y que ante el malestar del individuo decida ponerse en manos de un profesional, o consultar. Sí conocemos de anteriores estudios con resultados similares, es decir, a mayor nivel cultural antes se consulta, como si el nivel de estudios fuese un indicador que influya en el grado de insight, sobre el cómo se siente uno y pueda influir en la decisión de consultar, en esta línea sí parece que existan estudios que vayan en este sentido (1; 2).

Por otro lado los resultados en cuanto al número de citas a las que acudieron no parecen guardar relación con el nivel de estudios, los que más citas recibieron fueron el subgrupo de graduado escolar (6,72), seguido del subgrupo de pacientes licenciados (4,5), finalmente el de COU (3,5) y el de graduado escolar el que menos (3,40), en este subgrupo es llamativo el elevado tiempo hasta acudir al CSM, y además las pocas citas a las que luego acuden. Lo que puede hacer pensar que el nivel de estudios, cultural pueda funcionar como un determinante sobre la demanda, y al mismo tiempo sobre la continuidad de tratamiento y el uso de recursos.

Análisis de la demanda según el tipo de afectado

El hecho más llamativo es el escaso número de pacientes que acudieron como afectados indirectos (consideramos a éstos como aquellos con familiares o amigos afectados), en comparación con la de afectados directos, 89 directos por 15 indirectos. En principio lo esperable es que no existiese tanta diferencia, incluso, que hubiese mayor número de afectados indirectos, si tenemos en cuenta la cantidad de heridos y fallecidos que procedían de Alcalá. Sin embargo la cantidad de pacientes que acudieron fue mucho más baja de lo esperado, incluso más baja que la cantidad de fallecidos que procedían del área de referencia. La pregunta es qué sucedió con estos familiares y amigos de las víctimas, podemos hipotetizar que no llegaron a consultar, en principio resultaría extraño que no lo hubieran hecho, dado la gravedad de lo sucedido, la validación social del rol de enfermo ante estas situaciones traumáticas (en esta situación sí que se produjo), otra hipótesis podría ser que acudiesen al circuito privado, de esto tampoco tenemos constancia o tal vez que decidieron acudir a los psicólogos que el Ministerio del Interior puso para las víctimas; sí conocemos algunos casos de pacientes que por esta razón no acudieron a la red pública, ya que resulta raro el pensar que no fueran derivados a Salud Mental por su MAP, ya hemos explicado que las directrices era la derivación a Salud Mental de todos los pacientes en relación al 11M, pero quizás en los casos de familias con algún muerto o herido durante el atentado, que

por fuerza tuvieron que contactar con el Ministerio del Interior, de cara a indemnizaciones y trámites burocráticos, se les hubiese ofertado ya desde el principio esta ayuda psicológica antes incluso de que acudiesen a su MAP.

Pensamos que el hecho de que los familiares y amigos de los heridos y fallecidos tuviesen contacto con el Ministerio del Interior pudiera haber sido el nexo de contacto para que acudiesen con los psicólogos puestos a este fin y renunciasen a la red pública. Por otro lado también las Asociaciones de Víctimas cuentan con psicólogos a los que podrían haber acudido algunos de estos familiares y amigos de afectados.

Análisis de la derivación

Como ya hemos comentado el grueso de las derivaciones se produjo desde Atención Primaria (73% de la muestra), esto nos hace pensar que son los médicos de cabecera el dispositivo de más fácil contacto para los pacientes, y donde acudieron los afectados directos e indirectos en primera instancia. El hecho de que la mayoría de los pacientes acudiesen a Salud Mental, derivados durante las primeras semanas, nos hace pensar que el enlace funcionó con eficacia, que la gran mayoría de la gente que lo necesitaba y había acudido a su médico de atención primaria, fue derivada a atención especializada de manera urgente, la media de días hasta que acudieron fue de 13,93 días desde el atentado en los pacientes derivados desde primaria (la norma era atenderlos en el siguiente día laborable a la derivación). Respecto a otras derivaciones, los pacientes que fueron derivados desde la urgencia hospitalaria, 8 pacientes, tardaron en acudir 9,5 días de media, estamos ante pacientes con sintomatología clínica aparatosa, que seguramente acudiese por ello a la urgencia, lo que explicaría que acudiesen antes que los procedentes de primaria, aunque no porque fuesen derivados antes. Los pacientes que acudieron espontáneamente a Salud Mental tardaron una media de 13,08 días en acudir. Por último los pacientes que fueron derivados desde otros dispositivos o desde Servicios Sociales tardaron 10 días de media en acudir. Llama la atención que ningún paciente fuese derivado desde los dispositivos creados por el Ministerio del Interior para hacer frente a la demanda inicial (el propio Ministerio del Interior, la ventanilla única creada para este fin, las líneas telefónicas de apoyo, etc.), lo que refuerza la creencia que tenemos de que dichos dispositivos no derivaron hacia la red pública, sino a los psicólogos contratados a este fin por el propio Ministerio.

En cuanto al número de citas a las que acudieron hay claras diferencias entre el número de citas que recibieron y el lugar desde donde fueron derivados. Los pacientes que acudieron espontáneamente fueron los que menos citas recibieron (2,69), lo que podría indicar que la decisión de consultar, en este caso partió directamente de los propios pacientes, es un indicador de buen pronóstico, en cuanto a

una mejor evolución, o, sencillamente, que los médicos de primaria, fueron eficaces a la hora de filtrar la demanda o resolver los casos menos graves. Los que fueron derivados desde el MAP recibieron 4,23 citas de media y los que han sido derivados desde la urgencia psiquiátrica del hospital, probablemente, más graves o con síntomas más alarmantes, recibieron 7,88 citas de media.

Finalmente los pacientes derivados desde otros dispositivos y desde Servicios Sociales acudieron a 9,2 y 11,55 citas de media, lo que podría explicarse en el primer caso por clínica concomitante no psiquiátrica que empeorase el pronóstico, y en el segundo por problemas de otra índole, en este caso sociales, que podrían haber influido en una evolución más tórpida, aún así son pocos los pacientes de este subgrupo, lo que impide sacar conclusiones más allá de lo descriptivo para estos dos subgrupos.

Conclusiones

En definitiva, tras estudiar los datos relativos a la demanda, con motivo de los atentados del 11M en el CSM de Alcalá de Henares, podemos decir que:

Las mujeres que acudieron duplicaron prácticamente al número de hombres, esto concuerda con los estudios al respecto realizados en Atención Primaria, no así con los realizados sobre la demanda por género en Atención Especializada, en los que los números de hombres y mujeres que acuden son muy similares, pero si tenemos en cuenta que la gravedad de lo sucedido, así como los protocolos de actuación hicieron que se derivase prácticamente a todos los pacientes desde primaria, los resultados son similares a los obtenidos en los estudios, ya que no existía filtro alguno (en principio más rígido para las mujeres).

Las mujeres acudieron también a más citas que los hombres, 5,61 por 2,92 como motivo podemos pensar en las dificultades para acudir a las citas de los hombres, o a que fuesen más reacios a acudir por no querer dar una imagen de debilidad.

Hubo una demanda muy importante de la población extranjera, que representaba el 46,15% de los pacientes atendidos, cuando sólo son el 16,59% de la población general. Esta hiperrepresentación en la población demandante es más importante para la proveniente del este de Europa (22% en la muestra y 6,3% en la población de Alcalá) la latinoamericana (20% en la muestra y 4,5% en la población general), y subsahariana (1,9% en la muestra y 1,3% en la población general). Es casi imperceptible en la norteafricana (0,96% en la muestra y 0,68% en la población general). Por el contrario, otras poblaciones extranjeras como la asiática y la de ciudadanos de la Unión Europea, que representan a un 0,36% de la población general y 1,9% respectivamente, no encuentran representación en la muestra. Como posibles motivos para esta representación podemos encontrar el

ORIGINALES Y REVISIONES

contexto en el que se produjo el atentado (horario, día) y el que la población extranjera acudiese más por motivos no clínicos. Finalmente la alta presencia de ciudadanos latinoamericanos también lo podría explicar, dada la facilidad para acudir por el dominio del idioma. Lo que también explicaría que fuesen los españoles y los sudamericanos los que recibiesen más citas: 5,63 y 4,62 de media.

Respecto al estado civil, se ha confirmado la expectativa de que los que, por vivir solos, pueden tener más dificultades para realizar la validación provisional, consultan antes, para viudos (9,76 días) y solteros (10,79) pero no para separados/divorciados, que son los que más tardan en acudir (26,2 días), aunque por otro lado son los que reciben más citas (7 de media).

Respecto a la convivencia, los pacientes que antes acuden son los que viven con su familia de origen (9,93 días), seguido de los que viven con otras familias (10,23 días), y los que viven solos (10,44 días); los pacientes que más tardan en acudir son los que conviven con familia propia (14,32 días).

Respecto al número de citas que recibieron, los que menos citas recibieron son los que tenían convivencia con otras familias (2,33 citas de media), y los que tenían otro tipo de convivencia (2,91 citas).

El nivel de estudios supone un elemento que modifica la demanda que se realiza; así, los resultados muestran que a menor nivel de estudios, más tarda en solicitar la ayuda, siendo los pacientes sin estudios los que más tarde llegaron al CSM, 17 días, seguido de los que tenían EGB o equivalente, 13,9 días y los que tenían BUP o COU, 11,7 días y finalmente los licenciados, diplomados o doctores, 10,62 días.

Otra conclusión importante es que la mayoría de la muestra está compuesta por afectados directos, que habían estado en los trenes, 89 (85,5%), destacando la escasa muestra de afectados indirectos que se recibieron; entre las posibles razones ya hemos hablado de que estos pacientes recibiesen atención en la sanidad privada, o bien que fuesen los recursos dotados por el Ministerio de Interior los que se les ofertasen, esto estaría apoyado por el hecho de que ningún paciente fuese derivado desde el propio ministerio, o los recursos dependientes de él al CSM.

Finalmente analizando el lugar de derivación, la gran mayoría de los pacientes fueron derivados de Atención Primaria, que es donde acudieron la mayoría de los pacientes en primera instancia (73%). El resto de pacientes acudió o bien desde la urgencia psiquiátrica del hospital (éstos fueron los que antes acudieron, seguramente por cuestiones clínicas, 9,5 días de media, y los que más citas recibieron 7,88, también seguramente por cuestiones de gravedad clínica), o bien espontáneamente o desde Servicios Sociales u otros dispositivos (estos pacientes también recibieron de media un número importante de citas, 11,55 y 9,2 citas de media). Por último los pacientes que recibieron menos citas son los que habían acudido espontáneamente, 2,69 citas de media.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) GOLDBERG, D.; HUXLEY, P., *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*, Londres, Tavistock, 1980. (Trad. *Enfermedad mental en la comunidad*, Madrid, Nieva, 1990).
- (2) GOLDBERG, D.; HUXLEY, P., *Common Mental Disorders. A Bio-social Model*, Londres, Routledge, 1992.
- (3) WEISSMAN, M.; KLERGMAN, G., «Sex Differences and the Epidemiology of Depression», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1977, 34 (1), pp. 98-111.
- (4) *Estudio Epidemiológico del INE (2005)* (www.ine.es).
- (5) BROWN, G.; HARRIS, T., *Social Origins of the Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women*, Londres, Tavistock, 1978.
- (6) MECHANIC, D., *Students Under Stress. A Study in the Social Psychology of Adaptation*, Nueva York, Free Press, 1962.

* Adolfo Benito Ruiz, psiquiatra Adjunto, CSM de Alcalá de Henares; Guillermo Lahera Forteza, psiquiatra Adjunto, CSM de Torrejón de Ardoz; Guillermo Benito Ruiz, psicólogo, Unidad del Dolor del Hospital Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares); Laila Oudda Santos, médico de Familia, CAP «El Balconcillo», Guadalajara; Alberto Fernández Liria, coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid.

Correspondencia: Adolfo Benito Ruiz. C/ de la Encina, portal 4D, piso 3C; 19200 Azuqueca de Henares (Guadalajara); taurocatapsia@yahoo.com

** Fecha de recepción: 11-X-2006.

Un año de pacientes nuevos en un Servicio de Salud Mental

RESUMEN: Muestra con 1.406 pacientes nuevos en el Servicio de Salud Mental de Aranjuez (2004), para realizar un perfil sociodemográfico de los pacientes nuevos vistos durante ese año, y conocer la distribución de las categorías diagnósticas totales y en función de las variables sexo y edad.

PALABRAS CLAVE: Servicios de Salud Mental, atención ambulatoria, epidemiología psiquiátrica.

SUMMARY: A total of 1.406 new patients were reviewed in the Mental Health Service of Aranjuez (2004). We want to make a socio-demographic profile of the new patients and, to know the distribution of the diagnostic categories and related to sex and age variables.

KEY WORDS: Mental Health Services, ambulatory care, psychiatric epidemiology.

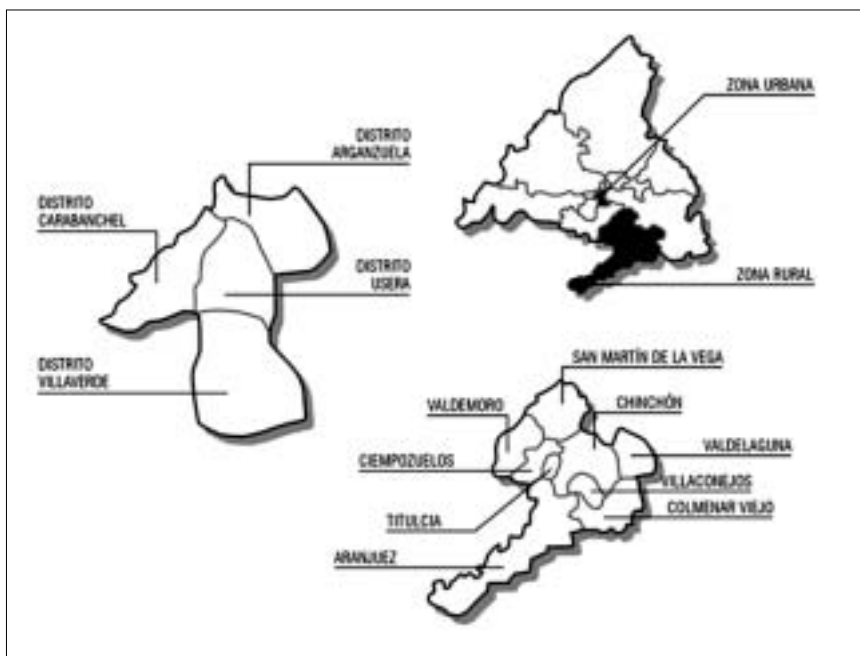
El Servicio de Salud Mental que ha venido atendiendo a la población del distrito sanitario de Aranjuez (Madrid) desde 1986 se ha basado en la colaboración entre la Comunidad de Madrid y la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús (Complejo Asistencial Benito Menni). Esta colaboración ha adoptado varias modalidades administrativas a lo largo del tiempo, siendo la última la modalidad de concierto público. Esta situación se ha mantenido hasta la finalización del último concierto en diciembre de 2005.

El Servicio de Salud Mental de Aranjuez atendía a la población del distrito sanitario de Aranjuez, incluida en el Área sanitaria número 11 de la Comunidad Autónoma de Madrid. Como se observa en la figura 1, esta área está formada por dos sectores geográficos muy diferenciados. Existe un territorio de carácter urbano, situado en el sur del municipio de Madrid. El segundo sector comprende el distrito sanitario de Aranjuez propiamente dicho y engloba las comarcas de las vegas de los ríos Jarama, Tajo y Tajuña y está compuesto por un conjunto de municipios de carácter semiurbano y rural. La población de este distrito ascendía a 115.471 habitantes según el último censo de 2001, cifra que en el 2004 ha sido claramente superada (a 30 de abril de 2005 el número de tarjetas individuales sanitarias, según datos de la Gerencia de Atención Primaria del Área 11 se sitúa en torno a 150.000). En la tabla 1 se recogen las principales características sociodemográficas de este distrito y su comparativa con respecto al total de población de la Comunidad de Madrid (1).

Se trata de un distrito semirural, salvo el municipio de Valdemoro que se puede considerar incluido dentro del área de influencia de Madrid, y el municipio de Aranjuez, caracterizado por una actividad volcada en el sector servicios. Es una

Figura 1

Área II y Distrito Sanitario de Aranjuez (Memoria de Atención Primaria, 2003)



población más joven que el resto de la Comunidad de Madrid. El nivel socioeconómico está por debajo del promedio de la Comunidad de Madrid. El nivel educativo es también inferior, con mayor proporción de analfabetismo y carencia de estudios básicos. La proporción de población con estudios superiores es escasa en comparación con el resto del territorio de la Comunidad.

Es un distrito de una gran extensión y dispersión. Algunos municipios distan hasta 25-30 Km del punto asistencial más cercano del servicio, con una mala oferta de transporte público. Por este motivo, de cara a mejorar la accesibilidad de la población, la actividad asistencial del Servicio se llevaba a cabo en tres Dispositivos asistenciales: Aranjuez (dispositivo principal y cabecera del distrito), Valdemoro y Cienpозuelos. Cada una de estas sedes atendía a su población de referencia de acuerdo al siguiente esquema:

Dispositivo principal (Aranjuez): Atendía dos zonas básicas de Salud (Aranjuez y Colmenar de Oreja), con tres Equipos de Atención Primaria (Aranjuez I y II, Colmenar de Oreja) cubriendo los siguientes municipios: Aranjuez, Colmenar de Oreja, Chinchón, Valdelaguna, Villaconejos.

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 1
 Datos sociodemográficos del Distrito de Aranjuez y de la Comunidad de Madrid

	Distrito Aranjuez	Comunidad de Madrid
N.º habitantes (2004)	130.012	5.964.143
Varones (%)	50,08	48,42
Mujeres (%)	49,9	51,57
Edad (%) (Censo 2001)		
< 15 años	17,51	14,29
15-64 años	69,91	71,15
> 64 años	12,57	14,55
Desempleo (%)	3,31	3,46
Ratio desempleo Mujer / Varón	1,79	1,40
Actividad profesional (%)		
Agrario	5,54	0,80
Industria	19,93	13,51
Construcción	18,37	9,61
Servicios	56,14	76,08
Renta Per cápita (€)	9.047,76	13.094,11
Nivel educativo (%)		
Tercer grado	7,59	20,74
Segundo grado	48,26	50,09
Primer grado	24,29	17,44
Sin estudios	16,04	9,97
Analfabeta	3,79	1,77

Dispositivo de Valdemoro: Atendía a la Zona Básica de Salud de Valdemoro, prestando asistencia a la población del municipio de Valdemoro, que incluye dos equipos de Atención Primaria.

Dispositivo de Ciempozuelos: Atendía dos zonas básicas de Salud (Ciempozuelos y San Martín de la Vega) cubriendo los municipios de Ciempozuelos, Titulcia y San Martín de la Vega. Incluye dos equipos de Atención Primaria.

La Comunidad de Madrid está organizada, sanitariamente, en once áreas de salud, cada una de estas áreas se subdivide en varios distritos sanitarios. Cada distrito consta de un Servicio de Salud Mental, que se encarga de la atención ambulatoria de todos los problemas psiquiátricos y de salud mental de toda la población de referencia. El funcionamiento de los Servicios de Salud Mental es el propio de la Atención Especializada, siendo su principal ruta asistencial la procedente de

Atención Primaria, si bien es posible la derivación de casos desde los diferentes especialistas, atención hospitalaria, así como otras instancias no sanitarias (Servicios Sociales, Equipos de Orientación Psicopedagógicos, Administración de Justicia, etc.).

El modelo que fundamenta estos Servicios de Salud Mental es el de la Psiquiatría Comunitaria (2). Los Servicios están constituidos por equipos multidisciplinares, integrados por psiquiatras, psicólogos/as clínicos, trabajadores/as sociales, enfermero/a y administrativo/a. En estos Servicios se actúa mediante programas de obligada implantación por la Comunidad de Madrid (3). Estos programas cubrirían las diferentes necesidades asistenciales detectadas en un determinado territorio: patología infantil y juvenil, atención ambulatoria, psicogeriatría, rehabilitación, alcoholismo, etc.

Los diferentes Servicios de Salud Mental actúan en coordinación con una red de dispositivos asistenciales de Salud Mental (dispositivos de rehabilitación, hospitalización y socio comunitarios) localizados en cada una de las áreas sanitarias. Esta distribución no está al mismo nivel en todas las áreas de salud, encontrándose en vías de desarrollo. En el Servicio de Salud Mental de Aranjuez se contaba, en el año 2004, con los siguientes dispositivos:

Dispositivos de Rehabilitación: Centros de Rehabilitación Psicosocial «Los Cármenes» y «Nuestra Señora del Sagrario»; Centro de Rehabilitación Laboral; Mini-Residencia «Carabanchel». Estos tres últimos dispositivos se sitúan en el Municipio de Madrid. Unidades de Media y Larga Estancia (Complejo Asistencial Benito Menni y Hospital San Juan de Dios) situados en el municipio de Ciempozuelos; Centros de Día de Aranjuez, Valdemoro y Mancomunidad de la Vega (Ciempozuelos). A finales del año 2004 comenzó a funcionar un Centro de Rehabilitación Psicosocial y un Centro de Día en el Municipio de Aranjuez.

Dispositivos de soporte social: pisos supervisados, situados en el municipio de Madrid. Otros recursos: Parroquias, ONG, Asociaciones, etc.

Recursos socio comunitarios: son compartidos con el resto de la población (Atención Primaria, Especializada, recursos educativos, residenciales, de empleo, etc.).

Dispositivos de hospitalización: En el caso de la población adulta, las Unidades de Hospitalización Breve de referencia son las ubicadas en el H. U. «12 de Octubre» (Madrid) y el «Complejo Asistencial Benito Menni» (Ciempozuelos). Para la población infanto-juvenil los hospitales de referencia son Hospital «Niño Jesús» (Madrid) y la Unidad de Adolescentes del H. G. U. Gregorio Marañón (Madrid). Unidad de Deshabitación alcohólica (situada al Norte del Municipio de Madrid).

ORIGINALES Y REVISIONES

Centro Comarcal de Drogodependencias (Aranjuez) y Agencia Antidroga: La sectorización de la Comunidad de Madrid establece que la patología por drogodependencia es atendida en una ruta asistencial diferente a Salud Mental, excepto en los casos de alcoholismo. Esta distinción es difícil de mantener en la práctica diaria de ambas redes.

Otros dispositivos, como los hospitales de día, se han ido desarrollando a partir del 2004. Con anterioridad estaban disponibles los situados en otras áreas de Madrid, geográficamente muy inaccesibles para nuestra población.

Respecto a los recursos humanos del propio Servicio de Salud Mental, en el año 2004 el equipo estaba constituido por cinco psiquiatras, dos psicólogos a tiempo completo y uno a tiempo parcial, dos enfermeras, una trabajadora social, dos administrativas a tiempo completo y una a tiempo parcial. Para la atención a la población infanto-juvenil del distrito (hasta los 18 años), de los recursos mencionados, se destinaban un psiquiatra y una psicóloga clínica a tiempo completo como subequipo específico. El resto de actuaciones profesionales (enfermería, trabajo social, administración, etc.) eran compartidas con el resto de programas y tareas asistenciales.

La actividad asistencial del Servicio e indicadores, así como los índices de asistencia / caso para los principales diagnósticos, durante el año 2004, figuran en las tablas 2 y 3 respectivamente.

Durante el año 2004 se ha producido nuevamente un incremento en el número de pacientes nuevos, pacientes en contacto e indicadores de actividad asistencial, como se puede apreciar en la figura 2.

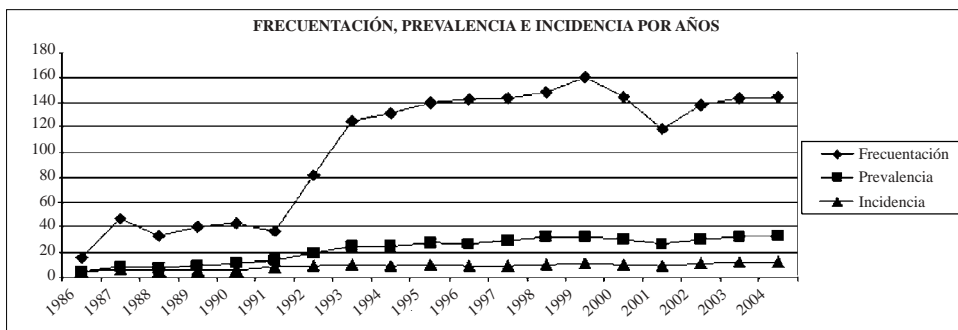
Tabla 2
Indicadores de actividad asistencial del S. S. M. de Aranjuez (2004)

	Hombres			Mujeres			Total		
	< 16	> 64	Total	< 16	> 64	Total	< 16	> 64	Total
Población (Censo 2001)	11.087	6.098	57.350	10.500	8.418	58.121	21.587	14.516	115.471
Pacientes en contacto	345	129	1.497	217	373	2.333	562	502	3.830
Casos nuevos	185	33	594	141	80	809	326	113	1.403
Asistencias totales	1.584	469	8.255	778	1.413	11.776	2.362	1.882	20.031
Incidencia	16,69	5,41	10,36	13,43	9,50	13,92	15,10	7,78	12,15
Frecuentación	117,71	64,12	120,00	61,05	136,97	167,07	90,15	106,37	143,69
Prevalencia	31,12	21,15	26,10	20,67	44,31	40,14	26,03	34,58	33,17

Tabla 3
Casos atendidos por diagnósticos (2004)

Diagnóstico	Casos	Asistencias	Asist./caso
Esquizofrenia y psicosis paranoides	164	1.883	11,48
Psicosis afectivas	209	1.133	5,42
Otros trastornos depresivos	850	2.927	3,44
Alcoholismo y trastornos por tóxicos	107	323	3,02
Otros trastornos neuróticos	545	1.939	3,56
Demencias y psicosis orgánicas	31	98	3,16
Otros trastornos mentales orgánicos	23	100	4,35
Trastornos de la personalidad	106	616	5,81
Otros	1.769	7.534	4,25
Sin especificar	9	12	1,33

Figura 2
Evolución del S. S. M. de Aranjuez desde su creación



En el año 2004 tuvo lugar el atentado terrorista conocido como 11-M. El nivel de afectación sobre este distrito fue muy bajo. Los datos reflejados en este trabajo no incluyen los casos diagnósticos catalogados como afectados por el 11-M.

Estos indicadores son generados por el programa de Registro Acumulado de Casos. La incidencia recoge el número de casos nuevos por mil habitantes; respecto a la prevalencia, consiste en el número de casos nuevos y antiguos por mil habitantes en contacto con el servicio. La frecuentación señala el número de consultas realizadas por mil habitantes. La actualización de las cifras poblacionales modifica estos indicadores, circunstancia que se produce coincidiendo con los censos oficiales (último en el año 2001). A pesar de este ajuste corrector, como se puede observar en la figura, se aprecia un constante incremento desde la creación del Servicio, en consonancia con las características demográficas del distrito (zona de la Comunidad de Madrid en expansión urbanística, receptora de nueva población).

Con posterioridad a la realización de este trabajo, el Servicio de Salud Mental del distrito sanitario de Aranjuez ha experimentado notables cambios. En el año 2006 la población del municipio de Valdemoro comenzó a ser atendida por un Servicio de Salud Mental independiente y de gestión pública. El resto del distrito sanitario sigue siendo atendido bajo gestión privada (modalidad de concierto) pero por dos empresas diferentes: el dispositivo de Ciempozuelos continúa a cargo del Complejo Asistencial Benito Menni (Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús) y el dispositivo de Aranjuez es gestionado por el Hospital San Juan de Dios de Ciempozuelos (Hermanos de San Juan de Dios).

1. *Objetivos del estudio*

Este trabajo tiene como objetivo principal la descripción de los pacientes nuevos vistos en el Servicio de Salud Mental de Aranjuez durante el año 2004. Este análisis descriptivo ha incluido variables sociodemográficas, como sexo, edad, estado civil, situación laboral, ocupación, convivencia, nivel educativo y procedencia. Este nivel de análisis permitirá la realización de un perfil sociodemográfico del paciente de este distrito en el año 2004.

Por otra parte, se pretende conocer los diagnósticos principales realizados, así como la distribución de los mismos en función del sexo y la edad.

2. *Material y métodos*

Los pacientes, objeto de este estudio, son derivados fundamentalmente desde los equipos de Atención Primaria del distrito y, en menor medida, de Atención Especializada. Es importante señalar que los problemas relacionados con el consumo de tóxicos, con la excepción del alcohol, tienen una ruta asistencial diferenciada. Son remitidos mayoritariamente desde Atención Primaria al Centro Comarcal de Drogodependencias, situado en Aranjuez. Hay una parte importante de psicopatología relacionada con el alcohol (patología dual) que es probable que no sea vista en este SSM, dado el patrón habitual de policonsumo.

El SSM de Aranjuez, como todos los SSM de distrito de la Comunidad de Madrid, cuenta con un programa informático para el registro de datos sociodemográficos, diagnósticos y asistenciales que permite el seguimiento y control de la actividad del Servicio. Este programa se conoce como Registro Acumulado de Casos Psiquiátricos (RAC); es proporcionado y controlado por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

Los datos que se introducen en este RAC proceden de varias fuentes:

Hoja de Identificación del Paciente: Se cumplimenta en el momento de la recepción del paciente en el Servicio e incluye los siguientes datos: identificación del paciente, domicilio, estado civil, tipo de convivencia, nivel educativo, procedencia, profesión, situación laboral y, en el caso de niños y adolescentes, escolarización y datos del padre/madre. Este protocolo es cumplimentado por personal administrativo y se lleva a cabo en el mostrador de recepción, con escasa intimidad en la transmisión de los datos, que es realizada de forma oral.

Ficha de Asistencia: Se cumplimenta tras cada acto asistencial con el paciente, recogiendo los siguientes datos: tipo de prestación recibida, modalidad de atención, grupo de edad y diagnósticos según la codificación de la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (4). Este protocolo es realizado por los profesionales clínicos (psiquiatras y psicólogos clínicos).

Este programa informático proporciona una serie limitada de listados para el análisis de la actividad asistencial. Estos listados han constituido la base para la elaboración de este trabajo, no siendo posible la obtención de todas las combinaciones de datos posibles.

De acuerdo con este programa, se considera paciente nuevo a toda persona que nunca antes había tenido contacto con el Servicio, por lo que quedan excluidos de la consideración de nuevos aquellas personas vistas durante el 2004 que

tuvieran un contacto previo. Estos casos no son considerados como nuevos por el programa, aunque hayan pasado años.

El análisis de este trabajo se centra en los pacientes nuevos vistos en el año 2004 según la consideración de este programa informático, y atendiendo al primer diagnóstico codificado en la primera consulta. La falta de un diagnóstico definido en la primera consulta se consignaba como diagnóstico sin especificar.

El estadístico descriptivo utilizado ha sido la proporción, expresada en tanto por ciento, en relación a la variable correspondiente. Se ha elegido la proporción frente a los datos directos, por permitir las comparaciones entre niveles de la variable (edades, sexo, ocupación, etc.).

Las categorías diagnósticas consideradas han sido los epígrafes generales de la Novena Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (4). Esta novena edición (1977) es la que permanece vigente en la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. El conjunto de categorías diagnósticas empleadas puede consultarse en la tabla 4. En algunas categorías se han desglosado los datos porque entendemos que ofrecen un mejor análisis, por ejemplo: se ha convertido al diagnóstico de Abuso de alcohol en una categoría principal (305.0), se ha desglosado la categoría de Síndromes especiales no clasificados en otra parte (307) y se han unificado las diferentes categorías de retraso mental.

3. Resultados

Los datos analizados permiten la descripción sociodemográfica de los pacientes nuevos. En la tabla 5 se presentan los datos referidos a las variables que se incluyen en la Hoja de Identificación de Datos. La edad media de la muestra es de 32,65 años, siendo la mediana de 31 años, siendo congruente con las características de la población del distrito (tabla 1).

En la tabla 6 se muestra un análisis sociodemográfico en el que se tiene en cuenta la variable sexo pero no sobre todas las variables de la Hoja de Identificación, ya que el programa informático de este SSM no proporciona dicha información referida a situación laboral y ocupación.

Con respecto al análisis de los diagnósticos, en la tabla 7 se recoge la distribución, expresada en porcentaje, por sexos y totales. En la tabla 8 se muestra la distribución de los diferentes diagnósticos en función de seis grupos etarios. Esta estructura de seis grupos viene impuesta por el programa informático de este SSM.

Tabla 4
Categorías diagnósticas principales según C.I.E. –9– O.M.S

290	Psicosis orgánica senil y presenil
291	Psicosis alcohólicas
292	Psicosis debidas a drogas
293	Psicosis orgánicas transitorias
294	Otras psicosis orgánicas (crónicas)
295	Psicosis esquizofrénica
296	Psicosis afectivas
297	Estados paranoides
298	Otras psicosis no orgánicas
299	Psicosis peculiares de la niñez
300	Trastornos neuróticos
301	Trastornos de la personalidad
302	Desviaciones y trastornos sexuales
303	Síndrome de dependencia del alcohol
304	Dependencia de las drogas
305.0	Alcohol (abuso)
305	Abuso de drogas sin dependencia
306	Alteraciones corporales originadas por factores mentales
307	Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte Movimiento Alimentación Sueño Esfínteres Dolor
308	Reacción aguda ante gran tensión
309	Reacción de adaptación
310	Trastornos mentales no psicóticos por lesión orgánica encefálica
311	Trastornos depresivos no clasificados en otra parte
312	Perturbación conducta no clasificada en otra parte
313	Perturbación de las emociones propias de la niñez y adolescencia
314	Síndrome hiperkinético de la niñez
315	Retardo selectivo del desarrollo
316	Factores psíquicos asociados con enfermedades clasificadas en otra parte Retraso mental Sin especificar No patología Códigos V

Tabla 6
 Datos sociodemográficos de la muestra clínica en función del sexo

PROCEDENCIA	%		CONVIVENCIA (Mayores de 17 años)	%	
	V	M		V	M
Aranjuez	32,4	34	Con cónyuge	50,2	54
Ciempozuelos	12,9	10,3	Con padres	17,6	16
San Martín de la Vega	10,2	10,8	Solo	11,4	6,8
Valdemoro	33,7	37	Con pareja	5,2	7,8
Colmenar de Oreja	2,6	1,9	Con hijos	2,5	6,7
Titulcia	1	0,3	En institución	4	3,7
Villaconejos	2,6	2,1	Sólo con madre	5,7	2,4
Chinchón	3,7	2,8	Con otros familiares	2,7	1,5
Valdelaguna	0	0,1	Sólo con padre	0,5	0,5
Otras procedencias	0,6	0,2	Otras modalidades	0,2	0,5
			Sin especificar	-	0,2
EDAD			NIVEL EDUCATIVO		
0-15	32	19	Certificado de estudios	48,9	54,9
16-30	17,1	24,3	Sin especificar	27,7	16,9
31-45	29,2	31,8	Educación General Básica	11,7	11,6
46-60	14,7	13,7	Sin estudios	3,7	6,7
61-75	4,5	7	Bachillerato	3,2	4,3
76-	2,3	4	Doctorado	2,3	3,2
			Analfabeto	1,5	1,2
ESTADO CIVIL			Universitario/a (Primer ciclo)	0,3	0,9
Soltero/a	58,2	42,2	Universitario/a (Segundo ciclo)	0,3	0,2
Casado/a	35,7	46,1	Títulos no clasificables por grados	0,2	-
Viudo/a	1,8	6,1			
Separado/a	3,8	4,1			
Divorciado/a	0,5	1,1			
Sin especificar	0	0,2			

4. Comentario y discusión

Antes de lanzarnos a adelantar conclusiones a partir de los resultados obtenidos, creemos conveniente advertir sobre los inevitables sesgos que son inherentes al tipo de información que se maneja, así como las fuentes de las que se obtiene. En otros trabajos similares (5; 6) ya se advierte de estos problemas metodológicos, de amplio espectro, pues la información se recoge por diferentes profesionales, no clínicos algunos de ellos, en condiciones de escasa o nula confidencialidad. En el caso de los clínicos, existen diferencias en formación,

hábitos diagnósticos, orientación terapéutica, que condicionan el proceso de evaluación diagnóstica. Otro factor de distorsión atañido es la ausencia de una codificación diagnóstica específica, en muchos de los casos, tras la primera entrevista de evaluación. Este aspecto afecta de manera importante a este estudio, pues los datos sobre el juicio diagnóstico de los pacientes nuevos se extraen del programa informático y no de la propia historia clínica. A pesar de estas limitaciones, consideramos que los resultados que se comentan a continuación pueden ser válidos para los objetivos de este trabajo.

A partir de los datos obtenidos podemos esbozar un perfil aproximado del paciente tipo que acudió a los Servicios de Salud Mental del distrito de Aranjuez durante el año 2004.

El paciente tipo procede de Aranjuez o Valdemoro (68,9%), tiene menos de 45 años (77,1%), es mujer (57,6%), soltero/a (49%) o casado/a (41,7%), vive en pareja (52,6%), con un nivel educativo inferior al nivel de E.G.B. (59,2%), se encuentra en una situación laboral de retiro, jubilación y/o pensionista (45,1%). En la población activa laboralmente, predominan las ocupaciones no bien especificadas (42,5%) y el sector de la hostelería, servicios y seguridad (36,8%). Algunas características de este paciente tipo (procedencia, edad, nivel educativo, ocupación) coinciden con las características sociodemográficas de la población del distrito (tabla 1). En este sentido, cabe destacar que el sexo femenino está presente en nuestra muestra en un porcentaje por encima del que le correspondería con arreglo a la población (49,9%). Nos preguntamos si el sexo femenino es un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología o bien son posibles otras explicaciones que justifiquen esta predominancia, tan frecuente en la mayoría de estudios (7) sobre utilización de servicios de Salud Mental.

En el caso de los menores de 17 años un 77,4% vive con ambos padres. En el caso de vivir con uno de los progenitores, la proporción es de 20,9% con la madre frente al 0,9% con el padre.

Algunos de los datos recogidos son muy concordantes con las características del distrito, esto es, con pequeños núcleos de población, algunos con menos de mil habitantes, lo que explicaría la masiva procedencia de los grupos de población más importantes, que tienen además una previsión de crecimiento mayor (Valdemoro y Aranjuez). Se caracteriza por ser un distrito de crecimiento poblacional receptor de población joven de otras procedencias, lo que se reflejaría en la baja edad de los pacientes que acudieron al Servicio. Las infraestructuras educativas, sociales y laborales son propias de la zona sur de la Comunidad de Madrid. Por ello, consideramos que el bajo nivel educativo, la situación laboral y el tipo de ocupación encontrados serían representativos del bajo nivel de desarrollo de la comarca (1).

Tabla 7
Diagnósticos en función del sexo (%)

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
290	Psicosis orgánica senil y presenil	1,1	-	0,6
291	Psicosis alcohólicas	0,1	-	0,07
292	Psicosis debidas a drogas	0,1	0,5	0,3
293	Psicosis orgánicas transitorias	-	-	-
294	Otras psicosis orgánicas (crónicas)	0,2	0,3	0,3
295	Psicosis esquizofrénica	0,5	1,3	0,9
296	Psicosis afectivas	3,9	3,6	3,8
297	Estados paranoides	0,5	0,6	0,6
298	Otras psicosis no orgánicas	0,6	0,6	0,6
299	Psicosis peculiares de la niñez	-	0,3	0,1
300	Trastornos neuróticos	30,9	17,1	25,0
301	Trastornos de la personalidad	2,7	2,1	2,5
302	Desviaciones y trastornos sexuales	0,3	1,6	0,9
303	Síndrome de dependencia del alcohol	0,3	3,8	1,8
304	Dependencia de las drogas	0,2	0,6	0,4
305.0	Alcohol (abuso)	0,1	0,8	0,4
305	Abuso de drogas sin dependencia	0,4	0,5	0,4
306	Alteraciones corp. orig. por factores mentales	0,5	0,5	0,5
307	Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte	-	-	-
	Movimiento	-	1,0	0,4
	Alimentación	2,3	0,6	1,6
	Sueño	0,8	0,8	0,9
	Esfínteres	1,0	1,6	1,3
	Dolor	0,1	0,3	0,2
308	Reacción aguda ante gran tensión	1,7	1,5	1,6
309	Reacción de adaptación	23,3	21,4	22,5
310	Trast. Ment. no psicóticos por lesión orgánica encéfalo	-	-	-
311	Trastornos depresivos no clasificados en otra parte	2,1	2,5	2,2
312	Perturbación conducta no clasificada en otra parte	0,6	1,9	1,0
313	Perturb. emociones propias de la niñez y adolescencia	3,3	4,6	3,9
314	Síndrome hiperkinético de la niñez	0,5	2,1	1,9
315	Retardo selectivo del desarrollo	0,5	0,3	0,5
316	Factores psíquicos asociados a enf. clasf. en otra parte	-	-	-
	Retraso mental	0,3	0,6	0,6
	Sin especificar	17,9	21,6	19,5
	No patología	1,9	1,6	1,8
	Códigos V	0,6	0,3	0,5

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 8
Diagnósticos en función de la edad (%)

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	0-15	16-30	31-45	46-60	61-75	76-
290	Psicosis orgánica senil y presenil	-	-	-	-	1,1	14,9
291	Psicosis alcohólicas	-	-	0,2	-	-	-
292	Psicosis debidas a drogas	-	0,7	-	0,5	-	-
293	Psicosis orgánicas transitorias	-	-	-	0,5	-	-
294	Otras psicosis orgánicas (crónicas)	-	-	0,2	-	1,1	2,1
295	Psicosis esquizofrénica	-	0,7	1,4	1,5	1,1	-
296	Psicosis afectivas	0,3	3,3	3,7	5,0	11,9	14,9
297	Estados paranoides	-	0,3	-	1,0	2,4	6,4
298	Otras psicosis no orgánicas	-	1,0	0,7	0,5	1,1	2,1
299	Psicosis peculiares de la niñez	0,3	-	-	-	-	-
300	Trastornos neuróticos	4,2	30,5	35,5	32,5	25,0	21,3
301	Trastornos de la personalidad	0,3	5,4	2,8	3,5	-	-
302	Desviaciones y trastornos sexuales	-	1,0	1,2	2,0	1,1	-
303	Síndrome de dependencia del alcohol	0,3	1,0	2,6	6,0	-	-
304	Dependencia de las drogas	0,3	0,3	0,7	0,5	-	-
305.0	Alcohol (abuso)	0,3	0,3	0,4	0,5	2,4	-
305	Abuso de drogas sin dependencia	-	1,0	0,2	-	-	-
306	Alteraciones corporales orig. por factores mentales	0,7	-	1,4	0,5	-	-
307	Síntomas o síndromes especiales no clasificados en otra parte	-	-	-	-	-	-
	Movimiento	1,3	0,3	-	-	-	-
	Alimentación	3,9	3,7	0,7	-	-	-
	Sueño	3,3	0,3	-	-	3,6	-
	Esfínteres	6,2	0,3	-	-	-	-
	Dolor	0,3	0,6	-	-	-	-
308	Reacción aguda ante gran tensión	1,3	3,7	1,2	1,0	1,1	-
309	Reacción de adaptación	23,2	24,2	25,2	24,5	21,4	6,4
310	Trast. ment. no psicóticos por lesión orgánica de encéfalo	-	-	-	-	-	-
311	Trastornos depresivos no clasificados en otra parte	0,3	1,3	2,6	4,5	2,4	8,5
312	Perturbación conducta no clasificada en otra parte	3,6	0,6	-	0,5	-	-
313	Perturb. emociones propias niñez y adolescencia	18,0	1,3	-	-	-	-
314	Síndrome hiperkinético de la niñez	10,5	-	-	-	-	-
315	Retardo selectivo del desarrollo	1,3	0,3	-	-	-	-
316	Factores psiq. asociados a enf. clasificadas en otra parte	-	-	-	-	-	-
	Retraso mental	0,7	0,3	0,4	-	1,1	-
	Sin especificar	14,1	12,8	16,1	12,7	21,4	23,4
	No patología	5,2	3,3	2,6	2,0	1,1	-
	Códigos V	-	1,0	-	0,5	-	-

A los autores de este estudio nos llama la atención el elevado porcentaje de pacientes incluidos en la categoría de retirado, jubilado y pensionista (45,1%) en clara discrepancia con las otras variables y el contacto diario con los pacientes, así como con las características de la población. Pensamos que tras estos datos puede haber un error de codificación que habría que investigar.

Si tenemos en cuenta la variable sexo como moduladora de los datos socio-demográficos, obtenemos dos perfiles diferenciados en algunas variables. En el caso del hombre, procede de Valdemoro o Aranjuez (66%), es menor de 45 años (78,3%), predominantemente soltero (58,2%), que, en el caso de los adultos, convive con su cónyuge (50,2%) y, en cuanto al nivel educativo, no alcanza el nivel de E.G.B. en un 81,8%. En el caso de la mujer, hay también una masiva procedencia de Valdemoro o Aranjuez (71%), es menor de 45 años (75,1%), y desde el punto de vista de su estado civil no hay una única categoría que predomine, siendo las casadas un 46,1% frente al 42,2% de solteras. En la convivencia, adultos, hay un predominio de la modalidad con cónyuge (54%). Respecto al nivel educativo no se alcanza el nivel de E.G.B. en un 79%.

Respecto a las variables sexo, estado civil, tipo de convivencia, nivel educativo y situación laboral, hemos encontrado resultados similares en estudios de muy diversa procedencia (5; 6; 8; 9; 10; 11; 12). Sin embargo, otros trabajos contradicen algunos de estos resultados, por ejemplo en el estudio realizado en la población atendida por el CSM de Hortaleza (13) los sexos están equiparados en cuanto a los pacientes nuevos. En el estudio del área rural de Xàtiva (Valencia) (14), así como en el de Encartaciones (Vizcaya) (15) y el efectuado sobre toda la provincia de Segovia (7) la edad de los pacientes nuevos es mayor. Una explicación de esta disparidad de resultados es que las variables sociodemográficas influyen de forma diferente en función de las características de cada comunidad. Es posible imaginar que algunas de estas diferencias tengan que ver con las características de las rutas asistenciales y la organización de los servicios (accesibilidad, disponibilidad, ofertas diferenciadas en cuanto a tratamientos, etc.).

En cualquier caso conviene recordar que este estudio, como cualquier otro, no puede ser un reflejo directo del estado de salud mental de la zona atendida. Existen estudios (6; 16) que señalan que los patrones de utilización de los Servicios de Salud Mental están mediados por procesos intrapsíquicos, así como sociales y culturales.

La variable sexo no arroja diferencias llamativas en cuanto a las variables procedencia, convivencia y nivel educativo. En el resto de las variables sí cabe mencionar algunas diferencias, esto es, en la edad la mayor diferencia se produce en el grupo de 0-15 años (3% hombres frente 19% mujeres). Este dato es congruente con otros trabajos (12), y con la literatura científica (17; 18) que

ORIGINALES Y REVISIONES

expone la predominancia de varones en la demanda psiquiátrica en los primeros años de la vida. Esta situación se invierte a partir de la pubertad y adolescencia (en la franja de 16-30 se produce un aumento de la demanda: 24,3% de mujeres frente al 17,1% de los varones), llegando a igualarse prácticamente en la franja de 31-45.

Respecto al estado civil los datos hallados son congruentes con algunos de los estudios consultados (6; 8; 12), pues predomina la soltería en los varones.

Si atendemos en primer lugar al total de los pacientes nuevos (tabla 7) sin distinción de sexo o edad, encontramos que las categorías diagnósticas más frecuentes son «Trastornos neuróticos» (25%) y «Reacciones de adaptación» (22,5%). En un 19,5% de casos no se produce una asignación de diagnóstico tras la primera entrevista de evaluación. Estos datos coinciden con la mayoría de los estudios revisados por los autores de este trabajo.

Otros diagnósticos frecuentes son: «Perturbaciones de las emociones peculiares de la niñez y adolescencia» (3,9%), «Psicosis afectivas» (3,8%), «Trastornos de la personalidad» (2,5%), «Trastornos depresivos no clasificados en otra parte» (2,2%), «Síndrome hiperkinético» (1,9%), «Síndrome de dependencia del alcohol» (1,8%), «Trastornos de la alimentación» (1,6%) y «Reacción aguda ante gran tensión» (1,6%). En un 1,8% del total de casos no se apreció patología psiquiátrica alguna. En el 0,9% de casos se diagnosticó en primer lugar «Psicosis esquizofrénica».

Si tenemos en cuenta la variable sexo (tabla 7) encontramos que en las mujeres predominan las siguientes categorías: «Trastornos neuróticos» (30,9%) y «Reacciones de adaptación» (23,3%). En un 17,9% no se especifica ningún diagnóstico.

En el caso de los hombres, alcanzan cifras semejantes el grupo de los que no tienen un diagnóstico específico (21,6%), y los diagnosticados de «Reacciones de adaptación» (21,4%). En tercer lugar habría que situar los «trastornos neuróticos» (17,1%).

Existen algunas categorías diagnósticas en las que hemos podido observar marcadas y llamativas diferencias en función del sexo. En «Trastornos de la alimentación» el porcentaje entre las mujeres es cuatro veces superior al que existe entre los hombres. En «Trastornos neuróticos» el porcentaje de mujeres es el doble que en los hombres. En «Dependencia del alcohol» casi no hay casos de mujeres, frente a un 3,8% de hombres. En «Psicosis esquizofrénica», en cambio, el porcentaje de hombres casi triplica al de mujeres. En «Síndrome hiperkinético» lo cuadruplica. En «Psicosis orgánicas» la categoría diagnóstica no aparece en varones. En «Desviaciones y trastornos sexuales», prácticamente no se recibe demanda entre las mujeres.

En el resto de categorías diagnósticas las diferencias, cuando existen, no son tan marcadas.

La edad es otra de las variables que el R.A.C. permite estudiar en cuanto a la distribución de los diagnósticos. Son seis los grupos etarios que el programa informático permite (tabla 8).

En el grupo de cero a quince años, prácticamente la cuarta parte son «Reacciones de adaptación». La categoría «Perturbación de las emociones propias de la niñez y adolescencia» origina un 18% de casos. Existe un 14,1% de casos sin especificar. El «Síndrome hiperkinético» aporta el 10% de este grupo etario.

En el grupo de dieciséis a treinta años, el grupo de «trastornos neuróticos» es la categoría diagnóstica dominante (30%), seguida de las «Reacciones de adaptación» (24,2%). Un 12,8% de casos no resultan diagnosticados en la primera consulta en esta franja de edad.

En las tres franjas de edad siguientes se repite esta misma distribución en cuanto a las categorías diagnósticas de «Trastornos neuróticos», «Reacciones de adaptación» y «Sin especificar».

A partir de los setenta y seis años la categoría más frecuente es «Sin especificar», seguido de cerca por los «Trastornos neuróticos» (21,3%). Destacan dos diagnósticos que rozan el 15%: «Psicosis afectivas» y «Psicosis orgánicas».

Si analizamos las categorías diagnósticas a lo largo de los grupos etarios, observamos que los casos de «Psicosis esquizofrénicas» se concentran en las edades intermedias, mientras que en las «Psicosis afectivas» tenemos un incremento progresivo desde la infancia. En los «Estados paranoides» pensamos que la concentración en las dos últimas etapas vitales pudieran denotar problemas de diagnóstico diferencial con las psicosis orgánicas. En los «Trastornos neuróticos» se produce un descenso en el porcentaje a partir de los sesenta años. A partir de esta edad también desaparecen los siguientes diagnósticos: Trastornos de la personalidad, Dependencia de alcohol y drogas, Abuso de drogas, Problemas psicósomáticos, Trastornos de la alimentación, del Movimiento y Dolor.

El diagnóstico «Abuso de alcohol» se mantiene estable en las diferentes franjas, hasta los sesenta y un años, en que experimenta un importante aumento (2,4%).

Los «Trastornos de Alimentación» aparecen como propios de los menores de treinta años, pues la cifra es muy baja en el grupo de treinta y uno a cuarenta y cinco y desaparece en las siguientes franjas.

Las «Reacciones de adaptación» ofrecen cifras similares en todas las franjas, excepto en mayores de setenta y seis años, decreciendo notablemente. Creemos que este descenso es compensado por el incremento en «Psicosis afectivas».

Es significativo que la categoría «Síndrome hiperkinético de la niñez» desaparece por encima de los quince años. La categoría «Sin especificar», al contra-

ORIGINALES Y REVISIONES

rio, aumenta con la edad, de modo que en los dos últimos grupos supera el 20%. Por otro lado, los resultados señalan que se tiende a diagnosticar menos patología en las franjas de menor edad.

Los resultados obtenidos, al analizar los diagnósticos en función del sexo y la edad, son congruentes básicamente con la literatura epidemiológica general (19; 20; 21). En relación a la población española, los trabajos que hemos hallado, indagando con profundidad en las características sociodemográficas de la muestra, pero hemos echado en falta un análisis en detalle de las diferentes categorías diagnósticas y su variación en función de diferentes variables (sexo, edad, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, *Reseña estadística zonal 2005*, Madrid, Comunidad de Madrid, 2005.
- (2) ELPERS, J. R., «Community Psychiatry», en KAPLAN y SADOCK (ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams and Wilkins, 1995.
- (3) Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, *Programas de los Servicios de Salud Mental*, Madrid, Publicaciones del Servicio Regional de Salud, 1989.
- (4) Organización Mundial de la Salud, *Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte*, Ginebra, O.M.S., 1977, novena revisión.
- (5) MARTÍNEZ, O., y otros, «Estudio de las primeras consultas de un centro de Salud Mental (I). Características sociodemográficas, vías de derivación y tratamiento anterior», *Revista de la AEN*, 1997, XVII, 61, pp. 37-60.
- (6) MONTILLA, J. F., y otros, «Uso de servicios ambulatorios de Salud Mental en España. Consumo de recursos en el primer año de asistencia a pacientes nuevos», *Revista de la AEN*, 2002, XXI, 84, pp. 25-47.
- (7) DE FRANCISCO BELTRÁN, P.; GOENAGA PALANCARES, E., «Diferencias de la demanda en Salud Mental según hábitat», *Revista de la AEN*, 2002, XXII, 82, pp. 105-113.
- (8) DORADO PRIMO, J. A., y otros, «Análisis de la demanda en el equipo de salud mental de Andújar. Evolución y estudio comparativo a los 20 años de apertura», *Revista de la AEN*, 2002, XXVII, 84, pp. 141-154.
- (9) BALMÓN CRUZ, C.; DORADO PRIMO, J. A., «Primeros ingresos en el hospital psiquiátrico y unidades de hospitales generales», *Psiquis*, 1995, 16, 7, pp. 41-53.
- (10) RODRÍGUEZ, M.; ALMEIDA, A.; VALE, M., «Indicadores de morbilidad asistida en la Unidad de Salud Mental de Santa Cruz de la Palma en 1988-89», *Rev. A. Psiquiatría*, 1992, 8, 1, pp. 15-20.
- (11) CASTAÑO, C., y otros, «Utilización de los servicios de salud mental de Alcalá de Henares», *Revista de la AEN*, 1991, 39, pp. 289-97.
- (12) RUIZ DOBLADO, S.; PÉREZ CANO, A.; VICENTE ORTIZ, A., «Trastornos psiquiátricos en un área rural: estudio descriptivo de 2.016 casos», *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 1997, 25, 1, pp. 23-33.
- (13) VICENTE, N.; ESTÉVEZ, L.; JUÁREZ, E., «Análisis de la demanda asistencial en un Centro de Salud Mental», *Arch. Neurobiol.*, 1990, 53, pp. 13-7.
- (14) ARRIBAS, P., y otros, «Análisis de la evolución de la demanda asistencial en un Centro de Salud Mental», *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 1994, 22, pp. 1-5.
- (15) PERALTA, C.; GOIRIENA, D.; SALCEDO, B., «Estudio descriptivo de la actividad asistencial anual de un consultorio de salud mental de nueva creación», *An. Psiquiatr.*, 1994, 10, pp. 314-9.
- (16) HOWARD, K. I., y otros, «Patterns of Mental Health Service Utilization», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1956, 53, pp. 696-703.

(17) OFFORD, D. R., «Epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la infancia y la adolescencia», en GELDER, M., y otros (eds.), *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Ars Medica, 2003.

(18) RUTTER, M., «Development and Psychopathology», en RUTTER, M.; TAYLOR, E. (eds.), *Child and Adolescent Psychiatry*, Oxford, Blackwell, 2002.

(19) American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, texto revisado, Barcelona, Masson, 2002.

(20) REGIER, D. A.; BURKE, J. D., «Métodos cuantitativos y experimentales en Psiquiatría», en KAPLAN Y SADOCK (eds.), *Tratado de psiquiatría*, Buenos Aires, Intermédica, 1997.

(21) HENDERSON, S., «Contribución de la Epidemiología a la Etiología Psiquiátrica», en GELDER, M., y otros (eds.), *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Ars Medica, 2003.

* Juan José Belloso Ropero, psicólogo clínico, Centro de Salud Mental de Ciempozuelos, Madrid; José Carlos Espín Jaime, psiquiatra, Centro de Salud Mental de Valdemoro, Madrid.
Correspondencia: Juan José Belloso Ropero. Complejo Asistencial Benito Menni, C/ Jardines, 128350, Ciempozuelos (Madrid); jjbelloso@hotmail.com

** Fecha de recepción: 11-IX-2006.

Psicosis cicloides: Controversias diagnósticas y nosológicas a propósito de un caso

RESUMEN: Revisión histórica sobre la psicosis cicloide y su ubicación nosológica, así como sus relaciones con las dos grandes psicosis endógenas kraepelinianas y otras categorías como las polisémicas psicosis agudas.

PALABRAS CLAVE: Psicosis cicloide, psicosis aguda, esquizofrenia, trastorno bipolar.

SUMMARY: Historic review of the controversial concept of cycloid psychosis and its nosologic location, as well as its relationships with the two other kraepelinian endogenous psychosis and the polysemous acute psychosis.

KEY WORDS: Cycloid psychosis, acute psychosis, schizophrenia and bipolar disorder.

El desempeño diario de la actividad clínica en el campo de la salud mental está marcado, en la actualidad, por el uso de dos manuales clasificatorios sobradamente conocidos: la CIE-10 (1) y el DSM-IV-TR (2). No es el propósito del presente trabajo negar su indudable utilidad al conseguir una cierta equiparabilidad entre los diagnósticos realizados por profesionales en distintas partes del mundo, pero también es cierto que han sido objeto de distintas críticas desde posiciones diversas. En el presente trabajo nos proponemos, partiendo del comentario de un caso clínico visto por nosotros, revisar histórica y conceptualmente el diagnóstico de *psicosis cicloide* que, como tal, no viene recogido en ninguno de estos sistemas. Según las clasificaciones de la OMS y la APA, no existe este diagnóstico y es necesario ubicar a los pacientes en otras categorías, como luego veremos, perdiéndose en nuestra opinión ciertas características y diferencias importantes entre cuadros parecidos. Traemos este paciente en concreto queriendo destacar sobre todo que en absoluto constituye un caso extraordinario, sino más bien al contrario, un ejemplo de muchos casos similares que creemos podrían encuadrarse dentro de esta categoría de las psicosis cicloides, lo que evitaría tener que forzar su inclusión en otras, con implicaciones a nivel de pronóstico o tratamiento que podrían ser importantes.

Caso clínico

Nuestro paciente es un varón que tiene en la actualidad 32 años. Es soltero, sin hijos, el primero de tres hermanos. Cuenta con estudios superiores de Física y trabaja actualmente como profesor de Secundaria, habiéndose independizado recientemente de casa de sus padres al empezar a trabajar. Sus antecedentes psiquiátricos comienzan en julio de 2001, a los 28 años de edad, momento en que es

valorado por un psiquiatra por «estrés laboral», sin que se pusieran de manifiesto en la exploración psicopatológica síntomas psicóticos ni de otra naturaleza, no indicándose tratamiento ni seguimiento alguno. Se produce una nueva consulta en enero de 2002 donde se diagnostica un trastorno psicótico de pocos meses de evolución, sin que quede claro exactamente de cuánto tiempo estamos hablando, aunque reconstruyendo posteriormente la historia con la familia pudo tratarse sólo de unas semanas. Se describe un delirio de perjuicio, con múltiples interpretaciones delirantes del entorno y vivencias autorreferenciales. El paciente se encuentra hipotímico aunque no llega a presentar un síndrome depresivo completo y tiene una parcial conciencia de enfermedad. No existen antecedentes personales relevantes ni desencadenantes ambientales aparentes. En ese momento, vive con padres y hermanos, sin conflictos reseñables, con adecuada adaptación al medio social y contando con relaciones personales aparentemente normales. No consta que haya habido consumo de tóxicos ni tampoco aparecen antecedentes familiares de enfermedades mentales. El diagnóstico en ese momento es de trastorno psicótico agudo y se trata con 4,5 mg/día de risperidona. Al mes de diagnosticarse el cuadro la mejoría es muy evidente, persistiendo sólo ciertas vivencias autorreferenciales ante las que el paciente admite la crítica. Tras tres meses de seguimiento ambulatorio se llega a una remisión completa de la sintomatología psicótica.

En mayo de 2004 tiene un nuevo episodio, siendo controlado en esa ocasión por un psiquiatra privado, también de forma ambulatoria como la primera vez. La sintomatología, según la información facilitada por el mismo paciente y su familia a posteriori, era muy similar al primer cuadro descrito. Es tratado con perfenazina (6 mg/día) y amitriptilina (30 mg/día) consiguiéndose en pocas semanas una remisión completa *ad integrum*. Mantiene dicho tratamiento durante cinco meses y luego lo interrumpe, permaneciendo completamente asintomático hasta marzo de 2005, momento en que tiene su primer ingreso. Comienza a presentar de forma brusca, una semana antes de dicho ingreso, inquietud, ansiedad intensa, insomnio y soliloquios, con suspicacia y negativa a la ingesta de alimentos, llegando a mostrarse agresivo verbalmente hacia su familia. Se pone de manifiesto ideación delirante de perjuicio centrada en su entorno sociofamiliar, con vivencias autorreferenciales marcadas, así como un afecto un tanto expansivo. Aunque los primeros días se encuentra colaborador, de forma súbita se muestra irritable, con agresividad contenida, aunque también en pocos días esto cede y pasa a estar correcto y adecuado, eutímico, llegando a hacer crítica de sus síntomas psicóticos y alteraciones de conducta. La familia opina que está totalmente recuperado, siendo ésa también nuestra impresión, por lo que procedemos al alta. El ingreso dura tres semanas, tras las cuales el paciente toma 7,5 mg/día de risperidona, que progresi-

vamente va disminuyéndose de forma ambulatoria, llegando a suspenderse completamente dado que el paciente continúa asintomático, habiéndose reintegrado a su actividad laboral sin ningún problema. El diagnóstico es de *trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia*.

En febrero de 2006 ocurre un nuevo episodio, similar a los previos, que requiere ingreso. El paciente está bien hasta dos días antes de acudir al hospital, iniciándose de forma brusca un cuadro consistente en insomnio total, inquietud psicomotriz y heteroagresividad verbal en su entorno, presentando ideación delirante de perjuicio y megalomaniaca, vivencias autorreferenciales y alucinaciones auditivas en forma de voces imperativas. El ingreso dura dos semanas, observándose la misma variación en la actitud del paciente que en el previo: muy colaborador los primeros días, francamente hostil y amenazante luego para, de forma brusca, mostrar una conducta adecuada y una plena crítica de sus ideas delirantes, aunque mostrándose un tanto reacio a hablar de ellas. El afecto, en esta ocasión, no ha sido particularmente expansivo como en el ingreso previo. El tratamiento al alta es de amisulpride (800 mg/día), siendo diagnosticado también de *trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia*. El seguimiento ambulatorio confirma que la remisión ha sido completa y el paciente ha vuelto a su actividad laboral, sin que se observe ningún deterioro en sus relaciones interpersonales ni en ningún otro aspecto.

Revisión bibliográfica

Llevaremos ahora a cabo una revisión de la bibliografía que, como todas, será siempre parcial, pero que creemos necesaria para intentar llegar a un diagnóstico certero del paciente.

En primer lugar, los cuatro episodios que ha presentado han sido diagnosticados de *trastorno psicótico agudo y transitorio*. Es esta una categoría recogida en la CIE-10 que supone un comienzo agudo en menos de dos semanas desde un estado previo no psicótico a otro con sintomatología delirante o alucinatoria, así como alteraciones conductuales y otros síntomas posibles como, por ejemplo, lenguaje disgregado. Puede haber cambios emocionales o síntomas afectivos ocasionalmente en primer plano, pero sin llegar a configurar un episodio maníaco o depresivo. Cuando la sintomatología es rápidamente cambiante y variable se usa el subtipo de «polimorfo». Es posible que haya habido presencia de estrés agudo previo o no y la evolución será hacia una recuperación completa en un plazo no determinado de forma concreta (menos de dos o tres meses aproximadamente). Los cuadros con estas características son diagnosticados según los criterios del DSM-IV-TR

como *trastorno psicótico breve* si la duración es menor de un mes y como *trastorno esquizofreniforme* si es mayor de un mes pero menor de seis.

El diagnóstico transversal de cada uno de los episodios del paciente correspondería a lo que clásicamente se han llamado *psicosis agudas*, tema que revisa de forma magistral Luque (3) en un trabajo reciente. Como este autor señala, son cuadros psicóticos de comienzo súbito, duración breve y remisión completa. Clínicamente pueden aparecer delirios polimorfos, alucinaciones de cualquier tipo, variaciones emocionales y del comportamiento, síntomas psicomotores y conductas extrañas, así como un lenguaje fragmentado y desordenado. El pronóstico es bueno ya que el episodio remite por completo en casi todos los casos, recuperándose el nivel de funcionamiento premórbido y permaneciendo la personalidad intacta. Estos trastornos han recibido múltiples denominaciones por parte de distintos autores que se han aproximado a estas psicosis agudas desde diversos puntos de vista.

Valentin Magnan (4), como recoge Luque, crea el concepto de *bouffée délirante*, una de las referencias fundamentales de la psiquiatría francesa. Estos cuadros estaban ligados a la idea de «degeneración» de Morel, que hace referencia a una determinada predisposición o diátesis que conlleva la posible aparición de estas psicosis. El concepto de degeneración no se refiere a que vaya a producirse un deterioro en el paciente, sino sólo a esta predisposición que implicará riesgo de recidivas. Se trataba de episodios psicóticos de comienzo súbito, constituyendo cuadros delirantes polimorfos, variables y pluritemáticos, con posible enturbiamiento de la conciencia e inestabilidad emocional, de evolución rápida y finalización brusca con recuperación completa. Aunque las recidivas son posibles, los intervalos no presentan síntomas. El diagnóstico de *bouffée délirante* cayó en desuso por el predominio de la nosología de Kraepelin (5) y por el amplio concepto de esquizofrenia de Bleuler (6) que igualaba estos cuadros con las llamadas *esquizofrenias agudas*.

La recuperación de la *bouffée délirante* la llevó a cabo Henri Ey (7; 8), quien las describe, siguiendo a Magnan, como cuadros caracterizados por la eclosión súbita de un delirio transitorio y polimorfo en sus temas y manifestaciones, rico en intuiciones e interpretaciones delirantes, alucinaciones diversas y alteraciones del humor, que puede oscilar de la exaltación a la angustia. Henri Ey ordena las enfermedades mentales en agudas, clasificadas como alteraciones de la conciencia, y, crónicas, clasificadas como alteraciones de la personalidad. Las *bouffées délirantes* serían formas delirantes agudas opuestas a los delirios crónicos. La descripción que hace Ey de estas psicosis agudas es difícilmente superable: «[...] El delirio es *polimorfo*, es decir que sus temas son múltiples y variables: de persecución, de grandeza, de transformación sexual, de posesión, de envenenamiento, de

influencia, de riqueza o de fabulosa potencia, etc. Generalmente se imbrican, se mezclan y sufren metamorfosis, como en la sucesión caleidoscópica de las imágenes oníricas [...]. El carácter polimorfo de este delirio episódico se manifiesta también en la yuxtaposición de los fenómenos que lo componen. Clásicamente, se distinguen sobre todo convicciones e intuiciones que irrumpen en el psiquismo [...]. Pero las alucinaciones son numerosas y exuberantes, con frecuencia auditivas, pero más generalmente psíquicas (voz, eco del pensamiento, inspiraciones, actos impuestos, etc.). Están asociadas a interpretaciones delirantes, a elementos imaginativos, ilusiones, sentimientos e impresiones que manifiestan la incoercibilidad de la *experiencia delirante vivenciada*, en una atmósfera de misterio y apocalipsis. Las *variaciones* del cuadro clínico son características de esta rica diversidad de episodios que se imbrican y se suceden. El enfermo presenta importantes cambios de humor y violentas oscilaciones [...]. El humor está alterado de manera constante. A la actividad delirante de aparición súbita corresponden, en efecto, violentos estados afectivos. Unas veces el sujeto está exaltado y expansivo como un maníaco. Otras, por el contrario, se halla preso de gran angustia, más o menos próxima a la experiencia melancólica [...]. Esta alternancia o esta combinación de excitación e inhibición es tan característica de estos brotes delirantes polimorfos que [...] hace que en la clínica sea a veces difícil establecer un diagnóstico diferencial entre una *bouffée délirante* y una crisis maniaco-depresiva». En cuanto al pronóstico, Ey afirma que se llega a una remisión sin secuelas ni complicaciones, aunque, al suponer que el paciente tiene una predisposición a estos cuadros, existe riesgo de recidiva. También es posible que algunos casos de psicosis delirantes agudas terminaran evolucionando a una psicosis esquizofrénica o a un delirio crónico del tipo de la paranoia o la parafrenia. En el sistema clasificatorio actual empleado en la psiquiatría francesa, el INSERM (9), todavía se emplea el concepto de *bouffée délirante*, en base a unos criterios operacionales que siguen las descripciones clásicas.

Otra denominación que han recibido históricamente las psicosis agudas ha sido el de *psicosis psicogénicas*, empleado hoy en día como prácticamente sinónimo de *psicosis reactivas*. En un intento de definición sencillo pero eficaz, Sommer (10), como cita Luque, distingue a las enfermedades psicogénicas como «estados mentales patológicos que pueden evocarse y ser influidos por las ideas». Estas psicosis fueron estudiadas en profundidad por Wimmer (11) que definió a las psicosis psicogénicas como un grupo de psicosis clínicamente independientes causadas por «traumas psíquicos» en sujetos con una «predisposición psicopática». Strömngren (12; 13) ha defendido la independencia nosológica de estas psicosis, aduciendo una serie de razones: el pronóstico de las psicosis reactivas es bueno comparado con la esquizofrenia o el trastorno bipolar y, aunque puede

haber recidivas, no son tan frecuentes como en este último. Además, Strömngren comenta que el tratamiento de elección en estas psicosis sería la psicoterapia de apoyo, que podría combinarse brevemente con ansiolíticos, llegando a afirmar que un tratamiento prolongado con neurolépticos, como si se tratase de una esquizofrenia, sería innecesario y provocaría efectos secundarios sin beneficio alguno. También este último autor ha establecido una serie de características de las llamadas psicosis psicogénicas: el trauma es determinante para que aparezca la psicosis; existe una relación temporal entre ambos; el trauma influye en el contenido de los síntomas psicóticos; hay una vulnerabilidad en la personalidad del sujeto que predispone a la psicosis; si el trauma desaparece la psicosis también lo hace, pero aunque aquél persista, la psicosis termina remitiendo; lo que determina la psicosis es la experiencia subjetiva al significado del trauma, no la intensidad objetiva del mismo; por último, la imposibilidad de establecer la existencia de un trauma no es causa suficiente para descartar el diagnóstico de psicosis psicogénica.

Otra categoría que encuadra trastornos dentro del ámbito de las psicosis agudas son las denominadas y siempre polémicas *psicosis históricas*, estrechamente relacionadas con las psicosis psicogénicas o reactivas y frecuentemente confundidas con ellas. Como señala Luque, Kraepelin admitía la aparición de síntomas similares a los psicóticos en la histeria, mientras que Bleuler afirmaba tajantemente: «Nunca tuve motivo alguno para hacer un diagnóstico de psicosis histérica. Todos los casos así diagnosticados no se distinguen de la esquizofrenia. Cuando un supuesto histérico se convierte en esquizofrénico o se deteriora, en mi experiencia no era un histérico sino un esquizofrénico». No debe olvidarse que para Bleuler el concepto de esquizofrenia incluía las llamadas esquizofrenias agudas, que serían asimilables a las psicosis agudas de otros autores. Faergeman (14) consideraba las psicosis históricas como un subgrupo de las psicosis psicogénicas en las que existe una motivación para la sintomatología. Para Hollender y Hirsch (15), algunas de las características de las psicosis históricas serían: comienzo súbito en relación con algún acontecimiento perturbador; alucinaciones, delirios, despersonalización y alteraciones conductuales; si la afectividad está alterada es inestable y voluble, no aplanada; duración entre una y tres semanas, con recuperación completa; personalidad previa con rasgos históricos presentes. Modestin y otros (16), tras un estudio de seguimiento de varios años a un grupo de pacientes, concluyeron que la psicosis histérica no constituye una entidad clínica diferenciada del conjunto de las psicosis psicogénicas / reactivas.

Otro grupo de psicosis agudas descritas, u otra forma de denominar a cuadros tal vez muy similares, fueron las *psicosis esquizofreniformes* de Langfeldt (17). Son casos de comienzo agudo en relación con algún factor precipitante, en sujetos con personalidad previa ajustada, con síntomas similares a la esquizofrenia

pero con frecuente obnubilación de la conciencia y depresión. Langfeldt relacionó estos cuadros con la constitución corporal pícnica. Como comenta Luque en su revisión, muchos autores han cuestionado la validez y la utilidad clínica de este diagnóstico.

Un término que ha llegado hasta nuestros días, aunque con un significado ostensiblemente modificado, es el de *psicosis esquizoafectivas*. Acuñado originalmente por Kasanin (18), hacía referencia a un cuadro psicótico observado en pacientes jóvenes, con gran labilidad emocional, síntomas esquizofrénicos y afectivos, grave distorsión de la percepción del mundo exterior y presencia de «impresiones sensoriales falsas». Estos enfermos se recuperaban completamente en pocas semanas, aunque había una clara tendencia a la recidiva.

Un autor que también ha dejado su aproximación a estos cuadros ha sido Castilla del Pino (19). Emplea la denominación de *psicosis paranoide aguda* y la define como «un cuadro clínico delirante alucinatorio, de carácter benigno, con tendencia a la curación sin secuelas, de evolución breve y que comienza y concluye de forma abrupta». Suele haber algún desencadenante y ciertos pródromos consistentes en desasosiego y angustia junto a intenso insomnio. Aparecen delirios polimorfos y pluritemáticos, alucinaciones auditivas, cenestésicas y visuales, alteraciones del discurso con disgregaciones e incoherencias, con un estado de ánimo marcado por la angustia o el éxtasis, con agitación o inhibición psicomotriz.

Hasta aquí, hemos realizado un breve recorrido por algunos de los cuadros descritos por distintos autores dentro del ámbito de las psicosis agudas, considerando que los cuatro episodios padecidos por nuestro paciente se podrían catalogar como tales. Otra cuestión diferente es si se puede hacer algún diagnóstico longitudinal en este caso o en otros similares. La gran división nosológica en el campo de las psicosis endógenas crónicas fue efectuada por Kraepelin, entre *demencia precoz* y *psicosis maniaco-depresiva*. El término de demencia precoz fue sustituido posteriormente por el de *esquizofrenia*, creado por Bleuler. Mientras que Kraepelin puso el acento en el curso longitudinal progresivo y deteriorante de la enfermedad para efectuar el diagnóstico, Bleuler incidió más en el estado transversal del paciente en un momento dado, poniendo de relieve la escisión entre pensamiento, emoción y comportamiento. Schneider (20), por su parte, describió los llamados síntomas de primer rango, muy útiles para el diagnóstico, pero no imprescindibles para el mismo ni tampoco totalmente exclusivos de la esquizofrenia. Los criterios actuales de la CIE-10 y el DSM-IV-TR recogen los síntomas positivos y negativos, así como cierto grado de disfunción social o laboral desde el comienzo del trastorno. La duración de estas alteraciones debe ser al menos de seis meses.

La otra gran psicosis endógena diferenciada por Kraepelin fue la psicosis maniaco-depresiva, hoy denominada *trastorno bipolar*, de curso periódico con

fases de enfermedad caracterizadas por episodios depresivos, maníacos o mixtos. La CIE-10 señala que lo característico es que la recuperación sea completa entre los episodios, pero el DSM-IV-TR afirma que algunos pacientes muestran labilidad afectiva y otros síntomas residuales entre los episodios, pudiendo aparecer también problemas crónicos interpersonales o laborales. Tenemos también un cuadro especialmente controvertido desde el punto de vista nosológico, como es el *trastorno esquizoafectivo*, que emplea el mismo término creado por Kasanin para describir pacientes muy diferentes. El DSM-IV-TR lo describe como un trastorno con sintomatología de episodio depresivo, maníaco o mixto junto a síntomas característicos de esquizofrenia, sin que sea precisa la aparición de disfunción social o laboral, pero sí un periodo de al menos dos semanas con síntomas delirantes o alucinatorios pero no afectivos marcados. La CIE-10, por su parte afirma que el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo debe hacerse cuando las manifestaciones de ambos tipos de síntomas, esquizofrénicos y afectivos, son claras y destacadas y aparecen simultáneamente durante el mismo episodio. No debe diagnosticarse en casos de esquizofrenia con episodios depresivos ocasionales, como por ejemplo en la depresión postesquizofrénica. La aparición de un episodio esquizoafectivo ocasional dentro de un trastorno bipolar no invalida este diagnóstico. También afirma la CIE-10 que los pacientes con episodios esquizoafectivos recurrentes generalmente se recuperan de forma completa y sólo rara vez desarrollan un estado defectual. Por otra parte, la *paranoia* o *trastorno de ideas delirantes* se caracteriza fundamentalmente por ideas delirantes con muy escaso componente alucinatorio y sin deterioro salvo el directamente provocado en el desempeño interpersonal y social del paciente como consecuencia de su actividad delirante. Además, esta ideación debe durar como mínimo tres meses según la CIE-10 o un mes según el DSM-IV-TR.

En nuestra opinión, el paciente no cumple criterios para el diagnóstico de ninguno de estos trastornos. En ocasiones ha presentado un afecto exaltado y maníaco, pero de escasa duración y no parece que los síntomas afectivos hayan sido predominantes en ninguno de los episodios, apareciendo en primer lugar y de forma más llamativa la sintomatología delirante y alucinatoria, aunque siempre con recuperación completa en poco tiempo y sin secuelas posteriores de ningún tipo. Como hemos visto también repetidas veces en la revisión de las psicosis agudas, dentro de estos cuadros es frecuente la aparición de ánimo exaltado que puede fluctuar con la angustia.

Existe otro diagnóstico, descrito por autores clásicos y contemporáneos pero fuera como tal de las clasificaciones actuales, que es el de *psicosis cicloide*, con las características de algunas de las psicosis agudas que ya hemos visto más la insistencia en el aspecto del curso longitudinal, marcado por las recurrencias sin defecto. En nuestro entorno, ha sido Barcia (21; 22) quien más ha insistido en rei-

vindicar la importancia de este tipo de trastorno psicótico. Siguiendo a este autor, puede describirse el desarrollo histórico de estas psicosis desde Kleist (23), quien desarrolló el concepto de *psicosis marginales*, a partir de los cuadros descritos por distintos autores, como las psicosis de la motilidad o la psicosis de angustia de Wernicke, la paranoia primaria aguda de Westphal o la confusión alucinatoria de Krafft-Ebing, así como los conceptos de *bouffée délirante* de Magnan y Legrain y de *psicosis periódica* de la psiquiatría alemana de Schröder y Binswanger, entre otros autores. Kleist describió este grupo de psicosis, postulando la idea de una predisposición en forma de «constitución autóctona lábil», como reelaboración de la tesis de la degeneración. El término psicosis marginales hace referencia a que estaban en relación con las otras psicosis endógenas de la nosología kraepeliniana, pero sólo respecto a algunos rasgos y síntomas, ya que Kleist consideraba que constituían un grupo autónomo, que dividió en cinco subtipos.

Como señala Barcia, los planteamientos de Kleist fueron seguidos por Leonhard (24; 25), quien propuso el nombre de *psicosis cicloides* para todo el grupo, empleando el término que Kleist había usado para uno de sus subtipos. Leonhard habló de tres tipos: la psicosis de angustia-felicidad, la psicosis confusional (incoherente-estuporosa) y la psicosis de la motilidad (acinética-hipercinética).

La clínica de estos cuadros tiene, como recoge Barcia, algunos rasgos fundamentales. Es característico el polimorfismo, que hace referencia a la gran variabilidad sintomatológica, tanto dentro de un mismo episodio como entre unos episodios y otros. Hay una alteración global de la vida psíquica, lo que hizo que fueran denominadas *holodisfrenias* por Barahona Fernandes, modificándose en pocos días de manera radical el pensamiento, el afecto y la conducta, con una desestructuración de la conciencia en el sentido de Ey. Los síntomas aparecen de forma muy aguda, aunque puede haber ciertos pródromos tales como ligeros cambios de humor, inquietud y logorrea, junto a discretas alteraciones del sueño o incluso algunas vivencias autorreferenciales, siendo frecuente la presencia de insomnio total en los días previos a la eclosión del cuadro. Estas psicosis tienen una tendencia a la alternancia, es decir, una estructura polar muy característica, existiendo fluctuaciones entre cuadros de excitación con otros de retardo, con una remisión completa del episodio en un tiempo variable, que en general no excede de tres semanas, siendo frecuente que el paciente no guarde un recuerdo total de los síntomas, refiriendo que lo que sí recuerda lo vivencia de un modo análogo a los sueños. Es clara también la tendencia a la repetición de los episodios con buen pronóstico a largo plazo en el sentido de que no aparece deterioro, manteniéndose una buena adaptación familiar, social y laboral.

Deteniéndonos en los subtipos descritos por Leonhard, la *psicosis de angustia-felicidad* tiene como rasgos característicos la ansiedad intensa y fluctuante,

como angustia desconfiada, oscilando con sentimientos de felicidad, éxtasis y placidez, delirios místico-religiosos, preocupación por la muerte y alucinaciones auditivas y visuales complejas. Frente a la experiencia del maniaco con franca intranquilidad motora, la experiencia de felicidad en las psicosis cicloides es estática, calmada y placentera. La *psicosis confusional (incoherente-estuporosa)* tiene como síntoma esencial un trastorno del pensamiento, que puede consistir en aceleración y ruptura de la línea directriz con verborrea que en ocasiones llega a la incoherencia, o bien puede estar muy lentificado. Aparecen también falsos reconocimientos, confusión mental y perplejidad o estupor. Por último, la *psicosis de la motilidad (acinética-hipercinética)* alterna fases de hipercinesia y de acinesia, siendo los síntomas más característicos las hipercinesias expresivas y pseudoexpresivas, los movimientos pseudoespontáneos y en cortocircuito, las paracinesias y la inmovilidad de tipo cataléptico con rigidez mímica y negativismo.

Perris (26) considera que en la clínica prácticamente no es posible distinguir estos tres tipos aisladamente, por lo que sería preferible hablar de las psicosis cicloides como un solo grupo. Barcia insiste en el hecho de la gran labilidad o variabilidad sintomatológica y la bipolaridad excitación-retardo presentes en estas psicosis, en cada episodio y entre diferentes episodios, considerándolo un aspecto esencial y el carácter diferenciador más importante de las psicosis cicloides respecto a otras formas de psicosis endógenas y reactivas. También considera, siguiendo a Leonhard, que un cuadro relativamente estable es incompatible con el diagnóstico de psicosis cicloide.

Existen unos criterios diagnósticos para este trastorno desarrollados por Perris y Brockington (27):

- a) Condición psicótica aguda entre los 15 y los 50 años.
- b) Comienzo repentino en unas cuantas horas o, como mucho, unos cuantos días.
- c) Para el diagnóstico definitivo se requiere la concurrencia de, al menos, cuatro de los siguientes síntomas:
 1. Confusión en algún grado, frecuentemente expresada como perplejidad.
 2. Delirios con humor incongruente, de cualquier tipo, la mayoría de las veces de contenido persecutorio.
 3. Experiencias alucinatorias, de cualquier tipo, a menudo relativas al temor a la muerte.
 4. Una arrolladora, espantosa y persuasiva experiencia de ansiedad, no relacionada con una particular situación o circunstancia.
 5. Profundos sentimientos de felicidad o éxtasis, la mayoría de las veces de tonalidad religiosa.

ORIGINALES Y REVISIONES

6. Alteraciones de la motilidad de tipo acinético o hipercinético.
 7. Una particular preocupación por la muerte.
 8. Cambios de humor en origen, no lo bastante pronunciados como para justificar el diagnóstico de trastorno afectivo.
- d) No hay una constelación sintomatológica fija, por el contrario, los síntomas pueden cambiar frecuentemente en el curso del mismo episodio, desde luego mostrando características bipolares.

En cuanto a la cuestión del tratamiento, el hecho de que este diagnóstico sea poco aceptado provoca que haya escasos estudios, pero los datos disponibles indican que las psicosis cicloides responden favorablemente al TEC y al tratamiento neuroléptico en la fase aguda. Leonhard se oponía al tratamiento crónico de mantenimiento para estos cuadros, aunque otros autores como Perris han sugerido la posibilidad de emplear litio solo o más raramente junto a un neuroléptico para disminuir la frecuencia de aparición de los episodios a largo plazo, lo que no se consigue si se emplean sólo neurolépticos. Barcia, entre otros, también señala que un tratamiento eficaz para la rápida remisión de los episodios agudos y para la prevención de recidivas es la combinación de butirofenonas con valproato o carbamazepina.

Para completar esta revisión, queremos referirnos a otra entidad clínica con importantes semejanzas con las psicosis cicloides: las *psicosis atípicas*. En la actualidad, la psiquiatría japonesa acepta este diagnóstico como un trastorno diferenciado. Según Mitsuda, el cuadro clínico se caracterizaría por manifestaciones caleidoscópicas y en rápida fluctuación. Inicialmente son frecuentes las alteraciones emocionales, luego estados oniroides y confusionales, con delirios y alucinaciones. La mayoría de las veces el curso es episódico o periódico y el pronóstico favorable. Sin embargo, a diferencia de las psicosis cicloides de Kleist y Leonhard, no se produce una remisión completa en todos los casos y sí puede haber una evolución hacia un síndrome defectual. Esto hace especialmente complicado el diagnóstico diferencial con la esquizofrenia en algunos casos. Mitsuda planteó una posible relación entre las psicosis atípicas y la epilepsia por semejanzas en el cuadro clínico, el curso, la elevada incidencia de alteraciones electroencefalográficas y una alta tasa de incidencia de epilepsia en familiares de pacientes.

Conclusiones

Después del trabajo de revisión bibliográfica que hemos llevado a cabo en relación con el posible diagnóstico del paciente descrito, hay varios puntos que han llamado nuestra atención y sobre los que querríamos hacer algún comentario

adicional ya desde el punto de vista de nuestra opinión personal, así como plantear posibles controversias objeto tal vez de futuros debates.

En primer lugar, hemos comprobado cómo distintos autores, al hablar de las psicosis agudas, señalan que la *mayoría* de los casos llegan a una remisión plena. Esto nos hace preguntarnos qué ocurre con ese pequeño porcentaje de casos que no terminan en remisión. Nos parece que, en esos casos, posiblemente sería necesario recurrir a otros diagnósticos, probablemente esquizofrenia, para describir el cuadro. En nuestra opinión, e intentando acotar algo un terreno nosológico difícil, creemos que sería conveniente reservar el diagnóstico de *psicosis aguda* para cuadros con plena remisión y, en caso de que ésta no se produzca, buscar el diagnóstico de psicosis crónica que más se aproxime a los hechos clínicos.

También nos gustaría llamar la atención sobre un hecho mencionado ya por distintos autores clásicos, como es la gran dificultad que reviste el diagnóstico diferencial entre una psicosis aguda y un episodio maniaco. Dificultad que debemos intentar salvar con una exploración psicopatológica lo más minuciosa posible, que permita intentar discriminar si lo que predomina es la alteración global de la vida psíquica y el trastorno del pensamiento o bien el trastorno del afecto. Creemos que es posible que, en el momento actual, se esté produciendo un cierto sobrediagnóstico de manía, tal vez equivocando como tal cuadros que encajarían bien en el perfil de las llamadas psicosis agudas.

Otro punto en el que queremos detenernos, todavía en relación con el grupo de las psicosis agudas, es el tema siempre controvertido de las *psicosis histéricas*, al que ya hicimos referencia en un trabajo anterior (29). Tras la revisión realizada, opinamos que en base a las características clínicas que describen estos cuadros, no parece fácil diferenciar las psicosis histéricas como una entidad individualizada del conjunto de las psicosis agudas, siendo además en nuestro entorno un diagnóstico con una importante carga estigmatizante y peyorativa, incluso entre los propios profesionales. Creemos que, ante síntomas *pseudopsicóticos* de tipo delirante o alucinatorio, que no impresionen de carácter psicótico genuino y que aparezcan sin gran relevancia en un contexto clínico neurótico, se puede recurrir al socorrido diagnóstico de trastorno disociativo. Pero, en casos de sintomatología psicótica florida, aunque ciertos rasgos histéricos colorean el cuadro, creemos más conveniente para el abordaje adecuado del paciente proceder a un diagnóstico de trastorno psicótico. No se nos escapa que es éste un tema complejo y que creemos que adolece de falta de estudios y reflexiones sobre el mismo que esperamos puedan ir produciéndose en el futuro.

Otra cuestión sujeta a cierta polémica es la relacionada con el diagnóstico y la ubicación nosológica de los llamados *trastornos esquizoafectivos*. Las clasificaciones actuales, como ya vimos, hablan de cuadros sin deterioro con mezcla de

síntomas esquizofrénicos y afectivos, más hacia el primer grupo en el caso del DSM-IV-TR y más hacia el segundo en caso de la CIE-10. Uno de los problemas que apreciamos en esta categoría es su posible mal uso en la práctica clínica habitual, empleándose algunas veces no para diagnosticar pacientes que cumplen criterios de esquizofrenia y de trastorno afectivo, sino para pacientes que no llegan a cumplir claramente ni unos ni otros. Se emplea a veces para crear una especie de continuo entre las dos grandes psicosis endógenas, como una especie de «esquizofrenia leve» o de «trastorno bipolar grave», lejos creemos de la intención de los autores de las citadas clasificaciones. Pero, estando en nuestro derecho de no comulgar con ellas, sí creemos necesario que cuando usemos su terminología, lo hagamos con propiedad.

En cuanto al tema de las psicosis cicloides, en nuestra revisión hemos observado que se insiste especialmente en la necesidad de ciertas características del *estado* del paciente, de cierto cortejo sintomatológico en el momento transversal que incluye la gran variabilidad de dichos síntomas, la perplejidad o confusión, etc., descuidando tal vez el aspecto del *curso*, de la evolución longitudinal del trastorno. En nuestra opinión, creemos que es importante reivindicar el diagnóstico de *psicosis cicloides*, pero sobre todo por las características que presenta la evolución de estos cuadros: episodios psicóticos agudos, con o sin desencadenante aparente, que ceden de forma rápida y completa, pero que suelen recidivar aunque sin que llegue a aparecer un deterioro. Opinamos que el curso del trastorno del paciente comentado encaja perfectamente en esta descripción. No creemos que sea un trastorno especialmente escaso sino que, posiblemente, muchos pacientes que podrían encajar en él se hallan tal vez diagnosticados de trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar o incluso de trastorno disociativo, entre otros. La vieja controversia entre curso y estado, que ha acompañado toda la historia del concepto «esquizofrenia» se nos plantea también aquí, en cierto modo. En opinión de nuestro grupo, un diagnóstico basado principalmente, aunque no de forma exclusiva, en el curso puede ser el más útil a la hora de diferenciar a pacientes que muchas veces son similares en sus manifestaciones en un momento puntual de su evolución. Reservar el término de esquizofrenia para cuadros psicóticos crónicos con deterioro, o bien paranoia si, siendo también crónicos, no existe tal deterioro. Y diferenciar entre trastornos bipolares o psicosis cicloides si, ante la presencia de fases con recuperación plena y sin deterioro, predomina el aspecto afectivo o bien el trastorno delirante-alucinatorio con cierta afectación global de la vida psíquica.

Consideramos que poder emplear este diagnóstico de psicosis cicloides tiene importancia no sólo a nivel teórico o académico, sino práctico en el abordaje diario de nuestros pacientes. La investigación psiquiátrica actual está muy lejos todavía de poder responder las cuestiones acerca de las causas, desarrollo, pronóstico o trata-

miento de las diferentes enfermedades mentales, y consideramos que una parte de la dificultad en encontrar estas respuestas estriba en que posiblemente se mezclan en nuestras categorías diagnósticas pacientes con trastornos muy diferentes. Creemos que los pacientes diagnosticables de psicosis cicloides son muy distintos a los que encajan en el concepto de esquizofrenia o trastorno bipolar, pero si no los separamos a la hora de llevar a cabo cualquier investigación, estaremos lejos de encontrar datos útiles para unos o para otros. Al no ser un diagnóstico reconocido oficialmente, tenemos muy pocos estudios sobre su epidemiología, características o tratamiento, lo que sin duda puede repercutir en que no se esté abordando a estos pacientes de la mejor manera posible, al no conocer con certeza cuestiones clave como, por ejemplo, si existe necesidad de terapéutica de mantenimiento o no, tema que enfrenta a distintos autores y que probablemente no podrá resolverse mientras no haya estudios amplios sobre pacientes con este trastorno. Estudios que necesitarán como condición previa que se llegue a un cierto reconocimiento del trastorno como tal.

Nuestra conclusión es que el diagnóstico de psicosis cicloide puede ser útil a la vez que necesario para describir a determinados pacientes con características similares y diferentes a otros grupos, lo que podrá permitir una mejor comprensión y terapéutica de unos y otros.

BIBLIOGRAFÍA

(1) OMS, *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*, Madrid, Meditor, 1992.

(2) ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, Barcelona, Masson, 2002.

(3) LUQUE LUQUE, R., *Psicosis agudas: análisis histórico, conceptual y clínico*, en DíEZ PATRICIO, A.; LUQUE LUQUE, R. (eds.), *Psicopatología de los síntomas psicóticos*, Madrid, AEN/Estudios, 2006.

(4) MAGNAN, V., *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, París, Bataille, 1893.

(5) KRAEPELIN, E., *Tratado de Psiquiatría*, octava edición (Edimburgo, Robertson, 1921).

(6) BLEULER, E., *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, Buenos Aires, Hormé, 1969.

(7) EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, Ch., *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Masson, 1998.

(8) EY, H., *Estudios sobre los delirios*, Madrid, Paz Montalvo, 1950.

(9) INSERM, «Classification française des troubles mentaux», *Bulletin de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*, 1969, 24, pp. 1-29.

(10) SOMMER, R., *Diagnostik der Geisteskrankheiten*, Viena y Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1894.

(11) WIMMER, A., *Psychogene Sindssygdomsformer, St. Hans Hospital 1816-1916*, Copenhagen, Jubilee Publication, Gad, 1916, pp. 85-216.

(12) STRÖMGREN, E., «The Development of the Concept of Reactive Psychoses», *British Journal of Psychiatry*, 1989, 154, pp. 47-50.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (13) STRÖMGREN, E., «Psychogenic Psychoses», en HIRSCH, S. R.; SHEPHERD, M. (eds.), *Themes and Variations in European Psychiatry*, Charlottesville, University Press of Virginia, 1974.
- (14) FAERGEMAN, P., *Psychogenic Psychoses. A Description and Follow-up of Psychoses Following Psychological Stress*, Londres, Butterworths, 1963.
- (15) HOLLENDER, M. H.; HIRSCH, S. J., «Hysterical Psychosis», *American Journal of Psychiatry*, 1964, 120, pp. 1.066-1.074.
- (16) MODESTIN, J.; SONDEREGGER, P.; ERNI, T., «Follow-up Study of Hysterical Psychosis, Reactive/Psychogenic Psychosis, and Schizophrenia», *Comprehensive Psychiatry*, 2001, 42, pp. 51-56.
- (17) LANGFELDT, G., *The Schizophreniform States*, Copenhagen, Munksgaard, 1939.
- (18) KASANIN, J., «Acute Schizoaffective Psychosis», *American Journal of Psychiatry*, 1933, 13, pp. 97-126.
- (19) CASTILLA DEL PINO, C., *Introducción a la psiquiatría. 2. Psiquiatría general. Psiquiatría clínica*, Madrid, Alianza, 1980.
- (20) SCHNEIDER, K., *Patopsicología clínica*, Madrid, Paz Montalvo, 1970.
- (21) BARCIA, D., *Psicosis cicloides*, Madrid, Triacastela, 1998.
- (22) BARCIA, D., *Tratado de Psiquiatría*, Madrid, Arán, 2000.
- (23) KLEIST, K., «Über Cycloide, Paranoide und Epileptoide Psychosen und über die Frage der Degenerationpsychosen», *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 1928, 23, pp. 1-17.
- (24) LEONHARD, K., «Cycloid Psychoses—Endogenous Psychoses Which Are Neither Schizophrenic nor Manic Depressive», *Journal of Mental Science*, 1961, 107, pp. 632-648.
- (25) LEONHARD, K., *Classification of Endogenous Psychoses and Their Differential Etiology*, Viena y Nueva York, Beckman, 1999.
- (26) PERRIS, C., «Leonhard and the Cycloid Psychoses», en BERRIOS, G. E.; PORTER, R. (eds.), *A History of Clinical Psychiatry. The Origin and History of Psychiatric Disorders*, Londres, Athlone, 1995.
- (27) PERRIS, C.; BROCKINGTON, I. F., «Cycloid Psychoses and their Relation to the Major Psychoses», en PERRIS, C.; STRUWE, G.; JANSSON, B. (eds.), *Biological Psychiatry*, Amsterdam, Elsevier, 1981.
- (28) MITSUDA, H., «The Concept of 'Atypical Psychosis' from the Aspect of Clinical genetics», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1965, 41, pp. 372-377.
- (29) GARCÍA-VALDECASAS CAMPELO, J., y otros, «Encuadre nosológico de la "psicosis histérica" versus psicosis agudas: Revisión a propósito de un caso», *Revista de la AEN*, 2005, XXV, 95, pp. 9-23.

* José García-Valdecasas Campelo, psiquiatra; Amaia Vispe Astola, enfermera especialista en Salud Mental; Desirée Díaz Melián, M.I.R., psiquiatría; Marta Martín Olmos, MIR Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Canarias. Consorcio Sanitario de Tenerife.
Correspondencia: jose_valdecasas@hotmail.com

** Fecha de recepción: 18-X-06.

CASOS CLÍNICOS

Identidad, relación y construcción del *self* en el encuentro psicoterapéutico

RESUMEN: Las distintas representaciones del *self* se van solapando, perfilando una identidad global que contiene matices propios de todas las representaciones sucesivas. Los autores aprovechan una viñeta clínica que parece contradecir este planteamiento.

PALABRAS CLAVE: *Self*, identidad, relación, psicoterapia.

SUMMARY: Several consecutive *self* representations overlap delineating a total identity containing aspects from all different perceived representations. Authors examine this subject departing from clinical vignette which seems to contradict this approach.

KEY WORDS: *Self*, identity, relation, psychotherapy.

1. *La buena muerte del señor A.*

El señor A. tuvo, según el relato de su hijo, lo que los curas y los médicos de otra época llamaban «una buena muerte». Era un hombre de 92 años que mantuvo una envidiable lucidez hasta el final de su vida. Una vez que decidió que iba a fallecer en casa y viendo que se acercaba el momento, le explicó a su hijo cómo deseaba que se hicieran las cosas. En la esquela debía describirse como sargento de *Gudaris*, el ataúd debía ir cubierto por una *ikurriña* y, a la salida del funeral debía bailarse un *aurresku* en su honor. Su hijo pudo acompañarle hasta el último instante, cerrando algunas heridas abiertas entre ellos y sintiéndose reconfortado por ese curioso honor que tanto apreciamos de acompañar a los seres queridos en su último viaje.

Nuestro hombre había expuesto en sus últimos deseos una síntesis de algo muy complejo: su propia identidad, o al menos una visión parcial pero clave de ella. Desea que se le recuerde de un modo determinado o, en otras palabras, comunica una representación ideal de sí mismo que le gustaría que fuera compartida por su entorno. Y en la elección de una representación por encima de otras podemos observar aspectos fundamentales de ese complejo proceso de construcción de identidad de nosotros los humanos. Quiere ser recordado como sargento de *Gudaris*. Como saben, los batallones de *gudaris* fueron organizados por el Gobierno Vasco en respuesta al golpe de estado del General Franco en julio de 1936. En el País Vasco y Navarra se respondió de forma muy diferente ante el alzamiento, con Álava y Navarra al lado de los golpistas, y Vizcaya y Guipúzcoa fieles a la causa republicana. En cualquier caso, los *gudaris* lucharon de forma organizada a lo largo de sólo diez meses, desde agosto de 1936 hasta la toma de Bilbao en junio de 1937 y la posterior rendición a los italianos en Santoña. En una larga vida, de nada menos que 92 años, escoge para ser recordado una visión de sí

mismo que sólo cubrió diez meses. No se presenta a su comunidad como hijo, amigo, padre, profesional, etc. sino con una identidad, coloreada por un cierto heroísmo, eso sí, pero decididamente breve.

2. *El proceso de construcción de la identidad*

El concepto más extendido sobre la construcción de la identidad o si quieren, de la representación del *self* predominante, señala como factor determinante del proceso el cúmulo de roles a lo largo de la vida. Cada experiencia nos sitúa en una posición que supone una representación de nosotros, y, así, en una reiteración continuada, vamos solapando y sumando representaciones sucesivamente, cada una de ellas matizando la anterior y haciéndonos más y más complejos. Pero el ejemplo del señor A., parece contradecir esta idea. La ropa que desea llevar para el último viaje es el uniforme de sargento de gudaris que lució con 23 años, durante diez meses, y no una acumulación de paños diferentes que corresponden a todas las épocas de su vida. Podríamos decir que no hay un proceso de construcción por acumulación sino más bien de elección de identidades entre un menú enormemente variado. El señor A. escoge una representación de sí determinada que no ha ocupado un tiempo importante en su vida, pero desde luego expresa una representación de su *self* que por diferentes motivos ha pasado a ocupar un lugar preeminente. Así pues, al menos en este caso diríamos que no hay acumulo sino elección. Obviamente, se podría añadir que la elección está determinada por el cúmulo de representaciones, pero de todos modos no se trata de una mera suma pasiva, sino que el sujeto parece tener un papel activo en la construcción de su propia identidad.

No disponemos de material para examinar en detalle porqué el señor A. escoge esa representación por delante de otras, pero parece evidente que está relacionada con una experiencia traumática, o si quieren, con una experiencia de elevado impacto emocional. Con el añadido de que el impacto emocional se produce tanto en la esfera individual como en la colectiva o social. Alrededor de esa representación podemos imaginar cadenas de representaciones propias y de su entorno, que matizan y resaltan las visiones del *self* que cada uno mantiene. Con esto el señor A. manifiesta la tendencia señalada por Terr (1983, 1985) respecto al papel de la experiencia traumática en la construcción de la identidad individual. Según esta autora, el sujeto adquiere una representación del *self* muy marcada emocionalmente que, de algún modo, queda grabada en su memoria y tiende a reproducirse a través de «reactuaciones» o «reactivaciones» de la representación (re-enactments). El sujeto se ve impelido a reactivar la representación del *self* pro-

CASOS CLÍNICOS

pia del evento traumático o, en ocasiones, a revivir como forma defensiva la representación del otro (el objeto) implicado en el evento. De ese modo, quienes sufren abusos en la infancia son a veces padres maltratadores, etc.

Terr, con este planteamiento aplica la conceptualización de la teoría dinámica de relaciones objetales y más específicamente, la propuesta de Kernberg (1980, 1984) de las díadas objetales relacionales, que podemos definir como representaciones internalizadas de las vinculaciones objetales fundamentales del sujeto en las que se combina una representación del *self* con una del objeto, ligadas por un afecto predominante. El mismo Kernberg también propone que la identidad vendría de la acumulación y solapamiento de las distintas díadas objetales relacionadas que se suceden en el tiempo.

Pero en el ejemplo que hemos relatado aparece una tercera vía de construcción identitaria. No se trataría de una mera acumulación de representaciones, ni de una representación que por la mera fuerza traumática de su historia ocupa el lugar preeminente, sino al parecer de una elección; de alguien que a la hora de presentarse ante los demás escoge en su amplio vestuario la ropa que desea y la muestra con orgullo en el viaje más importante.

3. *El papel del vínculo en la construcción de la identidad*

En cualquier caso, vemos que no hay identidad sin otro; no es posible construir el sí mismo sin la presencia de los demás, espejo que nos devuelve una imagen propia que nos define y nos limita. La construcción de la identidad está indisolublemente ligada a la vinculación con el objeto, con los demás. Desde un punto de vista psicoanalítico, la cuestión está fuera de duda, al menos desde el planteamiento de Fairbairn (1978) de la libido como buscadora de objeto y no de mera satisfacción, concepción que pone en marcha el grupo independiente británico y con él, el psicoanálisis moderno. La cadena de proyecciones e introyecciones que Klein (1932) propone como básicas en la construcción del *self* ya anticipaban el papel del objeto y por tanto del vínculo en el desarrollo del individuo. El bellísimo concepto lacaniano (1994) del estadio del espejo no hace sino resaltar la función constructora de la identidad del niño por parte de la mirada materna. Las propuestas de Bowlby (1969, 1973), hoy tan en boga, avanzaban ya la visión actual del vínculo como constructor de identidades.

Volvamos al ejemplo del comienzo. El señor A. muestra una identidad, para él valiosa, pero la muestra en un contexto relacional determinado muy rico en matices. Desea que su ataúd sea cubierto por una bandera, es decir, por un símbolo de la comunidad a la que pertenece. De hecho, se imagina envuelto, arropado por su

comunidad. Podríamos decir que en la mente del señor A. existe una representación del colectivo al que pertenece que le acoge, es decir cuenta con una percepción mutua de pertenencia; ellos sienten que él pertenece al igual que él siente que forma parte de ellos. Este aspecto matiza de modo relevante su identidad inicial. No se presenta como sargento de gudarís sólo, sino como sargento que pertenece y es acogido por el grupo. No es ya un luchador solitario, sino un guerrero del colectivo. Es fascinante además cómo el señor A. escoge como identidad representativa una ligada a la derrota y al sufrimiento; los gudarís perdieron la guerra, se rindieron en pocos meses, algunos fueron encarcelados, algunos fusilados. Podríamos pensar que la asunción de esa identidad ocurre precisamente ahora, cuando esa etapa de la historia reciente se lee en nuestra sociedad de modo oficialmente diferente y algunos valores antes descalificados hoy son vistos con respeto y admiración. Pero la realidad social no apoya este argumento; en muchos casos esa identidad valiosa ha permanecido muy viva a lo largo de los años, quedando simplemente escondida en la privacidad del sujeto o de su círculo más íntimo. Objetos relacionados con esa identidad escogida son atesorados por el individuo y la familia, al modo de objetos transicionales que ligan a las personas con su pasado y con las representaciones del *self* fundamentales que configuran los cimientos de su identidad.

Parecería pues que no es necesario el éxito para que una identidad adquiera valor para un sujeto en nuestro medio. El sacrificio, el heroísmo, la entrega al bien común, etc. están teñidos de una aureola de valor que permite a quienes cultivan esa representación verse cubiertos de virtudes cívicas. No es necesario buscar muy lejos para dar con posibles orígenes de esta actitud individual y colectiva: Cristo sería el personaje clave en este sentido; su sacrificio, su muerte, reviste el máximo valor para la sociedad cristiana. Cristo se configura como el máximo representante de la identidad del sacrificio. Cada héroe, en nuestro medio, es un pequeño Cristo y recibe en parte la admiración y el respeto que a Él le corresponde. «Nadie ama más que quien da la vida por sus hermanos», dice el Evangelio. Freud plantea en su trabajo *Tótem y Tabú* (1912-1913), posiblemente falto de rigor antropológico, pero sobrado de poder evocador, cómo la tribu se ve presa del remordimiento tras el asesinato del patriarca y cómo desde ahí se puede entender el sacrificio de uno de entre ellos como expiación de la culpa general.

La bandera en el ataúd añade además otro interesante matiz. La idea de muerte está muy unida en nuestro medio a la de disolución, a la desintegración. «Polvo eres y en polvo te convertirás», nos dicen. La imagen es muy evocadora de la disolución en la comunidad, del fallecido haciéndose uno con el grupo, disolviéndose en él y de algún modo fertilizándole. En su corto y poco conocido ensayo sobre *Lo percedero*, Freud (1915) avanza lo que luego desarrollará ampliamente en *Duelo y Melancolía* (1917): la libido se retira del objeto perdido y cae sobre el yo

CASOS CLÍNICOS

en un proceso complejo de renuncia y nueva disposición de la pulsión hacia nuevos objetos. La bandera sobre el féretro simbolizaría de modo muy poético esa impregnación del grupo social por el recuerdo del fallecido. La memoria del finado pasa a formar parte del colectivo y alcanza así una cierta supervivencia.

Volviendo al ejemplo, recordemos que el señor A. expresa un deseo más. Quiere que se baile un *aurresku* en su honor. El baile en sí tiene una historia interesante. Inicialmente, hasta el siglo pasado, era un baile que un hombre realizaba ante su pareja. Pretendía ser una exhibición de virilidad, de bravura, de fuerza y agilidad. El gallo orgulloso despliega todas sus plumas y alza la cresta ante su amada. En los últimos decenios se ha ido deslizando el significado hacia otros homenajes, de la mujer amada a cualquier persona: políticos, visitantes ilustres, recién casados, etc., y, últimamente, hacia un fallecido que merece un respeto especial o incluso hacia el viudo o la viuda. No disponemos de espacio aquí para examinar este aspecto, pero resulta enormemente interesante la construcción de tradiciones a través del establecimiento de rituales sociales que otorgan al colectivo la sensación de que sus costumbres se remontan al origen de los tiempos. Volviendo al señor A., diremos que el *aurresku* en su honor remata el vínculo con el colectivo. El *aurreskulari*, el primero de entre los bailarines de la fila en la configuración original de la danza, representa al grupo y expresa con sus movimientos el respeto y, sobre todo, el reconocimiento. Reconocimiento del sacrificio, del valor, de su pertenencia al grupo. La bandera representa el deseo del fallecido de ser uno de nosotros; la danza es la respuesta o la confirmación de ese deseo: efectivamente te reconocemos, eres uno de los nuestros y mereces nuestro respeto.

Observamos de este modo cómo el vínculo sostiene la identidad después de haberla construido. No hay identidad sin relación y tampoco sin relación, sin vínculo, puede la identidad sostenerse. Antonio Machado escribió: «Dicen que un hombre no es hombre mientras no escuche su nombre de labios de una mujer...». Podríamos extender el sentido de los versos para decir que todos somos quienes somos gracias al espejo de los demás; necesitamos el vínculo con el otro y con la sociedad en general para construir y sostener nuestra identidad, hasta en sus aspectos más íntimos.

4. *El encuentro psicoterapéutico como experiencia vincular y su papel en la construcción de una nueva identidad*

Saltemos por último a la terapia para reflexionar sobre el papel de la identidad y lo vincular en la misma. Cualquier encuentro terapéutico es una relación particular. Una relación de ayuda cargada de una asimetría que dificulta y facilita

a la vez el proceso. Se trata de una relación emocionalmente significativa, siendo esto posiblemente independiente de la técnica empleada y de la duración del proceso en sí. Hemos visto que unos meses de guerra bastan para construir una identidad que perdurará 90 años. Unos meses de terapia habrán sin duda de constituir un impacto emocional suficientemente significativo como para modelar en adelante la identidad del sujeto. Sintetizando, podemos señalar que la terapia facilita la adquisición por el paciente de una nueva identidad, o, dicho en términos más técnicos, el vínculo establecido en la terapia facilita a través de la repetición y el examen conjunto de emociones y vivencias, la modificación parcial de la representación interna del *self*. Ello se logra de modo explícito o implícito a través del examen continuado de la representación del terapeuta que el paciente maneja. La exploración continuada de las diferencias entre la representación del otro (y especialmente del terapeuta) en el paciente y la realidad del mismo ayuda de forma destacada a la construcción de esa nueva identidad para el paciente, idealmente más acorde con sus deseos y necesidades.

Sin duda, este proceso requiere tiempo. Siendo sinceros, debemos reconocer que las terapias breves sencillamente no existen. Los procesos que denominamos así se extienden como mínimo a cinco o seis meses de trabajo intensivo. Sólo en comparación con los abordajes clásicos psicoanalíticos de varias sesiones semanales y años de duración podemos considerar breves muchos de los abordajes actuales. Pero este proceso de cambio por goteo debe ser necesariamente prolongado. Una historia de los tiempos de las grandes expediciones africanas, cuando Burton y Speke recorrían el corazón del continente negro a la busca de las fuentes del Nilo, ilustra perfectamente esta cuestión. Se cuenta (Griffiths, 2004) que cuando los porteadores africanos acompañaban a los exploradores blancos, recorriendo sin pausa territorios fuera de su entorno que nunca habían visitado, paraban repentinamente en algún paraje, obligando a la caravana a detenerse y esperar unas horas o incluso algunos días. Inicialmente los exploradores entendían que la detención se debía a cansancio o temor pero en seguida comprendieron que los Masai no se veían afectados por uno u otro. Los nativos explicaron que cuando se viaja largas distancias sin detenerse, nuestra alma queda atrás y que periódicamente debemos parar a esperar a que nos alcance y retorne a nosotros. Puede verse fácilmente la riqueza conceptual de esta imagen; los nativos tenían razón; de vez en cuando necesitamos detenernos para reconstruir nuestra identidad, para volver a sentirnos parte del entorno, para volver a cargar de sentido nuestra representación del *self* y ligarla a las nuevas representaciones del entorno. No hacer esto conlleva una falta de identidad, una sensación de extrañeza, de despersonalización, compañera habitual de nuestro ritmo de vida actual, donde la lentitud se confunde con la pereza y la superficialidad se toma por diligencia.

CASOS CLÍNICOS

Podemos conceptualizar la terapia como un proceso de reconstrucción de la identidad a través del examen de los vínculos del paciente y en especial del vínculo que se establece entre paciente y terapeuta. Considero que esto es válido para cualquier terapia y en especial para aquellas que no se detienen en el examen de la conducta y sobre todo para aquellas modalidades en las que se trabaja con el significado emocional de las creencias en el contexto biográfico. Exponer los vínculos en su realidad y contrastar esta nueva percepción con las representaciones mantenidas hasta el momento del *self* y del objeto permitirán esa compleja tarea de construcción y reconstrucción de la propia identidad .

En una novela titulada *El arpa de hierba*, que muchos habrán leído, un grupo de personajes maravillosos, todos inadaptados, se refugian en una casa en un árbol para escapar del ambiente opresivo del pueblo sureño americano donde viven. Encontramos a un juez, jubilado y viudo que no quiere jugar el papel de «abuelete» que su hijo desea para él; a una sirvienta negra que cree ser india porque lleva trenzas; a una aprendiz de curandera, que conoce una sola receta y escapa de la presión de su hermana mayor que la quiere y la ahoga; y también al propio autor, adolescente, que sencillamente no sabe aún quien es. Estos personajes, extraños y llenos de ternura, suben a la casa del árbol y desde allí escuchan las voces que les llegan desde el «arpa de hierba», una pradera cercana que recoge y reproduce las voces y los sueños del cementerio cercano, donde reposan los amigos y los seres queridos. Allí en la casa del árbol, con el oído atento a esas voces, cada uno encuentra algo de sí mismo y re-construye una identidad nueva: «[Él] no sabía que [La casa del árbol] se trataba de un barco y sentarse en ella era hacerse a la vela a lo largo de la costa brumosa de todos los sueños». Era Truman Streckfus Persons, luego conocido como Truman García Capote e inmortalizado como Truman Capote.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BOWLBY, J., *Attachment and Loss*, I, Nueva York, Basic Books, 1969.
- (2) BOWLBY, J., *Attachment and Loss*, II, Nueva York, Basic Books, 1973.
- (3) CAPOTE, T., *El arpa de hierba*, Barcelona, Anagrama, 1991 (or. 1951).
- (4) FAIRBAIRN, R. W., *Estudio psicoanalítico de la personalidad*, Buenos Aires, Hormé, 1978 (or. 1952).
- (5) FREUD, S., «Tótem y Tabú», *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1981.
- (6) FREUD, S., «Duelo y Melancolía», *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1981.
- (7) FREUD, S., «Lo precedero», *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1981.
- (8) GRIFFITHS, J., *A Sideways Look at Time*, Nueva York, Tarcher/Penguin, 2004.
- (9) KERNBERG, O., *Internal World and External Reality: Objects Relations Theory Applied*, Nueva York, Jason Aronson, 1980.

- (10) KERNBERG, O., *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*, New Haven, Yale University Press, 1984.
- (11) KLEIN, M., *The Psychoanalysis of Children*, Londres, Hogarth Press, 1932.
- (12) LACAN, J., *La relación de objeto*, Buenos Aires, Paidós, 1994.
- (13) TERR, L. C., «Chowchilla Revisited: The Effects of Psychic Trauma Four Years after a School-bus Kidnapping», *Am. J. Psychiatry*, 1983, 140, 12, p. 1.543.
- (14) TERR, L. C., «Psychic Trauma in Children and Adolescents», *Psychiatric Clinics of North America*, 1985, 8, 4, p. 815.

* Miguel Ángel González Torres, departamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco, servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao; Arantza Fernández Rivas; Esther Fernández Martín, servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao.

** Fecha de recepción: 27-VI-2006.

«No pienses en un oso blanco». Sobre un caso de trastorno de la conducta alimentaria de larga evolución

Hoy en día es ampliamente aceptado que la psicoterapia, sola o en combinación con psicofármacos, es el tratamiento de elección en los trastornos del comportamiento alimentario (1) y (2). Aunque la terapia cognitivo-conductual es la más estudiada y la que se propone como de elección (3), (4) y (5), otras modalidades psicoterapéuticas han demostrado su eficacia (6) y (7). Algunos autores hablan de tratamientos secuenciados e integradores (8).

Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de anorexia nerviosa tipo mixto en tratamiento desde hacía 8 años, en la que se aplicó con éxito durante un ingreso una intervención psicoterapéutica en el marco de la Terapia Contextual o Terapia de Aceptación y Compromiso (9), (10) y (11).

La Terapia Contextual o Terapia de Aceptación y Compromiso surge en los años noventa dentro del paradigma conductista radical. Centra la intervención en el contexto verbal que envuelve la conducta, y no en la conducta misma. Parte de las ideas planteadas por Skinner (12) (dentro de la propia corriente conductista), que ya estableció la distinción entre la conducta moldeada por las contingencias y la conducta gobernada por reglas. La intervención no está destinada a la modificación directa de conductas, pensamientos o emociones, sino que está orientada a la modificación del contexto verbal en el cual se dan. De esta forma, la intervención no está destinada a la modificación directa de aquellas conductas, pensamientos o emociones que no pueden modificarse o eliminarse (entre otras cosas porque pueden ser inevitables y aun convenientes en determinadas circunstancias, por lo que hay que aceptarlo). Su objetivo terapéutico consiste en el cambio de la literalidad que el paciente otorga a su conducta verbal, de la explicación que da a su conducta, y la modificación de la valoración y el intento de control del paciente sobre su conducta problema. Las estrategias psicológicas (Hayes, McCurri, Afari y Wilson, 1991) utilizadas a tal efecto consisten particularmente en la intención paradójica y, sobre todo, el uso de metáforas y ejercicios experienciales, así como las pruebas de realidad de lo analizado en terapia (exposición a las contingencias naturales).

Caso:

Se trata de una paciente de 26 años con diagnóstico de Anorexia Nerviosa subtipo mixto (DSM-IV F50.0) desde los 18 años. La paciente creció en un entorno fami-

liar caracterizado por el control que sus padres efectuaban con frecuencia sobre su propia conducta. En el colegio fue objeto de burlas por su apariencia física, recordando como significativo el enorme éxito social de su mejor amiga, que destacaba por estar «extremadamente delgada». En el inicio presentaba vómitos ocasionales tras las comidas, hasta llegar a episodios diarios de atracón-vómito y una progresiva restricción alimentaria. El aumento de estos episodios correlacionaba con situaciones vitales ansiógenas (por ejemplo, el día de la boda, los conflictos constantes con su marido, y en general en las relaciones interpersonales), utilizando el atracón como «vía de escape» para los problemas y el control de la ansiedad. El vómito correspondiente cumple la función de evitar el aumento de peso. Previamente se habían puesto en marcha abordajes diversos: tratamiento combinado con psicofármacos (antidepressivos y BDZ a diferentes dosis), psicoterapia de apoyo de orientación dinámica, control periódico del peso, pautas de alimentación por parte del equipo de seguimiento y control del estado nutricional por parte del servicio de endocrinología. Durante un ingreso previo hacía un año en una situación clínica muy similar se llevó a cabo un abordaje psicoterapéutico centrado en analizar los conflictos interpersonales relacionados con las crisis. La recaída se produjo inmediatamente después del alta.

El ingreso actual se programa con el acuerdo de la paciente por descompensación severa tras un año de abandono del seguimiento ambulatorio a lo que se añade la sensación subjetiva de ineficacia del abordaje psicoterapéutico previo. En el momento en el que se decide el ingreso hospitalario la restricción alimentaria era extrema (con un BMI de 15) y presentaba episodios atracón-vómito cinco veces al día.

Durante la evaluación funcional queda patente que la falta de control sobre la ingesta y los vómitos se relacionan en buena medida con la existencia de pensamientos e imágenes intrusivos relacionados con la comida. La lucha interna por evitar estos pensamientos, las imágenes y la ansiedad perpetuaban la conducta, a pesar de que, lejos de producir alivio, intensificaban más la ansiedad. Esto es lo que Luciano y Hayes denominaron Trastorno de evitación experiencial (Luciano y Hayes, 2001). Según estos autores este trastorno funcional ocurre cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas (estados o sensaciones de su cuerpo, sus pensamientos o recuerdos o sus predisposiciones conductuales) y se comporta deliberadamente para alterar la forma o frecuencia de tales experiencias y las condiciones que las generan. El intento de control mediante la evitación lleva paradójicamente al efecto opuesto: aumenta la intensidad y la frecuencia de esos pensamientos y emociones que trata de evitar.

La hipótesis establecida desde esta perspectiva es que a la paciente le guiaba la regla verbal de evitación (construida culturalmente), según la cual se debe evitar y controlar cualquier evento interno desagradable (ya sean pensamientos, imágenes o emociones). Esta regla verbal, reforzada socialmente (sobre todo en su

CASOS CLÍNICOS

ambiente familiar), lleva a la paciente a afanarse en un intento de control. El propio intento de control (que no se modifica por las consecuencias, al estar guiado por una regla cultural) lleva paradójicamente al efecto opuesto: aumenta la intensidad y la frecuencia de esos pensamientos y emociones que trata de evitar. La terapia de aceptación y compromiso va a la raíz de este problema. El objetivo de esta terapia es cambiar el problema, no la conducta, de modo que puede incluso que la conducta problema no cambie su topografía pero puede, sin embargo, haber cambiado su función, dejando de ser problema. En nuestro caso, la paciente que temía la ansiedad, por ejemplo, no tiene por qué no seguir teniendo ansiedad (en aquellos casos en que sea inevitable o apropiada), pero lo decisivo es que no la teme. Al no temerla no la tiene como problema.

Tomando como punto de partida esta hipótesis se planificó la intervención utilizando herramientas de la Terapia de Aceptación y Compromiso. A diferencia de otras estrategias en el marco de la terapia cognitivo-conductual, el objetivo no fue cambiar o extinguir la conducta (ganas de atracón, pensamientos e imágenes mentales de comida, y la ansiedad), sino producir cambios en el problema (rígidos intentos de control). Se plantearon las siguientes metas terapéuticas (13):

- 1.–Establecer un estado de desesperanza creadora, frustrando las pretensiones de la paciente de evitar los pensamientos y la ansiedad.
- 2.–Señalar el control como parte del problema y proponer ejercicios experienciales.
- 3.–Diferenciar entre la persona y la conducta.
- 4.–Abandonar la lucha contra las emociones y pensamientos, lo que supone aceptarlos.
- 5.–Establecer un compromiso de actuar en la dirección de sus valores personales, sin que la evitación de experiencias trastorne su camino en la vida.

Los cambios se objetivaron ya a lo largo del ingreso. La paciente comenzó a tolerar la presencia de los pensamientos e imágenes relacionados con la comida y la ansiedad en determinados momentos del día. Posteriormente consiguió abandonar la lucha contra ellos hasta que desaparecieron. En los seguimientos que se realizaron tras el alta se mantenía la mejoría en este sentido. La frecuencia y magnitud de los atracones se había reducido a tres a la semana, que se reflejó en un aumento mantenido del peso en un rango más saludable (BMI = 17).

Discusión:

La terapia contextual o terapia de aceptación y compromiso no se ha practicado tradicionalmente en casos de trastornos de la conducta alimentaria. Consideramos

que puede ser útil la aplicación de determinadas estrategias procedentes de esta modalidad terapéutica en el marco de un programa de tratamiento global diseñado a partir de una formulación del caso desde una perspectiva integradora.

En este caso el abordaje de las conductas restrictivas y de atracón-vómito con esta herramienta terapéutica se ha mostrado eficaz para lograr los objetivos propuestos para el alta y para la prevención de recaídas a medio plazo. Sin embargo, existen otros aspectos en las áreas de las relaciones interpersonales y de la identidad que necesitarán un abordaje posterior.

El éxito de la intervención en esta paciente puede ser explicado en base a varios factores que pueden ser tenidos en cuenta para otros posibles casos:

1.–La fase del proceso de cambio en el que se encuentra la paciente en el momento del ingreso. Según el modelo de Prochaska y DiClemente, nos encontramos a la paciente en un estadio de acción, donde las intervenciones de orientación conductual se proponen como las más eficaces.

2.–El análisis funcional guía los objetivos y estrategias terapéuticas a utilizar en cada caso. La aplicación manualizada de estrategias (por ejemplo cognitivo-conductuales) en función de una etiqueta diagnóstica (un trastorno de alimentación) está destinada al fracaso.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) GORE, S. A.; VANDER, J.; THELEN, M. H., «Treatment of Eating Disorders in Children and Adolescents», *Body Image, Eating Disorders and Obesity in Youth*, 2001, A.P.A., Washington D.C.
- (2) ROBIN, A.; GILROY, M.; BAKER, D., «Treatment of Eating Disorders in Children and Adolescents», *Clinical Psychological Review*, 1998, 18, pp. 421-446.
- (3) CALVO, R., *Anorexia y Bulimia: Guía para padres, educadores y terapeutas*, Planeta Prácticos, 2002.
- (4) CUMMING, M., y otros, «Developing and Implementing a Comprehensive Program for Children and Adolescent with Eating Disorders», *Adolescent Psychiatric Nursing*, 2001, 14, 3, pp. 167-178.
- (5) STEINER, H., «Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Children and Adolescents: a Review of the Past 10 Years», J.A.A., *Child and Adolescent Psychiatric*, 1998.
- (6) FAIRBURN, Ch., «Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa», en GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E., *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, Nueva York, the Guilford Press, 1997.
- (7) DARE, C.; EISLER, I., «Family Therapy for Anorexia Nervosa», en GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E., *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, Nueva York, the Guilford Press, 1997.
- (8) GARNER, D. D.; NEEDLEMAN, L. D., *Sequencing and Integration of Treatments*, en GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E., *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, Nueva York, the Guilford Press, 1997.
- (9) HAYES, S. C., y otros, *Acceptance and Commitment Therapy. A Therapy Manual for the Treatment of Emotional Avoidance*, Reno, Context Press, 1991.

CASOS CLÍNICOS

(10) HAYES, S. C.; WILSON, K., «Some Applied Implication of a Contemporary Behavior-Analytic Account of Verbal Events», *The Behavior Analyst*, 1993, 16, pp. 283-301.

(11) LUCIANO, C.; HAYES, S. C., «Trastorno de evitación experiencial», *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2001, 1, pp. 109-157.

(12) SKINNER, B. F., *Verbal Behavior*, Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1957.

(13) HAYES, S. C., «A Contextual Approach to Therapeutic Change», en JACOBSON, N. (ed.), *Psychoterapist in Clinical Practice Cognitive and Behavioral Perspective*, 1984, Nueva York, Guilford Press.

* Marcos López Hernández-Ardieta, P.I.R.; María Diéguez Porres, psiquiatra. Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares. *Correspondencia*: mlopez.ha@gmail.com

** Fecha de recepción: 12-XII-06.

MÁRGENES DE LA PSIQUIATRÍA

Una visión de la locura: el caso Breton

Diferentes corrientes de pensamiento, artísticas e ideológicas han abogado por una visión de la locura como un estado mental propicio para la creación, un estado que posibilita el acceso a un plano alternativo que permite aflorar ciertas aptitudes por lo general constreñidas. Ya en la modernidad los autores del romanticismo, siempre en busca de la inspiración arrebatadora que sume al sujeto en un estado alterado que impele a la creación, son un claro exponente de tal creencia, de hecho tienen a la locura como el fundamento positivo de la normalidad y no como una elaboración secundaria, deficitaria; y más recientemente simbolistas y dadaístas son de la misma opinión. Claro está que todos son conscientes del sufrimiento que causa la locura a quien la padece, pero, como décadas más tarde hará la antipsiquiatría, creen que la culpa de tal sufrimiento es externa, social, de un entorno que no logra asimilar al diferente, al loco.

En esta misma línea se sitúa el surrealismo, que entiende la locura como un estado privilegiado cuyo delirio es fuente de placer a la vez que materia prima para la creación artística y defiende su valor lamentando que sea objeto de persecución por los órganos represores de la sociedad: Breton afirma que «todos sabemos que los locos deben su internamiento a un reducido número de actos jurídicamente reprobables, y que, en la ausencia de estos actos, su libertad (la parte visible de su libertad) no sería puesta en tela de juicio»¹; y en el tercer número de *La révolution surréaliste* se publica una carta dirigida a los médicos jefe de los manicomios, escrita por Desnos pero asumida por todo el grupo surrealista, donde se discute el valor de la ciencia psiquiátrica para entender el espíritu humano tachándola de simple mecanismo represor, pues no hay un intento serio de acercamiento al loco, a sus expresiones, a las que califican de jerga ininteligible, de ensalada de palabras: «No admitimos que se obstaculice el libre desarrollo de un delirio, tan legítimo, tan lógico como cualquier otra sucesión de ideas o de actos humanos. La represión de las reacciones antisociales es tan quimérica como inaceptable. Todos los actos individuales son antisociales. Los locos son las víctimas individuales por excelencia de la dictadura social; en nombre de esta individualidad que es lo propio del hombre, exigimos que se libere a estos galeotes de la sensibilidad, pues además no es potestad de las leyes encerrar a todos los hombres que piensan y actúan»².

Y dentro de la locura el surrealismo tiene a la histeria como modelo de toda creación, Breton y Aragon, situándose en un polo de la dicotomía entre la histeria

¹ BRETON, A. (1924), «Manifiesto del surrealismo», en *Manifiestos del surrealismo*, Madrid, Visor, 2002.

² «Lettre aux médecins-chefs des asiles de fous», *La révolution surréaliste*, 3, 1925.

como obstáculo y la histeria asumida y superada en la expresión estética, escriben un texto que se enfrenta al punto de vista médico, denigrando particularmente a Babinski, que sólo sabe ver en la histeria una mera enfermedad dejando a un lado su potencial creativo que le ha hecho mutar a través de los tiempos despistando a los teóricos que han intentado constreñirla en un tipo clínico; en este artículo la definen como el mayor descubrimiento poético de finales del siglo XIX y afirman que «la histeria es un estado mental, más o menos irreducible, que se caracteriza por la subversión de las relaciones que se establecen entre el sujeto y el mundo moral del cual cree depender [...]. Este estado mental se funda en la necesidad de una seducción recíproca que explica los milagros apresuradamente aceptados de la sugestión (o contrasugestión) médica. La histeria no es un fenómeno patológico y a todos los efectos puede considerarse como un medio supremo de expresión»³.

Claro está que estas afirmaciones generan la reacción del cuerpo médico, exacerbada por la lectura de las siguientes frases de *Nadja*: «Yo sé que si estuviera loco, tras llevar internado algunos días, aprovecharía alguna *mejoría* de mi delirio para asesinar a sangre fría al primero que se pusiera a mi alcance, al médico a poder ser»⁴; frases intercaladas en un discurso del narrador que cataloga a los manicomios como fábricas de locos, en los que es fácil entrar pero casi imposible salir, más difícil que de un convento, y que denuncia la detestable frecuencia de los internamientos arbitrarios. Tras haber leído la novela y probablemente los artículos mencionados, Abély escribe en *Annales médico-psychologiques*⁵ que el estamento médico debería tomar cartas en el asunto y pedir la retirada de la novela al editor además de demandar judicialmente al autor por difamación e incitación al asesinato; y este artículo suscita una reunión de la Société médico-psychologique en la que se pregunta sobre el vínculo existente entre el estado mental de los surrealistas y las características de sus obras, a lo que Janet responde que «las obras de los surrealistas son, ante todo, confesiones de seres obsesos y dubitativos»⁶. A estas reacciones Breton responde en un artículo en el que proclama la necesidad de «alzarnos contra el insoportable, contra el creciente abuso de poder de cierta gente que cada vez consideramos menos médicos y más carceleros y, sobre todo, abastecedores de prisiones y cadalsos»⁷, cerrando así por su parte un

³ BRETON, A.; ARAGON, L., «Le cinquantenaire de l'hystérie (1878-1928)», *La révolution surréaliste*, 11, 1928.

⁴ BRETON, A. (1928), *Nadja*, Madrid, Cátedra, 2000.

⁵ ABÉLY, P., «Légitime défense», *Annales médico-psychologiques*, 1929.

⁶ Cit. en BRETON, A. (1930), «Segundo manifiesto del surrealismo», en *Manifiestos del surrealismo*, Madrid, Visor, 2002.

⁷ BRETON, A., «La médecine mental devant le surréalisme», *Le surréalisme au service de la révolution*, 2, 1930.

asunto que se había abierto años antes en el Congreso Internacional de Psiquiatría que tuvo lugar en Blois, en 1927, y donde en su sesión inaugural Georges Raviat pronunció una conferencia titulada *La noción de responsabilidad en la práctica médica* en la que arremetía contra periodistas y magistrados que osaban conculcar su derecho inalienable a disponer de la libertad de quienes estaban a su cargo.

Todo este interés por la locura, y particularmente por la histeria, no es algo extravagante o arbitrario para los integrantes del movimiento surrealista sino fundamental pues sus autores trabajan con los automatismos psíquicos y la histeria es la expresión física de un automatismo psíquico, y por eso la entienden como un mecanismo expresivo más del ser humano que ante la decepción, la frustración, la agresión o el sufrimiento elige una sintomatología para hacerse escuchar, a pesar de que a veces le pueda conducir al desequilibrio, a la disociación mental o incluso a la muerte. Esto nos remite a la famosa frase con la que Breton acaba su *Nadja*: «La belleza será CONVULSIVA o no será»⁸, que se retrotrae así a lo histérico convulso, es decir, a esa capacidad de la histeria para subvertir el orden imperante pues para él, como surrealista, la histeria, a la que separa de otras especies de locura, es un lenguaje, una forma de expresión, un trabajo poético cuya forma subversiva pone en solfa las formas literarias y artísticas admitidas para sacar a la luz un nuevo universo formal.

Claro que no todos los hombres caen en la locura, y menos de una forma premeditada, pero sí soñamos todos y el sueño puede entenderse como una especie de locura transitoria, configurándose así como un mecanismo para acceder a un espacio privilegiado. Lo que Breton busca con el surrealismo, tal como lo expone en su primer *Manifiesto*, es superar la aparente contradicción entre el estado del sueño y el de la vigilia elaborando un nuevo estado, una especie de realidad absoluta, es decir, una superrealidad. Nunca deja de estar convencido de que ha de existir cierto punto en el espíritu desde el cual vida y muerte, real e imaginario, pasado y futuro, sensación y representación, razón y locura, dejen de percibirse como contradicciones, como dicotomías que entorpecen el pensamiento.

El surrealismo mismo se define como «un automatismo puro que se propone expresar, de forma verbal o de cualquier otra, el funcionamiento real del pensamiento. Es un dictado del pensamiento, sin la intervención reguladora de la razón, ajeno a toda preocupación estética o moral»⁹. En este sentido el pintor ostenta una libertad absoluta para dejar que el pincel se mueva por la tela y haga surgir así formas provenientes directamente de lo inconsciente, y una técnica análoga en el campo literario es la escritura automática, en la que sin ningún guión preconcebido

⁸ BRETON, A. (1928), *Nadja*, Madrid, Cátedra, 2000.

⁹ BRETON, A. (1924), «Manifiesto del surrealismo», en *Manifiestos del surrealismo*, Madrid, Visor, 2002.

do se deja correr la pluma por el papel escribiendo lo primero que venga a la mente, sin censuras de tipo alguno. En esta técnica tan apreciada se observa claramente la influencia del psicoanálisis pues es un trasunto de la asociación libre en que se basa el método freudiano como mecanismo para recoger elementos que servirán para construir la llamada novela psicoanalítica.

De hecho, en el movimiento surrealista se aprecia la huella del psicoanálisis por todas partes pues sus conceptos suponen una mina: Edipo, el simbolismo sexual y la interpretación de los sueños son fuente de inspiración. Por otro lado, el mismo Breton, que estudia medicina aunque sin llegar a licenciarse, recurre al psicoanálisis para entender a los soldados traumatizados internados en el hospital de Nantes al que le destinan en la I Guerra Mundial, siendo testigo de ataques histéricos en los convalecientes, condenados a revivir los horrores de las trincheras en terribles pesadillas o torturados por la visión de ciertos objetos que les provocan miedos indecibles; tal experiencia le empuja a visitar la Salpêtrière en 1917 convirtiéndose en asistente temporal de Babinski, y posiblemente esa experiencia que le permite apreciar de primera mano el estado de abandono psicológico en el que las instituciones médicas dejan a los soldados afectados por neurosis de guerra le hace aborrecer tanto la guerra misma como estas instituciones. Y hay que recordar que no sólo Breton tiene una formación médica sino también muchos otros integrantes del movimiento surrealista, como Aragon, Boiffard, Ernst o Naville, y muchos de ellos se psicoanalizan, como Crevel, Queneau, Artaud, Leiris o Bataille; y las teorías psicológicas que de esta manera van asimilando las aplican a sus actividades.

Pero el automatismo, central en el surrealismo, es simplemente un mecanismo y a los mismos surrealistas sólo les interesa como puerta de entrada a los mecanismos profundos de la mente; además muchas veces se trata de un automatismo un tanto dirigido, y los productos surrealistas en multitud de ocasiones no están en consonancia con el criterio estético de sus autores ni de sus correligionarios, por lo que el asunto de que se trata se dirime en otro campo. No tiene tanto que ver con exprimir la capacidad de asociación libre del autor para evacuar elementos que conformen una obra más o menos sorprendente, extravagante o audaz, sino que lo importante es darse cuenta de que como Breton mismo afirma se trabaja con la materia prima del lenguaje: «¿De qué se trataba pues? Nada menos que de volver a descubrir el secreto de una lengua cuyos elementos dejaran de comportarse como restos de naufragio en la superficie de un mar muerto. Para ello era necesario sustraer el lenguaje al uso de día en día más utilitario que se le daba, lo cual constituía el único medio de emancipar las palabras y de devolverles toda su fuerza»¹⁰. Desde

¹⁰ BRETON, A. (1953), «El surrealismo en sus obras vivas», en *Manifiestos del surrealismo*, Madrid, Visor, 2002.

el momento en que se toma conciencia de esto, de que todos tenemos la llave del depósito en el que guardamos los secretos de la lengua, cualquier procedimiento es secundario pues cualquiera nos puede servir para expresarnos.

No puedo abandonar este asunto sin precisar que para la mayoría de sus artífices, el movimiento, sus técnicas, sus obras e incluso esa conciencia de la fuerza del lenguaje que poseemos no son nada más que la herramienta necesaria para revolucionar los espíritus, una especie de carga de profundidad que penetra en nuestra mente y nos induce más tarde o más temprano a abandonar este mundo burócrata y ruin por otro. De hecho en su *Segundo manifiesto* Breton llama a las armas: «Todo está aún por hacer, todos los medios son buenos para aniquilar las ideas de *familia, patria y religión*. [...]. Y como sea que del grado de resistencia que esta idea superior [la surrealista] encuentre depende el avance más o menos seguro del espíritu hacia un mundo que, al fin, resulte habitable es comprensible que el surrealismo no tema adoptar el dogma de la rebelión absoluta, de la insubmisión total, del sabotaje en toda regla, y que tenga sus esperanzas puestas únicamente en la violencia. El acto surrealista más puro consiste en bajar a la calle, revólver en mano, y disparar al azar, mientras a uno le dejen, contra la multitud. Quien no haya tenido, por lo menos una vez, el deseo de acabar de esta manera con el despreciable sistema de envilecimiento y cretinización imperante, merece un sitio entre la multitud, merece tener el vientre a tiro de revólver»¹¹. Tal diatriba la dirige Breton a los jóvenes, los puros, los únicos que pueden enarbolar con éxito esa bandera de la liberación del pensamiento, y será ensalzada por Benjamin al recordar que, desde Bakunin, Europa carece de un concepto radical de libertad y que los surrealistas son los primeros en destruir el ideal liberal-moral-humanista convencidos de que es posible una libertad que comprada a un alto precio se pueda disfrutar sin restricciones, sin cálculos programáticos.

Ángel Cagigas

¹¹ BRETON, A. (1930), «Segundo manifiesto del surrealismo», en *Manifiestos del surrealismo*, Madrid, Visor, 2002.

Carta a los médicos jefe de los asilos de locos¹

Señores,

las leyes y la costumbre les conceden el derecho de medir el espíritu. Esta jurisdicción soberana, temible, la ejercen con su entendimiento. Déjenlos reír. La credulidad de los pueblos civilizados, de los científicos, de los gobernantes, adorna a la psiquiatría de vete a saber qué luces sobrenaturales. El juicio a su profesión está sentenciado de antemano. No pretendemos discutir aquí el valor de su ciencia ni la dudosa existencia de las enfermedades mentales. ¿Pero compaginan ustedes alguna tentativa noble para ponerse en contacto con el mundo cerebral donde viven tantos de sus prisioneros por cada cien patogenias pretenciosas donde se desata la confusión entre materia y espíritu, por cada cien clasificaciones de las que las más vagas siguen siendo las más útiles? ¿Para cuántos de ustedes el sueño de un demente precoz, las imágenes que le apresan, son algo más que una ensalada de palabras?

No nos asombra encontrarles inferiores para una tarea para la que hay pocos predestinados. Pero nos sublevamos contra el derecho atribuido a los hombres, limitados o no, de sancionar con el encarcelamiento perpetuo sus investigaciones en el campo del espíritu.

¡Y qué encarcelamiento! Se sabe —no lo bastante— que los asilos lejos de ser *asilos*, son prisiones espantosas donde los detenidos suministran mano de obra gratuita y cómoda, donde la crueldad es regla, y todos toleran esto. El asilo de alienados, bajo el manto de la ciencia y la justicia, es comparable al cuartel, a la prisión, al presidio.

No plantaremos aquí la cuestión de los internamientos arbitrarios, para evitarles la molestia de una salida fácil. Afirmamos que gran número de sus huéspedes, perfectamente locos según la definición oficial, están internados arbitrariamente. No admitimos que se obstaculice el libre desarrollo de un delirio, tan legítimo, tan lógico como cualquier otra sucesión de ideas o de actos humanos. La represión de las reacciones antisociales es tan quimérica como inaceptable. Todos los actos individuales son antisociales. Los locos son las víctimas individuales por excelencia de la dictadura social; en nombre de esta individualidad que es lo propio del hombre, exigimos que se libere a estos galeotes de la sensibilidad, pues además no es potestad de las leyes encerrar a todos los hombres que piensan y actúan.

¹ «Lettre aux médecins-chefs des asiles de fous», *La révolution surréaliste*, 3, 15-4-1925, p. 29; trad. Ángel Cagigas.

Sin insistir en el carácter perfectamente genial de las manifestaciones de algunos locos, en la medida en que somos capaces de apreciarlas, afirmamos la legitimidad absoluta de su concepción de la realidad y de todos los actos que de ella se desprenden.

Recuérdelo mañana por la mañana a la hora de la visita, cuando intenten sin léxico hablar con estos hombres sobre los que, reconózcanlo, no tienen más ventaja que la de la fuerza.

El cincuentenario de la histeria (1878-1928)¹

Nosotros, surrealistas, queremos celebrar aquí el cincuentenario de la histeria, el mayor descubrimiento poético de finales del siglo XIX, y esto en el momento mismo en que el desmembramiento del concepto de histeria parece un hecho consumado. Nosotros, que nada amamos tanto como a esas jóvenes histéricas, cuyo tipo perfecto nos lo facilitó la observación relativa a la deliciosa X. L. (Augustine) ingresada en la Salpêtrière en el Servicio del doctor Charcot el 21 de octubre de 1875 a la edad de quince años y medio, estamos muy afectados por la laboriosa refutación de los trastornos orgánicos, cuyo proceso no será el de la histeria más que a ojos de los simples médicos. ¡Qué lástima! Babinski, el hombre más inteligente que haya acometido este empeño, osaba publicar en 1913: «Cuando una emoción es sincera, profunda, e impresiona al alma humana, ya no hay lugar para la histeria». Esto no deja de repetírsenos. Freud, quien debe tanto a Charcot, recuerda la época en que, según el testimonio de los supervivientes, los internos de la Salpêtrière confundían sus deberes profesionales y sus afanes amorosos cuando, al caer la noche, las enfermas se veían con ellos fuera o les recibían en su cama. Luego enumeraban pacientemente, en pro de la causa médica que no se defiende, las posturas pasionales llamadas patológicas que les eran, y nos son todavía humanamente, tan preciosas. Cincuenta años después, ¿ha muerto la escuela de Nancy? ¿Se le ha olvidado todo esto al doctor Luys, si es que vive todavía? ¿Pero dónde están las observaciones de Neri sobre el terremoto de Mesina? ¿Dónde están los zuavos torpedeados por el Raymond Roussel de la ciencia, Clovis Vincent?

A las diversas definiciones de la histeria que se han dado hasta hoy día, la histeria divina en la Antigüedad, la infernal en la Edad Media, de los poseídos de Loudun a los flagelantes de Nôtre Dame des Pleurs (¡viva madame Chantelouve!), definiciones míticas, eróticas o simplemente líricas, definiciones sociales, definiciones científicas, es demasiado fácil oponer la de «enfermedad compleja y protiforme llamada histeria que escapa a toda definición» (Bernheim). Seguro que los espectadores de la hermosa película *La brujería a través de las épocas* recordarán haber encontrado en la pantalla o en la sala enseñanzas más vivas que las de los libros de Hipócrates o de Platón donde el útero brinca como una cabritilla, de Galeno que inmoviliza a la cabra, de Fernel que la vuelve a hacer andar en el siglo XVI y la siente bajo su mano remontarse hasta el estómago; han visto crecer, crecer los cuernos de la bestia hasta convertirse en los del diablo. A su vez el diablo hace mutis por el foro. Las hipótesis positivistas se reparten su herencia. La crisis de histeria toma forma a expensas de la histeria misma, con su aura soberbia, sus

¹ Louis ARAGON, André BRETON, «Le cinquantenaire de l'hystérie», *La révolution surréaliste*, 11, 15-3-1928, pp. 20-22; trad. Ángel Cagigas.

cuatro etapas de las que la tercera nos paraliza como los cuadros vivos más expresivos y más puros, su resolución simple a la vida normal. En 1906 la histeria clásica pierde sus rasgos: «La histeria es un estado patológico que se manifiesta a través de trastornos que se pueden reproducir mediante sugestión, en algunos sujetos, con una exactitud perfecta y que son susceptibles de desaparecer bajo la influencia de la simple persuasión (contrasugestión)» (Babinski).

No vemos en esta definición más que un momento del devenir de la histeria. El movimiento dialéctico que la ha hecho nacer sigue su curso. Diez años más tarde, bajo el disfraz deplorable del pitiatismo, la histeria se dispone a recuperar sus derechos. El médico se queda atónito. Quiere negar lo que no le incumbe.

Así pues, nosotros proponemos, en 1928, una definición nueva de la histeria: «La histeria es un estado mental, más o menos irreducible, que se caracteriza por la subversión de las relaciones que se establecen entre el sujeto y el mundo moral del cual cree depender, al margen de todo sistema delirante. Este estado mental se funda en la necesidad de una seducción recíproca que explica los milagros apresuradamente aceptados de la sugestión (o contrasugestión) médica. La histeria no es un fenómeno patológico y a todos los efectos puede considerarse como un medio supremo de expresión».

Louis Aragon, André Breton

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

Carlos Castilla del Pino

Historia crítica de la Psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica

El tema de mi conferencia es una mirada biográfica, es decir, una mirada de testigo sobre la psiquiatría que me fue dado encontrar en mi etapa de formación. Hace 63 años que penetré en el universo psiquiátrico para no volver a salir de él. Yo tenía veinte años y estudiaba 4.º año de Medicina.

En 1934, cuando tenía 12 años, mi mentor, de la Institución Libre de Enseñanza, que idealizaba a D. Santiago Ramón y Cajal –que moriría el 17 de Octubre de ese mismo año– y me hablaba de su ejemplo, puso en mis manos su autobiografía, *Recuerdos de mi Vida* (que se acaba de reeditar por la editorial «Crítica» como obra del canon científico del siglo XX). Por entonces tenía yo un laboratorio de Histología en mi casa y gracias a este mentor y al médico de mi pueblo penetré en ese universo. En aquella época los médicos generales leían mucho y el mío tenía los diecisiete volúmenes de la primera traducción de la obra de Freud realizada por López Ballesteros, que me fue dejando uno tras otro.

Si bien es cierto que a mí me interesan muchas cosas, demasiadas quizás para lo que yo puedo abarcar, cabe decir que mi mundo, mi universo, ha sido el universo psiquiátrico, o para ser más exacto, el psico(pato)lógico, que incluye al psiquiátrico pero que contiene muchos más. Todo lo demás han sido, por decirlo así, escauceos, excursiones, paseos. Algo parecido le ocurría a Nabokov: cazaba mariposas, las estudiaba y describía, e incluso algunas veces añadía alguna especie, género o familia a las ya clasificadas por los lepidopterólogos. Pero, sobre todo, escribía, porque Nabokov, antes que cualquier otra cosa, era escritor. Y yo, salvando todas las diferencias con Nabokov, soy ante todo psiquiatra.

La Psiquiatría en el Madrid de 1940

La psiquiatría que me encontré en 1942, cuando comencé mi formación en el Servicio de Psiquiatría del Hospital General de Madrid, era en realidad de Neuropsiquiatría, es decir que era de Neurología y de Psiquiatría. Entonces se era neurólogo y psiquiatra porque, salvo en Cataluña, que se seguía el modelo francés, que ya desde el siglo XIX había escindido la Neurología y la Psiquiatría, en el resto de España el modelo adoptado era el alemán (incluso el norteamericano) que las mantenía unidas. No hay que olvidar el número de revistas que por entonces se llamaban de Neurología y de Psiquiatría, por ejemplo: los *Archives de*

Neurology and Psychiatry o los *Excerpts de Neurology and Psychiatry*, *Fortschritte der Neurologie und Psychiatry*, etc. Luego, en la práctica, cada cual se inclinaba más hacia la Neurología o hacia la Psiquiatría.

Éste era el caso de López Ibor, Jefe del Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital General, hoy Museo «Reina Sofía». López Ibor era, por así decirlo, más psiquiatra que neurólogo, pero sabía bastante de Neurología porque había opositado a una plaza de Neurología en el Hospital Provincial de Valencia, que, aunque no obtuvo, le sirvió para adquirir conocimientos en ese campo. Al ocupar el Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital General de Madrid, recibió la influencia de uno de los más grandes neurólogos españoles, desgraciadamente muerto cuando tenía tan solo 39 años, que ocupó la dirección del Servicio de Psiquiatría de Leganés: Manuel Peraita. A Peraita le ocurría lo contrario que a López Ibor, que era más neurólogo que psiquiatra. Se había formado en Alemania con Förster y Altenburger y la Psiquiatría le venía, por así decirlo, por añadidura. En Madrid, todo psiquiatra que se preciase de tal debía de saber Neurología, y todo neurólogo que se preciase de tal debía de saber Psiquiatría y, a ser posible, también Neuropatología, sobre todo si se tenían las pretensiones, como las tenía yo, de acceder con cierto decoro a una cátedra universitaria.

Con respecto a la Neuropatología, hay que tener en cuenta algunos matices de importancia en la historia para la Psiquiatría española del siglo XX y de lo que llevamos del XXI. En España, Cajal no hizo nunca neuropatología, y sólo publicó un trabajo acerca de las alteraciones de la neuroglía en la parálisis general sifilítica (PGP). Cajal era un neurohistólogo de un talento y una habilidad técnica asombrosos. Cajal pensaba que había un hueco en la escuela española, el de la Neuropatología. Había importantes neurohistólogos como D. Fernando de Castro, D. Domingo Sánchez (que trabajó con Cajal y escribieron juntos una monografía sobre la retina de los insectos), Tello, Calandre, Lafora, Ramón y Fañanás, etc. La escuela española tenía relevancia, además, por la habilidad en la creación de métodos de tinción, pero, repito, no había desarrollado la Neuropatología. Por fortuna para Cajal, apareció en España Nicolás Achúcarro, discípulo de Nissl, Alzheimer y Kraepelin, que ocupó el puesto de Jefe del Servicio de Neuropsiquiatría, el mismo en el que yo trabajaría, y que ocuparía más tarde, andando los años, Villaverde (asesinado en Madrid en 1936) en la sala de hombres y Lafora (exiliado en México) el de mujeres, y tras la guerra civil, López Ibor. Por desgracia, Achúcarro murió muy joven de la enfermedad de Hodking. Todo el que le trató reconoció que era una personalidad verdaderamente genial, y alguien, nada sospechoso de beatería, como Ortega y Gasset, que le hizo una necrológica, reconoció que Achúcarro era una de las personas de más talento que había conocido en su vida.

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

Era frecuente que el psiquiatra que pretendía adquirir una formación y prepararse para el magisterio universitario pasase por el laboratorio de Neurohistología. Un psiquiatra en sentido estricto como José Miguel Sacristán, maestro de tantas generaciones, escribió un trabajo sobre la histología de la epíffisis, importante para su época. De manera que el paso por el laboratorio era, por lo menos para mí, que seguía los pasos de lo que sabía que era la tradición, muy necesario, aunque los psiquiatras de la época, como el propio López Ibor y no hablemos Sarró, no estaban en esa línea, aunque sí otro, el malogrado Román Alberca, que hizo neuropatología en París en sus años primeros.

1. La nosología

Por entonces, la nosología que utilizábamos en el Servicio de Neuropsiquiatría era la de Kraepelin con algunas modificaciones como, por ejemplo, las introducidas por Kretschmer (el delirio sensitivo de referencia, independiente de cualquier proceso esquizofrénico, era una aportación de Kretschmer). También se recogían algunas conceptualizaciones de la nosología de la escuela de Karl Kleist, el profesor de Frankfurt, y su discípulo Leonhard, una nosología en muchos aspectos muy arbitraria y de una tendencia localizacionista exagerada. Toda la bibliografía que manejábamos en Madrid era alemana. La Psiquiatría francesa se soslayó hasta que, unos años después, poco antes del Congreso de Neuropsiquiatría de Zurich, de 1956, penetró en España a través de Delay, Henry Ey, Giraud, Baruk, Pichot, etc. De Baruck se conocía el tratado de psiquiatría biológica que había publicado en los años treinta. Yo poseo un ejemplar que perteneció al psiquiatra Anguera de Sojo, vendido, entre otros muchos, por su familia cuando fue represaliado después de la guerra civil.

2. Los textos

Los libros de psiquiatría en aquella época más en uso eran los siguientes: la última edición del *Tratado de las Enfermedades Mentales*, de Oswald Bunker; la espléndida *Psiquiatría* de Martin Reichard, cuyos capítulos estaban escritos por distintos psiquiatras alemanes y suizos; el *Tratado de Psiquiatría* de Eugen y Manfred Bleuler; la *Psiquiatría* de Johannes Lange, continuada por su discípulo Bostroem. Lange fue el último discípulo de Kraepelin y había de sucederle en la dirección del Instituto de Investigaciones Psiquiátricas de Munich. La introducción psicopatológica del libro de Lange-Bostroem es realmente extraordinaria, y

aún ahora se puede leer con sumo provecho por su finura de análisis. Hoy que tanto se discute la teoría del síntoma psiquiátrico, se podría aprender bastante de esta psicopatología de Lange-Bostroem.

En cuanto a la psicopatología, utilizábamos la obra de Jaspers, pero no en su edición alemana (que estaba agotada), sino en su edición francesa. La quinta edición alemana, modificada ya un tanto por Kurt Schneider, apareció en 1945 y, naturalmente, algunos la adquirimos para devorarla. Jaspers, aunque abandonó la psiquiatría muchos años antes, dejó su influjo en lo que se denominó la escuela de Heidelberg, que la dirigía Willmans con Gruhle, Mayer-Gross, Karl y Kurt Schneider. Bumke, que dirigió el tomo undécimo de *Handbuch Der Geisteskrankheiten* dedicado totalmente a la esquizofrenia, hizo que lo dirigiera Willmans y sus colaboradores.

3. Neuropsiquiatría

La unidad «Neuropsiquiatría» tenía una tradición histórica que se inicia en Alemania con Griesinger, Meiner, Gudden y Wernicke, entre otros. Hay que tener en cuenta que el concepto de disgregación esquizofrénica que manejamos en la actualidad fue descrito por Wernicke, que le llamó «sejunción». Karl Wernicke era un neurólogo que hizo aportaciones sobre las afasias de carácter absolutamente indelebles.

Desde el punto de vista histórico, una de las razones para que la Neurología y la Psiquiatría no se separasen era la existencia de la Parálisis General Progresiva (PGP). Entre una polineuritis y una esquizofrenia no hay posibilidad de contacto, pero ¿qué se hace cuando nos encontramos con una PGP?, ¿es de la Neurología o de la Psiquiatría?; o con un caso de Alzheimer: ¿es de una y no de la otra? Yo creo que esta discusión no tiene sentido. Era necesario adquirir una formación con un nuevo carácter, que no tiene que ser necesariamente de Neurología en el sentido más amplio, pero sí de patología cerebral en un sentido restringido.

Como digo, había una enfermedad que nos obligaba al mantenimiento de este concepto de Neuropsiquiatría que era la PGP. Nosotros teníamos en el servicio sangre de palúdico, que guardábamos con oxalato para que no se coagulara y para inyectársela al próximo paralítico general que apareciera, porque teníamos en la sala de hombres entre 8 y 14 ó 15 paralíticos ingresados (en la de mujeres menos), en los cuales producíamos accesos febriles. En el año 1946, cuando la penicilina adquiere toda su vigencia y su carta de naturaleza en Medicina, desaparece la PGP que nos había enseñado tanto sobre la patología del lóbulo prefrontal, ya que los tumores frontales eran relativamente infrecuen-

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

tes. La patología del lóbulo frontal, la llamada «moria», que describió Jastrovich como síndrome del mismo a finales del XIX, la encontrábamos en los PGP, a veces como síntoma de comienzo.

Recuerdo el caso de un famoso odontólogo que había en Madrid que fue diagnosticado de PGP y que comenzó a suscitar extrañeza por sus extravagancias. En una ocasión, cuando un paciente tenía puestos los artilugios y la boca abierta, él le dijo: «Permítame por unos momentos que descanse», y a continuación se echó allí mismo en un diván. Otra vez se arrancó un diente sano, porque «así puedo escupir sin abrir la boca». Conductas todas que correspondían al síndrome prefrontal. Pero, claro está, en la exploración neurológica estos enfermos mostraban, además, el síndrome pupilar de Argill-Robertson, la disartria, la exaltación de patelares, la fibrilación lingual, etc.

Yo invitaría a todos aquellos que estén interesados en la historia de la Psiquiatría a leer los primeros libros de Kraepelin y los de un contemporáneo suyo que, aunque no fuera tan relevante como Kraepelin, no eran menos interesantes: me refiero a H. Schüle, cuyo tratado es de 1888. En muchas de sus páginas se dedican a los malabarismos clínicopsicológicos que han de hacerse para diferenciar en los comienzos lo que luego podía ser una demencia paralítica (PGP) o una depresión del adulto, con síntomas de lesión cerebral sobreañadidos. Esas depresiones del adulto, que entonces eran manicomiabiles, tenían en su mayoría una, por decirlo así, impronta orgánica, lo que hoy se ha vuelto a resucitar como síndrome pseudodemencial en la depresión. Esta perspicacia clínica era obligada, porque aún no había posibilidad de hacer una serología que aclarase la etiología sifilítica de la PGP, y Noguchi no describiría hasta 1908 la presencia del treponema pallidum en el córtex cerebral de los paralíticos generales. Hasta esa fecha, pues, había que valerse exclusivamente de la clínica.

4. La patología cerebral, frontera neuropsiquiátrica

Neurología y Psiquiatría tenían una línea fronteriza. Era el capítulo de las afasias, apraxias y agnosias. La patología cerebral propiamente dicha se calificaba precisamente como ese *Grenzegebiete*, como dicen los alemanes, «territorio límite», entre la Neurología y la Psiquiatría. Hay que recordar que el propio Freud, además de neurobiólogo en sus comienzos, cuando se hace clínico es en realidad neuropsiquiatra, antes de llegar a ser el creador del psicoanálisis. Recuerden sus trabajos sobre encefaloneuropatías infantiles y su aportación a la doctrina de las afasias, que todavía se puede leer con gran provecho. La doctrina de las afasias, agnosias y apraxias resolvía, además, el problema de la relación entre las estructuras cerebrales y el aprendizaje, y era el principal argumento a favor del organicismo. Todavía hoy, espe-

cialmente los que son organicistas estrictos y pretenden que la psicopatología sea sustituida por una neurología de imagen, hay quien cree que cuando hablamos de Psicopatología estamos hablando de la mente en términos medievales, como sinónimo de alma, como una entidad de naturaleza inmaterial o algo por el estilo. Hablamos de que los síntomas mentales son alteraciones funcionales corticales que tienen su categoría, y que en lugar de expresarse como una alteración de los reflejos musculares profundos o de la sensibilidad se expresan como alteración mental. Pero con una peculiaridad, a saber, que esta alteración mental afecta a lo individual propiamente dicho. Cuando hablamos de la mente hacemos referencia a estructuras creadas al tiempo que se crea la biografía de cada cual. La biografía de cada uno de nosotros está en nuestro cerebro, y por eso nuestro cerebro es tan irreplicable como lo es nuestra propia vida... Recuerdo que en aquellos años de mi formación, muy joven aún, presenté en una sesión clínica del Servicio de Psiquiatría un caso de síndrome de Gertsman. Este síndrome se caracteriza por agrafia (pérdida de la capacidad para la escritura) y agnosia para el reconocimiento de los dedos (*Fingeragnosie*). En la discusión dije que el síndrome de Gertsman no se podía encontrar entre nosotros en la misma proporción que en Austria, porque el 70% de la población española no sabía leer ni escribir. Alguien puede tener síndrome de Gertsman si y sólo si en su cerebro se ha acuñado por aprendizaje la lectura y la escritura, y éste es un rasgo biográfico en sentido estricto. Como ocurre en algunos afásicos que han sido bilingües. Tuve un caso de un bilingüe catalán, que había aprendido el español como segunda lengua, que al tener una afasia perdió el uso del español.

La patología cerebral es una alteración biográfica, como lo es la aparición de una psicosis esquizofrénica. Otro tanto ocurre en la temática de los delirios. Heinrich Kranz, profesor en Mainz, y que pasó por Córdoba, me envió un trabajo en el cual recoge la historia de los temas del delirio desde 1880 hasta 1938-1940. Los temas del delirio van cambiando. Hoy en día es raro que alguien que tenga delirio de grandeza se crea Napoleón, pero en los años treinta se podía creer Hitler. Napoleón no está ya en la hábeas biográfica de la mayoría de la población occidental y es a eso a lo que se debe el que no aparezca como tema de un delirio. Las mismas estructuras del delirio cambian también. Mi propia tesis doctoral trató de un caso de agnosia óptica de una enferma que se llamaba María Madrid, una muchacha de 27 años que en el curso de un parto tuvo una embolia que afectó al *gyrus angularis* y presentaba un trastorno muy curioso: una agnosia para la percepción del movimiento, de manera que era incapaz de reconocer que un objeto se movía en su campo visual... Les digo todo esto para aclarar que la patología cerebral era ese territorio frontera entre la Neurología.

El mismo López Ibor proyectó por entonces un libro para el cual contaba con Xavier Zubiri y conmigo. Zubiri, el filósofo, se interesaba mucho por el problema de la formalización de las estructuras mentales y por el tema de las locali-

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

zaciones cerebrales. Creía que el cerebro era un órgano que constantemente formalizaba la realidad que se percibía, para así conocerla y dominarla. López Ibor iba a tratar sobre las afasias y yo sobre las agnosias. Ese grupo nuestro que tenía inquietudes del tipo de las que le acabo de describir, estaba muy influido por neurólogos muy sutiles, como por ejemplo Kurt Goldstein. Tengan en cuenta que lo que ahora se conoce como síntomas negativos de la esquizofrenia de Andreasen, es lo que Goldstein denominó «pérdida de la capacidad categorial», y por eso puedo afirmar que el primero que describió los síntomas negativos de la esquizofrenia fue Goldstein, un neurólogo que trabajó en el campo de la patología cerebral con los heridos de la Primera Guerra Mundial. El test de Kasanin que utilizábamos en la esquizofrenia se basa en las tesis de Goldstein y describe el descenso de la capacidad de abstracción que tiene lugar en el deterioro esquizofrénico, que es una demencia muy distinta de la demencia tipo Alzheimer, que es esencialmente mnésica, o la de la PGP, que es netamente frontal. Hay que recordar que la investigación biológica en psiquiatría, que hoy tiene una vigencia tan extraordinaria y ha coronado tantos éxitos, comienza en la década de los años treinta. Recuerden que los primeros hallazgos fisiopatológicos sobre la esquizofrenia fueron los de Gjessing y colaboradores, en Munich, sobre la perturbación del metabolismo proteico en la catatonía. Se trataba de una investigación de laboratorio, muy primitiva en comparación con los actuales. Yo mismo estuve estudiando la histopatología de la catatonía durante mis años de permanencia en el Instituto Cajal, a donde iba por las tardes, porque en España seguía estando vigente un comentario de Harry Stack Sullivan, quien solía recordar que durante sus estudios de psiquiatría en Alemania le advirtieron que no dejara de pasar por España si quería ver catatónicos, infrecuentes en Alemania. Aunque hoy la esquizofrenia catatónica es una rareza, en aquella época teníamos bastantes ingresos de esquizofrenias catatónicas y, muchos de ellos, de la forma llamada «aguda mortal» o «catatonía febril mortal». Yo estudiaba los cerebros de nuestras necropsias en el Instituto Cajal.

5. El grupo de Madrid en los años cuarenta

Mi vida de aquellos años fue una conjunción muy afortunada, porque durante algún tiempo era el único estudiante en aquel servicio donde estaban Manuel Peraita y López Ibor, Eugenio Olivares y Bartolomé Llopis, y algunos más. López Ibor conocía bien la psicopatología fenomenológica. Había leído a Brentano y a Husserl. Poco después llegó Lafora, que era fundamentalmente un gran neuropatólogo, y lo digo con el mayor respeto hacia su figura. El hecho de que a los 25 años descubriera la neuropatología de la epilepsia mioclónica de Unverricht, le catapultó desde el

primer momento entre las autoridades de la Neuropatología mundial de la época. La biblioteca de Lafora contiene trabajos que le están dedicados por las autoridades de la época. He visto separatas de Pavlov y Sherrington dedicadas a Lafora.

Estaba también Llopis, que escribió un libro desafortunadamente poco leído hoy en día, *La psicosis pelagrosa*. No era este libro el lugar adecuado para hacer una introducción a la psicopatología. Llopis era un psicopatólogo excepcional, y les recomiendo que lean sus 40 ó 50 páginas de psicopatología, sobre todo lo referente a la percepción y las ideas delirantes, que son de una originalidad y claridad sorprendentes. Otra figura importante para mí fue la de Eugenio Olivares, discípulo de Sacristán, que, además de un neuropsiquiatra eminente, era una persona muy culta. Olivares es el que traduce del alemán al español el primer libro de Psiquiatría de la infancia que se edita en nuestro país. Y como neurólogo, Manuel Peraita, del que antes hablé, y que describió la neurología de la pelagra en una monografía espléndida. Yo era el único estudiante. Cuatro años después llegarían Morales, Letemendía, Martín Santos, y algo más tarde Rallo Romero y López de Lerma, y algunos más que se malograron o se aburrieron.

En aquellos años la psicopatología de Jaspers fue sustituida por la de Kurt Schneider, más ligada al diagnóstico. Lo fundamental era la distinción entre forma y contenido: las alteraciones formales se atribuían a las que produce el proceso patológico, por ejemplo, la disgregación o las alucinaciones del esquizofrénico; mientras las del contenido se referían al tema de la alucinación o del delirio o de la obsesión o la fobia. Esta dualidad había sido introducida en realidad por Eugen Bleuler en su libro sobre la esquizofrenia: él hablaba de síntomas *fisiógenos* –dependientes de la alteración neurofisiológica que subyace en el *morbus dementia praecocis*, es decir, en la enfermedad esquizofrenia– y síntomas psicógenos, referidos a la elaboración biográfica que el enfermo hacía como sujeto con los síntomas de la enfermedad. Esta dualidad fue visible antes en un discípulo de Bleuler, C. G. Jung, que en 1905 publicó un libro muy inteligente, *Psicología de la demencia precoz*, en donde ya se recoge la influencia del pensamiento psicoanalítico, sin abandonar el punto de vista clínico bleuleriano, y después en la monografía de Wyrsh, también seguidos de Bleuler, *La persona del esquizofrénico*.

Limitaciones teóricas en la Psiquiatría de 1940

1. El «nacionalismo» psiquiátrico

¿Qué inconvenientes tenía aquella psiquiatría vista desde ahora? Tenía uno, gravísimo: el nacionalismo. El patriotismo es una de las lacras, una de las enfermedades de las cuales deberíamos vacunarnos lo antes posible para no ser jamás

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

ni nacionalista ni patriota. Pues bien, el nacionalismo y el patriotismo contaminaron también a la psiquiatría. La psiquiatría francesa era ignorada por los alemanes y a la inversa; los ingleses ignoraban la psiquiatría de franceses y alemanes... y así sucesivamente. Esto convirtió a la psiquiatría en el gran escándalo de la medicina del momento, porque la clasificación de los trastornos mentales era distinta no sólo según los países, sino además, dentro de cada país, según las escuelas. Es decir que la nosología de Kraepelin no era la de Bumke; ni la de Kraepelin y Bumke era la de Kleist; y lo mismo ocurría en Francia entre la de Baruk y la de Delay o Henry Ey. Esto es verdaderamente escandaloso y, por lo tanto, el que se haya superado este nacionalismo llevando las cosas a un terreno estrictamente neutral, como es el del conocimiento científico, me parece muy importante. Aunque esto tiene su faceta negativa, y, permítanme que lo diga, muy negativa, a saber: que para que haya acuerdo en la catalogación de los síntomas se ha tenido que ir a una simplificación de las descripciones de los síntomas y síndromes, simplificación que, en el plano de la conceptualización, conlleva errores gravísimos. Volveré luego sobre esta cuestión, que ahora no es el momento.

2. El cese de la investigación biológica

El segundo problema fue el estancamiento de la investigación biológica. Después de los descubrimientos de Gjessing y Greving, que por supuesto están muy superados y nadie se acuerda de ellos, hay un estancamiento porque no se sabe por dónde seguir. En los *Archives of Neurology and Psychiatry*, norteamericanos, se ven claramente los palos de ciego que se están dando en la investigación llevada a cabo por el grupo de Altschule, que era uno de los investigadores más renombrados de la psiquiatría biológica del momento. Se buscaban las alteraciones fisiológicas en órganos como el hígado, el bazo, el humor vítreo, en los sitios más inverosímiles porque había una desorientación total, y no se contaba con una hipótesis de trabajo verosímil para ir hacia un camino fecundo.

3. El «autismo» de la psiquiatría europea

También había otras cuestiones que, en cierto sentido, se reproducen actualmente. Me refiero al, por así decir, *autismo* de la psiquiatría europea y, concretamente, de la alemana, que se pone de manifiesto en una fuerte sordera frente a conocimientos que no siendo estrictamente psiquiátricos, pueden fecundar a la psiquiatría. De la misma manera que un topógrafo necesita saber al mismo tiempo de óptica y

matemáticas, nosotros, los psiquiatras, tenemos que saber de algo más que de psiquiatría *stricto sensu*. Lo curioso es que el psiquiatra pasaba por ser de los médicos más cultos, pero yo me resisto a que esa afirmación se haga de una manera tan tajante. Hay dos disciplinas, la Sociología y la Lingüística, que han sido completamente ignoradas por la psiquiatría desde el comienzo del siglo XX, y podríamos decir que hasta ahora, salvando algunos momentos de predominio de la psiquiatría social.

3.1. Ante la sociología

El Suicidio de Emile Durkheim se publicó en 1899 y el libro sobre el suicidio de Gruhle en 1910. Pues bien, este último desconoce la publicación del primero. El libro de Durkheim es revolucionario en todos los órdenes de las ciencias humanas, especialmente en la Sociología. Si la investigación sobre el suicidio de Durkheim hubiera tenido una proyección en la psiquiatría de la época, ésta se hubiera enriquecido y hubiera adquirido facetas muy distintas, más amplias, más profundas. Esto no ocurría en Estados Unidos, porque al ser un país de inmigrantes, las condiciones socioculturales saltaban a la vista. En Estados Unidos se publicaron en 1902 trabajos pioneros y se advierte que, durante los dos primeros años de la llegada, la tasa de lo que hoy llamamos brote psicótico en napolitanos y sicilianos, noruegos o lituanos, etc. era un 50% superior respecto de los que llevaban en el país 5 ó 6 años y ya estaban integrados en la sociedad norteamericana. Esto les llevó a considerar la importancia de este desajuste del medio como un factor cuando menos desencadenante.

Otro ejemplo de esta sordera mental es el hecho de que uno de los primeros trabajos de sociología realizados por un psiquiatra en Europa, anterior a la publicación de su *Psicopatología*, es de Karl Jaspers. Jaspers publicó su psicopatología a los 32 años, pero varios años antes estudió el incremento de la tasa de delirios de infidelidad, lo que los alemanes llamaban «celotipia», en la población de inmigrantes en Alemania. Y subraya que es precisamente en el momento en que se produce la inmersión en un ambiente nuevo, en un mundo nuevo cuyas claves no se comprenden, cuando surge esa perplejidad frente a la interpretación de la realidad que, entre otros trastornos, conlleva la celotipia.

3.2. Ante la lingüística

Deseo señalar otro caso muy grave de dar la espalda en psiquiatría a ciencias que pueden enriquecerla. Es el caso de la ignorancia de las investigaciones sobre el

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

lenguaje. Si se piensa que los síntomas de los cuadros psiquiátricos los detectamos porque se nos describen, es decir, se nos habla, resulta incomprensible que se pudiera hacer psicopatología ignorando la obra de Ferdinand de Saussure, *Lingüística general*, de 1916, y las dos obras clásicas del psicólogo Karl Bühler, *Teoría de la expresión* y *Teoría del lenguaje*, que son de las décadas de los años veinte y treinta. Algunas de las desafortunadas postulaciones de Schneider acerca de la estructura de las ideas delirantes se hubieran evitado si la obra de Saussure la hubiera conocido, y me refiero tan sólo a su distinción entre significante y significado.

3.3. Psicopatología sin psicología

Otra fallo de la psicopatología de entonces era el hecho, escandaloso, de que se hizo al margen de la psicología. Desde el punto de vista epistemológico, esto es tan absurdo como si la fisiología patológica (lo que conocemos como patología general) que estudiamos en medicina se hiciera al margen de la fisiología. Todos sabemos que no hay posibilidad de entender la patología funcional del riñón si no conocemos la fisiología del riñón. Sin embargo, los conocimientos de psicología que tiene el psiquiatra o son nulos o se caracterizan por su pobreza... No obstante, había un acento positivo en el psiquiatra de entonces respecto del de ahora. Creo que veíamos al enfermo, sobre todo al psicótico, como Claude Bernard decía que se debía ver al enfermo, a saber, como un experimento de la naturaleza. El «caso» —en esquizofrénicos, paranoicos, en psicosis determinadas por enfermedades generales, etc.— era estudiado más pormenorizadamente.

Después de la Segunda Guerra Mundial la psiquiatría norteamericana penetró en la psiquiatría europea, lo que supuso otro rasgo característico, como es el abandono de la investigación neuropatológica, que tomaría otro carácter años después. Un gran neuropatólogo alemán que se exilió en Inglaterra, Meyer, llegó a confesarme, en su paso por Córdoba, que había vivido el drama de haber dedicado su vida a una investigación que no tenía futuro. La neuropatología pasó entonces a un segundo plano dejando su lugar a la neurofisiología aplicada a la farmacología, y por otra parte la psicopatología adquiere una impronta psicoanalítica que fue realmente una barrera, pese a la enorme difusión que tenía entonces, porque era una psicopatología desde un punto de vista escolástico, en este caso el psicoanalítico, aunque, desde mi punto de vista, la psicopatología de aquel momento y en aquellas latitudes muestra su mayor riqueza. En este sentido, y la señalo como ejemplo, la obra de Harry Stack Sullivan, psiquiatra y sobre todo psicopatólogo, es de capital importancia. Les recomiendo lean su obra si quieren enriquecerse desde todos los puntos de vista.

Nueva psiquiatría

1. Psicofármacos

La nueva psiquiatría que caracteriza al psiquiatra de hoy comienza en 1952, un año trascendental: aparecen la clorpromacina y la reserpina como los primeros dos antipsicóticos, y la imipramina como el primer antidepresivo. Lo que ocurre entonces tiene su paralelo tras la aparición de la isoniacida del ácido isonicotínico, que cura la tuberculosis y que provocó la desaparición de la industria hotelera suiza basada en tuberculosos ricos del mundo entero. Como desapareció en España la denominada lucha Antituberculosa y se reutilizaron todos los sanatorios del Guadarrama. En los primeros seis meses de uso, la isoniacida acabó con la lucha antituberculosa española y con la industria hotelera montada a propósito de ella. Los que por razones de edad y de suerte hemos tenido la ocasión de estrenar determinados fármacos, como en mi generación estrenamos las sulfamidias y la penicilina, y diagnosticar una meningitis meningocócica por la mañana y curarla a las 6 u 8 horas, o una meningitis tuberculosa curarse en una semana con unas tabletas de isoniacida, no salíamos de nuestro asombro. Y en el orden psiquiátrico, observar cómo con la clorpromacina y la reserpina el enfermo con un brote psicótico iniciaba a las pocas horas su crítica de las formaciones alucinatorias y delirantes, aunque luego volvieran otra vez, si, por optimismo prematuro, interrumpíamos el tratamiento, pero le oyéramos decir «es que yo me creía que todos se referían a mí, y me creía oír voces que me decían lo que tenía que hacer», etc. y reconocer que «es que mi cabeza no andaba bien», era algo que no se había visto jamás en la historia de la psiquiatría. Publiqué dos trabajos sobre el proceso de degradación de las estructuras psicóticas con los nuevos neurolépticos en 1956.

Un psiquiatra que pertenecía a esta Asociación, Gutiérrez Higuera, uno más de entre los directores de manicomios, el de *Los Prados*, de Jaén, en un congreso que hubo en Madrid en 1954, a los dos años de la aparición de la clorpromacina, pronunció esta frase sin jactancia alguna: «Este año pasado se han dado más altas que ingresos en el Psiquiátrico de Jaén tras la utilización de la clorpromacina». Recuerdo que Sarró, uno de los psiquiatras más en boga y de más poder de entonces, contestó, perdonándole la vida: «Yo también receto la clorpromacina a mis pacientes; pero les digo: tómenla cuanto antes, antes de que se pase de moda».

La clorpromacina supuso realmente una ruptura en la concepción y la visión de los enfermos psicóticos. Inmediatamente, la investigación neurobiológica sustituye a la neuropatológica. Recuerdo la enorme impresión que nos produjo leer en *Der Nervenarzt*, una revista muy prestigiosa, los primeros trabajos sobre la depleción de dopamina que tenía lugar en las mitocondrias de las neuronas una

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

vez que los enfermos habían sido tratados con clorpromacina o la reserpina. Esta investigación psicofarmacológica, esta psicofarmacología que introduce una nueva línea de investigación, es la que realmente hace posible todo lo que hoy día es la asistencia psiquiátrica al enfermo mental. No sería posible si todavía estuviéramos manejando el electroshock y los comas insulínicos, estos últimos tan inútiles como peligrosos.

2. La Psiquiatría, globalizada

Ya señalé que otra ventaja indiscutible de la psiquiatría de hoy es el hecho de que los nacionalismos hayan sido superados. Las clasificaciones, tanto el ICD como el DSM, han introducido una unidad de criterios y, hoy día, se puede catalogar con los mismos criterios en Japón, Senegal o en Bilbao. Ésta es una enorme ventaja, porque ha acabado con los nacionalismos, pero, por contra, los psiquiatras no extraen del análisis psicopatológico, es decir, del análisis de los síntomas todo lo que sería posible, y de hecho, la psicopatología la están haciendo, y con sumo provecho, los psicólogos, sobre todo los de corte cognitivista. Un diabetólogo puede no conocer el ciclo de Krebs sin dejar de ser un buen diabetólogo y tratar correctamente a sus pacientes. Pero un neurólogo, si al mismo tiempo que explora la sensibilidad con el alfiler, el algodón y el martillo de reflejos no sabe por dónde se transmiten esos impulsos de la sensibilidad profunda, la interoceptiva y la propioceptiva, no era un buen neurólogo (hoy la cosa es distinta, porque el diagnóstico basado en síntomas, es decir, el *semiológico*, ha sido sustituido por el diagnóstico basado en la imagen, lo que he llamado en otro lugar *diagnóstico icónico*). Pero la psiquiatría tiene que hacer algo más respecto a la valoración sintomática que no sea la mera catalogación del paciente.

La multiplicación de psicofármacos ha hecho posible que el psiquiatra se conduzca como un médico en sentido estricto. Y a la industria farmacéutica debemos un avance en el conocimiento de las perturbaciones metabólicas que tienen lugar en distintos sectores del cortex y hasta en distintos sectores de la neurona. Pero la industria farmacéutica tiene también su faceta negativa: no solamente cada una de estas casas farmacéuticas nos dice que su producto es el mejor, sino que cuenta con investigadores proclives a «demostrarlo», y a inventarse nuevas entidades nosológicas, como ocurrió con la fobia social y los ataques de pánico, o con conceptos epistemológicamente incorrectos, como el de la «comorbilidad», falacias que tienen como resultado un mayor consumo de fármacos *ad hoc*. De esa manera han surgido factores de distorsión sumamente graves sobre los cuales se debe estar advertido.

Sin embargo, los espectaculares cambios en la fenomenología de los síntomas mentales que tiene lugar tras la administración de los neurolépticos, no ha sido suficientemente utilizada para la investigación de lo mental, es decir, de la psicopatología propiamente dicha. El desinterés del psiquiatra actual por la patología de lo mental, es decir, por la psicopatología propiamente dicha, es lamentable, tanto más cuanto que somos nosotros los que contactamos directamente con ese sujeto, experimento de la naturaleza, que es el enfermo propiamente dicho. Son los psicólogos, especialmente los del área cognitivista, los que están desarrollando esa labor y a los que habrá de agradecérselo en su momento.

En la actualidad se está intentando reiniciar una psiquiatría teórica de la mano, por ejemplo, de Ciompi, Monti, Griffith, el grupo de Fulford, etc. Pero yo no soy demasiado optimista por la forma como se está llevando a cabo.

Final

Voy a terminar. Saben que he escrito una autobiografía. Pero una autobiografía no tiene como propósito saber quién es uno, porque antes de haberla comenzado ya sabía uno cómo era y creía saber quién es. Para eso no hace falta escribir una autobiografía, que es una tarea muy pesada, sobre todo si tiene mil páginas como la mía. Pero cuando la autobiografía se inicia y se culmina, uno aparece ante sí mismo de otra manera a como se creía antes. La escritura autobiográfica ha demostrado tener, por lo menos para mí, un cometido con el que no contaba, y es el siguiente: saber de una manera, llamémosle más sólida, a juzgar por quién se es y cómo se es, qué se espera todavía de la vida que nos queda por vivir. No todas las autobiografías tienen esa virtud, aunque tengan otras más divertidas, pero las que la poseen permiten enunciar, aunque sea tardíamente, en las postrimerías de nuestra vida biológica y nuestra vida social, cuando ya es innegable que el tiempo que nos queda por vivir se está adelgazando tanto como para que ya no quepa ni un engaño más en nuestra existencia, algo tan sorprendentemente sencillo como esto: «Ya sé quién he sido y ya sé quién me queda por ser». Pues bien, en mi caso he sido psiquiatra y seré psiquiatra. Uno más. Como todos ustedes.

* Conferencia de clausura del XXIII Congreso de la AEN, Bilbao, mayo de 2006.

Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés

RESUMEN: El objetivo de este trabajo es analizar la población ingresada durante la autarquía franquista y conocer las características sociodemográficas y el abordaje clínico-terapéutico de los pacientes durante la posguerra.

PALABRAS CLAVES: Hospital psiquiátrico de Leganés, historias clínicas, psiquiatría de posguerra.

SUMMARY: The aim of the study is to provide analyses of some archival material concerns with patient population admitted after Spanish Civil War, which has not yet examined.

KEY WORDS: Leganés Mental Hospital, clinical histories, psychiatry of post war period.

Introducción

La historiografía en torno a la psiquiatría española de la posguerra se ha engrosado en los últimos años gracias al incremento de publicaciones sobre diferentes aspectos de la especialidad durante el régimen franquista. Los trabajos iniciales más destacados de psiquiatría durante el franquismo fueron redactados por psiquiatras de la talla de Castilla del Pino (1, 2) o González Duro (3, 4, 5, 6), que vivieron parte de la historia que ellos mismos relatan. Desde una mayor perspectiva histórica, aparecen publicaciones como el análisis que realiza Comelles sobre la asistencia psiquiátrica (7), los trabajos de González de Pablo (8) y de Cascos Solís (9, 10) acerca del proceso de institucionalización, o el estudio sobre aspectos legislativos que detallan Aparicio y Sánchez (11). Se han analizado tanto las instituciones psiquiátricas como las publicaciones de esta especialidad (12, 13, 14), además de determinadas figuras representativas de este periodo (15), lo que ha contribuido a cubrir algunas lagunas historiográficas (16, 17); sin embargo, aún son escasos los trabajos que abordan la vida institucional de los establecimientos psiquiátricos españoles durante el franquismo.

Hay que señalar, además, que en los últimos años, diversos investigadores han utilizado la historia clínica como fuente de archivo para enriquecer la historiografía psiquiátrica, siendo de especial relevancia, en la bibliografía anglosajona, el trabajo publicado hace una década por Allan Beveridge (18). En nuestro entorno, Rafael Huertas ha insistido en este acercamiento metodológico para el estudio de la psiquiatría (19), y si bien desde diferentes ámbitos geográficos se han estudiado determinadas poblaciones manicomiales (20, 21), escasean las descripciones de los enfermos mentales institucionalizados durante la posguerra española.

Por otra parte, el Hospital Psiquiátrico de Leganés ha sido objeto de estudios diversos a lo largo de las últimas décadas (22, 23, 24, 25, 26), con trabajos enmar-

cados en una línea de investigación que ha incorporado el análisis de las historias clínicas conservadas en el archivo del citado establecimiento psiquiátrico (27, 28, 29, 30, 31). La historiografía sobre dicha institución abarca desde la época de su fundación, en 1852, hasta el término de la guerra civil (32), permaneciendo sin explorar el periodo de la posguerra.

El objetivo de este trabajo es describir las características sociodemográficas y el abordaje clínico-terapéutico de los pacientes ingresados en el manicomio de Leganés desde abril de 1939 hasta diciembre de 1952, aproximándonos, aunque no exactamente, con la periodización del franquismo que realizó el ilustre Tusell (33, 34, 35). Para ello, hemos analizado el material encontrado en las historias clínicas abiertas durante ese periodo, así como documentación hallada sobre el funcionamiento interno de la institución. Durante la década estudiada, el establecimiento de Leganés tuvo como director al prestigioso neurólogo Manuel Peraita (1908-1950), que había trabajado desde 1929 junto a J. M. Sacristán (1887-1957).

La institucionalización de la psiquiatría durante la posguerra

Las condiciones y los acontecimientos que favorecieron la institucionalización de la psiquiatría como disciplina científica, tal como hemos citado, ya han sido objeto de algunos estudios, por lo que nosotros nos limitaremos a enunciar someramente algunos de ellos con el fin de poder contextualizar nuestro trabajo sobre el manicomio Nacional de Leganés. No se puede obviar que la autarquía franquista, iniciada coincidiendo con el final de la guerra civil, favoreció el aislamiento científico e internacional, así como el control político y religioso, con una imposición del nacional catolicismo que influyó decisivamente en la psiquiatría de la posguerra. Hace ya un par de décadas que Marset señaló que la estructura política antidemocrática y autoritaria impuesta a la población, la configuración en el seno de la profesión de unos mecanismos controladores que evitaron toda desviación, y la ausencia de transformación asistencial influyeron, entre otros factores, en el desarrollo de esta disciplina (36).

La brecha civil que abrió la guerra dejó atrás algunas de las reformas comenzadas en las décadas previas al enfrentamiento bélico, como la creación del Consejo Superior Psiquiátrico o el desarrollo, aún incipiente, de los Dispensarios de Higiene Mental. La paralización del mencionado proceso de reorganización de atención a los alienados en el primer tercio de siglo no afectó, sin embargo, al Decreto de Asistencia a Enfermos Mentales del 3 de julio de 1931. Este innovador decreto que por primera vez contemplaba el ingreso voluntario, y mantenía el resto de las indicaciones (médica, gubernativa o judicial), se mantuvo vigente

durante el franquismo. Durante la primera década de la posguerra se aprobaron, además, otras leyes como la Ley de creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, en 1942, sin aplicación hasta 1944 (37), que tuvo escasa o nula repercusión en la asistencia psiquiátrica durante los años cuarenta. Destacar, también en el año 1944, la Ley de Bases de Sanidad Nacional, donde se señalaba el compromiso del Estado en la dirección técnica de la asistencia psiquiátrica a través del Ministerio de Gobernación, y se conservaba la responsabilidad de las diputaciones provinciales en el mantenimiento de los servicios de psiquiatría (38).

Al margen del marco legal, hay que señalar que una de las características principales de la psiquiatría de la posguerra fue la consolidación de un modelo médico organicista-biologicista de la enfermedad mental, con un acercamiento a la psiquiatría kraepeliniana. La instauración de dicho modelo provocó un rechazo de otras corrientes como el psicoanálisis y una exclusión de cualquier alternativa asistencial que no fuera la de los tratamientos físicos, farmacológicos o quirúrgicos. Los manicomios se convirtieron en centros asilares y judiciales que quedaron en precarias condiciones, incrementándose las enfermedades y aumentando la mortalidad, que podría llegar, según González Ferradas, el Inspector General de Asistencia médico-social y Jefe de la sección de Psiquiatría de la Dirección General de Sanidad, hasta un 33 % (39).

La conexión entre la psiquiatría y el modelo médico facilitó la legitimación profesional de esta especialidad tan ansiada desde los psiquiatras decimonónicos. El desarrollo de la profesión a lo largo de estos años se ejerció en diferentes ámbitos no siempre interconectados. Por un lado se hallaban los manicomios percibidos como centros de custodia de incurables, muchos de ellos privados, y por otro bien distinto, las cátedras universitarias. El profesorado vinculado a las universidades se vio envuelto en cuestiones políticas, obligando a los psiquiatras a tomar distintos caminos: bien adhiriéndose al Régimen, como hicieron Antonio Vallejo Nájera (1889-1960) y Juan José López Ibor (1906-1991) en Madrid o Ramón Sarró Burbano (1900-1994) en Barcelona; bien exiliándose hacia el exterior, como fue el caso de profesionales de la talla de Lafora, Sacristán o Emilio Mira, (1896-1964) o en el propio interior del país, como Bartolomé Llopis Lloret (1905-1996) (40). Las aportaciones teóricas de los autores que permanecieron en la península presentaban fuertes tendencias biologicistas con referencias a la psiquiatría alemana. Entre estos textos de psiquiatría, uno de los más utilizados en la época fue el *Tratado de psiquiatría* de Vallejo Nájera (41), en el que se aprecia la influencia de Karl Jaspers (1883-1969), Emil Kraepelin (1856-1926) y Kurt Schneider (1887-1967). A pesar de destacados textos como *Angustia Vital* (1950) de López Ibor, en general, se asume que la década de los cuarenta fue escasamente fértil en cuanto a la pro-

ductividad de trabajos o publicaciones originales de psiquiatría nacional, afirmación de la cual discrepa Barcia Salorio (42).

Al finalizar la guerra civil, uno de los acontecimientos más significativos, desde el punto de vista del proceso de institucionalización en el siglo XX, fue la publicación de la revista *Actas españolas de Neurología y Psiquiatría*. En años posteriores hay que señalar la fundación, en 1940, de la Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría, presidida por López Ibor, así como la organización, en 1942, del Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría en Barcelona. En 1946, el año de las polémicas oposiciones para el acceso a la plaza de la cátedra de Madrid, de la que Vallejo tomó posesión, se comenzó a publicar la *Revista de Psicología General y Aplicada*, promovida por José Germain (1897-1986). En 1947 se actualizó la primera Junta Directiva de la Liga de Higiene Mental, presidida por Piga Pascual; sin embargo, España no participó en el Congreso Internacional de Higiene celebrado en Londres un año más tarde (43). Por último destacar, en 1948, la reorganización de la AEN, que fue presidida por Vallejo, y la organización del Segundo Congreso de dicha Asociación un año más tarde.

Los facultativos del manicomio de santa Isabel de Leganés durante la posguerra: de Mendiguchía Carriche a Manuel Peraita

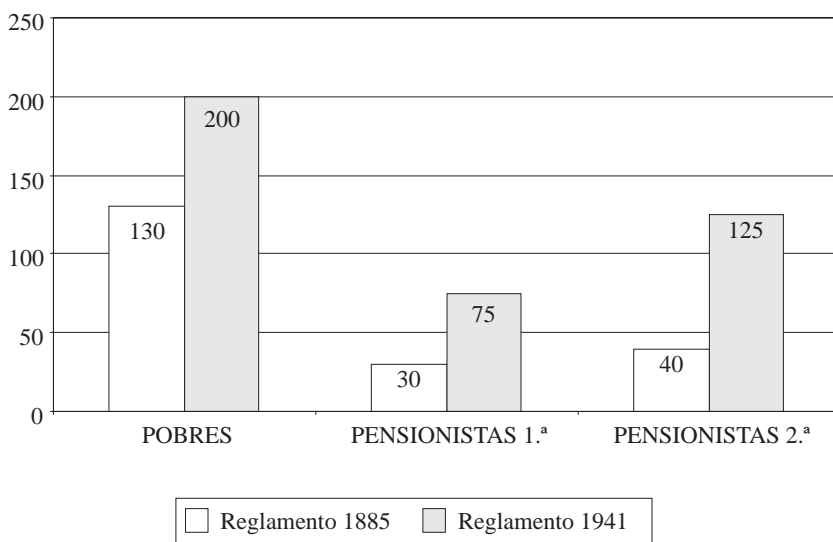
Desde la apertura del manicomio de Leganés sus responsables habían tratado de organizar la vida y el funcionamiento de la institución a través de diversos reglamentos internos que estructuraran tanto a los pacientes como a los que prestaban allí sus servicios. La primera orden orgánica fue la redactada por el Gobernador de Madrid, D. Melchor Ordóñez, en mayo de 1852; en 1858, el primer médico del hospital, José María Miranda de la Paz (1815-1874), había preparado un proyecto en el que se basó el Reglamento Orgánico de 1873 (44).

El 12 de mayo de 1885, el Ministro de la Gobernación, Francisco Romero Robledo (1838-1906), había editado el *Reglamento para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés* (45), en vigor hasta el año 1941, momento en el que fue sustituido por el nuevo Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno (46). Esta nueva disposición no hacía sino adaptarse al Decreto de 1931, en cuyo apartado de Disposiciones Generales se recogía el siguiente texto: «Artículo 6.º: Todo establecimiento psiquiátrico, público o privado, tendrá un Reglamento propio informado por la Dirección General de Sanidad aprobado por el ministerio de la Gobernación, que podrá ser revisado cada cinco años a propuesta del director médico del Establecimiento, según dispone el artículo 44 del Reglamento de Sanidad Provincial. En este reglamento constará todo

lo referente a régimen interior de los distintos servicios y a la organización científica y administrativa del personal y sus atribuciones» (11).

Dos son los aspectos que más sobresalían del citado reglamento, el incremento del número de plazas y el del personal asignado a la institución. El aumento en el número de admitidos se duplicaba de 200 (en el Reglamento de 1885) a 400 internos a través de la nueva disposición de 1941: «Artículo 3.º: La población acogida será de pobres pero habrá también pensionistas. Artículo 4.º. Los pensionistas de ambos sexos serán de dos clases; de primera y de segunda, pudiendo admitirse como máximum (*sic*) setenta y cinco en primera clase y ciento veinticinco en segunda. El número de pobres en uno y otro sexo no podrá exceder de doscientos» (46). A pesar de que el manicomio de Leganés había sido declarado de Beneficencia y consecuentemente las plazas debían asignarse a pobres, en la práctica no ocurría así, y desde la fundación en 1852 se contemplaba la admisión de pacientes pensionistas (de primera y segunda clase) que debían pagar su manutención. En el Reglamento de 1941 la proporción de pobres respecto a los pensionistas disminuía proporcionalmente, tal como podemos comprobar en el gráfico.

Gráfico 1
Comparación de los reglamentos internos de 1885 y 1941



Paralelamente, también se establecía un incremento del personal de la institución, que pasaba de un médico-jefe facultativo, un médico agregado y un practicante,

en el Reglamento de 1885, a una plantilla, en 1941, de un médico-jefe facultativo, dos médicos supernumerarios residentes, un médico auxiliar, un médico del laboratorio de análisis y cuatro practicantes. Al igual que los pacientes, el número de facultativos también se había incrementado ya antes del estallido de la contienda civil. Entre los galenos se hallaba Aurelio Mendiguchía Carriche, que pocos días después de estallar la guerra se ocupó de la dirección, ya que Enrique Fernández Sanz (1872-1950), director facultativo del establecimiento desde el año 1928, abandonó la institución. Además trabajaban dos médicos auxiliares residentes, Antonio Martín Vegué y José Moreno Rubio, un médico agregado y un médico de laboratorio.

La plantilla que desempeñó la labor asistencial durante el periodo estudiado estaba compuesta por: Manuel Rodríguez Mar, médico interno interino desde noviembre de 1949 hasta marzo de 1951; Enrique Cores Escandón, médico interno residente desde agosto de 1948 hasta diciembre de 1951; Alfonso Turrientes Miguel, que fue médico auxiliar residente nombrado como interino y honorífico en diciembre de 1941 y Juan Ignacio Lizárraga Beloso, que trabajó en análisis clínicos desde febrero de 1942. Los honorarios de los médicos citados se hallaban en torno a las 5.000 pesetas anuales. Ángel Fernández-Sanz Méndez, propuesto por el tribunal de oposiciones como médico auxiliar residente desde el 13 de abril de 1943, pasó a ser médico supernumerario residente, aumentando su sueldo de 3.500 pesetas anuales a 6.000 pesetas en enero de 1949. También constaban en la plantilla, a principios de los cuarenta, José Moreno Rubio y Luis Morales Noriega.

El más veterano en la institución, durante esa década, era Aurelio Mendiguchía Carriche, regidor durante la guerra y la inmediata posguerra, que ejercía en el manicomio desde la Segunda República. Al finalizar la contienda llegó a jefe-facultativo, cargo en el que permaneció hasta que Manuel Peraita lo ocupó. Su sueldo era de 8.000 pesetas anuales hasta enero de 1949, aumentado por ampliación de la Ley del 23 de diciembre de 1948 (47), que modificaba las dotaciones del personal de la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales. El que había sido también alcalde durante la guerra civil (48), Antonio Martín Vegué y Jaudenes, trabajó en el manicomio desde el inicio de la guerra hasta entrada la década de los cincuenta, ejerciendo de director desde 1949.

De especial interés es la figura de Manuel Peraita Peraita (1908-1950), neurólogo de formación germánica, cuya labor como psiquiatra se encuentra aún por explorar. Éste había escrito sus primeros trabajos junto a Severo Ochoa (1905-1993) y Francisco Grande Covián (1908-1995), y continuó sus estudios en neurología gracias a una beca de la Junta de Ampliación de Estudios, con el profesor Otfrid Foerster en Breslau. Tras permanecer becado varios años en Alemania regresó a Madrid, donde permaneció durante toda la guerra civil, colaborando en el Hospital San Carlos con López Ibor hasta 1942, y fue propuesto por éste para el cargo de profesor auxiliar de la cátedra de Psiquiatría de la Universidad de

Madrid. Trabajó en el laboratorio de Neurofisiología del Instituto Cajal de Investigaciones Biológicas (CSIC) y cooperó en la revista *Actas Luso españolas de Neurología y Psiquiatría*, siendo el primer secretario de la redacción y publicando en ella varios de sus artículos referentes a neuropatías carenciales. En su monografía *Avitaminosis y Sistema nervioso*, realizada en colaboración con Grande Covián (49), describió una pluralidad de síndromes de evidente origen carencial que hicieron su aparición en Madrid durante la guerra civil. Además de la pelagra clásica, con sus características manifestaciones cutáneas, gastrointestinales y neuropsiquiátricas, del resto de síndromes descritos hay que destacar el síndrome parestésico causálgico que Peraita denominó «el síndrome de Madrid» o «el complejo sintomático de Madrid» (50, 51, 52), determinando que tenga un lugar significativo en la historia de la neurología.

Peraita fue nombrado, por oposición, director del manicomio de Santa Isabel de Leganés, desempeñando una actividad asistencial en dicho establecimiento desde 1944 hasta finales de 1949, poco antes de su fallecimiento, y paralelamente trabajó como profesor en el Hospital de la Princesa. Su interés en mejorar la institución se plasmó en la solicitud que en febrero de 1945 enviaba a la Dirección General de Beneficencia para instalar unos servicios de rayos X, laboratorios y quirófanos en las habitaciones destinadas al capellán del establecimiento (53). En 1947 realizó ficheros de todos los pacientes y proyectó unos talleres de terapia ocupacional que contaban con las secciones de carpintería, sastrería y salas de tratamientos (54). Si bien dichas estructuras no se mantienen, se conservan los planos sobre papel que realizó el arquitecto del manicomio (55), así como un documento oficial enviado, en 1949, al Instituto Nacional de Estadística en el que, además de las instalaciones, se hallaba censada la población manicomial y el personal adherido al establecimiento (56).

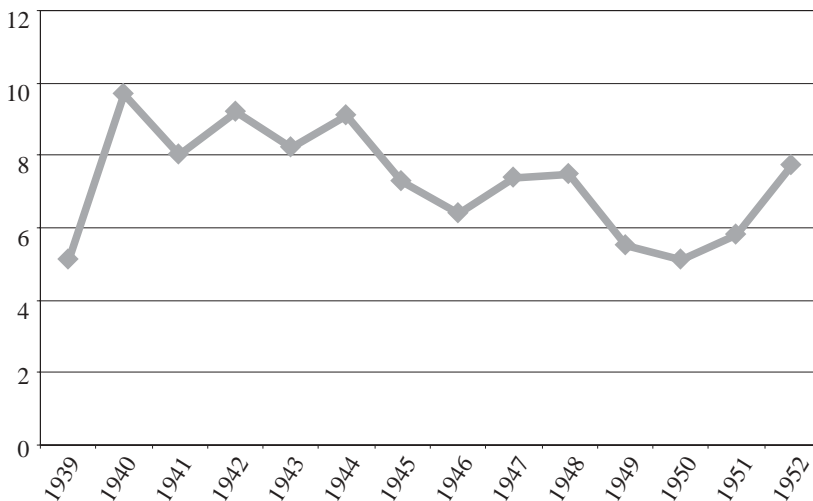
La producción psiquiátrica de Peraita es menos numerosa que sus publicaciones estrictamente neurológicas, destacando entre sus trabajos uno sobre el tratamiento de la esquizofrenia, que publicó en la revista *Acta Médica* en 1941, cuando ejercía como profesor auxiliar en la Clínica de Psiquiatría de la Universidad de Madrid donde estaba López Ibor (57). Durante su estancia como director del manicomio de Leganés, en 1946, publicó un artículo en la *Revista Clínica Española*, junto a Enrique Fernández-Sanz Méndez, en el que analizaron la evolución de un interno diagnosticado de Parálisis General Juvenil que trataron con penicilina intrarraquídea (58).

Los enfermos mentales del manicomio de Leganés en la postguerra

El estudio de los enfermos que ingresaron en el manicomio de Leganés ayuda a conocer la historia de una institución que, de algún modo, se va dibujando a medi-

da que trazamos los retratos de los que la poblaron durante décadas. En aras de describir aquellos internos, hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo de una serie de casos, con una muestra total de 615 pacientes ingresados durante el periodo de junio de 1939 a diciembre de 1952. Para ello se ha recogido una base de datos que contiene 60 variables por paciente de tipo sociodemográficas y clínico-terapéuticas, utilizando para su análisis el programa SPSS 12.0. Durante la década de estudio, señalaremos que el mayor número de ingresos correspondió al año 1940, con un 10% del total (sin diferencias significativas entre ambos sexos), mientras que el de menor porcentaje fue 1950, con el 5%. Aparecen varios casos de reingreso, considerados sólo como otro registro diferente, aquellos en los que la segunda hospitalización sucede cuando ha transcurrido más de un año respecto al ingreso previo (en aquellos en los que el tiempo entre uno y otro no sobrepasa los 12 meses, las variables que hemos recogido son la fecha del primer ingreso y el alta del segundo). En la mayor parte de las historias, la recogida de datos va desde el momento del ingreso hasta el alta del paciente; ahora bien, para analizar determinadas variables, sólo hemos tenido en cuenta si se refieren al periodo que nos ocupa, ya que el objeto de nuestro estudio es conocer lo que ocurre durante dicho periodo en el manicomio de Leganés.

Gráfico 2
Número de ingresos por año



La edad media de los pacientes ingresados fue de 42 años, siendo el menor un varón de 14 años, mientras que la mayor fue una mujer de 93. La edad más frecuente

de ingreso en mujeres era 42 años, mientras que en varones fue de 26 años. En cuanto a la distribución por sexo, ingresaron 317 mujeres (52%), porcentaje significativo ya que a lo largo de la vida de la institución el número de varones que ingresaba siempre había superado al de mujeres. De hecho en los estudios realizados, el porcentaje de varones ingresados desde 1852 hasta 1936 fue del 62% (59), y durante los años de la guerra civil el porcentaje de los varones hospitalizados fue del 55%.

La mayoría de los varones y de las mujeres eran solteros (60%, distribuidos en 197 varones y 167 mujeres). El único estado civil en el que se aprecia una diferencia porcentual significativa entre géneros fue el de viudedad, con un 19% de mujeres viudas y un 4% de varones.

Tabla 1
Estado Civil

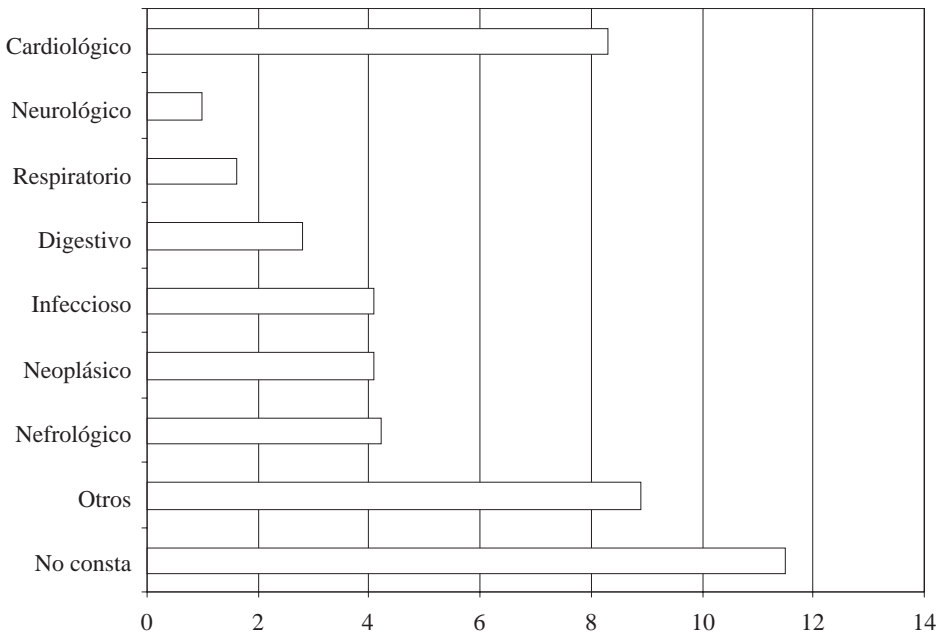
ESTADO CIVIL	VARONES		MUJERES	
	%	n	%	n
Casados	26,8	79	25,2	80
Solteros	66,8	197	52,7	167
Viudos	4,1	12	19,2	61
No consta	2,4	7	2,8	9
TOTAL (N = 612)	100	295	100	317

En el 38 % de las historias clínicas de las mujeres consta «sus labores» como profesión. En el caso de los hombres no existía una profesión predominante, encontrándose un amplio espectro que iba de profesiones (médico, farmacéutico, abogado) y oficios (carbonero, tranviario, calderero) tradicionales, a otras ligadas al mundo del espectáculo (representante de teatro, artista de circo). En los registros se incluía también como profesión la de «mutilado de guerra» en un total de 3 internos.

Aunque no hay que olvidar que la Casa de Dementes de Santa Isabel fue concebida como un manicomio Psiquiátrico Nacional, al describir la procedencia de los pacientes ingresados vemos cómo el 78% de nuestra muestra procedía de Madrid. Los ingresos, al igual que se observaba en trabajos previos, se realizaban mayoritariamente por indicación médica (95%), y la procedencia más frecuente era el domicilio particular. Entre las instituciones que derivaron pacientes destacan, por el número de derivaciones, el Hospital Provincial, el manicomio de Ciempozuelos y el Sanatorio Esquerdo. Estas dos últimas instituciones psiquiátricas, fundadas en 1877, fueron los dos sanatorios privados más importantes del Madrid decimonónico (60).

En el periodo estudiado, 365 pacientes (60%) fueron dados de alta: el 46% por defunción, el 26% por no regresar de una salida temporal (llamada «licencia», cuya duración máxima era de tres meses) y el 7% a petición familiar. La causa principal de defunción agrupada por sistemas fue la cardiológica, con un 25% de los casos (sin diferencias significativas entre sexos), y en segundo lugar la neurológica, con un 19% (73% mujeres y 27% varones).

Gráfico 3
Motivos de defunción



Las historias clínicas cuentan con varios tipos de documentos: la hoja de entrada y vicisitudes, un cuestionario estructurado, los partes de evolución semestral enviados al juez, el certificado médico previo al ingreso (encontrado en el 94% de las historias), informes del laboratorio de análisis clínicos, y otros documentos como informes entre médicos, cartas de familiares y hasta dibujos o escritos de los pacientes a modo de diario. La «hoja de entrada y vicisitudes» es el documento que recoge los datos personales, el diagnóstico, la descripción clínica al ingreso y los registros evolutivos del paciente; se ha localizado en la mayoría de las historias con la excepción de cuatro pacientes. El cuestionario es un documento que

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

recoge características generales del paciente y de la familia y, a diferencia de años anteriores a la guerra, donde aparecía con mayor frecuencia, en estos años tan sólo está en el 8% de las historias. En un 81% de los casos también se hallan recogidos los partes de evolución semestral que se debían enviar al juzgado de referencia cada seis meses.

En la primera hoja de la historia clínica, junto a los datos de filiación, el paciente se asignaba a una de las tres categorías en las que era posible el ingreso: beneficencia, pensionistas de primera o pensionistas de segunda. En el periodo estudiado, el 43% de los enfermos que ingresaron fueron pensionistas de segunda categoría, mientras que el porcentaje de pensionistas de primera y pobres admitidos fue muy similar (25% y 23% respectivamente). En la distribución por géneros, entre las mujeres, el 45% eran pensionistas de segunda, el 29%, pensionistas de primera, el 17% de beneficencia y en un 9% no constan datos. Respecto a los hombres, el 41% eran pensionistas de segunda, el 20% de primera, el 28% pobres y en el 11% no constan datos. Las categorías estaban establecidas desde la apertura del manicomio, siendo la familia la que solicitaba su inclusión en alguna de éstas si estaba dispuesta a pagar los honorarios correspondientes. Las cantidades que los pensionistas debían aportar se hallaban reflejadas en el Artículo 61.º del Reglamento de 1941: «Los enfermos pensionistas de ambos sexos pagarán: los de primera clase, diez pesetas diarias por estancia completa, los de segunda clase, pagarán por el mismo concepto de estancia completa, siete pesetas cincuenta céntimos diarios» (46). No obstante, es preciso destacar que no se respetaban las *ratios* asignadas a cada categoría, tal como se hallaba contemplado en el Artículo 4.º del Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno Interior de 1941, que regulaba que la mitad de los pacientes debían ser «pobres». Esta situación en la que los porcentajes se hallaban invertidos es común, en cualquier caso, desde la inauguración de la institución, siendo la guerra civil la única excepción (30).

Tabla 2
Categorías de ingreso

CATEGORÍA DE INGRESO	VARONES		MUJERES	
	%	n	%	n
Beneficencia	28,1	83	16,8	53
Pensionista de 1. ^a	19,7	58	29,1	92
Pensionista de 2. ^a	41,0	121	44,9	142
No consta	11,2	33	9,2	29
TOTAL (N = 611)	100	295	100	316

Figura 1
Resumen estadístico correspondiente al año 1946

Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés

AÑO DE 1946 RESUMEN ANUAL
DEL TRATAMIENTO

Clasificación	Sexo	Prescripción	Edad media	A L T O S					Estratificación	
				Clasificación	Resistencia	Tratamiento	Deficiencia	Tiempo de ingreso		
I. Clasificación administrativa	Masculino	Psicosis	27	27						
		Alcoholismo	22	22						
	Femenino	Psicosis	25	25						
		Alcoholismo	21	21						
Total			95	95						
II. Clasificación médica	Masculino	Alcoholismo	49	49						
		Psicosis	22	22						
	Femenino	Alcoholismo	21	21						
		Psicosis	25	25						
Total			117	117						
III. Clasificación terapéutica	Alcoholismo	70	70							
	Psicosis	47	47							
	Alcoholismo	102	102							
	Psicosis	22	22							
	Alcoholismo	21	21							
	Psicosis	25	25							
	Alcoholismo	21	21							
	Psicosis	25	25							
	Alcoholismo	21	21							
	Psicosis	25	25							
Total			117	117						

Legaña, 20 de Diciembre de 1946.
Dr. José Rodríguez

Figura 2
Cura de Sakel



La consolidación de la clasificación kraepeliniana

La Asociación Española de Neuropsiquiatría constituida en 1924, había impulsado, entre otras cuestiones, la implantación por parte del Instituto Geográfico y Estadístico de una clasificación moderna de enfermedades psiquiátricas, sugiriendo la de Kraepelin que, si bien se había comenzado ya a utilizar, no se hallaba instaurada oficialmente (61, 62). El 2 de diciembre de 1931 aparecía una Orden de la Dirección General de Sanidad, Sección de Psiquiatría e Higiene Mental, en la *Gaceta de Madrid*, donde en su apartado quinto se acordaba que «todos los Establecimientos psiquiátricos, oficiales o privados, llevarán una estadística general de los enfermos mentales sometidos a sus cuidados, con arreglo a las fichas que suministra la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental de la Dirección General de Sanidad, y otra especial de los enfermos mentales con arreglo a la clasificación de Kraepelin, adoptada por el Consejo Superior Psiquiátrico para toda la Nación» (63).

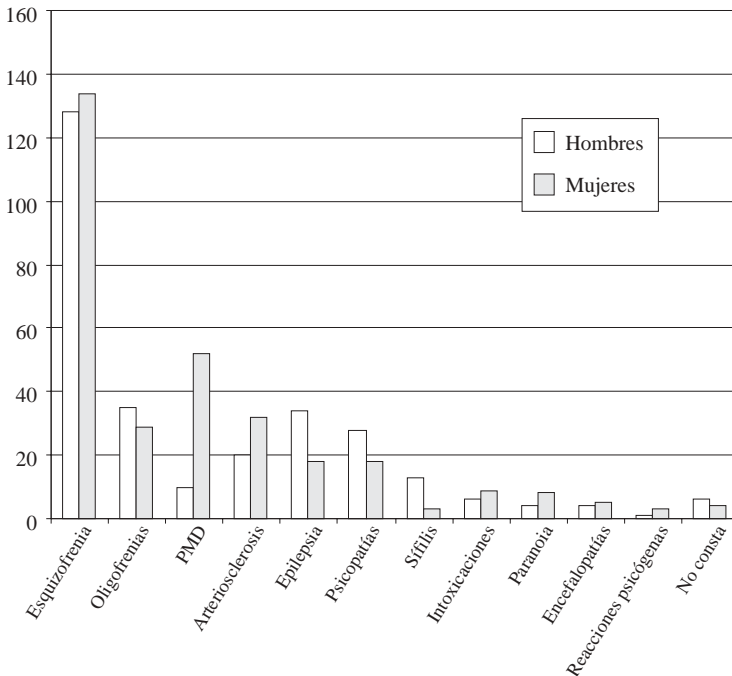
Durante nuestro periodo de estudio se enviaban partes estadísticos mensuales y anuales de los pacientes que ingresaban o eran dados de alta en el manicomio, distribuidos según la categoría de ingreso, el diagnóstico, o bien el departamento al que pertenecían (agitados, sucios y tranquilos) (Figura 1). En estos partes hallados en el Archivo del Hospital Psiquiátrico, tal como podemos observar en la figura, aparecen sólo tres de los departamentos contemplados en el Artículo 67.º del Reglamento interno de 1941: «El asilo será dividido en cuarteles diferentes para los dos sexos: cada uno de aquellos cuarteles se subdividirá en departamentos independientes dedicados a observación, a pobres, a pensionistas, a alienados pacíficos, a turbulentos, a furiosos o sucios, a epilépticos y a convalecientes» (46). Las categorías diagnósticas que se recogen en dicho documento enviado mensualmente se organizaban en una decena de grupos: oligofrenia, psicosis maníaco-depresiva, esquizofrenia, parálisis general progresiva, psicopatía constitucional, demencia senil, paranoia, psicosis epiléptica, psicosis alcohólica y otras psicosis. Únicamente en los años 1942 y 1943 hemos encontrado un documento oficial adicional (64), con una clasificación similar a la kraepeliniana, a la que se añaden tres nuevas categorías: niños y jóvenes psicopáticos, Enfermedades nerviosas sin alteración psíquica, y No enfermos nerviosos ni psíquicos (casos para peritar) errores de ingreso. El ya citado González Ferradas había pedido que este documento estadístico fuese enviado a todos los establecimientos manicomiales del país para obtener una cifra de los enfermos mentales internados, ya que, a consecuencia de la guerra, el archivo y la documentación perteneciente a la Sección de Psiquiatría de la Dirección General de Sanidad se habían extraviado (39).

A pesar de que las categorías kraepelinianas eran aceptadas oficialmente, tal como se observa en los partes anuales y mensuales enviados a los Servicios de Higiene Mental de la Dirección General de Sanidad del Ministerio de

Gobernación, la variedad de diagnósticos literales que aparecían en las historias clínicas llega hasta un total de 146, lo que nos ha llevado a elaborar un Thesaurus bajo los epígrafes de la clasificación kraepeliniana, aunque algunos de los diagnósticos encontrados recuerden aún a la nosografía procedente de la clínica psiquiátrica francesa, como es el caso de la locura circular de Falrret, diagnóstico que aparece en las historias clínicas.

Una vez agrupados, el diagnóstico que aparece con más frecuencia es el del grupo de esquizofrenias, con un 43% (262 pacientes), siguiéndole el grupo de oligofrenias, con el 11% (66 pacientes), y la psicosis maniáco-depresiva, con un 10%. Las psicopatías, una categoría escasamente frecuente hasta entonces, llegan a un 8%. Del total de ingresos, 83 pacientes poseen un segundo diagnóstico, y en 67 pacientes se realizó un cambio de diagnóstico durante el periodo abordado. Se han estudiado estas categorías diagnósticas distribuidas por género, no apreciándose diferencias significativas para la esquizofrenia, que se mantuvo en un porcentaje similar para ambos sexos; sin embargo, es muy llamativa la diferencia entre géneros en el caso de psicosis maniáco-depresivas, grupo en el que el 83% son mujeres.

Gráfico 4
Diagnósticos según la clasificación Kraepeliniana



Al analizar específicamente los pacientes que ingresaron durante el periodo en el que Manuel Peraita fue director de la institución, no hemos hallado ninguna neuropatía carencial. No se observan diferencias significativas en el primer diagnóstico respecto al periodo de análisis total, manteniéndose la esquizofrenia con un 40%; en cambio, el segundo en frecuencia son las psicopatías, con un 14% del total.

La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre el cardiazol y el electroshock

La escasez de publicaciones sobre terapéutica psiquiátrica durante esta década, con tan sólo un total de 54 artículos relacionados con tratamientos psiquiátricos (65), unida a la dificultad de trabajar con historias clínicas, hacen que hasta el momento no existan muchos trabajos que hayan valorado, desde el punto de vista histórico, la introducción de estos tratamientos en la práctica asistencial española. La aplicación de todo el arsenal terapéutico surgido a partir de la introducción de la malarioterapia (66), las terapias de sueño prolongado inducidas por barbitúricos, el choque insulínico o el choque con Cardiazol presentó una lenta introducción en España. A la tímida utilización en los años treinta de estos novedosos tratamientos procedentes de Europa, truncada por el estallido de la guerra civil, hay que añadir la penuria y el aislamiento de los años de la posguerra así como el estallido de la Segunda Guerra Mundial. En el II Congreso de Neuropsiquiatría, celebrado en Valencia en 1950, se justificaba este retraso con la siguiente argumentación: «Se trataban de medidas terapéuticas radicales y revolucionarias, que necesitan un mayor tiempo de experimentación para su universal aceptación» (67).

En nuestra investigación hemos tratado de aproximarnos a la utilización de estos tratamientos en el Hospital Psiquiátrico de Leganés durante los años cuarenta. En este periodo se produce un salto tanto cuantitativo como cualitativo en el uso de alternativas terapéuticas al compararlo con épocas previas, ya que hasta que finalizó la guerra civil, las descripciones en las historias clínicas sobre cuestiones terapéuticas eran realmente pobres y escasas.

En nuestro análisis el 28% de pacientes de Leganés recibió algún tipo de tratamiento, esto es, 173 pacientes de los 615 ingresados, cifra significativamente más alta que la hallada en las muestras previas a la guerra. El tratamiento encontrado con mayor frecuencia es el electroshock, que en 1938 Ugo Cerletti (1877-1963) había utilizado en Roma por primera vez, influido por las ideas de Ladislaus Joseph Von Meduna (1896-1964), que sostenía la hipótesis del antagonismo entre la esquizofrenia y la epilepsia. Este catedrático italiano, que había sucedido a

Sante de Sanctis (1862-1935), desarrolló el método eléctrico para provocar convulsiones y tratar de evitar los inconvenientes del choque cardiazólico o insulínico. En nuestra muestra se utilizó de forma aislada (41%), conjuntamente con la cura de Sakel (9%), asociado a fármacos, o bien en otro tipo de combinaciones. Aunque desconocemos la razón, consideramos destacable la diferencia de aplicación de esta técnica según el género del paciente (26% en hombres frente al 55% en mujeres), siendo el diagnóstico predominante la esquizofrenia (50 pacientes esquizofrénicos y 11 diagnosticados de psicosis maníaco-depresiva).

Tabla 3
Tratamientos

TIPO DE TRATAMIENTO		VARONES		MUJERES	
		%	n	%	n
Farmacológico	Aislado	38,1	32	16,9	15
	+ Hábitos dietéticos	3,6	3	3,4	3
	+ Leucotomía	0,0	0	1,1	1
	+ Electrochoque	4,8	4	3,4	3
	+ Sakel	0,0	0	1,1	1
	+ Electrochoque + Sakel	0,0	0	1,1	1
	+ Malarioterapia	0,0	0	1,1	1
	+ Electrochoque + Leucotomía	1,2	1	0,0	0
Electrochoque		26,2	22	55,1	49
Sakel		9,5	8	0,0	0
Electrochoque + Sakel		7,1	6	11,2	10
Leucotomía		3,6	3	5,6	5
Psicoterapéutico		3,6	3	0,0	0
Laborterapia		2,4	2	0,0	0
TOTAL (N = 173)		100	84	100	89

En segundo lugar, con un porcentaje del 37%, se pautaron tratamientos farmacológicos (el 27% sin otra medida adicional), cuyo fin principal era la sedación de los pacientes. Los fármacos más utilizados fueron el Bromuro potásico y el Luminal, tanto en administración conjunta (17% de los casos)

como por separado. Los bromuros habían sido fármacos indicados como tratamiento sedante de la epilepsia histérica y de pacientes adictos a morfina y cocaína, y su rápida introducción se debió a motivos económicos. No obstante, los compuestos de bromuro fueron desterrados por su toxicidad al entrar los barbitúricos en el mercado. El Veronal (ácido dietilbarbitúrico) había sido el primer barbitúrico a partir del cual se realizaron diversas modificaciones químicas, consiguiéndose, entre otros, el Luminal (sustitución de un grupo etílico por un radical fenilo) (68).

La medida farmacológica que siguió en frecuencia fue la administración del Cardiazol, introducida por el psiquiatra húngaro Von Meduna al observar, en 1934, que los síntomas esquizofrénicos mejoraban después del cuadro convulsivo provocado por la administración de dicha medicación de forma intravenosa (también podía provocarse con Metrazol o alcanfor). En nuestra muestra, esta terapia fue utilizada en un 24% de los pacientes, siendo tratados en su mayor parte los esquizofrénicos (71%), sin existir diferencias entre sexos, y posteriormente desterrada por la terapia electroconvulsiva (69).

La piritoterapia, que había sido el tratamiento más novedoso para la Parálisis General Progresiva en los años treinta, entró en franco declive, cuando el antibiótico se fue instaurando como terapia de elección para la sífilis parenquimatosa cerebral a partir de la segunda mitad de los cuarenta. De hecho, se registraron diez casos de piritoterapia entre 1940 y 1944, en los que se provocaba fiebre con abscesos de fijación mediante esencia de trementina, morfina, escopolamina, porfirina inyectable o tintura de opio en gotas. Entre los pacientes tratados por métodos piritoterápicos, en nuestra muestra, tan sólo un paciente diagnosticado de sífilis fue una paludización. La inoculación de paludismo, conocida como malarioterapia y descrita por Wagner Von Jauregg en 1917, prácticamente desapareció como tratamiento psiquiátrico en el año 1951, cuando la *American Academy of Dermatology* propuso entre 6 y 12 millones de unidades de penicilina para todo tipo de neurosífilis. No obstante, este método se había utilizado escasamente en el Hospital Psiquiátrico, incluso durante su punto álgido en los años treinta. Tal como acabamos de señalar, paralelamente a la disminución del uso de los métodos piritoterápicos para los sífilíticos, se introdujo la penicilina intrarraquídea, administrada en 6 casos (9%). El primer caso de antibioterapia por vía raquídea fue un paciente tratado en octubre de 1945, y este tratamiento fue utilizado hasta en un total de seis internos a lo largo del periodo de la muestra. A juzgar por lo referido por el mismo Peraita y por Fernández-Sanz Méndez, es más que probable que el número de prescripciones fuese menor a lo considerado por los facultativos, ya que no disponían de la suficiente penicilina intrarraquídea (58).

Tabla 4
Tratamientos farmacológicos

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	%	n
Cardiazol	23,5	15
Rawipur	1,6	1
Piretoterapia (morfina, tintura de opio, trementina)	15,7	10
Luminal	6,3	4
Luminal + Bromuro potásico	17,2	11
Epilentin	4,7	3
Yoduro / Bromuro potásico	6,3	4
Penicilina intrarraquídea	9,4	6
Neos h	3,2	2
Inespecíficos	12,6	8
TOTAL (N =)	100	64

La inducción de un coma insulínico para el alivio de los síntomas de la esquizofrenia fue otra de las opciones terapéuticas utilizada de forma significativa en el manicomio de Leganés (Figura 2). Esta técnica, empleada a partir de 1934 por el austriaco Manfred Sakel (1900-1957), se convirtió, en 1944, en la primera elección para la esquizofrenia (70). En nuestra muestra aparece un 15% de pacientes tratados con la técnica de Sakel, realizada mayoritariamente junto al electroshock en esquizofrénicos entre los años 1945-1948, y sin una diferencia significativa entre hombres y mujeres.

A las variadas terapias somáticas implantadas durante esta década hay que añadir la leucotomía prefrontal (71), descrita en 1936 por Egas Moniz (1874-1955) y el neurocirujano Almeida Lima. Esta técnica de resección de los lóbulos frontales, conocida como lobotomía, y que había sido discutida en el Congreso de Nápoles en 1938, fue la técnica más arriesgada de cuantas se realizaron. En el periodo de estudio se practicaron un total de diez leucotomías, lo que supone un 6% del total de tratamientos, siendo realizadas a seis esquizofrénicos, tres epilépticos y un oligofrénico.

Sin duda, las florecientes terapias, no exentas de riesgos, constituyeron la mayoría de los tratamientos administrados en el manicomio, combinados en algunas ocasiones con hábitos de tipo higiénico-dietéticos. La laborterapia, medida terapéutica utilizada según se recoge en algunos documentos (55, 56), se hallaba

sin embargo prescrita en pocas historias clínicas, haciendo referencia a su uso tan sólo en dos casos de oligofrenia. De modo similar ocurre con las intervenciones psicoterapéuticas, descritas únicamente en tres psicopatías, todas ellas varones.

A modo de conclusión

Podemos afirmar, sin duda, que las historias clínicas de los pacientes que ingresaron entre 1939 y 1952 son más ricas en descripciones clínicas y abordajes terapéuticos que las de los periodos previamente estudiados. La capacidad del Hospital Psiquiátrico aumentó, así como la dotación de personal facultativo y de dispositivos de diagnóstico y tratamiento.

En general, los diagnósticos se ajustan a la clasificación kraepeliniana, siendo el más frecuente la esquizofrenia, tanto en hombres como en mujeres. Se puede apreciar una introducción progresiva de los tratamientos más novedosos (electroshock, coma insulínico, leucotomía), si bien los propios profesionales argumentaban ciertas carencias como la escasez de penicilina.

Esperamos en un futuro poder dar cuenta de más información sobre este periodo al analizar otra documentación hallada en el Archivo del Hospital de Leganés, ya que este trabajo se encuentra enmarcado en una investigación más amplia aún en curso.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) CASTILLA DEL PINO, C., «Vieja y nueva psiquiatría», *Archivos de Neurobiología*, 1963, 26, pp. 215-226; 311-324.
- (2) CASTILLA DEL PINO, C., «La psiquiatría española (1939-1975)», en CASTELLET, J. M. (ed.), *La cultura bajo el franquismo*, Barcelona, Anagrama, 1977.
- (3) GONZÁLEZ DURO, E., *La asistencia psiquiátrica en España*, Madrid, Miguel Castellote, 1975.
- (4) GONZÁLEZ DURO, E., *Psiquiatría y sociedad autoritaria: España 1939-1975*, Madrid, Akal, 1978.
- (5) GONZÁLEZ DURO, E., *Historia de la locura en España, III. Del reformismo del siglo XIX al franquismo*, Madrid, Temas de hoy, 1996.
- (6) GONZÁLEZ DURO, E., «Psiquiatría nacional», en APARICIO BASAURI, V. (comp.), *Orígenes y fundamentos de la Psiquiatría en España*, Madrid, ELA, 1997, pp. 245-264.
- (7) COMELLES ESTEBAN, J. M., *La razón y la sin razón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en la España contemporánea*, Barcelona, Promociones y Publicaciones Universitarias, 1988.
- (8) GONZÁLEZ DE PABLO, A., «La escuela de Heidelberg y el proceso de institucionalización de la psiquiatría española», en *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934)*, Madrid, Extra, 1995, pp. 229-250.

(9) CASCO SOLÍS, J., «Autarquía y nacional-catolicismo», en *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934)*, Madrid, Extra, 1995, pp. 197-228.

(10) CASCO SOLÍS, J., «Psiquiatría y franquismo. Periodo de institucionalización (1946-1960)», en FUENTENEbro, F., y otros (eds.), *Psiquiatría y Cultura en España en un Tiempo de Silencio. Luis Martín Santos*, Madrid, Necodisne, 1999, pp. 85-130.

(11) APARICIO BASAURI, V.; SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, A. E., «Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986)», *Revista de la AEN*, 1997, 61, pp. 125-145.

(12) JORDÁ MOSCARDÓ, E., «Instituciones psiquiátricas catalanas durante el franquismo a través de la Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina (1953-1975)», en REY GONZÁLEZ, A. (ed.), *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, 1997, pp. 357-424.

(13) PLUMED DOMINGO, J.; DUALDE BELTRÁN, F., «El concepto de esquizofrenia en las publicaciones psiquiátricas españolas», en ANGOSTO SAURA, T.; RODRÍGUEZ LÓPEZ, A.; SIMÓN LORDA, D. (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999), III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría*, Orense, AEN, Asociación Galega de Saude Mental, 2001, pp. 141-150.

(14) DUALDE BELTRÁN, F., «La profilaxis de la enfermedad mental en la psiquiatría franquista: esquizofrenia, eugenesia y consejo matrimonial», *Revista de la AEN*, 2004, 92, pp. 131-161.

(15) HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R., *Los médicos de la mente. De la neurología al psicoanálisis (Lafora, Vallejo-Nágera, Garma)*, Madrid, Nivola, 2002.

(16) GRACIA GUILLÉN, D., «El enfermo mental y la psiquiatría española de la posguerra», *Informaciones Psiquiátricas*, 1990, 120, pp. 161-171.

(17) SIMÓN LORDA, D., «Locura, medicina y sociedad: Ourense (1875-1975)», Ourense, *Fundación Cabaleiro Goas*, 2005, pp. 661-694.

(18) BEVERIDGE, A., «Madness in Victorian Edinburgh: a Study of Patients Admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873-1908», *History of Psychiatry*, 1995, Part. I, pp. 21-54, Part. II, pp. 133-156.

(19) HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R., «Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos», *Frenia*, 2001, 1 (2), pp. 7-37.

(20) ALONSO, P., y otros, «Los archivos de Villacián: casos judiciales», en ÁLVAREZ, J. M.; ESTEBAN, R., *Crimen y locura*, Madrid, AEN, 2004, pp. 135-148.

(21) ANGOSTO SAURA, T.; GARCÍA ÁLVAREZ, M. X.; GONZÁLEZ GARCÍA, A., «Historia del manicomio de Conxo: sus primeros médicos y sus clasificaciones diagnósticas (Un estudio a través de 528 historias clínicas)», en REY GONZÁLEZ, A. (ed.), *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, 1997, pp. 61-88.

(22) BALBO, E., «El hospital psiquiátrico de Leganés», *El médico*, 1994, 541, pp. 677-682.

(23) PESET, J. L., «El manicomio modelo en España», en *Sociedad de historia y filosofía de la psiquiatría. Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934)*, Madrid, Extra, 1995, pp. 43-52.

(24) VILLASANTE, O., «El manicomio de Leganés. Debates científicos y administrativos en torno a un proyecto frustrado», *Revista de la AEN*, 1999, 19 (71), pp. 469-479.

(25) VILLASANTE, O., «Las tres primeras décadas de la Casa de dementes de Santa Isabel de Leganés: un frustrado manicomio modelo», *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 2002, 2, 2, pp. 139-162.

(26) VILLASANTE, O., «The Unfulfilled Project of the Model Mental Hospital in Spain: Fifty Years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900)», *History of Psychiatry*, 2003, 14 (1), pp. 3-23.

(27) DELGADO, M., «Los veinte primeros años del Manicomio de Leganés (1852-1871)», *Asclepio*, 1986, 38, pp. 273-297.

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

(28) MORO, A.; VILLASANTE, O., «La etapa de Luis Simarro en el Manicomio de Leganés», *Frenia*, 2001, 1, 1, pp. 97-119.

(29) MOLLEJO APARICIO, E., *Evolución de los criterios diagnósticos y terapéuticos en el Hospital Psiquiátrico de Leganés (1852-1936)*, TD, Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina, 2001.

(30) DEL CURA, M., «Niños en el manicomio: la locura infantil en la casa de Santa Isabel de Leganés (1852-1936)», en FUENTEBRO, F.; HUERTAS, R.; VALIENTE, C., *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, *Frenia*, 2003, pp. 611-634.

(31) TIERNO, R.; VILLASANTE, O., VÁZQUEZ DE LA TORRE, P., *La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el manicomio Nacional de Leganés* (en prensa).

(32) VILLASANTE, O.; VÁZQUEZ DE LA TORRE, P.; TIERNO, R., «La guerra civil en el hospital psiquiátrico de Leganés: Aproximación a la población manicomial», en MARTÍNEZ-PÉREZ, J., y otros, *La locura y su gestión: conocimiento, prácticas y escenarios*, Universidad de Castilla-La Mancha, 2006, pp. 191-227.

(33) TUSELL, J., *La dictadura de Franco*, Barcelona, Altaza, 1996.

(34) TUSELL, J.; GENTILE, E.; DI FEBO, G. (eds.); SUEIRO, S. (coord.), *Fascismo y franquismo cara a cara: una perspectiva histórica*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2004.

(35) TUSELL, J., *Dictadura franquista y democracia*, Barcelona, Crítica, 2005.

(36) MARSET CAMPOS, P., «Condicionantes socioeconómicos en la psiquiatría española de la posguerra», en *I Seminario sobre la historia de la psiquiatría española*, Valencia, Cátedra de historia de la medicina, 1983.

(37) MARSET CAMPOS, P.; SÁEZ GÓMEZ, J. M.; MARTÍNEZ NAVARRO, F., «La salud pública durante el franquismo», *Dynamis*, 1995, 15, pp. 211-250.

(38) GONZÁLEZ DURO, E., «Las instituciones psiquiátricas durante la época franquista», en REY GONZÁLEZ, A. (ed.), *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, 1997, pp. 425-454.

(39) GONZÁLEZ FERRADAS, M., «La asistencia psiquiátrica en España», *Semana médica española*, 1943, pp. 1-10.

(40) LLOPIS, B., *Psicosis pelagrosa*, Barcelona, Científico-Médica, 1946.

(41) VALLEJO-NÁGERA, A., *Tratado de psiquiatría I, psicopatología general*, Barcelona-Buenos Aires, Salvat, 1944.

(42) BARCIA SALORIOI, D. (comp.), *Esquizofrenia, Cuadros afines y cuadros delirantes*, Madrid, ELA, 1997, p.10.

(43) CAMPOS MARÍN, R., «De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad», *Frenia*, 2001, I, (1), pp. 37-64.

(44) MOLLEJO APARICIO, E., «Funcionamiento y régimen interno del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (1852-1936)», en FUENTEBRO, F.; HUERTAS, R.; VALIENTE, C., *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, *Frenia*, 2003, pp. 635-646.

(45) *Gaceta de Madrid*, Año CCXXIV, n.º 135, tomo II, pp. 447-450, 15-V-1885.

(46) *Boletín Oficial del Estado*, Orden 3 de noviembre de 1941, n.º 311, pp. 8697-8701.

(47) *Boletín Oficial del Estado*, 26 de diciembre de 1948, n.º 361, pp. 5791-5792.

(48) ALONSO RESALT, J.; LÓPEZ MUÑOZ, M., *Los Alcaldes de Leganés*, Madrid, Legacom Comunicación, 1999.

(49) GRANDE, F.; PERAITA, M., «Vitaminas y sistema nervioso», *Revista clínica española*, 1941, II, 3, pp. 210-232.

(50) PERAITA, M., «Deficiency Neurophaties Observed in Madrid During the Civil War (1936-1939)», *The British Medical Journal*, 1946, 23, pp. 784.

(51) PERAITA, M., «El complejo sintomático de Madrid: síndrome parastésico-causálgico», *Revista clínica española*, 1947, XXVI, 4, pp. 225-234.

(52) DEL CURA, I., *Problemas epidemiológicos, médicos y sociales del latirismo en España*, TD, UAM, 2004.

(53) Documento fechado en 22 de febrero de 1945 y firmado por el Director General de Beneficencia y Obras Sociales del Ministerio de Gobernación, hallado en el Archivo Histórico de Leganés.

(54) GIMENO ÁLAVA, A., «Neurología de ayer, Manuel Peraita Peraita (1908-1950)», *Revista Española de Neurología*, 1986, I, pp. 41-48.

(55) Archivo General de la Administración (AGA), Fondo del Ministerio del Interior (antes Ministerio de Gobernación): (08) 25.02 44 / 2848-2.

(56) Documento oficial del Instituto Nacional de Estadística, Censo de Establecimientos Benéficos y Sanitarios, fechado el 2 de noviembre de 1949.

(57) PERAITA, M., «El tratamiento de la esquizofrenia por el coma insulínico», *Acta Médica*, 1941, I, 4, pp. 234-251.

(58) PERAITA, M.; FERNÁNDEZ-SANZ MÉNDEZ, A., «Sobre el tratamiento de la parálisis general progresiva mediante la administración intrarraquídea de penicilina», *Revista clínica española*, 1946, II, XX, 2, pp. 144-145.

(59) MOLLEJO, E.; DEL CURA, M.; HUERTAS, R., «La práctica clínica en el manicomio de Leganés (1852-1936). Primera aproximación al estudio de sus historias clínicas», en MARTÍNEZ-PÉREZ, J., y otros (coord.), *La medicina ante el nuevo milenio: Una perspectiva histórica*, Cuenca, Universidad de Castilla-La Mancha, pp.149-162.

(60) VILLASANTE, O., «Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el periodo de entre siglos: asistencia pública frente a sanatorios privados», *Frenia*, 2005, 5, pp. 66-99.

(61) Editorial de *Archivos de Neurobiología*, 1925, 5 (2), pp. 83-84.

(62) NAVARRO PÉREZ, J., «Las clasificaciones en psiquiatría. La aportación española», en ANGOSTO SAURA, T.; RODRÍGUEZ LÓPEZ, A.; SIMÓN LORDA, D. (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999), III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría*, Orense, AEN, Asociación Galega de Saúde Mental, 2001, pp. 55-90.

(63) *Gaceta de Madrid*, n.º 336, pp. 1376-1377, 02/12/1931.

(64) Estadística de enfermos existentes en el Establecimiento por orden ministerial de 24 de abril de 1942 de la Dirección General de Sanidad y Servicios de Higiene Mental del Ministerio de Gobernación.

(65) PLUMED DOMINGO, J.; DUALDE BELTRÁN, F., «El concepto de esquizofrenia en las publicaciones psiquiátricas españolas», en ANGOSTO SAURA, T.; RODRÍGUEZ LÓPEZ, A.; SIMÓN LORDA, D. (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999), III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría*, Orense, AEN, Asociación Galega de Saúde Mental, 2001, pp. 141-150.

(66) VILLASANTE, O., «La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España», en FUENTENEbro, F.; HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R.; VALIENTE, C., *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, *Frenia*, 2003, pp. 175-188.

(67) DOMINGO SIMO, F.; RUIZ AGUILERA, J., «La electronarcosis como última y positiva adquisición de los tratamientos convulsionantes», en *II Congreso de Neuropsiquiatría*, Comunicaciones, Valencia, 1950, pp. 29-37.

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

(68) SHORTER, E., *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, EE.UU., John Wiley, 1997.

(69) BERRIOS, G. E., «The Scientific Origins of Electroconvulsive Therapy: a Conceptual History», *History of Psychiatry*, 1997, 8, pp. 105-119.

(70) JAMES, F. E., «Insulin Treatment in Psychiatry», *History of Psychiatry*, 1992, 3, pp. 221-235.

(71) BERRIOS, G. E., «The Origins of Psychosurgery: Shaw, Burkhardt and Moniz», *History of Psychiatry*, 1997, 8, pp. 61-81.

* Ana Conseglieri, residente de psiquiatría; Olga Villasante, psiquiatra. Instituto Psiquiátrico. Servicios de Salud Mental José Germain, Leganés, Madrid.

Correspondencia: anaconseglieri@hotmail.com; ovillasante.hsvo@salud.madrid.org

Este trabajo se enmarca en el proyecto del Ministerio de Educación y Ciencia HUM2005-04961-C03-02/HIST. Una primera aproximación se presentó en el XIII Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, Madrid, septiembre de 2005. Agradecemos a la Dra. Isabel del Cura González su inestimable ayuda en el tratamiento de los datos estadísticos. Fecha de entrega VI-2006.

** Fecha de recepción: 21-VII-2006.

SALUD MENTAL Y CULTURA

Entrevista con Peter Burke

Burke: historia cultural, historia de los conocimientos

El historiador inglés Peter Burke, nacido en 1937 y educado inicialmente por los jesuitas, estudió en Oxford. Ha sido, hasta su reciente jubilación, profesor de historia cultural en la Universidad de Cambridge así como miembro del Emmanuel College. Italianista de vocación itinerante desde muy joven –y gran políglota por afición–, ha dado cursos por doquier, como un entusiasta ilustrado que rehuye la repetición de paisajes y cualquier enclaustramiento. Siempre ha luchado cautelosamente contra esa constatación suya de que la comunidad intelectual, pese a tantos congresos internacionales, es más bien una confederación de «subculturas locales». Sus numerosos libros, de muy diversos planteamientos, han sido traducidos a más de veinte lenguas, y una cifra similar es la de los que se han vertido al castellano.

Ante una obra tan variada como la suya cabe plantearse, de antemano, la pregunta sobre la posible armonía de sus intereses, sobre su disparidad aparente. Suele decirse que Burke ha pasado, a lo largo de una larga trayectoria investigadora, de la historia social de la cultura a la historia cultural de los fenómenos sociales. Pero en cierta medida esto no es sino un juego de palabras, sobre todo si se tiene en cuenta, por ejemplo, que dos libros, como *La cultura popular en la Europa moderna* y *Formas de historia cultural*, respectivamente de 1978 y de 1997, tienen muchos contactos: el mundo del carnaval, lo bufo y la inversión o subversión cómica, el lenguaje de los gestos, la contraposición misma entre lo culto y lo popular, la idea en fin de cultura y sus manifestaciones.

Burke ha trabajado sobre aspectos generales o singulares con proyección general de la época renacentista, de un modo pendular o cíclico. Ha escrito tres libros sobre la vertebración entre cultura y sociedad al inaugurarse la modernidad en Italia, destacadamente en su «burckhardtiano» *El Renacimiento italiano*. Es un libro ya clásico que habla de las artes en su medio más específico (el mundo de los creadores, su organización y sus extravagancias, los patronos y el mercado, el uso de las artes, los problemas del gusto, la iconografía), y, paralelamente, analiza la colectividad y su entramado, las concepciones cosmológicas, sociales y homocéntricas, por cierto haciendo una exploración a los Países Bajos y al Japón para ponerlo todo en perspectiva.

Su investigación sobre las formas culturales modernas se ha doblado siempre de otras líneas de trabajo, hasta el punto de ofrecer dos bellas monografías, *Montaigne* y, sobre todo, *Los avatares de 'El cortesano'*, que abordan a autores singulares de la acción civilizadora del Renacimiento, tanto por sus modos de vivir como por sus modos de decir: Castiglione el refinado se hizo oír a lo ancho de Europa, proyectando muchas imágenes del nuevo individualismo, y el jugoso Montaigne, que escribió parte de sus *Viajes* en italiano, se forjó en el latín reno-

vado de entonces para crear el sentimiento de uno mismo y la imagen de su autonomía en una lengua nacional ya muy bien engrasada. Pero el culto estilo de ambos no puede en absoluto desligarse de la cultura popular de entonces, con ésta se complementan y enriquecen, pues son escritores asimismo del *cuerpo*. Sus respectivos ecos sirven además para captar mejor los cambios educativos y mentales del Quinientos, pues ambos precisamente usaron conceptos poco abstractos, manejables por el historiador, y más aún si es tan abierto como este inglés apasionado por *El cortesano*. Precisamente, Burke mostraba cómo se traslucía la *italianofobia* del Barroco en una recepción tardía, distorsionada ya, de Castiglione; hecho que podría emparejarse con el odio a Montaigne por el gran dogmatismo del siglo XVII. Ambos aspectos se opondrían a las preferencias laicas y a las mismas «Luces» de su autor.

Burke ha redactado también, para la serie de historia europea diseñada por Le Goff, un originalísimo *El Renacimiento europeo. Centros y periferias*; y el subtítulo es muy indicativo de su atención plural a ese proceso expansivo que significa la modernidad. Más aún, siempre se ha preocupado por señalar que cierta historia de la vida cotidiana, desarrollada en estas décadas últimas o la revolucionaria historia de las mujeres eran modos de reaccionar contra una historiografía a gran escala de las tendencias sociales, pero que no era capaz de acercarse a los individuos. Por lo demás, él ha facilitado la actual integración de las historias política y social, como sucede en *La fabricación de Luis XIV*, análisis de la invención de la moderna realeza y de su presencia tan llamativa (y tan denunciada desde 1789). Y a la par ha renovado el viejo problema, planteado entre otros por DUBY o Guriévich, de las relaciones entre la cultura popular y la elaborada, no sólo en multitud de textos sino también al analizar –en una especie de *microhistoria*, nunca olvidada en sus debates–, el papel dinamizador e impositivo de las elites en la *Venecia y Amsterdam* de entonces, dos ciudades del poder, de la imprenta y de la comunicación, de modo tal que expone ahí la última mirada del Mediterráneo a la aurora de la moderna riqueza atlántica, representada por la pujanza holandesa.

Más tarde se ha dedicado al estudio de la recopilación y difusión del conocimiento en la moderna Europa, que tiene mucho que ver con la efervescencia renacentista, luego doblada por la Ilustración. Y lo ha hecho directamente examinando determinados controles comunicativos, así en la educación verbal: *Hablar y callar. Funciones sociales del lenguaje a través de la historia* es un libro excelente y muy ajustado a su capacidad para percibir, en las palabras y sus variantes nacionales e históricas, ciertos procesos fundamentales, como son el peso del latín en la modernidad o ciertas dosificaciones del lenguaje y el silencio, con todas sus variedades (cálidas o no, agresivas, templadas, íntimas, excluyentes) al analizar la proyección –a través de los mecanismos de comunicación–, de los distintos modos

de expresarse. O bien se ha interesado por la *mirada*, analizando, quizá con menos originalidad pero sí con poder sintético, el uso de la imagen como documento en la historia, de todos los modos posibles; nos referimos a *Visto y no visto*, un libro, eso sí, bello, plural y bien ilustrado, pues el autor nunca ha omitido lo que la historia del arte –desde Warburg, Saxl y Panofsky hasta Wind y Gombrich– ha supuesto para entender la cultura.

Ahora bien, si Burke parece muy inglés –dado su registro tan controlado de los *hechos* culturales–, nunca se cierra a otros mundos. Antes al contrario, no olvida ni la ciencia china (Needham), ni los estudios de Giedion sobre la mecanización, ni los textos latinoamericanos (de Freyre, León Portilla, Wachtel, Gruzinski o su propia mujer M. Lúcia Pallares-Burke, brasileña), ni a Américo Castro, ni tampoco el *Orientalismo* de Said. Además él ha leído a fondo y comentado la historiografía francesa, se ha interesado toda la vida por las formas más innovadoras de la historia actual. Son muy llamativos, de hecho, dos libros suyos de reflexión, como *Sociología e historia*, y más aún *La revolución historiográfica francesa* –que va desde Febvre y Bloch hasta Braudel, Le Roy Ladurie, Foucault, Agulhon, Corbin, Nora o Bourdieu–, o la obra dirigida por él, *Formas de hacer historia*, que recoge trabajos de Joan Scott, G. Levi, R. Darnton, I. Gaskell o R. Porter, entre otros, y que barre muchas perspectivas historiográficas, tanto desde el punto de vista del método como de los objetos, sucesos, formas y articulaciones sociales que ellas abordan.

Esta obsesión omnívota vuelve ordenadamente en *¿Qué es la historia cultural?*, de 2004, en donde analiza la gran tradición de Burckhardt –que, a su juicio, nunca habría desaparecido– o de Huizinga. En un medidísimo balance, habla de la antropologización de la historia (que asomaba ya en *La revolución historiográfica francesa*), se detiene en un cuarteto tan significativo como Bajtin, Elias, Foucault y Bourdieu, en los estudiosos de la *lectura* y la *representación*, en la historia del cuerpo o de la cultura material, para ir luego dando vueltas conceptuales bien de mano de Certeau y Chartier, bien de los historiadores de la locura, del deconstruccionismo, de la historia de la percepción, de las emociones y de la violencia (eso que proponía Nietzsche en *La gaya ciencia*). Y todo ello sin olvidar, críticamente, que acaso la historia social pasará su factura a no tardar; si bien mantiene la esperanza de que la riqueza de los nuevos interrogantes culturales sea reintegrado en un futuro discurso histórico.

Y de toda la producción de este polifacético historiador, su amplia *Historia social del conocimiento*, de 2000, es la que tiene que ver directamente con la sociología de la ciencia. Aunque en absoluto se encierre en este campo historiográfico, sus análisis pueden servir para valorar ciertos aspectos de la difusión de la cultura científica, tal y como se forjó entre los siglos XVI y XVIII; por ello, nos

detendremos en este libro, para dar por añadidura una imagen más precisa de su trabajo.

Como otras obras suyas, su *Historia social del conocimiento* está severamente estructurada, quizá frustrando al inicio las expectativas de un lector de ensayo «continental», más arropado por el magma Weber, Cassirer o Gramsci, Mauss, Lévi-Strauss o Foucault (a quienes, por cierto, él cita a menudo). Sin embargo, aunque lo encauce con un plan inicial férreo –los nuevos intelectuales modernos, las instituciones, los lugares del conocimiento y las formas de clasificación de éste–, formula de hecho luego, de un modo progresivamente más suelto, problemas como el del control religioso y político de los distintos saberes, las relaciones con el mercado (con especial insistencia en la revolución de la imprenta), o, finalmente, el acceso al conocimiento y el mundo del lector. Es decir, su recorrido va desde la emisión del saber con sus nuevas junturas, pasando por los mecanismos de comunicación y filtraje, hasta llegar al receptor, que es una persona nada pasiva en su libro. Por añadidura, en el capítulo de cierre, sobre la fiabilidad del conocimiento, recuerda que los nuevos escepticismos históricos pueden combatirse con teorías y prácticas textuales o sociales ajustadas; esto es, mediante pruebas, instituciones y demostraciones rigurosamente explicitadas.

Ahora bien, su *clasificación del conocimiento* se ve abordada atractivamente para el historiador de la ciencia, y también para el *arqueólogo* de la cultura. Veámoslo. La transmisión del saber en su conjunto, en particular cuando van a irrumpir las ciencias nuevas, estuvo supeditada en parte a una compleja, rara y para nosotros confusa clasificación, fuese ésta arborescente, pansófica, o «curiosa». Pero si se percibe como un todo en donde se entrecruzan el currículo universitario, la organización de una biblioteca y las enciclopedias, entonces puede verse esa transformación con otra luz. Las *carreras* (los cursos, pues) y las *facultades* (a la vez, habilidades y grupos corporativos) van a mutarse desde el siglo XVI. A las tres más cuatro artes tradicionales, escalonadamente enseñadas con un conglomerado filosófico aristotélico, les siguen las tres facultades altas (teología, derecho, medicina); pero a estos diez elementos básicos se les sumarán nuevas disciplinas (así la historia o la química), y sobre todo el cuarteto matemático se ensanchará, al tiempo que la filosofía natural se ve fragmentada. Pero es que, recuerda Burke, el sistema de las disciplinas se reforzó al principio con el *orden de los libros*, esto es, con el *orden de las bibliotecas*, de modo que éstas materializaban –física y espacialmente– la clasificación del propio currículo; al poco tiempo, sin embargo, la fuerza de «lo impreso» fue distorsionando el *ordo librorum*, de modo que su presencia no académica (como sucedió con muchas ciencias nuevas) fue cuestionando el *lugar* que la tradición fijó. Y asimismo, en el siglo XVII y el siguiente, el cambio repercute en las *enciclopedias*, que significaban tanto el currículo

mismo, el ciclo disciplinar, como los libros de síntesis plurales de que se sirven el estudiante o el estudioso. En el siglo XVI se imprimen todavía compendios de los siglos XII y XIII, pero al tiempo se buscan muchas otras recopilaciones, de mil tipos distintos, y se especula sobre un ordenamiento total, matemático o no, que sea una especie de revelación del conocimiento. Hay gran desconcierto, pues, seguido de afanes renovadores. Todo ello se ve bien en el siglo XVII, con Naudé, que busca otras «facultades» y análogamente otras «secciones bibliográficas»; en Alsted, que busca la *arqueología* de los «sistemas del pasado», ya en desuso, mientras ofrece las líneas de una enciclopedia universal remozada por completo; o en Leibniz, sabio total y bibliotecario de Wolfenbüttel, cuando afirma, en 1679, que «una biblioteca debería parecerse a una enciclopedia», y cuando propone una secuencia de *facultades* formada por las tres nobles pero seguida –en un plano similar– por filosofía, matemática, física, filología, historia y miscelánea, de acuerdo con las novedades bibliográficas y eruditas de esa centuria ya muy acelerada intelectualmente.

En fin, en esta obra de Burke, con la abundancia de datos, lo prismático de sus ejemplos, los cambios de perspectiva siguiendo el mapa del mundo (Europa, América, Asia), las minas de documentación que nos ofrece –aunque seguramente él tenga una mayor capacidad verbal que visual y una mayor soltura expositiva y jerarquizadora que teórica–, vemos bien cómo se apoya en pormenores y enumeraciones y los dosifica hábilmente. Por cierto que una parte de su *Historia social del conocimiento* se centra en los libros de consulta que florecen en la modernidad, antes de despegar en el siglo XVIII, y él mismo no se retiene a la hora de contar el papel multiplicador que hasta sus títulos expresaban: catálogo, corpus o directorio, sí; pero también castillo, teatro, árbol, bosque, jardín, espejo, tesoro, mina de oro, itinerario, llave o médula. Parece revelador este listado, pues Burke es muy curioso y laberíntico, un apasionado de diccionarios y viejas *relaciones*.

A lo largo de este *bosque* suyo, de casi mil referencias bibliográficas, late la renovación italiana y europea que le ha venido ocupando toda su vida, y resurgen todos los temas de este neoilustrado: la superposición de la cultura selecta sobre la tradicional, los usos diversos del lenguaje escrito, el deslizamiento cultural desde Venecia hasta Amsterdam (cuyos cartógrafos e impresores revisa con penetración), los modelos de Castiglione o de Montaigne (comparando a éste con Montesquieu y a aquél con Burton), cuyas obras fueron lecturas intensivas suyas. Recuerda también a centenares de figuras menos repetidas, inglesas e italianas, así como españolas, holandesas y francesas, portuguesas y orientales, forjando nuevas preguntas sobre el pasado y su condicionamiento sobre el presente a través de nombres propios que siempre han sido sus mensajeros. Pero, como es propio de un historiador, señala con fuerza que, en el territorio del conocimiento, la historia de la modernidad no sólo se

rastrea a través de las páginas de Bacon o de Vico (o las de sus comentaristas más teóricos), sino también estudiando mecanismos globales, críticos entonces, como sucede en ese momento de centralización, de creación del Estado y de la consiguiente formación de un conocimiento *oficial*, que supone una información generalizada que sirve, a la vez, de autocontrol y de espionaje.

Además de por las variadas culturas que adornan sin duda a Burke, su éxito seguramente esté basado en una claridad informativa moderna, densa y plural, y en una línea argumental bien aireada. Su presencia como autor es siempre tan discreta como eficaz, lo que se ajusta a su inclinación enciclopédica; y destaca su inusual respeto y atención por lo que dicen los libros de los que se surte. En los *itinerarios* tan vastos y sintéticos que ha venido presentando –cada vez más a menudo–, las referencias que proporciona son a veces fugaces y quizá no estén apuradas a fondo, sobre todo cuando tienen cierto aliento teórico, pero sí desde luego se ven generosamente escuchadas por él. Es cierto que el peso del *concepto* facilita que el discurso cuaje y se retenga, e impide su evanescencia. Pero Burke –con una modestia nada fingida–, ha contribuido a hacer comprensibles las innovaciones históricas y es un excelente evaluador de los conocimientos actuales, además de haber ensanchado el conocimiento del pretérito con sus propios y nuevos medios. Al culminar su carrera nos ofrece paseos diversos por un *jardín sabio* mostrando siempre una viveza y un equilibrio que pueden ser guías, hoy, para la mejor comprensión cultural.

Mauricio Jalón

Entrevista

Frecuentemente se dice que para entrar en el mundo de un autor es importante «ponerse las ropas» del tiempo. Recordando aquel trabajo sobre «egohistoria» [Essais d'egohistoire, París, Gallimard, 1987, ed. P. Nora] y en clave etnohistórica, ¿cómo ha sido su formación intelectual: quiénes han sido sus maestros, cuándo y dónde ha estudiado?

La historia externa es muy simple de contar; tal vez la historia interna lo sea menos. Estudié en Oxford, a fines de los años cincuenta, con un profesor muy joven; era su primer año de enseñanza, y su nombre es Keith Thomas. Él había sido discípulo de Christopher Hill, por lo que insistía en «mirar todo con ojo social». Luego, como estudiante de postgrado, mi profesor fue Trevor Roper, mucho más conservador, tanto metodológica como políticamente, y nunca mostró demasiado interés por mi investigación, aunque siempre hablaba muy bien de *su*

investigación. Él daba clases en un estilo «conferencista»; luego, preguntaba si había alguna dificultad, y él mismo autorrespondía que seguramente no; acto seguido se despedía hasta el próximo mes.

En 1962, entré en la nueva Universidad de Sussex. Fue muy importante para mí cambiar de colegio; el primero había sido el tradicional St. John's College de Oxford, el segundo fue el nuevo St. Antony's College, y su importancia residía en que la mayoría de sus integrantes eran extranjeros: cincuenta estudiantes de postgrado y quizás solamente cuatro o cinco ingleses. Aquí mi gran amigo fue un ecuatoriano recientemente llegado de París, Juan Maiguashca (hoy profesor de Historia económica de América Latina en Toronto), discípulo de Chaunu, él fue quien me introdujo al mundo de *Annales*. Claro que yo había leído ya los libros de Braudel como estudiante, pero es muy diferente encontrarse con una persona de ese mundo, hablar todos los días con alguien que entendiera todo «desde dentro». Podría decirse que ingreso en el mundo de *Annales* de la mano de un discípulo latinoamericano de Chaunu.

¿Quiénes fueron sus «compañeros» a lo largo del camino de construcción de su oficio de historiador?

Tuve una experiencia muy importante para mí antes de ir a la universidad. En aquella época, en Inglaterra existía el servicio militar obligatorio y en mi colegio se estilaba realizarlo antes de comenzar los cursos, así es que con dieciocho años fui para Singapur por diecisiete meses a un regimiento local, allí había malayos, hindúes, chinos... ¿Cultura híbrida, no?

¿Fue allí donde comenzó su interés por conocer las distintas lenguas?

Ciertamente, también mi interés por los diversos estilos de vida, por las distintas mentalidades...

En 1962 era estudiante. ¿Cómo vivenció el mayo francés?

En aquella época yo era profesor en Sussex. Esta universidad tuvo a comienzos de los años sesenta la reputación de «universidad de izquierda» más por sus profesores que por sus estudiantes; por eso no tuvimos movimientos dentro de la Universidad como sí los hubo en otras universidades inglesas. En Sussex todo estaba permitido, nada era subversivo. Claro que era muy interesante seguir los acontecimientos en Francia, pero en aquella época no me tenían demasiada confianza, yo sólo tenía treinta años. Era el principio de una distancia cultural con los estudiantes, ya que comencé a ser profesor a los veinticinco años; aunque, por lo mismo, los estudiantes me parecían más amigos que alumnos. Después del 68 aparece «otra» generación.

Retomemos la construcción de su oficio de historiador...

Mi experiencia más importante luego de la de Oxford, fue en mi nueva Universidad de Sussex, con ideologías de interdisciplinariedad. Allí trabajaba con sociólogos, con especialistas en literatura... Luego en los años sesenta, con el *History workshop* tuve los primeros contactos con historiadores sociales de izquierda, como Raphael Samuel. En 1967 fui a Princeton, un lugar maravilloso para hacer investigación, invitado por Lawrence Stone. Casi todos tenían veinte años más que yo. Allí hablé con Panofsky; pero él no quería oír hablar de la historia social del arte, sólo le interesaba la iconografía. En aquella época el Instituto para Estudios Avanzados lo integraban solamente matemáticos, físicos, historiadores del arte, y especialistas en el mundo clásico, pero también estaba Felix Gilbert estudiando el Renacimiento.

Después de Princeton, y de Sussex, en 1979 fui a la Universidad de Cambridge. Ahí había una gran ventaja: gente linda, más tiempo libre y una buena biblioteca; pero lo más importante intelectualmente fue cambiar de un ambiente donde todos pensábamos más o menos igual a otro mucho más crítico, donde era necesario defender todo nuevo abordaje. Por ejemplo, cuando intenté organizar un curso de antropología histórica con mi colega Bob Scribner, fue preciso esperar tres años. El Comité no lo aprobaba; decían siempre que era preciso hacer unas pequeñas modificaciones; finalmente, nos propusieron que el curso podría dictarse si suprimíamos la teoría. Creo que esto describe mi divertido itinerario de Oxford a Cambridge, vía Sussex.

A la manera de como aborda la Revolución historiográfica de 'Annales', ¿podría darnos una imagen de la historiografía inglesa?

Hoy la situación es más fluida. Cuando comencé a enseñar, la mayoría de los historiadores ingleses eran historiadores políticos (estamos hablando de los años sesenta). Luego, hubo un traslado hacia la historia social de la mano de un grupo de historiadores marxistas, el grupo *Past and Present*; pero había mucha desconfianza hacia la historia de las ideas, hacia la historia de la cultura, es decir, hacia una historia con conexiones teóricas. Claro que estaba el Instituto Warburg, pero había quedado aislado: una isla germánica y cultural, en un mar de empirismo inglés. Para muchos de mis colegas la historia cultural no tenía sustancia, ya que era y es muy importante, como dicen los ingleses, «tener los pies en la tierra».

En los años sesenta se evidencia un cambio, al menos en el área de la sociología y en otras disciplinas; existe un mayor interés por las ideas continentales, como por ejemplo las traducciones de Foucault. Pero fue recién en 1972 cuando *El Mediterráneo* de Braudel fue traducido al inglés, por iniciativa más norteamericana que inglesa (esto, hoy, parece increíble). En nuestros días, la situación es más interesante y más complicada: de un lado, una nueva generación lee a Braudel

sin esa hostilidad para con *Annales* que mostró Elton; de otro lado, hay un movimiento global de reacción contra la historia social, la vuelta a la narrativa, a la historia política; esto implicaría hablar de una situación actual un poco confusa...

En este marco, ¿dónde ubicaríamos a Eric Hobsbawm y a E. P. Thompson? ¿Qué opinan ellos de esta manera de hacer historia?

No hay unanimidad. Claro que, ahora, casi todo el mundo respeta a Hobsbawm como un hombre de casi ochenta años que produce historia con gran penetración y estilo irónico... Pero, a pesar de eso, muchos historiadores ingleses piensan que Hobsbawm y Thompson son dogmáticos y rígidos. Esto es muy irónico, porque ellos se definieron en oposición a un marxismo rígido.

Tras haber realizado una mirada sobre la historiografía inglesa actual y siendo usted uno de sus representantes, ¿podría decirnos cómo debe ser aprehendida su obra, si hay una clave para su lectura teniendo en cuenta, valga la comparación, que a Platón se lo puede leer como en pequeñas cajas chinas, que a Maquiavelo se lo debe leer en zig-zag?... ¿Peter Burke debe ser leído cronológicamente?, ¿se debe agrupar su producción por temas? En este mundo cambiante, ¿ha modificado lo que proponía en sus primeras obras?

Para mí es tan importante la visión por dentro como la visión por fuera de mi obra; tal vez alguien desde fuera tenga la llave para leerme, más que yo mismo. Pero, mirando mi obra, es la clave cronológica la que me parece más fácil para poder comprenderla. ¿Por qué hacer la historia del Renacimiento italiano? Porque no quería hacer historia política, porque en aquella época todos hacían historia política, tampoco quería hacer una pura historia interna del Renacimiento sino una historia social; era la época de Raymond Williams. En 1968, Williams había publicado *Cultura y sociedad*, entonces yo escogí el título *Cultura y sociedad en el Renacimiento*. Era una especie de homenaje a R. Williams.

Escribiendo ese libro sobre la historia social de la cultura alta descubrí la ausencia de la cultura popular, y también escribiendo un libro general sobre el Renacimiento italiano, no era posible ni necesario ir a los archivos, porque muchas fuentes primarias ya estaban impresas, entonces en reacción contra eso quise hacer trabajo de archivo, por eso escogí *Venecia y Amsterdam*. Empecé con Venecia; es decir, Italia. Queriendo hacer una historia comparativa, y pensando en el modelo Marc Bloch, me interrogué: ¿qué ciudad puede yuxtaponerse con Venecia en el siglo XVII? Amsterdam, parecía obvio. Este era otro trabajo de elites, pero no solamente de historia cultural, era historia total de un grupo estrecho. Finalmente, escribí la *Cultura popular*, ya que todo proyecto, en cierto modo, es una respuesta a los puntos débiles de un proyecto interior. ¿Qué hacer después de la *Cultura popular*? Estudiar con más precisión la circularidad entre cultura alta y cultura baja, por eso escribí ensayos de Historia antropológica o Antropología histórica. Y luego,

siguiendo siempre con Italia, ¿qué hacer? He vuelto al Renacimiento con una visión más global: será la segunda vez que escriba sobre la Europa en su totalidad: una vez la cultura popular, otra vez el Renacimiento. En cierto sentido, será un círculo.

¿Cómo surgió su interés por estudiar y adscribir a la Historia cultural; y, en este marco, a qué se debe la interrogación con que titula su Seminario de la Maestría en Historia —«¿Hacia una nueva historia de la cultura?»—; es que, como con la historia política, podríamos hablar de un renacer de la historia cultural?

¿Por qué historia cultural? En primer lugar porque pensé hacer carrera como pintor o como restaurador en los museos, siempre sentí una gran atracción por la cultura visual. Como académico, como historiador, pensé al menos en hacer la historia de las artes y después, como hijo de los años sesenta, sentí el impulso de escribir y de no hacer solamente historia de elites. En aquel momento en Inglaterra surgió un proyecto colectivo muy interesante: *Culture Studies*, una vuelta, sobre todo de críticos literarios, para estudiar la cultura popular contemporánea, aquí encontramos a Raymond Williams y luego a Stuart Hall, tal vez la cabeza más teórica de ese grupo. Ahora me siento más distanciado de ese abordaje, porque la carrera de *Culture Studies* en Inglaterra tuvo mucho éxito, fue imitada en otros lugares como en Australia y hoy en Italia, pero de otro lado, el proyecto hoy por hoy me parece demasiado estrecho: estudios culturales sin la historia o historia sólo del siglo XIX, y también estudios culturales sin cultura alta. Es decir, hay grandes contrastes con el proyecto de Aby Warburg, porque él no excluyó la cultura popular; en cambio, *Culture Studies* hoy está excluyendo a la cultura alta.

Pero es importante llamar la atención con respecto a la historia política, en primer lugar, la tendencia reaccionaria de hacer la vieja historia, y en segundo lugar, la que postula por qué no aprender algo de la antropología política, escribir historia política de estilo antropológico. Hay un libro de Annie Kriegel sobre una antropología del partido comunista francés, muy interesante, porque ella estaba dentro de ese partido, y después de salir escribió su antropología, me gustaría ver una antropología de la cámara de diputados inglesa, porque tiene unos rituales y una historia diplomática de estilo antropológico, las reglas, los rituales... Precisamos integrar la historia política en la nueva historia.

Una herencia problemática de la historia cultural reside en la forma de concebir las relaciones entre los poderes sociales y los niveles culturales. ¿Cuál es su posición actual frente al binomio cultura popular - cultura de elites?

Conuerdo con casi todos los investigadores en pensar que la circularidad entre cultura popular y cultura de elites es casi siempre muy importante. Pero, a mi ver es casi imposible analizar esa circularidad sin el binomio cultura popular - cultura alta. Quizás es más útil usar el plural; tal vez en casi todas las situaciones

históricas es mejor utilizar culturas populares - culturas altas, y no decir historia de la cultura sino historias de las culturas. Hay partes del mundo donde la interferencia política con la cultura es, o menos importante o menos obvia. En Inglaterra, tenemos la ventaja –o tal vez desventaja– que existe menos contacto entre el gobierno y la cultura –sea alta o popular– lo cual implica: menos subvenciones pero también menos censura. Por eso, mi posición parece muy inocente fuera de mi contexto inglés. Tal vez nuestra felicidad resida en no tener que pensar, en nuestra isla, en esos problemas.

En torno al binomio cultura popular - cultura de elite, le propongo un diálogo imaginario con Roger Chartier...

Existen por lo menos dos puntos de vista. Podemos escribir la historia cultural empezando con *objetos* culturales, textos, imágenes, prácticas: ese es el método Chartier. Siguiendo esa pista, es claro que Chartier tiene razón al decir que no podremos asociar ciertas imágenes o textos con ciertos grupos sociales; hay una migración de objetos, por lo que es siempre importante distinguir los usos. Pero hay otro punto de vista que empieza por los grupos sociales, preguntándose sobre la lógica de la apropiación, la lógica subyacente a los *usos*. Desde mi punto de vista, la estratificación cultural cambia. Chartier tiene razón acerca de la no estratificación social de los *objetos* culturales, pero tendría que tener en cuenta la estratificación de los *usos* culturales.

En esta línea de diálogos imaginarios, si debiera situarse en el contexto historiográfico de los estudios culturales ¿de quién se ubicaría más cerca, de Darnton, de Ginzburg, de Levi, de Chartier...?

La pregunta es muy interesante para mí, sobre todo porque no existen grandes nombres. Natalie Zemon Davis [*Sociedad y cultura en la Francia moderna*] merece la misma atención que Keith Thomas [*Religion and the Decline of Magic*]. Resulta difícil ubicarme: formamos un grupo con tantos intereses comunes, con tantos encuentros, tantos diálogos... Tengo muchas cosas en común con todos ellos, que son también mis amigos. No me siento más cerca de nadie en especial. Tal vez sea más fácil para alguien de afuera ubicarme...

Ha abordado, a lo largo del seminario, tanto conceptualizaciones como mentalidades, la historia de la cultura material, la microhistoria, y siempre alertando que se trata de conceptos sobre los que no podemos discutir eternamente. ¿En qué momento de la reflexión se encuentra usted hoy?

De antemano, me gustaría decir que para los historiadores ingleses yo estaría situado muy cerca de la filosofía, y para los historiadores europeos o america-

nos yo soy casi un empirista. Siempre mi intención es hallar el equilibrio entre lo concreto y lo abstracto, y entre las ideas nuevas y las tradiciones culturales, porque no tengo nada contra los progresos en función de los cuales cada generación tiene que pensar la tradición. Con respecto a la microhistoria he aprendido mucho de Giovanni Levi, pero no puedo compartir su posición enteramente. Desde mi punto de vista, Levi niega la variedad de las microhistorias posibles, y yo quiero hallar el equilibrio entre micro y macrohistoria, no me gusta situarme en una isla histórica, las conexiones siempre son importantes.

Con respecto a las mentalidades, la situación es muy divertida. En Inglaterra, debo defender la historia de las mentalidades, porque casi todo el mundo sospecha de ella. Pero la primera vez que me encontré con la historia de *Annales*, en los Estados Unidos –en la época en que Braudel consiguió su grado honorífico–, yo hablé contra las mentalidades, reflexioné sobre la revolución historiográfica francesa diciendo que la historia francesa de las mentalidades tiene una herencia ambigua, la herencia de Lévy-Bruhl, la herencia del evolucionismo, la idea de mentalidad pre-lógica. Entonces podría decirse que yo tenía dos caras: una para los ingleses, otra para los franceses, pero siempre quise hallar un equilibrio. Hoy, ante la posición de Jacques Revel, no tan a favor de las mentalidades, tal vez deba defender la historia de las mentalidades en Francia y criticarla en Inglaterra.

En Hablar y callar postula a la historia social del lenguaje como intento de reconocer un terreno que la próxima generación podrá sin duda cultivar más intensivamente. Pero ¿de qué hablamos cuando hablamos de una historia social del lenguaje?

Mi objetivo es integrar el lenguaje en la historia social, e integrar el aspecto social en la historia del lenguaje. Mi inspiración fue la sociolingüística o sociología del lenguaje, o la etnografía del hablar o la etnografía de la comunicación, porque no pertenezco a ninguna escuela específica y hay varias escuelas entre los lingüistas de hoy. Quería hacer un puente entre lingüistas e historiadores. Claro que puede parecer un poco atrasado hablar, en los años noventa, de una historia social del lenguaje como de una historia social del arte, pero en la introducción a ese libro intenté mostrar que hay una influencia de la sociedad en el lenguaje, pero también una influencia del lenguaje en la sociedad, de nuevo intentando establecer un equilibrio entre fuerzas intelectuales opuestas, queriendo realizar una síntesis provisoria, teniendo en cuenta que toda síntesis intelectual es provisoria. Desgraciadamente hasta ahora, muy pocos historiadores, por lo menos que yo sepa, están siguiendo esa pista, tal vez será para el siglo que viene.

En relación con lo antedicho, ¿qué diferencia hay entre una historia social del lenguaje y el estudio foucaultiano de las formaciones histórico-discursivas, si tene-

mos en cuenta que en función de estudios realizados sobre épocas en las que no podemos auxiliarnos con la historia oral, debemos recurrir a una «oralidad escrita»?

Me gustaría dividir la respuesta en dos apartados. El primero tiene que ver con las fuentes. Creo que podemos utilizar fuentes literarias como las novelas, siempre recordando que esos textos no son espejos sino estilizaciones de la lengua hablada, claro que en el futuro con la historia oral –que ya tiene más de treinta años–, un banco de datos no utilizado en la historia del lenguaje lo podremos utilizar en ese proyecto también. La segunda respuesta, sobre la relación entre los discursos tal vez en el sentido más literal, más estrecho del lingüista, y el discurso en el sentido más metafórico foucaultiano, me lleva a pensar que no es fácil ver una conexión aunque debe haberla. Desde mi punto de vista, lo interesante será hacer un abordaje sociolingüístico para el discurso del propio Foucault, con las preguntas normales para los sociolingüistas: ¿Quién habla a quién?, ¿diciendo qué?, ¿con qué registros, medios de comunicación?, ¿con qué intenciones? y, eventualmente, ¿con qué resultados? Ya que, desde mi punto de vista, no solamente se ha de ver el discurso de Foucault como suspendido en el aire. Él sabía de lo social, pero no quería hablar de eso; no era falta de conciencia, sino de voluntad.

Retomando la cita de Ortega y Gasset que encabeza uno de los capítulos de su reciente publicación en habla castellana –«el discurso consiste sobre todo en el silencio»–, así como el objetivo que usted persigue en la construcción de una historia social del silencio, en la Europa moderna temprana, ¿cómo esbozaría la historia de las cambiantes significaciones que tuvo el silencio?

¿Por qué hacer ese proyecto paradójal? En primer lugar, me atraía descubrir los límites de la investigación histórica. Hoy estamos viendo una gran expansión del territorio del historiador; entonces, ¿cuáles son las fronteras? El único medio de saberlo es explorar esos límites. En segundo lugar, la inspiración provenía de la lectura de artículos de los antropólogos. Hay uno, muy interesante, de Keith Basso, sobre el silencio de los apaches, tribu a la que no le gusta hablar mucho; aquí podríamos preguntarnos: ¿es posible viajar un día para ver a un amigo, llegar y no hablar? ¿Por qué no hablar? Porque el motivo era ver al amigo, no hablar de uno u otro asunto. Entonces, para Basso, era un proyecto explicar cómo para un grupo el silencio tiene un sentido y para otro grupo tiene otro. Así, mi idea era investigar el pasado pensando en esto precisamente y teniendo en cuenta, por ejemplo, que en la época del dramaturgo Harold Pinter todos consideraban que, en su teatro, los silencios eran más importantes que las palabras.

¿Qué recomendaría a los investigadores que actualmente se están formando en un territorio tan complejo como es el de la historia cultural? ¿Qué no se debe

dejar de leer?, ¿qué centros de estudios se debieran conocer?, ¿qué «pistas» se deben seguir?, ¿cuál es su exhortación para quienes estamos construyendo el «oficio de historiador»?

Esta pregunta es también muy difícil. Recuerdo en estos momentos que, cuando entrevisté a Braudel, mi gran orgullo fue cuando él me dijo «¡Ud. me formula preguntas terribles!». En primer lugar, puedo decir que se puede empezar en cualquier sitio, eso no tiene importancia. Luego, un consejo muy braudeliiano: es siempre fundamental situar el tema escogido en un contexto o, mejor, en varios contextos, hasta llegar al contexto global. Es muy importante no encerrarse en una investigación; hay que mirar las conexiones entre ese tema, esa aldea y esa persona y las cosas más grandes. Por otra parte, hoy, en la época de la globalización historiográfica, es más difícil recomendar París, Princeton o Bielefeld... Es imprescindible no encerrarse en una lengua, en una mentalidad. Así, para la formación de un buen historiador del siglo XXI, será muy importante aprender lenguas, viajar, saber escuchar, y entrar en discursos historiográficos de tradiciones muy diversas.

En cuanto a las lecturas, no sólo se deben leer los libros más apreciados dentro de la nueva historia; claro que es imposible no leer *El Mediterráneo* de Braudel, pero también es imposible dejar de lado a Burkhardt, con *La Civilización del Renacimiento*, o a Huizinga con *El otoño de la Edad Media*, si tomamos una perspectiva cultural. Ahora, como historiador de la política, conozco mejor la historiografía de mi país, por lo que creo interesante proponer la lectura de Lewis Namier, que no es inglés, sino más inglés que los ingleses, pero hizo un estudio pionero sobre la estructura política de Inglaterra en el siglo XVIII, gran obra desmitificante, donde afirmaba que detrás de las fachadas de los partidos políticos existe una realidad mucho más clientelística.

¿Podría expresar su opinión acerca de la función del historiador para el siglo XXI?

Tal vez valga la pena tomar la posición de historiador de la cultura, diciendo que *no* es el único rol importante, pero destacándolo. El papel de la historia de la cultura es, en una frase, «hacer la traducción cultural». Precisamos cada vez más de la traducción cultural y del entendimiento entre gentes de culturas diversas. En estos momentos de resurgimiento de los nacionalismos, y también porque es una época de cambios tan rápidos, precisamos más y más de una traducción cultural entre el pasado y el presente. Desde mi punto de vista, éste es en el futuro, el gran papel para nosotros, los historiadores de la cultura.

BIBLIOGRAFÍA

Peter Burke ha trabajado sobre ciertos aspectos singulares de la época renacentista y sobre la cultura popular moderna. Así se refleja en su *The Renaissance Sense of the Past* (Londres, Arnold, 1969); en una obra influyente, *La cultura popular en la Europa moderna* (Madrid, Alianza, 1996; or. 1978); así como en su monografía sobre *Montaigne* (Alianza, 1985; or. 1981) o, desde luego, en varios libros sobre la Italia de esa época inaugural de la modernidad: *El Renacimiento italiano. Cultura y sociedad en Italia* (Alianza, 1993; or. 1972 y 1986); *Historical Anthropology of Early Modern Italy* (Cambridge, 1987); *Los avatares de 'El cortesano'. Lectura e interpretaciones de uno de los libros más influyentes del Renacimiento* (Barcelona, Gedisa, 1998; or. 1995); *El Renacimiento* (Barcelona, Crítica, 1999; or. 1987). Más recientemente ha publicado *El Renacimiento europeo. Centros y periferias* (Crítica, 2000; or. 1998), así como la reunión de artículos *Formas de historia cultural* (Alianza, 2000; or. 1997).

Por otra parte, Peter Burke se ha ocupado en muchos textos de la historiografía del presente, con especial interés por la renovación francesa. Se han traducido al castellano: *Sociología e historia* (Alianza, 1987; or. 1980); *La revolución historiográfica francesa. La Escuela de los Annales, 1929-1989* (Gedisa, 1993; or. 1990); una publicación colectiva, que recoge importantes contribuciones historiográficas de los ochenta: *Formas de hacer historia* (Alianza, 1994; or. 1991); y su último balance: *¿Qué es la historia cultural?* (Paidós, 2006; or. 2004).

A todo ello se añaden libros tan singulares como *La fabricación de Luis XIV* (Madrid, Nerea, 1995; or. 1992); *Venecia y Amsterdam. Estudios sobre las élites del siglo XVII* (Gedisa, 1996; or. 1974 y 1994); *Hablar y callar. Funciones sociales del lenguaje a través de la historia* (Gedisa, 1995; or. 1993); y *Visto y no visto. El uso de la imagen como documento histórico* (Crítica, 2001; or. 2001). En los últimos años ha estudiado especialmente la recopilación y difusión del conocimiento en la moderna Europa: *Historia social de conocimiento, de Gutenberg a Diderot* (Paidós, 2002; or. 2000), y *Una historia social de los medios de comunicación* (Madrid, Taurus, 2002, responsable con Asa Briggs; or. 2002). Finalmente, *Lenguas y comunidades en la Europa moderna* (Madrid, Akal, 2006).

* Esta entrevista fue concedida por Peter Burke a Claudia Möller en ocasión de su primera visita a la Argentina, como historiador, en diciembre de 1996, invitado por el Programa de Maestría en Historia de la Facultad de Humanidades, de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Claudia Möller Recondo es Doctora en Historia por la Universidad de Salamanca.

Pío Baroja, ese pequeño buscador de almas

El médico y el escritor

El escritor vasco fue, sin duda ninguna, un médico que contemplaba con desgana el mundo, retratándolo en sus apresuradas páginas. En este sentido, aportó una reflexión interesante, tanto en la teoría, como en la práctica, sobre la novela. Así lo hace al parecer en muchas de sus obras, como *La nave de los locos*. En *La busca* también nos da pistas, pues vemos cómo empieza un capítulo y de pronto se detiene, entrando en persona y afirmando que ese tipo de párrafos son buenos para el folletín francés, continuando tras punto y aparte con un estilo más personal. Nos enseña sus trucos para penetrar en el alma humana, extraña generosidad en los presdigitadores. En *Camino de perfección*, hablando el narrador en primera persona, se pregunta si tiene en sus manos un manuscrito o cartas, formas de entrar en la intimidad de sus criaturas, de sí mismo. Y así, sus indagaciones sobre el personaje y el punto de mira del narrador, son novedosas. Recordemos en *El mundo es así* cómo comienza la primera parte con el mismo autor como narrador, incluso iniciando en primera persona, cómo continúa en la segunda con cartas de la protagonista, concluyendo en la tercera con ésta como narradora. Consigue irnos introduciendo en el alma rusa de Sacha, que conocía a través de sus admirados Tolstoi y Dostoievski. Desenmascara así a sus personajes, pues éstos van cubiertos como toda persona, como un comediante en el teatro.

Recordemos también las memorias del literato aficionado de *La sensualidad perversa*, que se ha entregado al «placer melancólico del recuerdo». Se nos presenta, tal como es definido, un pequeño buscador de almas. Se trata de su propia autobiografía, pues, si en la nota preliminar de editor de 1954 se enmascara de nuevo, sus afirmaciones son rotundas: «Cada cual obtiene de la vida un resultado, cuando lo obtiene, y estas cuartillas son el mío». O bien: «Supongo que mi vida debe tener su unidad, y la unidad de mi vida hará la unidad de esta historia». Son certeras también sus reflexiones sobre la relación entre vida y literatura, al decir que para que una vida tenga principio, desarrollo y fin, tienen que malograrse miles, millones, que no tienen uno u otro. Pero la literatura es eso, darle fin a lo que no lo tiene, principio a lo que carece de él. El literato supone que una vida tiene unidad, pero ésta procede de la intención del biografiado o del biógrafo, que proporcionan una coherencia vital. También sugiere sobre la forma de cincelar una biografía, o bien una autobiografía: «Claro que si fuera un artista, un escritor hábil, elegiría unos episodios, suprimiría otros, inventaría algunos; pero no lo soy, y no pienso escribir más que mis

recuerdos, por un vulgar orden cronológico». El tiempo es el que transforma todo, dando relieve o borrando sucesos. Añadirá comentarios y reflexiones de hoy a su infancia y juventud, si pretendiera añadir los de entonces, sería obra de artificio, «y yo no soy hábil para el artificio». Se dispone a mostrarnos la vida, su vida a la buena de Dios, en vulgar orden cronológico.

Junto al novelista, el médico, por quien Pedro Laín y Luis S. Granjel se han interesado. Ha contado Baroja con frecuencia sus estudios y su vida, en memorias, novelas, discursos y ensayos. Su desprecio por el profesorado, su falta de afición por el estudio. También sus enfrentamientos psicológicos con el dolor. Primero, en la sala de disección, en la que se profana algo sagrado, como el cuerpo humano. Se justifica tanto por el espíritu atávico destructor del ser humano, como por su curiosidad científica –inquisitorial, nos dice– por conocer la vida y la muerte. Segundo, en los hospitales, en el aprendizaje de la patología y su clínica. Los hospitales le afectan, sean las enfermas de venéreas, sean los hombres y más las mujeres que como enfermos y presos son maltratados por los profesionales y las instituciones. En *Aurora roja* insistirá en esa mezcla de amor y muerte, al describir los degradados barrios que rodean algunos cementerios madrileños. Además, ese pequeño buscador de almas se interesa más que por las enfermedades, por la psicología de esos enfermos, sus dolores y sus sentimientos. Su experiencia se amplía en Cestona, donde empieza a amar las costumbres y las artes propias, entrando en temas antropológicos que pasarán a sus novelas y, más tarde, a Julio Caro Baroja. También, en tercero, las muertes cercanas, así la de su hermano. Las muertes en familia de Luisito y Adelita –por tuberculosis– las hace sobresalir en las páginas de sus narraciones. La culpa y el deseo –el amor y la muerte– se entrecruzan en estas muertes próximas.

No es extraño, en cuarto lugar, que su tesis verse sobre *El dolor*. Leída ante Gómez Ocaña, San Martín y Cajal, supone una puesta al día desde diversos puntos de vista de un tema de primera importancia, para Baroja –y así eran entonces las tesis doctorales– no suponía verdadera investigación. O quizá sí, pues al fin de su carrera el protagonista de *El árbol de la ciencia* se dedica con pasión a revisiones bibliográficas para una revista, que Iturriz le consigue. El dolor será el gran tema de muchas de las novelas barojianas y precisamente esa piedad ante el dolor –que considera muy española– es un timbre de gloria de su personalidad. El dolor individual y social será siempre mostrado en sus novelas. Será necesario para describir en sus páginas posteriores a muchos seres sufrientes, enfermos, hambrientos, explotados, agonizantes... También el dolor del sabio y del artista, el dolor de quien penetra en un recinto sagrado y es culpado y penado. Es el dolor de Adán y Eva al conocer en el Génesis el árbol de la ciencia, o de la sexualidad. Es el dolor que el Eclesiastés quiere impedir cuando dice que añadir sabiduría supone dolor, afirmación citada en la tesis barojiana.

Golfos, delincuentes y prostitutas

Para mostrar ese dolor utilizará la ciencia, de la que había sido mal estudiante, pero fue buen lector. Ciencia en la que encuentra dos grandes trazados sobre la historia de la humanidad, quizá mitos, quizá paradigmas. Por un lado, el de la degeneración. Proviene del conde de Buffon, quien vio que los animales en cautividad decaían. Pasa esta observación por la fisiología y la patología, surgiendo en Francia la llamada escuela de los «degeneracionistas», con Morel y Magnan a la cabeza. Es un pensamiento latino, aristocrático, católico, estando Adán y Eva detrás, pues desde un origen paradisiaco caen por su pecado en la culpa, el trabajo y la muerte. Por otro, la lucha por la vida, que servirá de título a una de las trilogías barojianas. Darwin vio cómo los pájaros, también aislados, cambiaban y formula la teoría de la evolución. Es una teoría del norte, protestante, burguesa, que muestra las pruebas que la vida impone, llegando al final por selección y lucha al hombre blanco civilizado. Junto al biólogo, está su pariente Francis Galton. Y apoyando de forma sacra el mito de Hércules, quien consigue pasar de héroe a dios con sus trabajos, liberando a Prometeo que nos entregó el fuego y el saber. Quienes no lleguen a estas alturas, o hayan caído en degeneración, son condenados: así los delincuentes, salvajes, colonizados, enfermos, locos e incluso el hombre de genio. Nietzsche, desde luego, conocía bien la degeneración y el superhombre, y era leído por Pío Baroja. También le era bien conocido a éste Cesare Lombroso, que con todos estos mimbres construye la teoría del «criminal nato», el delincuente es ese salvaje primitivo que ha degenerado o no ha alcanzado la civilización.

Lector también de Spencer, pensaba Pío Baroja que las leyes biológicas y sociales determinan el mundo. No son raras en él las clasificaciones biologicistas, que comienza Iturriz. Iberos y semitas, celtas y bereberes, gorilas y chimpancés, dolicocefalos y braquicefalos son formas de describir a los grupos humanos, que lo acercan a sus lecturas del aristócrata Gobineau. Las aplicará en su trilogía 'La lucha por la vida' a un mundo de personas condenadas. Pero también aplicará sus muchas lecturas. Ricardo Senabre ha señalado como fuentes la picaresca, los bajos fondos de Dickens y de Eugène Sue. El mismo Baroja lo acepta y también insiste una y otra vez en el amplio panorama social de Balzac y sobre todo en la novela *Ilusiones perdidas*. Allí Lucien de Rubempré llega desde el mundo rural a la ciudad, en busca de éxito. Tiene el apoyo de una dama rica, más tarde del diabólico Vautrin. Es notable que cuando se ocupa del pintor homosexual y drogadicto Alfreto, al que mira con ternura, vuelva a mencionar estos personajes. Su ruina en ese mundo de invertidos y degenerados lo lleva al suicidio, pero el escritor es capaz de conmoverse con su dolor.

El personaje central de la trilogía es Manuel Alcázar, quien llega a Madrid, a una ciudad que ha crecido mucho y que ha acumulado personajes dolientes tanto en el centro degradado como en los suburbios miserables. Posible degenerado por herencia y medio, su padre maquinista alcoholizado, recuerda al personaje de *La bestia humana*. Es paseado por los ambientes madrileños, pensiones y prostíbulos, corralas y suburbios, casas ricas y nobiliarias, imprentas y periódicos, casas de artistas y al fin lugares de trabajo. Como en Zola, no se trata sólo de la mala vivienda, de los lugares de placer y bebida, también los lugares de trabajo –como esas fábricas que representan monstruos– forman un medio que junto a la herencia degeneran a sus poblaciones. Se encuentra con los miserables personajes de estas ciudades que atraían y empobrecían campesinos, de forma semejante a como sucede hoy con la emigración. El buen salvaje de Rousseau es degradado por la civilización.

No todo es sin embargo bajeza. Algunos personajes son capaces de mostrar en sus páginas la dignidad del hidalgo, o la preocupación por la degradación del medio, como el traperero. En un inciso, podemos decir que hasta un grafitero aparece en sus páginas. Nos paseará por casas de artistas, también por reuniones y discursos anarquistas, temas que siempre aparecen en sus novelas: ni bohemia ni política extremas le son gratas. El anarquismo podrá ser espiritual o revolucionario, también criminal y degenerado, tema que nos llevará hasta el tercer tomo de la trilogía, titulado *Aurora roja*. Pero sobre todo se encuentra en sus páginas la marginación, la estigmatización de muchos de los personajes. Así el chico golfo, como el que llama el Bizco, que es presentado como el criminal nato lombrosiano. Cercano al salvaje, al primitivo, a los animales, lujurioso, cruel y violento, maltrata a la mujer, delinque y acaba asesinando. Incluso algunas formas de expresión, como su lenguaje o como sus tatuajes muestran esta criminalidad, este primitivismo.

No es extraña la aparición de estos temas, pues eran frecuentes en la sociedad española del momento. El laboratorio de criminología permitía a Giner, Salillas, Simarro, Bernaldo de Quirós discutir estos problemas, se ponía en marcha el reformatorio de Alcalá, el tribunal tutelar de menores más tarde. Un discípulo de Lombroso, A. Niceforo escribía *La mala vita a Roma*, que C. Bernaldo de Quirós y J. M.^a Llanas seguirán en *La mala vida en Madrid*. El niño golfo se patologizaba en manos de legistas y psiquiatras, de la valía de Sanchis Banús, como ha mostrado Rafael Huertas. Zola desarrollaba todos estos personajes y situaciones en su gran friso familiar, con novelas como *El vientre de París*.

Otro de sus temas principales es el de la prostitución, sus visitas a salas de venéreas le impactarán, viendo el dolor y el sufrimiento que la sexualidad y la pobreza pueden conllevar. Para Lombroso es la equivalente del hombre delincuente la mujer prostituta, que arrastra rasgos de atavismos en su ambiente mise-

nable. Las mismas características son mostradas por los estudiosos y por el novelista, enfermedades y deformaciones, lenguajes y vestimentas, pobreza y delito. Y la noche, sobre todo la noche, en que se mueven todos estos personajes, en ella empieza y termina *La busca*, primera entrega en la que Alcázar decide dedicarse al trabajo y al día. Su matrimonio, su trabajo serán camino de salvación, mientras que su hermano artista, inmerso como él en el ambiente del anarquismo, perecerá en posteriores páginas.

El hombre de genio

Nadie escapa por tanto al peligro de la degeneración, ni siquiera aquellos hombres que la sociedad considera superiores. Mucha tinta ha corrido sobre el carácter morbosos, o al menos distinto, del artista y el sabio. Ya Aristóteles señala alguna peculiaridad en el hombre creador, que se unió al humor melancólico. La escuela de Morel y Magnan –incluyendo a Lombroso– consideró esta distinción como una neurosis, una degeneración o algún tipo de enfermedad. Zola describe al artista enfermo y fracasado en *L'œuvre*. Lo interesante es que esos mismos personajes que eran estigmatizados, admitieron a veces con gusto esta calificación, considerándola una distinción meritoria. En Baroja las citas a Huarte de San Juan y su *Examen de ingenios* son reveladoras de la aceptación de orígenes patológicos y somáticos del arte o la sabiduría. Él mismo parece retratarse con gusto en estos marcos, lo que no era nada raro, pues el arte de la decadencia tenía éxito en Europa. El mismo Nietzsche en su *Ecce homo* se muestra como un nuevo dios que ha dado la vida por los hombres, que ha sufrido y ha sido injuriado y condenado en su papel de redentor. Si no Cristo, al menos aceptaría ser Prometeo. Y algún personaje barojiano nos recuerda el sacrificio y la muerte del poeta Max Estrella.

Pío Baroja se retrata a sí mismo en *La sensualidad pervertida*, novela de 1920, tal como se verá mejor en sus *Memorias*, iniciadas en 1941. Todos los adjetivos que aplica a Luis Murguía, ese escritor diletante en que se refleja, le cuadran bien: sentimental y cínico, melancólico y cerebral, quijote e hidalgo, débil y fatalista... sin duda es un «pequeño buscador de almas», que se ha dejado llevar por el «placer melancólico del recuerdo». Tiene una extremada sensibilidad psíquica y sensorial, «el más pequeño contacto con la vida española me hacía daño». La familia –que proporciona protección y deformación– presenta anomalías, la educación es desagradable. Es llevado por distintos pueblos y ciudades, sus buenas condiciones (fe, honradez, ingenuidad infantil) chocan con las normas de los antepasados, representados por las fuerzas vivas, los clérigos y militares, los ricos y aristócratas, los políticos y magistrados... Es una novela de viaje interior y exte-

rior, está en la trilogía de 'Las ciudades'. Baroja gusta mucho de desplazamientos rápidos y largos en sus novelas, además de las dedicadas a aventuras, se pueden recordar los bruscos viajes de la rusa Sacha en *El mundo es así*.

El principal argumento de *La sensualidad pervertida* es la entrada en la pubertad, la difícil sexualidad del adolescente: «Lo corrompido que es uno de chico». También el papel esencial de la sexualidad en la formación del individuo, así en la del artista. Pasa revista a las diversas posibilidades de iniciación sexual en la época, con criadas, prostitutas, jóvenes engañadas, pero también con mujeres liberadas, como casadas, extranjeras, o bien modistas y bordadoras. Su fuerte instinto sexual y su sensible delicadeza lo llevan hacia una sensualidad patológica. No es sino la representación de la vida sexual en la España reprimida y frustrada. Es la lucha personal de la voluntad contra los instintos, en que termina prefiriendo el sueño a la vida. Elegirá el camino ascético, el estoicismo. Las lecturas de Schopenhauer y santa Teresa (también san Ignacio, a quien ataca) están presentes en su vida.

Sus intenciones en la vida, de personaje y autor, son mantener la independencia y enterarse de la vida. La sexualidad es una necesidad que limita la independencia, para conservar ésta es necesario dinero o caer en el matrimonio, del que abomina pues supone la vieja organización instintiva de los antepasados. Para enterarse de qué va la vida, el hombre de genio es personaje peligroso. Con ironía nos dice que antes se interesaba por el satanismo, la perversidad, la neurastenia, pero que no quiere las enfermedades de estos seres supuestamente superiores. En esa época los hombres quieren ser extraordinarios, los que saltan sobre su sombra son ridículos, quienes la llevan como al escudero son vulgares. Él elige el camino de la mediocridad, llevado por la razón, pero el camino es incierto. No le gustan los negocios ni la ciencia, el trabajo ni las carreras. Se separa de la bohemia, de las vanguardias, no gusta de los *ismos* que encuentra en París. Para estos falsos artistas, toda aberración de costumbres o sexual está permitida. Aquí nos introduce en el mundo bajo del arte, en sus sótanos, con esos creadores alcohólicos, o ese delicado Alfredito.

El amor debe limitarse a la pasión física, a la fisiología, liberando la poesía, el idealismo es para la ciencia y la filosofía. Él camina hacia la castidad, la abstinencia de carne y vino, recordemos a Kafka y a Nietzsche, para quienes el comer carne era signo de agresividad, triunfo y euforia. Quiere renunciar a las diversiones, conseguir la indiferencia estoica, dedicado a leer y saber. Sátiro degenerado por la filosofía y el vegetarianismo, se define, fauno reumático que ha leído un poco a Kant. En la lucha entre la tradición de religión y moral que preside el medio ambiente español, quiere el equilibrio de espíritu mantenido con orgullo y rencor, en fin una vida tranquila. Esa «águila vegetariana», reconoce su fracaso con la mujer, esa naturaleza en que no ha arado de la manera en que Miguel Hernández dirá haber gozado. Añora los hijos, añora la vida... pero la contempla y embellece.

La misma tónica se había pergeñado en 1902 en *Camino de perfección*. El estudiante de medicina, aficionado artista, muestra claros signos de degeneración. Pintor aficionado, estudiante de medicina, muestra su peculiaridad guardando recuerdos de los cadáveres del teatro anatómico. Llevando a sus espaldas una herencia problemática, más una educación siniestra con los escolapios, recorre paisajes, pueblos y ciudades en busca de experiencias morbosas. Muerte y cementerios, castillos y ruinas, noche y extraños personajes, enfermedades y alteraciones del sentimiento y la sexualidad. La decadencia y la degeneración son sus acechantes compañeras. Es, una vez más, el viaje sentimental, diferente de sus novelas de aventuras. Un alemán lo anima al ejercicio, como San Martín en el tribunal de su tesis. Termina en tierras valencianas, enamorado de la naturaleza y el trabajo, de su mujer y su hijo. Lo educará en los instintos naturales y salvajes, la vida y el trabajo del campo, en fin la posesión de la tierra. Vivirá en la naturaleza lejos de los pedagogos –recordemos al Unamuno de *Amor y pedagogía*– que lo perturbarían con estudios e ideas, con religiones inútiles y tristes. Sus instintos libres lo convertirán en león o águila, no en esa águila vegetariana en que se ha convertido él mismo, dirá atribuyendo ese experimento a Spallanzani, quien habría nutrido rapaces con pan y palomas con carne.

Pero si a la larga se convirtiese en un monstruo –no en el hijo enfermo de Torquemada– seguirá adelante, actuará por «encima de la ley», con el «gesto gallardo del antiguo jefe de una devastadora horda». Sin duda, si en sus pesimismo y fracasos influía Schopenhauer, acá están sus imágenes tomadas con fidelidad de Nietzsche. El Superhombre también puede ser el futuro. Pero igual que se burla de esta idea poniendo este nombre de mote a algún personaje de ‘La lucha por la vida’, también termina con su genial ironía. La suegra, la madre de Dolores, cose en los pañales del niño una página del Evangelio. Una ironía contraria se encuentra en las páginas finales de *El árbol de la ciencia*; tras el matrimonio feliz con Lulú, bordadora que se ha estabilizado con una tienda de confección, viene la desgracia. Mueren madre e hijo, y Andrés Hurtado toma «aconitina cristalizada de Duquesnel», nos dice con petulancia el médico Baroja. Era un epicúreo, un aristócrata sin fuerza para vivir. Pero –se dice de forma solemne y profética en el final– había en él algo de precursor. Tal vez anunciaba el siglo de la ciencia, tal vez el convencimiento de que sólo la nueva vida consiente la persistencia de la vida. Al modo orteguiano era el XX el siglo de la naturaleza, del resurgir de la carne y la vida.

* Conferencia en la Universidad Carlos III, con ocasión del 50 aniversario de la muerte de Baroja. *Correspondencia*: José Luis Peset, Instituto de Historia, CSIC, Madrid.

** Fecha de recepción: 2-XI-2006.

La melancolía, una pasión inútil

RESUMEN: En el presente artículo se analiza si existe una utilidad subjetiva del síntoma melancólico y qué tipo de expresiones, psicopatológicas o no, se pueden derivar de él.

PALABRAS CLAVE: Depresión, genio, melancolía.

SUMMARY: This article analyzes if there is an usefulness of melancholic symptom and which kind of expressions, either psychopatological or not, can come from it.

KEY WORDS: Depression, genius, melancholy.

1. *Justificación*

Sombras

La melancolía es, al menos, un problema clínico, nosográfico, histórico, filosófico, artístico y cultural, si es que cabe la separación entre estos diversos frentes. Su historia es la de la psiquiatría misma, y su estudio, el del dolor que acarrea la propia condición humana. Desde una perspectiva como ésta no extrañarán las dificultades que han acompañado siempre a cuantos han enfrentado la tarea ya de su descripción, ya de su explicación desde las ciencias de la naturaleza o del espíritu. Se atenderá aquí, entonces, más a sus ambigüedades que a los logros obtenidos en su conocimiento, y acaso no será un error considerar la zozobra que envuelve estas páginas un efecto más de la cualidad turbadora, escurridiza y límite de la melancolía, de su capacidad para confundir y subvertir, cuando no de aterrar, en el sentido de un horror atávico y cerval, tanto como en el de un echar por tierra cualquier tentativa de acercarse a sus misterios.

La sombra de la melancolía cae así sobre sí misma, haciendo que el objeto de nuestro estudio se desvanezca ante nuestros ojos, perdido en una inquietante penumbra semántica y filosófica, antes incluso que nosográfica. Hay una tristeza del pueblo y una tristeza de los filósofos, y dentro aún de ésta, una tristeza como ametría, como desviación del término medio, y otra consustancial al hombre de genio. Hay una melancolía que es sinónimo vago de locura y toda una serie de intentos de cernirla: de Areteo de Capadocia a J. P. Falret, de Hipócrates a la neurofisiología.

No tarda en aparecer ante nosotros una segunda sombra: la de la propia melancolía abatiéndose sobre cualquier teoría del sujeto. Toda indagación en este sentido habría de vérselas en primera instancia con un sujeto natural, que para Hipócrates es espejo del macrocosmos, cuya pesadumbre es fruto de la discrasia humoral y por cuyas venas fluye una sangre enturbiada por efecto de la atrabilis.

Pero también debería lidiar con un sujeto moral, con un sujeto del conocimiento –antes y después de Descartes–. Y plantear, en cada caso, los interrogantes a que aboca la experiencia melancólica, que se adivina ya, tras sus muy diversas máscaras, como una pasión universal.

Luces

Aunque no sea nuestra intención abordar una polémica que se dilata por siglos, nos enfrentamos a la tarea inexcusable de definir nuestro objeto de estudio. Un esquema general podría ser el siguiente: cuanto aquí se diga de la melancolía apuntará, por un lado, a una disposición psíquica especial, que se ha querido hermana del arte y de la locura, y que entenderemos en su sentido más extendido de *tristeza profunda*. Por otro lado, tendrá que ver con el vasto espectro de lo depresivo, con la melancolía entendida como *crisis*, experiencia que utilizaremos a modo de palmatoria para conducirnos por las sombras de sus relaciones con el deseo y la psicosis, lugar este último donde quizá con excesiva valentía se la sitúa con frecuencia.

Partiremos para ello de una concepción positiva del síntoma, del convencimiento de que éste lleva a cabo una función que emanará precisamente de un compromiso y un *trabajo* subjetivos. Con la vista puesta en la utilidad para el sujeto, dudaremos que exista efectivamente esta tarea en la melancolía, aun dejando abierta la posibilidad de contradecirnos una y mil veces, comenzando por el título mismo de nuestra propuesta: lo inútil que aquel trabajo pueda resultar. La paradoja, llevada al extremo, nos mostrará al melancólico, al *inútil*, como la potencia de toda creación, sintomática, artística y cultural. Llegado ese punto, hablaremos de genio y revolución y, caída sobre nosotros la sombra de nuestro objeto de estudio, acabaremos por llevarnos de nuevo la contraria y sumirnos en una apenas remozada oscuridad.

Ausencias

Que se defienda una causalidad psíquica de la melancolía no supondrá necesariamente desdeñar lo que las investigaciones biológicas en psiquiatría han sugerido en numerosos estudios. Si el psicoanálisis pretende, desde las aportaciones de Freud y Abraham, hermanar la experiencia de la tristeza con aquella universal que supone la pérdida, el duelo en su sentido más amplio, nada nos impide a nosotros suponer al melancólico singularmente ávido, con Aristóteles, que afirma en el

célebre *Problema XXX* que los melancólicos son, en su mayor parte, lujuriosos (5). El mismo Abraham se vio abocado a postular una «intensificación constitucional del erotismo oral» como condición para el acontecimiento depresivo (1). Los criterios DSM-IV para añadir a una depresión el apellido de melancólica son referencias a lo somático como sede última del conflicto de la tristeza, perturbaciones de las necesidades vitales como el sueño o la nutrición (4). El cuerpo puede ser, por qué no, escenario del estallido melancólico, del fragor de su lucha y efectos y de algunas de sus posibles *salidas*, como las llamaremos más adelante. Por nuestra parte, justificaremos que no se hable aquí del litio ni de la neurotransmisión llanamente porque no nos es necesario. Baste con recordar que la fisiología nos ha descrito un sistema neuroendocrino rítmico, cíclico, un hipotálamo como productor pulsátil e incesante de hambres y necesidades. Al igual que el yo neurótico que, como «función de desconocimiento» crea sus propios señuelos y pruritos de satisfacción e incita a una búsqueda durante la cual el deseo corre el riesgo de desfallecer, el cuerpo biológico es un prodigioso señalador de faltas y generador de avideces, de posibilidades de patentizar la pérdida por la ausencia. Hambre, sed o celo, no son más que señales fisiológicas de la incompletud y la dependencia, y podrán precipitar, *por la misma vía*, la crisis melancólica.

2. *El dolor y sus bálsamos*

Tristezas...

Existe siempre la posibilidad de la tristeza. Como un ocaso del impulso vital, como un automatismo lacrimoso presto siempre a afectar al hombre, ya sea porque algo se haya perdido, ya porque del horizonte se borre la promesa de su consecución. Hay tristezas que se quieren del cuerpo y otras que implican al alma. Hay el duelo y sus *complicaciones*. Hay depresiones neuróticas, liminares y psicóticas, e incluso las hay postpsicóticas e inducidas por neurolepticos. Se habla de la herencia de la depresión y, más aún, de una tristeza que es enfermedad, que tiene una etiología, y que cura con los nuevos eléboros que proliferan en la vereda de la práctica psiquiátrica.

Durante siglos, la experiencia de una tristeza profunda se mostró hasta tal punto natural al observador, tan surgida de la entraña misma de lo humano, que su propio nombre bastó para explicar su origen. Melancólico era, ni más ni menos, aquél en quien predominaba la *melanos cholés*, uno de los cuatro humores fundamentales que animaban el cuerpo. La misma bilis negra, húmeda, pesada y fría determinaba un cuadro que, en lo afectivo, compartía con ella sus cualidades.

Llegado el siglo XIX, la ciencia psiquiátrica se enfrenta a la tarea de sistematizar las especies de una *alienación* por el momento unitaria. La melancolía comienza entonces a esconderse, a escapar de un intento de clasificación. Se trata, para Pinel, de la primera especie de esta locura única (33), y Esquirol, poco más tarde, intentará hacerla definitivamente patrimonio de la ciencia médica con la difusión de un término que no acabó de resultar exitoso, el de *lipemanía*. Tentativa que sí cuajará en la obra de Falret padre, cuya *folie circulaire* sirve de inmejorable acodo para la adopción del método anatomoclínico por la psiquiatría (3, 23). Aunque se hablase ya de ciertas tristezas como enfermedades en sí mismas, las pasiones en general y la tristeza como pasión privilegiada seguirían siendo culpables de la producción de los más severos trastornos del juicio. El propio Falret es un ejemplo de este punto de vista, y para Griesinger son, de hecho y pese a su expreso organicismo, las responsables de la «puesta en marcha» de la psicosis (3). Y pese a que se caminaba hacia el horizonte de la lesión orgánica, los clínicos del XIX encontraron que algunas tristezas extremadas podían ser a un tiempo manifestación sintomática y origen de otros nuevos síntomas, anticipando la idea de una «adaptación» del sujeto a su malestar. De otro lado, las pequeñas depresiones neuróticas, duelos trabados de andar por casa, como hermanas pobres de una estrepitosa y manicomiable melancolía, podemos suponer que quedaban durante el siglo XIX en manos de internistas, sacerdotes, curanderos y familiares compasivos.

Si a la psiquiatría médica no le tiembla el pulso en segregar al que delira, o al ciclador que repite sin explicación un mismo vaivén, para una ciencia psicopatológica el dirimir sobre la melancolía plantea serias dudas, que atañen al borroso y muy polémico límite entre lo normal y lo patológico. Hasta tal punto parece una experiencia universal, que el mismo Jaspers debe incluirla dentro de lo *comprensible*, y al devenir del melancólico, dentro de los *desarrollos* de la personalidad (24). Nada parece más comprensible que la tristeza o la alegría, y sin embargo tenemos que aceptar cierto extremo de tales manifestaciones como un trastorno. Lo que asusta, entonces, de la melancolía es precisamente que sea una simple «exageración de la normalidad». Comprendemos la tristeza, la inapetencia, las cavilaciones constantes, el nerviosismo, pero nos asusta su desmesura: el estupor, la anorexia, el insomnio, la profunda angustia que acompaña al melancólico. Y, sobre todo, la soledad y el suicidio. Desde una concepción religiosa del orden natural, que suplanta a dios como dueño de la vida por la ley de la propia conservación, aterra pensar en un planteamiento vital que prescindiera de las servidumbres de la carne. Lo *deliroide*, por comprensible, turba porque sugiere una amenaza siempre en ciernes, la posibilidad de que, en algún momento, uno pueda ser presa de tan inmenso sentimiento de desamparo. El sentido común, aterrado ante su propia caricatura, busca una explicación cualitativa para el maldito, para el condena-

do. Así lo hace también la psiquiatría durante el siglo XIX: debe haber una disfunción o una lesión orgánica. Y, ya en el siglo XX, se busca una «perturbación generadora» que explique los inquietantes excesos de la tristeza (27). Freud se muestra también desconcertado ante las semejanzas entre duelo y melancolía, y estudiará en 1915 las condiciones en que se elige ese objeto cuyo duelo resulta a la postre imposible y deriva en manifestaciones clínicas tan dolorosas.

Podría parecer que la psiquiatría misma se defiende como puede de una melancolía siempre al acecho, y llegada estos días a ciertos extremos, de la posibilidad siquiera de una tristeza *normal*. Pero volvamos al siglo XIX, porque es dentro de la suposición de una alteración cerebral subyacente donde germina, en la obra de ciertos clínicos, la idea de que parte de las manifestaciones semiológicas de determinadas enfermedades es fruto del esfuerzo subjetivo por adaptarse al proceso patológico mismo.

... y trabajos.

Se puede decir que este punto de vista se inaugura, al tiempo que la propia ciencia psiquiátrica, con la obra de Pinel. Que su melancolía sea un delirio *parcial*, es una clara muestra del margen de humanidad inalienable que suponía al alienado y que hacía posible su participación en un tratamiento *moral* (2, 3, 23). Más aún, Pinel, que privilegia los trastornos del juicio en su concepto de alienación mental, incluye como una de sus especies la «manía sin delirio», abriendo, por un lado, la posibilidad de la medicalización de cualquier exceso, de cualquier desmán de lo cuantitativo, pero permitiendo, por otro, la participación de un sujeto responsable en su propio síntoma. Frente a esta idea, y especialmente frente a las herederas de aquella manía sin delirio que fueron las monomanías de Esquirol, se alzaría la voz del discurso más médico en la figura de J.P. Falret: no se concibe una alteración del juicio que no sea global, de lo que se sigue que el individuo nada tiene que ver con la génesis ni el desarrollo de su enfermedad mental (2).

Pese a todo, y ya dentro de una concepción eminentemente médica y somatizadora de las cuitas del alma, es a través de las sutiles y rigurosas descripciones de algunos clínicos como se devuelve al individuo cierta competencia en cuanto a las manifestaciones de su malestar. El semiólogo atento acaba por identificar lo que de cada cuadro sintomático produce el propio sujeto en su lucha con la enfermedad. En lo que respecta a la melancolía, una muestra ejemplar de este punto de vista es la obra de Jules Séglas.

Sirvan aquí de ilustración las aportaciones del psiquiatra francés en sus *Leçons Cliniques* de 1895. Intentando dilucidar el orden de aparición de los fenó-

menos en la «melancolía sin delirio», Séglas aísla dos problemas fundamentales: por un lado, el estado emocional, profundamente doloroso; por otro, las dificultades en el ejercicio intelectual. Toda otra manifestación clínica es entendida por el francés como un producto secundario derivado de aquéllos. En un análisis ulterior, toma partido por una alteración cenestésica y una dificultad progresiva de lo ideomotriz como fenómenos anteriores al dolor moral, adscribiéndose así a una opinión a la que pertenece también, por ejemplo, Kraepelin (26). La tristeza es, en Séglas, secundaria a estos fenómenos de inhibición, y tiene su razón de ser en la singular conciencia de su déficit que cabe suponer al melancólico. Para el psiquiatra francés, el acontecimiento del delirio en este sustrato de abatimiento y dolor no significa sino una «tentativa de explicación». Si la melancolía simple se detiene aquí, a lo sumo preguntándose por su parte de culpa en el proceso, la melancolía delirante anticipa la respuesta. Siguiendo en ello a Griesinger, Séglas hace derivar el delirio melancólico del automatismo mental. En su búsqueda de una explicación, al melancólico esta respuesta se le aparece revelada, organizándose en torno a ella un delirio de características especiales: humillación, culpa, ruina... cuya apariencia estática es acorde con la inhibición de que proviene y con una específica vivencia del tiempo, mereciendo para Séglas el calificativo de «delirio de espera» (35).

Merece la pena que nos detengamos aquí por diversos motivos. El primero, para señalar que, habiendo tomado como modelo la melancolía para este recorrido, no hemos hallado aún a cuál de sus procesos podríamos llamar «trabajo útil». Nada nos hace suponer, hasta ahora, que el mecanismo del delirio, como ejemplo de laboriosidad subjetiva, le sea específico. Y sigue siendo una incógnita qué beneficio podemos asignar al trabajo del melancólico simple, que se limita a dolerse de su impotencia sin avanzar más respuesta que tímidas ideas de culpa. El segundo motivo de nuestro alto será una breve pero indispensable mención a las aportaciones de Sigmund Freud en torno a la utilidad de determinadas elaboraciones psíquicas.

Debemos al padre del psicoanálisis la posibilidad de explicar las psiconeurosis funcionales como efectos de una lucha interior. El conflicto, que es la madre de toda la psicopatología psicoanalítica, involucra al sujeto propuesto por Freud tanto en su producción como en las maniobras dedicadas a resolverlo. Más aún: privilegia a éste como su modo genuino de expresión. Visto como una formación de compromiso, se puede comprender que su función última sea la del restablecimiento de la salud alterada por el conflicto. Salvando la paradoja, si ya en su día la propuesta resultó revolucionaria en el campo de las neurosis, más aún lo sería en el de las psicosis. Cuando Freud publica su análisis del *Caso Schreber*, la idea que imperaba sobre el proceso psicótico era la de una evolución hacia el deterio-

ro. Aún no había triunfado el término esquizofrenia, y la entidad nosográfica kraepeliniana de «demencia precoz» no sugería en absoluto la capacidad creativa que Freud otorga al supuesto demente. Calificar un sistema delirante de «tentativa de curación» devuelve, incluso al enfermo mental que se quiso más desposeído, no ya el protagonismo en su enfermedad sino la responsabilidad del primer y más genuino intento de restañar sus propias heridas.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Bleuler inaugurará una psicopatología influida, merced a la relación de Freud con Jung y la clínica de Burghölzi, por ciertos elementos de inspiración psicoanalítica. Cuando el suizo establece el símil entre la osteomalacia y la esquizofrenia viene a plantear que, a partir de una perturbación esencial, lo que el sujeto lleva a cabo no es ya la mera búsqueda de una explicación, sino toda una serie de signos y síntomas secundarios que se derivan directamente de su esfuerzo por adaptarse al mundo, al prójimo y a su propia enfermedad. En idéntico sentido se pueden entender ciertas construcciones teóricas de grandes psicopatólogos del siglo XX, como Minkowski, Binswanger o Henri Ey (29). Hablando de la melancolía, una de las más célebres monografías de la segunda mitad del siglo XX, la que firma Tellenbach, supone un intento parecido.

Hemos hablado hasta aquí del dolor y del doliente, de una tristeza ubicua y un individuo en acción, concediéndole al sujeto el papel protagonista del que, no en vano, es su propio drama personal. Se trata ahora de esclarecer, desde el psicoanálisis, a qué razones responde ese dolor, por ver si arroja luz sobre su supuesta inutilidad.

3. *La herida y sus márgenes*

El mismo año en que se publicaban las referidas *Leçons Cliniques* de Séglas, Freud dejó escritas en su *Manuscrito G* ciertas consideraciones sobre la melancolía que pueden ser puestas en serie con las opiniones del psiquiatra francés. Si para éste la tristeza del melancólico se debe a la conciencia de su propia inhibición, para Freud «la mejor descripción» era la de una «inhibición psíquica con empobrecimiento pulsional, y dolor por ello» (21). Ya en las primeras líneas, Freud anticipaba además otra idea: «El afecto correspondiente a la melancolía es el del duelo, o sea, la añoranza de algo perdido» (22). De ello se ocupará, ya desde una perspectiva psicopatológica, en su célebre artículo de 1915, *Duelo y melancolía*. Se tratará, en ambos casos, de un trabajo, de una labor que permita superar el pesar por esa pérdida renunciando al objeto perdido. Un Freud especialmente optimista concederá al duelo la posibilidad de llevar a buen fin tal tarea (12), cuestionándo-

se de qué manera puede esto suceder en la melancolía, toda vez que ha postulado para ella una identificación del yo al objeto (20).

Aparece ya ante nosotros una primera diferencia entre las propiedades curativas que pueden ser atribuidas a los otros trabajos que propone la nosografía freudiana y la que corresponde a la melancolía. Para la neurosis y la psicosis se trata de desear o delirar, de subsanar un conflicto fundamental con el empeño interminable del uno o del otro esfuerzo, sirviendo este mismo empeño, *per se*, de bálsamo. El melancólico, en cambio, sufre precisamente de ese trabajo: hay una identidad entre el padecer y un supuesto laborar por su propio restablecimiento. La condición para que este trabajo resulte finalmente útil es, paradójicamente, que *concluya*. Es aquí donde debemos situar la inutilidad a que se refiere el título de nuestro artículo, por cuanto la posibilidad de tal acontecimiento se nos aparece, igual que a Freud, como un misterio. Lo que aquí propondremos como salida a la crisis melancólica no significará el triunfo de su quehacer, sino la asunción de otro que ya no le será propio.

La misma sensación nos produce la lectura de los trabajos kleinianos sobre los estados maníaco-depresivos. Determinadas defensas acuden al auxilio del sujeto para ayudarlo a superar las ansiedades específicas de cada una de las *posiciones* que propuso la psicoanalista húngara. Pero ninguna parece emanar de la posición depresiva. Negación y omnipotencia son suturas provisionales hijas de un sustrato maníaco, y el mecanismo de la reparación echa ya raíces en lo obsesivo. Rozando lo pleonástico, lo único que Klein defiende como propio del trabajo melancólico es el *penar*; sugiriéndonos que el hombre, enfrentado a la herida abierta de su propia naturaleza, la acepta: se niega a defenderse de ser humano.

Y algo parecido nos sucede con la postura que adoptó Lacan frente al problema de la melancolía. Podemos, con él, considerar el deseo como el motor que anima al neurótico a buscar, aun sin posibilidades de éxito, el objeto que colme esa falla primordial. Y podemos ver en el delirio el remedo de aquel mecanismo, la prótesis discursiva de que se vale un psicótico que, por estructura, no ha accedido al mundo del deseo. Incluso la perversión cuenta con las armas de la escisión y la negación para satisfacerse sin mayores culpas. El melancólico, muy al contrario, carece de cualquiera de estos modos particulares del vivir. El desfallecimiento del deseo como discurso lo deja en una posición de *renunciamento*, identificado al dolor (34). Esta inmovilidad, esta detención del pulso mismo de la vida, es la que lo aproxima a la muerte y al suicidio.

4. *Paciencias...*

Cuando Freud, empecinado en llevar a sus últimas consecuencias el paralelismo entre duelo y melancolía, se ve llamado a explicar por qué ésta, sobre todo

en su presentación cíclica, tiene también un final, acaba, sumido en dudas, por ofrecer dos alternativas: o bien se renuncia al objeto, al que el doliente se ha identificado, o debemos aceptar que la cólera del yo tiene un límite, que todo fuego acaba por apagarse (20).

Parece, en ambos casos, que se trata de una cuestión de paciencia, de una «capacidad para padecer» tanto como de un agotarse ésta hasta el punto de tomar la salida más cercana. De estas *salidas* hablaremos a continuación, dejándonos atrapar por una paradoja que se nos aparece como insalvable. Hemos tratado, hasta ahora, de proponer el trabajo melancólico como una labor estéril, sin más resultado que la deriva hacia la muerte, cuando no la muerte en vida. Se trata ahora de contradecirnos y proponer un callejón sin salida colmado de grietas, de butrones, de puertas incluso. Aunque no sean específicas del melancólico, ante sus ojos se abren tan diversas posibilidades que hacen de su labor la inutilidad más fértil, la potencia casi de toda creación sintomática.

...de la carne

Puede entenderse el fin de cada fase de las clásicas psicosis circulares como Freud lo entendió: el Yo, en batalla contra sí mismo, agota sus fuerzas, comienza a jadear tras nueve meses de automartirio y abandona, por imposible, su tarea de escarmentador. Si no muere en la batalla, el melancólico, entregado a la estéril tarea de la mortificación, pierde su paciencia. Como un Sísifo que arroja la piedra ladera abajo, se rebela y vuelve a una insulsa y discutible paz. O coquetea, en forma de manía, con un triunfo ilusorio y desesperado que tampoco acabará de satisfacerle. Nada nos impide, sin embargo, dar la razón al atrabiliario Cioran cuando afirma que «contrariamente a los placeres, los dolores no conducen a la saciedad» (11). Saturado el placer sádico de la ira o desfallecidas sus fuerzas, de aquella herida irrestañable surge de nuevo el incendio, para volver a apagarse acabada la fase. El castigo, por eterno, no ha de presentarse forzosamente como continuo. La repetición periódica del martirio puede entenderse como el *eterno retorno* nietzscheano: una forma de afirmación (15), de otorgar un peso a la propia opción de vida. Lo absurdo del denuedo melancólico en su propia e inútil mortificación no ha de empañar su valentía, puesta de manifiesto en el hecho de que está destinado a repetirla una y otra vez. Borges, analizando el problema de la eternidad del infierno, nos propone una lectura que casa muy bien con la condición de hombre excepcional que se ha atribuido al melancólico. Si los teólogos, con sutilezas escolásticas, intentaron zafarse de la posibilidad blasfema de que el castigo, por infinito, se equiparase a la gracia, el argentino defiende la paradoja de

forma concisa: «Hay eternidad del infierno porque la dignidad del libre albedrío así lo precisa» (9). Aquél que ha nacido bajo la influencia de Saturno, de Cronos, sabe de la trascendencia de su pecado y acepta, responsable, una condena eterna, aun cuando se rebele de cuando en cuando, agotada su paciencia, no por mala fe sino por auténtica pasión humana.

De las opciones que Freud propone para el fin del trabajo melancólico, la del renunciamiento al sí mismo como objeto se nos antoja especialmente radical. El suicidio como salida da cuenta del fin de la paciencia de la carne y también de la del alma. Igual nos da que se abandone o se defenestre, o que se entregue al falso hedonismo de los equivalentes suicidas en la manía. Cuando para el melancólico desaparece ese último amarre que es la identidad con el dolor, y como expresión máxima de su rebeldía, se da muerte. Lo cual muchas veces coincide, como gesto postrero, precisamente con el momento en que concluye una de las fases, cuando se levanta la inhibición psicomotriz, algo que los clínicos avisados tienen siempre presente.

... y del espíritu

El melancólico puede, asimismo, cansarse de una guerra en la que vencer es llanamente imposible y tomar otros caminos que la mortificación. Ya Aristóteles había llamado la atención acerca de sus posibilidades expresivas: al equiparar las facultades de la atrabilis a las del vino, propone un melancólico capaz de desplegar todo el espectro de los caracteres del hombre. Lo que el vino propicia por el tiempo que duran sus efectos, lo posibilita la bilis negra de por vida (5). El atrabiliario da la razón a Aristóteles y muestra que sus salidas abarcan casi toda la psicopatología.

Puede, por ejemplo, retomar el camino de la neurosis. Sin aventurarnos a especular sobre el mecanismo que pone de nuevo en marcha la máquina deseante, nos bastará con atender a los ejemplos que durante siglo y medio avalan la existencia de melancolías que no pasan de uno o dos accesos y encuentran la paz en una suerte de normalidad de peculiares características, que incluyen cierta rigidez y gusto por la norma. Pareciera como si el melancólico encontrase en la proyección de la esencia humana que proponía Feuerbach un ideal pseudorreligioso más modesto y alcanzable, y que se entregase al cumplimiento de una ley, divina o mundana, como tabla de salvación. El parentesco entre la melancolía y las manifestaciones de la neurosis obsesiva ha sido señalado por el psicoanálisis en numerosas ocasiones. Bajo una apariencia de actividad incesante, el obsesivo no hace nada, se muestra igual de inútil. Entregados ambos más a preocupaciones que a

una verdadera ocupación, dan cuenta de una misma vocación estática, como la que sugería aquél «delirio de espera» al que hacía mención Ségla. Fuera de esta corriente de pensamiento, autores poco sospechosos de veleidades psicoanalíticas han señalado también este parentesco. Kraepelin mismo, que aproxima la melancolía a la «locura de los degenerados» por sus «obsesiones» constantes (24). O Tellenbach, que en su célebre monografía proclama como nuclear en este síndrome endógeno el «afán de orden» (38). Una feliz coincidencia nos lleva incluso a Baudelaire, quien, seducido desde su llegada a París por los pulsos mortecinos de la atrabilis que destilaba el gigantesco bazo que era el siglo XIX, hace que, en sus *Flores del mal*, a las cuatro versiones del *Spleen* le sucedan significativamente la *Obsesión* y *El gusto de la nada* (6).

Harto del peso de la culpa, una inversión radical de las razones del universo puede llevar al melancólico a proclamarse tan inocente como el paranoico de cuantos crímenes él mismo se arrogó en el pasado. La melancolía, que se ha hermanado con la paranoia desde el nacimiento de la ciencia psiquiátrica, es situada por Pinel dentro de los delirios parciales, por Esquirol en el grupo de las monomanías, y aun por gran parte de los autores de los siglos XIX y XX no ya como entidad clínica susceptible de aparecer en comorbilidad con el delirio, sino como origen de uno de sus tipos, del que el descrito por Cotard es ejemplo paradigmático (14). Todavía en nuestros días se mantiene viva la llama de esta polémica por la necesaria persistencia de una categoría diagnóstica como el trastorno esquizoafectivo. Como quiera que sea, parece que, salvando estas disquisiciones psicopatológicas, la melancolía puede llamar en su auxilio al delirio como flujo discursivo que la saque de la inercia mortal de su crisis y postergue la muerte definitiva de manera asintótica, con la certeza megalomaniaca, por ejemplo, de una muerte en vida. O incluso más, que se rebele, como hemos dicho, ante su propio destino culpable y pase a acusar al prójimo de las más diversas conspiraciones, infamias y asedios.

Llevada la especulación a su extremo, y conscientes de este otro salto cualitativo, podríamos llegar a ver el coqueteo melancólico con la fragmentación y el automatismo como otra de sus posibilidades, a la que se llegaría, por ejemplo, a través de un estupor que rozase la catatonía o de una disociación extrema que llegase a emular la escisión esquizofrénica. Incluso podríamos considerar otras muy diversas patologías, que se pasean por el límite especulativo entre neurosis y psicosis, o que son hijas en cierta medida de la perversión, como defensas contra este dolor primordial. Herederas de algunas monomanías que terminaron por entenderse como *locura moral* (23), antes que precipitarse en la crisis, preferirían enzarzarse en las más desesperadas relaciones de amor y odio con el otro, cuando no salvar el abismo con la vehemencia del paso al acto.

5. Fe de paradojas

Melancolía, genio y subversión

Hemos considerado hasta ahora la melancolía como *crisis*, como acontecimiento fatal en que el deseo fracasa en su función narrativa. Hemos visto, sin embargo, que de su identificación con el dolor, con el *pathos*, con la paciencia entendida como «capacidad para padecer», pueden surgir las más diversas creaciones sintomáticas que desdigan como potencia lo inútil que ella pueda ser en origen. Nos disponemos ahora a tratar de aquello que llamamos al principio *disposición psíquica*, análoga a la crisis, pero con otras consecuencias que la muerte o la psicopatología, esto es, la melancolía como fuente de la creación artística, y aun de alguna suerte de revolución.

De camino a lo que se nos aparece como una nueva y última contradicción, nos limitaremos a añadir a la ingente literatura sobre las relaciones entre melancolía y genio sólo unas pinceladas que nos la pinten como creadora y, llegado el caso, como destructora. En tanto *disposición psíquica*, el temple melancólico incluye la impaciencia, el afán de perfección que hace de ella condición casi *sine qua non* entre los «hombres excepcionales» y que podemos atribuir a esa vocación utopista por alcanzar el ideal. Si éste paraliza en la *crisis*, aquí sirve de acicate hacia la belleza. Aunque es consciente, con esa hiriente lucidez que le atribuyó Freud, de la cesura insalvable que lo separa de esa quimera, no por ello va a dejar el melancólico de aspirar a ese espejismo de perfección. Y ello porque se trata, ante todo, de una utopía *subjetiva* (37) destinada a conciliar una ambivalencia que le es consustancial. La *poiesis* melancólica surge de esa dialéctica, de una verdadera y primordial lucha intestina que tiene por meta el ideal, no por altruismo sino por necesidad. Considerada también como una salida, como otro agotarse de su *paciencia*, el destemplado melancólico puede lanzarse a crear para sanar su herida. Dejó dicho Burton que escribía para curarse del mal melancólico, y Baudelaire describió las servidumbres del «yo culpable del poeta» en su *Spleen de París* con las siguientes palabras: «El estudio de la belleza es un duelo en que el artista da gritos de terror antes de caer derrotado» (7).

Pero la melancolía conoce otras versiones del arte y la rebeldía que su vocación conciliadora. La manera de conducirse ante sí y ante el mundo nace de la «constelación anímica de la rebelión», dice Freud. Alienado al objeto ante todo por amor, utopista por naturaleza, es capaz de sublevarse contra falsos ideales y denunciarlos a martillazos, con toda la violencia de su cólera. Caído o difuminado el ideal colectivo, intentará sostenerlo porque para él se trata de una cuestión de vida o muerte, de algo que atañe a su propia identidad. La propuesta revolu-

cionaria de los dadaístas, aquella que precedió al surrealismo y se disolvió en su propia anarquía, puede ser un ejemplo de ese arte destructor.

Hay aún otra utilidad de este fuego de la atrabilis: la que lo convierte, por su natural orgulloso, en una denuncia puramente destructiva, desligada, si se quiere, de una productividad que no sea la de la guerra. El melancólico, sin más armas que su carne, pone en cuestión verdades y sistemas, haciendo gala del arrojo individualista de un héroe de tragedia. Con el suicidio dispone de su propia vida negándole tal potestad a los dioses: recuérdese el ejemplo de Ajax, que primero rechaza su ayuda y luego su piedad, dándose muerte (36). Y negándole tal poder, también, a la biología, que a duras penas puede explicar la abolición de los instintos de que hace gala. Abandonándose a la acedia, puso también en guardia el orden conventual del *ora et labora*. Quizá por esa tendencia al hastío, al hartazgo, proclamó Picabia con sutileza dadá que «el más bello de los descubrimientos del hombre es el bicarbonato sódico» (31). Finalmente, aunque no sirva ni de lejos para agotar estas reflexiones, el melancólico resulta, en esta sociedad en que se multiplican los objetos de consumo, radicalmente insobornable. A la deriva de la inhibición y la inapetencia, incapaz de disfrutar, ni produce ni consume. Y ello tanto en su versión triste, en la que parece no poder tentársele con nada, como en su versión maníaca, cuya excitación sin sentido y cuya voracidad ilógica recuerdan de lejos a las propuestas estético-políticas de la Internacional Situacionista (18).

La propuesta paranoica

A punto de otorgar al melancólico el reinado en el arte y en la subversión, surge ante nosotros el escollo de la locura más inquietante, la que se nos presenta más radicalmente extraña y nos inspira un miedo más cerval. Aquélla que a partir de las ruinas del lenguaje construye uno propio con ambición de perfección, y cuyas aceradas aristas ponen de continuo en entredicho nuestras precarias seguridades. Hablamos de la paranoia.

Dibujamos durante páginas una melancolía inútil que luego se reveló como una potencia creativa sin par. Sucede, sin embargo, que empezamos a contemplar ahora su arte como «demasiado humano». Igual que el vino, la atrabilis puede hacer de un hombre todos los hombres, las infinitas versiones de lo humano, que no es poco, pero no puede curarlo de su humanidad. Su creación es mera combinatoria, pero su raíz es la misma herida con que luchamos todos. Tiene ante sí la cadena de un lenguaje que se ha detenido con el deseo. Puede torcerla, estudiarla, glosarla, como un Burton. Puede incluso sorprendernos. Pero será una sorpresa porque es sólo atávicamente familiar. El melancólico no ha dejado

de hablar nuestra misma lengua, aunque lo haga con especial soltura. La creación demiúrgica, la que surge de la nada, la verdaderamente original, debemos concedérsela al loco más genuino, a aquél que consagra su vida al delirio y que enfrenta la titánica tarea de construir todo un mundo a partir de los derrelictos de un lenguaje naufragado.

Igual nos ocurre con la capacidad subversiva que atribuimos a la melancolía. Se ha dicho que, junto con la histeria y la paranoia, forma la terna de escollos principales con que ha tropezado la nosografía. No parecía descabellado atribuirles también, como actitudes ante la vida antes que como enfermedades mentales, una cierta medida de rebeldía frente a los excesos del poder, psiquiátrico u otro. En el caso de la histeria, tal rebeldía venía sugerida por su afán en señalar la falta en el otro, y por su insatisfacción esencial. Ocurre que entendimos la multiplicación de los objetos de consumo como una trampa en la que su voraz deseo tendería a caer sin remedio, y volvimos la mirada a la melancolía. Pero nuestro propio razonamiento vino a cortarnos el paso. Auténticamente revolucionario sería el melancólico que persevera en su posición y se mata. O el que, dándose ya por muerto, se abandona. El que no apeetece y basta. Pero el melancólico se ha levantado en armas contra su propia soledad y, aunque dramática, su lucha es por la recuperación del vínculo perdido. Lucha en la que, como vimos, se deja seducir por las más diversas salidas y renuncia las más de las veces a la muerte en favor de una vida parecida a del neurótico, a la del engañado guiado por la mala fe. Algo que no le ocurre al paranoico, que, en su cara a cara con un otro por entero de su invención, resulta mucho más exigente. Deberíamos quizá esperar de él la labor de zapa que socave los cimientos de nuestras certezas. Su rigor implacable, que no nace de la humanidad sino del desierto que la precede, podría acaso ayudarnos a develar razones inadvertidas para nosotros. Denunciante y sospechoso, leninista, utilizaría nuestro propio lenguaje para mostrarnos sus insuficiencias y engaños.

Final

Como prometíamos al principio, hablamos de un final por no atrevernos a hallar en las páginas precedentes una *conclusión*. Rindámonos. Como en el experimento de Schrödinger, tenemos ante nosotros, tras una densa oscuridad, dos gatos. O aun miles: uno muerto, otro herido, otros aburridos o asustados. Tras muchos meandros, debemos reconocer que, o bien el trabajo melancólico es inútil y conduce de forma genuina al suicidio, o bien es la tierra yerma de donde nacen las mieses de la creación más fecunda y de la posibilidad más dolorosa-

mente humana de vivir. O bien ambas opciones a la vez, o todo lo contrario, y el triunfo es la muerte y la vida, como el arte y la melancolía, es una pasión inútil que a duras penas logra sacarnos del absurdo.

Hable Cioran, de nuevo: «Porque no reposa sobre nada, porque carece hasta de la sombra misma de un argumento, es por lo que perseveramos en la vida. La muerte es demasiado exacta; todas las razones se encuentran de su lado» (10).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) ABRAHAM, K., «Notas sobre la investigación y tratamiento psicoanalíticos de la locura maniaco-depresiva y condiciones asociadas» y «Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales», en *Obras escogidas*, Barcelona, RBA, 2006, pp. 118-132 y 333-395.
- (2) ÁLVAREZ, J. M., *Estudios sobre la psicosis*, Vigo, AGSM, 2006.
- (3) ÁLVAREZ, J. M., *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, DOR, 1999.
- (4) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-IV*, Barcelona, Masson, 1995.
- (5) ARISTÓTELES, *El hombre de genio y la melancolía*, Barcelona, Quaderns Crema, 1996.
- (6) BAUDELAIRE, C., *Las flores del mal*, Madrid, Cátedra, 2006.
- (7) BAUDELAIRE, C., *Pequeños poemas en prosa*, Barcelona, Fontana, 1995, p. 21.
- (8) BOLAÑOS, M., *Pasajes de la melancolía*, Valladolid, Junta de Castilla y León, 1996.
- (9) BORGES, J. L., «La duración del Infierno», en *Discusión*, Madrid, Alianza, 1983, p. 87.
- (10) CIORAN, E. M., *Adiós a la filosofía y otros textos*, Madrid, Alianza, 1998, p.17.
- (11) CIORAN, E. M., *Silogismos de la amargura*, Barcelona, Tusquets, 2002, pp. 51 y 57.
- (12) COLINA, F., «Tristitia» y «Tristeza voluntaria e involuntaria», en *Escritos psicóticos*, Madrid, DOR, 1996, pp. 96-158.
- (13) COLINA, F., *Deseo sobre deseo*, Valladolid, Cuatro, 2006.
- (14) COTARD, J., *Études sur les maladies cérébrales et mentales*, París, J.B. Baillière, 1891.
- (15) DELEUZE, G., *Nietzsche*, Madrid, Arena, 2000.
- (16) ESQUIROL, E., *Sobre las pasiones*, Madrid, AEN, 2000.
- (17) EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, Ch., *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Masson, 1978, 8.ª ed.
- (18) FERRER, C., «Prólogo», en DÉBORD, G. *La sociedad del espectáculo*, Buenos Aires, La Marca, 1995.
- (19) FOUCAULT, M., *Historia de la locura en la época clásica*, México DF, Fondo de Cultura Económica, 1976.
- (20) FREUD, S., «Duelo y melancolía», en *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973, pp. 2.091-2.100.
- (21) FREUD, S., «Manuscrito G», en *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1976, p. 244.
- (22) FREUD, S., *op. cit.*, p. 240.
- (23) HUERTAS, R., *El siglo de la clínica*, Madrid, Frenia, 2004.
- (24) JASPERS, K., *Psicopatología General*, Buenos Aires, Beta, 1975.
- (25) KLEIN, M., «Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos» y «El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos», en *Obras completas I*, Barcelona, RBA, 2006, pp. 279-307 y 351-383.

- (26) KRAEPELIN, E., *Lehrbuch der Psychiatrie 8.ª ed. Leipzig, Barth, 1909-1913*, Buenos Aires, Polemos, 1996.
- (27) LACAN, J., *Seminario 8*, Buenos Aires, Paidós, 2003.
- (28) LANTÉRI-LAURA, G., *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Triacastela, 2000.
- (29) LANTÉRI-LAURA, G., *La sémiologie psychiatrique; Histoire et structure*, en FUENTENEbro, F.; HUERTAS, R.; VALIENTE, C. (eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, 2003.
- (30) MINKOWSKI, E., *El tiempo vivido*, México DF, Fondo de Cultura Económica, 1973.
- (31) PICABIA, F., «391 n.º 13», en HUGNET, G., *La aventura dadá*, Madrid, Júcar, 1973, p. 244.
- (32) PIGEAUD, J., «Introducción», en ARISTÓTELES, *El hombre de genio y la melancolía*, Barcelona, Quaderns Crema, 1996.
- (33) PINEL, Ph., *Tratado médico-filosófico de la enagenación del alma o manía*, Madrid, Imprenta Real, 1804 (ed. facsímil).
- (34) Roudinesco, E.; Plon, M., *Diccionario de psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1998.
- (35) SÉGLAS, J., *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, París, Asselin et Houzeau, 1895.
- (36) SÓFOCLES, «Áyax», en *Tragedias*, Madrid, EDAF, 1985, pp. 29-78.
- (37) STAROBINSKI, J., «Habla Demócrito» (prefacio), en BURTON, R., *Anatomía de la melancolía*, Madrid, AEN, 2003.
- (38) TELLENBACH, H., *La melancolía*, Madrid, Morata, 1976.

* Francisco Ferrández Méndez, M.I.R. II de Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico «Dr. Villacián». Valladolid. *Correspondencia*. Francisco Ferrández Méndez, Centro Asistencial «Dr. Villacián», C/ Orión, 2. 47014 Valladolid. fferrandez@hotmail.com

** Fecha de recepción: 22-XI-2006.

DEBATES E INFORMES

Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía

RESUMEN: Propuestas sobre terminología, estructura y funcionamiento de servicios de salud mental en aspectos como la atención comunitaria, rehabilitación y apoyo social. La situación concreta de Andalucía.

PALABRAS CLAVE: Atención comunitaria en salud mental, rehabilitación psicosocial, programas de apoyo social.

SUMMARY: Proposals concerning terms, structures and the functioning of mental health services in areas which include community care, rehabilitation and social support. The specific situation in Andalusia.

KEY WORDS: Community Mental Health, psychosocial rehabilitation, social support programmes.

La «rehabilitación» en salud mental sigue siendo un tema controvertido, tanto en su vertiente teórica como en la práctica. En la teórica porque, aunque probablemente ningún profesional del campo de la salud mental se negaría hoy a reconocer que la atención a personas con enfermedades mentales graves incluye componentes de rehabilitación, ese aparente acuerdo encubre, a menudo, discrepancias importantes cuyo significado real no siempre está bien precisado. Pero, además, ese reconocimiento teórico, cuando se da, no suele tener una repercusión práctica directa en relación con la estructura y funcionamiento de nuestros servicios de salud mental.

Discusiones sobre el significado concreto del término rehabilitación y sus diversos componentes, sobre si todos los profesionales de salud mental «hacen», deben o pueden «hacer» rehabilitación o ésta es una tarea reservada a personal más especializado, sobre la relación entre rehabilitación y apoyo social, sobre la necesidad o no de dispositivos específicos o sobre el carácter sanitario o no sanitario de distintas actividades, servicios y profesionales de la rehabilitación, son, entre otros muchos, algunos de los debates que de manera directa o indirecta se mantienen periódicamente entre nosotros¹. El debate no sólo no es malo sino que, además de inevitable, puede resultar útil, ayudándonos al menos a definir mejor nuestro trabajo. Pero para ello es importante delimitar con precisión los términos del mismo y ahí nos encontramos muy a menudo con otro problema, el de que muchas de nuestras discrepancias se deben no

¹ Por no hablar de «disquisiciones» más esotéricas, como si hay una rehabilitación «verdadera» y una «seudorehabilitación», tema abordado, por ejemplo, en una mesa redonda del Congreso Nacional «La salud mental es cosa de todos», organizado por el IMSERSO en Valencia en noviembre de 2004.

sólo a diferencias conceptuales o de enfoque teórico, o a distintas consideraciones estratégicas o tácticas, sino también a distorsiones derivadas de confusiones e imprecisiones terminológicas.

Pero hay también dificultades prácticas que tienen relación con esas discrepancias, además de con otros muchos factores, entre ellos la evidente infradotación de recursos que suele caracterizar este sector. Se produce así no sólo una insuficiencia general de actividades, profesionales y espacios «rehabilitadores», sino también distorsiones curiosas, como la que luego llamaremos «paradoja de la rehabilitación», situación en la que la carencia de intervenciones «rehabilitadoras» en la atención a personas con trastornos mentales graves, coexiste con una escasa e inadecuada utilización de algunos recursos específicamente destinados a este fin, como son, por ejemplo en el caso de Andalucía, las unidades de Rehabilitación. Paradoja que algunos pretenden de vez en cuando solucionar, en un ejemplo del clásico «tirar por la calle de en medio», proponiendo, hasta el momento más o menos «en voz baja», la desaparición de dichas Unidades.

Esta situación no es específica de Andalucía, pero presenta aquí algunas características peculiares. Entre otras cosas por ser, pese a todo, nuestra Comunidad Autónoma una de las que más ha avanzado en el desarrollo de un sistema de atención comunitaria, tras la desaparición de los hospitales psiquiátricos públicos. Pensamos, por ello, que merece la pena reflexionar un poco sobre esta situación, proponiendo algunos elementos para un debate profesional que en nuestra opinión corresponde impulsar, entre otros agentes, a nuestra Asociación².

Como contribución a ese debate, y aunque en otros espacios hemos desarrollado de manera más extensa distintos aspectos de nuestra posición sobre el tema (3-10), vamos a intentar sintetizarlos, articulando algunos conceptos sobre *atención comunitaria, rehabilitación y apoyo social*. Pretendemos con ello ofrecer un esbozo de sistematización teórica, que pueda servir de base para una aproximación crítica a algunos aspectos de la situación concreta de Andalucía, en referencia a los distintos aspectos que incluimos bajo el término «rehabilitación». En ese sentido el artículo resume (quizás con más extensión y reproducciones textuales de las debidas) distintos planteamientos ya publicados (3-10), que intentan servir de hilo conductor para exponer, finalmente, algunas hipótesis valorativas sobre la situación actual y algunas estrategias que nos parece útil tener en cuenta para intentar mejorarla. Aunque nuestras reflexiones y propuestas se basan lógicamente en la situación de Andalucía, pensamos que, en sus aspectos más generales, pueden ser de interés para compañeros y compañeras de otras Comunidades Autónomas.

² Aunque algunas de sus contribuciones (1-2) no estén exentas, en nuestra opinión y pese a su valor, de algunas confusiones del tipo de las aquí aludidas.

1. *Un marco de referencia general. Atención comunitaria y personas con trastorno mental grave o severo*

Como hemos mencionado en otras ocasiones, hablar de *atención comunitaria, rehabilitación y apoyo social* en salud mental sigue significando todavía moverse en un espacio con importantes niveles de confusión e imprecisión (4; 5). El carácter polisémico de muchos de los términos que utilizamos, la complejidad de prácticas y posiciones teóricas y su desigual nivel de desarrollo tanto en general como, especialmente, en nuestro país (1; 2; 11; 12), parecen ser algunos de los factores que determinan dicha confusión. Sin olvidar que, como señalaba hace unos años Benedetto Saraceno (13), estamos haciendo referencia a un campo que sigue caracterizándose, todavía, más como una «serie de prácticas en busca de teoría», que como un cuerpo teórico cerrado y coherente.

Por ello, para intentar ordenar el debate, aun a costa de dar un cierto «rodeo» argumental, vamos a exponer nuestra visión del tema, proponiendo algunas definiciones que faciliten una mayor precisión a la hora de establecer los términos de la discusión. Dado que una de las funciones ya tradicionales de la filosofía (14) (para algunos si no la única sí al menos la más relevante (15)) es la de ayudar a esclarecer los términos técnicos para aumentar su precisión y evitar debates estériles, por confusiones en su uso, empezaremos por una breve «excursión filosófica».

1.1. La atención comunitaria como tecnología

Desde esa perspectiva filosófica, una manera de situar el tema, a modo de marco general, es enfocar la Atención Comunitaria (y, dentro de ella, la «rehabilitación» y su prolongación en los programas de «apoyo social») como una «tecnología» (4; 5), recurriendo a un término ya usual en la actual Filosofía de la Ciencia (14; 16-18). Con él se quiere hacer referencia a un complejo sistema de acciones sociales, diferenciado de otros como aquellos a los que denominamos «ciencia» o «artesanado», y que: articula conocimientos teóricos, procedimientos técnicos y agentes profesionales específicos (con sus expectativas, valores e intereses concretos, y no sólo como supuestos «entes racionales»); se basa en el desarrollo científico, en el doble sentido de ser, por un lado, compatible con los conocimientos científicos y técnicos disponibles en cada momento y, por otro de utilizar una metodología igualmente científica (19) («pensamiento lógico-racional» y algún tipo de evaluación o contrastación empírica); y cuya evolución no es entendible en función de factores exclusivamente internos, sino que debe ponerse en relación compleja con el desarrollo macro y micro social.

La utilidad de aplicar esa triple dimensión (reflejada en la trilogía «*ciencia, tecnología, sociedad*» que da nombre a algunos enfoques actuales de la Filosofía de la Ciencia (16)), al análisis de un sistema como el nuestro, tiene que ver con algunas de sus implicaciones. De hecho, si definimos nuestro campo como una tecnología, estamos enfatizando la necesidad de una permanente revisión crítica de la consistencia de nuestras formulaciones teóricas y de su concordancia con los distintos conocimientos científicos relacionados con ellas, así como de la evaluación sistemática de nuestras técnicas de intervención. Lo que, entre otras cosas, enlaza con el «núcleo racional» de la llamada «atención basada en la evidencia» (20; 21), si bien algunas de sus formulaciones, tanto generales como en salud mental, deben ser consideradas con una razonable «distancia crítica».

Pero esa definición implica también reconocer el papel central que corresponde, en el desarrollo de nuestra tecnología, a distintos agentes, profesionales y no profesionales. De ahí la importancia, además de la sistematización teórica y la investigación empírica, de la formación profesional y el debate teórico y técnico. Debate que, frente a lecturas mal informadas del término «tecnología», incluye inevitablemente referencias a «valores» (epistémicos, éticos, políticos y, en general, sociales), a filosofía y, en definitiva, a «ideología» (en el sentido más amplio del término) y no sólo a meras relaciones de técnicas y hechos concretos, «puros e incontaminados» (14; 16; 17; 22).

Por todo ello y más allá de su interés filosófico general, pensamos que esta consideración, que tiene todavía más de deseo y referencia orientadora que de realidad plena, podría ayudarnos a superar progresivamente la persistencia de niveles importantes de error, desconocimiento y mala práctica que buscan refugio en el «artesano» que, con mayor o menor fortuna, viene caracterizando gran parte de nuestra actividad profesional.

1.2. Un intento de definición «operativizable» de la atención comunitaria en salud mental

En ese contexto, lo que denominamos «Salud Mental Comunitaria» o «Atención Comunitaria en Salud Mental» debe verse, de manera un poco más precisa, como una determinada orientación —«paradigma tecnológico» o «programa de investigación tecnológico», si recurrimos a la extrapolación de dos términos también tradicionales en filosofía de la ciencia (23-25)— o enfoque teórico, organizativo y funcional, alternativo a otros modelos, como los que basan la atención en hospitales psiquiátricos, en servicios médicos más tradicionales («unidades o departamentos de Psiquiatría» de los hospitales universitarios, por ejemplo) o en

sistemas tipo consulta individual médica o psicológica (4; 5). Atención Comunitaria que, pese a la diversidad de definiciones existentes (26-31), hemos caracterizado en otras ocasiones (4; 5) a partir de los siguientes aspectos o dimensiones básicas:

- a. Un planteamiento de «*salud pública*», basado en el compromiso de atención al conjunto de problemas de salud mental, de territorios y poblaciones concretas, así como en la utilización de criterios epidemiológicos tanto en el enfoque poblacional general como en el establecimiento de prioridades de atención.
- b. Una *filosofía de la rehabilitación*³, que dirige las intervenciones preferentemente hacia el incremento de la autonomía personal y la funcionalidad social de usuarios y usuarias, enfatizando sus capacidades y respetando sus intereses y expectativas; lo que implica una atención integral, con actividades de prevención, tratamiento, rehabilitación (en sentido estricto) e integración social.
- c. La organización de la atención mediante una *red de dispositivos* (sanitarios y no sanitarios), con capacidad para facilitar un conjunto amplio de prestaciones, accesibles y adaptables a las necesidades individuales; red que, además de sustituir y no meramente complementar los hospitales psiquiátricos, sitúa la mayoría de sus componentes fuera del ámbito hospitalario, lo más cerca e integradamente que sea posible de los «contextos de vida» de las personas a las que atiende.
- d. Un funcionamiento que se basa tanto en el *trabajo en equipo*, con mecanismos de coordinación que aseguren la continuidad de cuidados, como en la *participación* de profesionales, usuarios y usuarias, familiares y otros grupos sociales.

En ese sentido, hablar de atención comunitaria significa, con respecto a la organización y funcionamiento de los servicios de salud mental, «algo» más que la mera desaparición formal de los hospitales psiquiátricos, con todo lo importante que resulta dicha desaparición (32). En términos organizativos implica contar con redes integradas de servicios, basados en equipos multiprofesionales y con una responsabilidad territorial clara. Y, en términos funcionales, basarse en criterios epidemiológicos, garantizar la continuidad de cuidados y favorecer en los y en las profesionales enfoques «rehabilitadores» en sentido amplio así como dinámicas participativas y de trabajo en equipo. Condiciones que, junto a una dotación suficiente de profesionales y dispositivos, con sus correspondientes estándares de

³ Ver más adelante.

calidad, pueden permitir funcionar establemente sin reconstruir espacios de exclusión ni dejar sin atender necesidades de usuarias, usuarios y familiares.

1.3. El concepto de «trastorno mental grave» o «severo»

Desde la perspectiva de una Atención Comunitaria así definida (enfoque poblacional y prioridades de atención) tiene sentido identificar grupos de población con tipos de problemas que requieren estrategias de intervención similares, más allá de la visión clínica individual y de la referencia diagnóstica específica. Uno de estos grupos es el que la literatura profesional internacional denomina «*personas con trastorno mental grave o severo*» (1; 2; 4; 5; 6; 33; 34), colectivo de referencia cuando hablamos de rehabilitación y apoyo social en salud mental. El término sustituye además al ya histórico «crónico», impreciso, desajustado y demasiado dependiente, al igual que su opuesto «agudo», del modelo de clasificación manicomial (4; 5, 35; 36), para hacer referencia a «*personas con dificultades de funcionamiento personal y social, derivadas de padecer problemas de salud mental de carácter severo y persistente, en nuestras sociedades*». Identificamos así un grupo de personas que requieren una atención preferente, dada la multiplicidad y gravedad de sus problemas, la existencia de intervenciones de efectividad razonable y su carácter crítico para la atención comunitaria, ya que éste era el núcleo fundamental del colectivo «atendido» en los hospitales psiquiátricos (32) y sus dificultades de manejo, desde modelos comunitarios, suelen servir de coartada a los defensores del sistema manicomial.

A pesar de una inicial heterogeneidad en su delimitación, parece haber un relativo consenso sobre las dimensiones que deben tenerse en cuenta para su definición operativa (1; 2; 4; 5; 6; 33; 34; 37), incluyendo básicamente:

- a. Una *sintomatología* que podríamos resumir en términos generales como «psicótica», en la medida en que genera dificultades de captación de la realidad y de manejo, entre otras cosas, de las relaciones interpersonales. Lo que traducido a diagnósticos, suele incluir fundamentalmente esquizofrenia y otras psicosis delirantes (grupo diagnóstico mayoritario), psicosis afectivas y algunos tipos de trastornos de personalidad (los más «cercaños» a las psicosis).
- b. Una *evolución prolongada* en el tiempo (fijada habitualmente en más de dos años), lo que implica además una utilización continuada o muy frecuente de distintos tipos de recursos sanitarios y sociales, entre los que se hace hincapié en los de hospitalización.

- c. Un componente de *discapacidad*, que suele medirse con instrumentos estandarizados como el GAF (38) e implica la presencia de alteraciones en varios aspectos funcionales, como el alojamiento, la conducta social, el funcionamiento en la vida cotidiana, las relaciones sociales y el empleo.

Dimensiones a las que creemos que hay que añadir otra de carácter «contextual», referida a la existencia de un *medio social próximo poco tolerante y/o «agotado»*, resaltando así una dimensión contextual o relacional, no siempre fácil de medir pero que no deberíamos perder de vista, ni a la hora de analizar la situación de las personas a las que debemos atender ni a la de intervenir para mejorarla.

1.4. Algunos modelos referencia

Para entender las características de estas personas hay también algunas perspectivas o «modelos» que pueden servir de referencia para establecer estrategias razonables de intervención, dentro de la Atención Comunitaria (2; 5). Perspectivas y modelos que, en su mayor parte, se vinculan también a los distintos desarrollos teóricos y tecnológicos de ese amplio movimiento que solemos englobar bajo el término de «Rehabilitación Psicosocial» (2; 13; 21; 39-45).

1.4.1. De «loco» o «loca» a «ciudadano» o «ciudadana»

Así, en el nivel más general, es útil hacer referencia a lo que podríamos denominar *consideración social* de las personas con este tipo de problemas, y específicamente a la evolución de la misma a lo largo de la segunda mitad del pasado siglo, en estrecha relación con distintos procesos de desinstitucionalización, con sus componentes profesionales y políticos (4-6; 13; 27; 32; 46). Con fines didácticos hemos resumido en otras ocasiones (4; 5), de manera un tanto simplista pero sugestiva, esa evolución a partir de la transición entre los términos «*loco/a*» (que requiere aislamiento y reclusión por su supuesta peligrosidad), «*enfermo/a*» (susceptible por tanto de atención sanitaria) y «*ciudadano/a*» (13). Salto, este último, que implica una perspectiva más amplia, aunque por el momento aún más teórica que real, que enfatiza su consideración como personas con derechos y deberes, para cuyo ejercicio encuentran dificultades múltiples, derivadas tanto de su enfermedad como de sus consecuencias en términos de discapacidad personal, pero también de la existencia de barreras sociales, ligadas al estigma.

Consideración que, por otra parte, nos sitúa de lleno en la perspectiva de la atención comunitaria tal y como la hemos definido anteriormente, al resaltar la

necesidad de un conjunto variado de intervenciones y competencias, así como la implicación de distintos sectores administrativos y profesionales, de movimientos asociativos de las personas más directamente afectadas (usuarias y familiares) y de distintos agentes de la llamada sociedad civil.

1.4.2. Los modelos de «vulnerabilidad»

Un segundo aspecto a considerar es el referido a la articulación de los distintos factores biopsicosociales que parecen tener algún tipo de relevancia en la aparición, desarrollo y posibilidades de intervención en este tipo de problemas. Y ahí, al menos en relación con el grupo mayoritario, constituido por los que englobamos bajo el término genérico de «esquizofrenia», hay que hacer referencia a los modelos operativos de «vulnerabilidad» (2; 39; 47-49), que facilitan un razonable «armazón conceptual», útil para orientar tanto la investigación como la organización de programas individualizados de intervención. Así, la diferenciación, por un lado, entre condiciones de vulnerabilidad, episodios clínicos y formas evolutivas a medio y largo plazo (48) y, por otro, el juego interactivo entre distintos factores biológicos (48) –que parecen tener repercusiones cognitivas comunes (50; 51)–, precipitantes psicosociales del tipo de los acontecimientos vitales o los niveles de emoción expresada (39; 52), y factores protectores (habilidades de manejo y redes sociales), indican tanto líneas de investigación como de intervención de efectividad razonable (53), a las que haremos referencia más adelante.

1.4.3. Discapacidad y trastorno mental grave

Otro aspecto importante es el referido a la aplicación en este campo del grupo de conceptos relacionados con las dimensiones de «discapacidad» («deterioro», «discapacidad», «minusvalía»), elaborados en día por la OMS, como base para entender un grupo más amplio de problemas, superando las visiones más tradicionalmente médicas y enlazando con aspectos funcionales, que de nuevo incluyen elementos contextuales de carácter psicológico y social (2; 42). Su reciente revisión introduce enfoques y terminología novedosa (2; 54; 55), que contribuye a una mejor caracterización de los efectos de la discapacidad, más adaptada también a las características de esta población (56), a la vez que elimina algunos errores e insuficiencias del enfoque anterior. Básicamente los cambios afectan al enfoque teórico (perspectiva social y universal frente al predominio biomédico), a la visión global (aspectos positivos «funcionamiento» y no sólo negativos «discapacidad», con inclusión además de factores contextuales) y a lo que todo ello implica sobre la terminología: «discapacidad» como termino global que incluye dimensiones

relacionadas con los «*cambios en las estructuras y funciones corporales*», las «*limitaciones en la actividad*» y las «*restricciones en la participación*», sin postular relaciones de causalidad lineal entre unas y otras, como sugería el modelo anterior.

Conceptos generales y clasificaciones concretas que se adaptan razonablemente a las características de las personas con trastornos mentales graves (56), introduciendo nuevas dimensiones en la valoración de sus problemas, siempre en la línea de resituar el papel del enfoque y la intervención sanitaria, que deben articularse en el marco de una visión mucho más amplia, tanto de los problemas como de las posibilidades de intervención.

1.4.4. El concepto de «recuperación»

Y por último habría que mencionar también el concepto más reciente de «*recuperación*» («*recovery*») (57-59), desarrollado a partir de la confluencia de diferentes perspectivas del movimiento asociativo de usuarios y usuarias (59; 60) y de estudios epidemiológicos de seguimiento a largo plazo de personas con graves problemas de salud mental (61; 62). En conjunto, tanto la visión de las personas asociadas, como los datos derivados en los estudios epidemiológicos (y que muestran más del 50% de evoluciones razonables a largo plazo) van facilitando una imagen muy diferente de la tradicional, tanto en lo relativo a sus posibilidades de recuperación personal y social, cuanto al protagonismo de las personas directamente afectadas, cuyo papel activo intenta acentuar el no fácilmente traducible término «*empowerment*» (63). Imagen que va integrándose progresivamente en la reorganización de servicios y programas en distintos modelos de atención comunitaria (64), a la vez que da pie a debates importantes (63; 65; 66) en los que no podemos entrar aquí⁴.

1 5. Hacia una visión integradora

En conjunto estas aproximaciones contribuyen a establecer un campo teórico específico para el entendimiento de los problemas de las personas con trastorno mental grave, bastante diferente de lo que podemos denominar «*visiones clínicas tradicionales*». Al respecto caben también dos perspectivas alternativas

⁴ Como en muchas otras ocasiones, algunas perspectivas extremas, que enlazan en cierta medida con posiciones derivadas de la llamada «*antipsiquiatría*», son tan discutibles como lo son, en sentido opuesto, las derivadas de los enfoques parciales (restrictivamente «*biológicos*» o restrictivamente «*psicológicos*») de algunas de nuestras «*escuelas*» habituales.

(63; 66-68), según consideremos que debemos verlas básicamente como personas afectadas por una enfermedad y necesitadas por tanto de intervenciones sanitarias, que, a veces, hay que complementar con distintos tipos de actuaciones y apoyos sociales. O, desde otro punto de vista, como miembros de uno de los colectivos atrapados en condiciones sociales de discriminación o exclusión, que requieren, en una sociedad democrática, distintos tipos de intervenciones sociales (en sentido amplio), entre las que figuran evidentemente algunas de carácter sanitario⁵.

De modo más pragmático y, en nuestra opinión más útil, cabe integrar ambas visiones en un enfoque realmente biopsicosocial, que, en la perspectiva de la atención comunitaria, exige la articulación de intervenciones múltiples, de naturaleza intersectorial, en las que, con un objetivo final de inclusión social y recuperación de la ciudadanía, hay un espacio común tanto para las intervenciones sanitarias como para las no sanitarias (4-8; 13; 69). Enfoque que, con sus correspondientes implicaciones para la rehabilitación y el apoyo social, pone el acento en:

- a. La insuficiencia e inadecuación de una visión exclusiva o preponderantemente sanitaria, a la que se contraponen perspectivas ciudadanas y sociales más amplias.
- b. Las diferentes dimensiones relevantes en este tipo de problemas, con énfasis creciente, más allá de las puramente «clínicas», en las funcionales y de calidad de vida, que enlazan además con un importante componente subjetivo (derechos, expectativas, objetivos, participación).
- c. Y las posibilidades reales de recuperación total o parcial y no sólo de cuidado meramente paliativo, que cabe considerar en una parte importante de los casos.

Aspectos que están en la base de las políticas y programas de rehabilitación y apoyo social en la atención comunitaria a las personas con este tipo de problemas, al definir no sólo los objetivos generales de la intervención pública (recuperación del funcionamiento personal y social, así como de la ciudadanía), sino también el alcance de las distintas intervenciones concretas (educar o reeducar para la vida social y ayudar para ello a construir y mantener apoyos, coherentes, sostenidos y respetuosos).

⁵ Si se hacen desde un enfoque que subordina el control de síntomas y/o conductas molestas o disruptivas a objetivos de recuperación e inclusión social y no a la inversa.

2. *La organización de la atención a personas con trastorno mental grave en sistemas comunitarios*

Desde esa perspectiva general, y en contextos sociales como el nuestro, corresponde a los sistemas públicos establecer las intervenciones que pueden resultar efectivas para mejorar distintos aspectos de la situación de las personas con trastornos mentales severos y organizar los sistemas de atención para facilitarlas, basándose para ello en la información científica y tecnológica disponible y adecuándose a las características concretas de cada país. Si bien el primer aspecto, el de las intervenciones, registra un consenso creciente, el relativo a la estructura y organización de los recursos sanitarios y sociales que permiten aplicarlas es mucho más diverso, al ser estos aspectos bastante más dependientes de los contextos sociales (culturales, políticos, administrativos) concretos en que se desarrollan.

2.1. Un conjunto de intervenciones «de efectividad razonable»

Con respecto a las técnicas de intervención, es necesario por tanto tener en cuenta la información acumulada sobre su eficacia y efectividad. De hecho, a pesar de las discrepancias en las posiciones teóricas y de las aún mayores disparidades en las prácticas reales, se ha ido generando, en las últimas décadas, un creciente consenso técnico, con respecto a una serie de intervenciones que cuentan, al menos, con estudios publicados de suficiente rigor metodológico (con los estándares habituales en este campo) como para afirmar que pueden resultar de utilidad para las personas con este tipo de problemas (4-6; 20; 21)⁶.

Ese consenso profesional señala la necesidad de un conjunto amplio, cuya composición, intensidad y duración, debe adaptarse a las variables necesidades individuales de los pacientes (2; 4-6; 39; 70-76). En conjunto se incluyen tanto intervenciones directas sobre la persona afectada, como sobre su entorno inmediato (habitualmente la familia) y sobre distintos niveles y estructuras sociales, y, además de los fármacos, forman parte de este repertorio básico, un número importante de técnicas psicosociales, gran parte de las cuales se han desarrollado en gran medida dentro del campo de la llamada «rehabilitación psicosocial» (2; 21; 34; 39-45; 77-79).

⁶ La mayor parte de la bibliografía que citamos se centra en las personas con diagnóstico de esquizofrenia, tipo de trastorno (o trastornos) más común y de abordaje más complejo dentro del grupo de trastornos mentales graves o severos.

El cuadro 1 ofrece lo que, en nuestra opinión, puede ser una sistematización razonable, teniendo en cuenta que se trata más de un inventario de «mínimos» que de «máximos». Como puede verse en él, con excepción de la medicación, el apoyo personal más o menos sistematizado, las técnicas psicoterapéuticas de base cognitiva y las actuaciones sobre el estigma, se trata efectivamente de intervenciones incluidas en la «oferta» habitual de los profesionales especializados en rehabilitación. Lo cual no significa, como luego insistiremos, que sólo puedan ser aplicadas por dispositivos y personal superespecializados, sino que deberían, por el contrario, formar parte del inventario básico de conocimientos y competencias, al nivel pertinente en cada caso, del conjunto de profesionales y dispositivos de una red comunitaria de Salud Mental (5).

Cuadro 1
Intervenciones sobre personas con trastorno mental severo

Intervenciones directas con la persona con trastorno mental severo <i>Fármacos</i> (80) <i>Apoyo personal continuado</i> (71; 81-85) <i>Terapia cognitiva</i> (84-88) <i>Psicoeducación</i> (52; 84; 85; 89; 90) <i>Recuperación y/o desarrollo de habilidades personales</i> (39; 84; 85; 91-93) <i>Rehabilitación cognitiva</i> (84; 85; 93-96)
Intervenciones con la familia y/o entorno social próximo <i>Psicoeducación familiar</i> (84; 85; 88; 97; 98)
Provisión de recursos «instrumentales» <i>Alojamientos</i> (7; 99-102) <i>Actividad productiva y empleo</i> (8; 99; 103-105) <i>Interacción social y autoayuda</i> (52; 60; 63) <i>Dinero</i> (99) <i>Defensa jurídica y tutela</i> (99)
Intervenciones generales y específicas contra el estigma social (106; 107)

2.2. Redes de servicios, equipos profesionales y estructuras de gestión

La prestación personalizada y continuada en el tiempo de distintas combinaciones de este conjunto de intervenciones, exige *redes complejas y bien coordinadas de dispositivos y equipos profesionales* (4-6; 26; 31; 71; 99; 108) que, en nuestras sociedades, suelen tener un componente sanitario y otro u otros que podemos denominar «social» o «sociales» (en sentido amplio, no estrictamente superponible con el campo específico de los Servicios sociales), aunque esta división sea muy variable según los distintos contextos administrativos.

2.2.1. Dispositivos sanitarios

Los servicios sanitarios especializados en salud mental (cuadro 2) suelen articularse sobre una base territorial, en torno a *Centros, Unidades o Equipos Comunitarios de Salud Mental* (31; 109; 110) que enlazan, por una parte con los servicios sanitarios generales –especialmente con el nivel de Atención Primaria (111)– y, por otra, con un conjunto de dispositivos de mayor especificidad, entre los que suelen ser habituales los de *hospitalización* –en hospitales generales pero también en espacios no sanitarios (31; 112-114)–, a su vez diferenciados (31) en función de la duración (*Unidades de corta estancia, Unidades de media y larga estancia de carácter activo*), o cobertura horaria (hospitales y programas de día).

Son también frecuentes dispositivos específicos de *rehabilitación* (Centros de Día o Unidades de Rehabilitación (1; 2; 31; 44; 108)), y cada vez más se desarrollan dispositivos, programas y / o equipos específicos (31, 109, 110) para determinados tipos de problemas o situaciones relacionados preferentemente con personas con trastorno mental grave: *atención a urgencias/ intervención en crisis*, programas de *gestión de casos y/o de seguimiento intensivo* (31;116), *intervención precoz*, etc.

Cuadro 2

Dispositivos y programas sanitarios para la atención a personas con trastorno mental severo
(4; 5; 31; 108; 109; 110; 115)

Atención Primaria <i>Equipos / Centros de Salud</i> <i>Equipos de Enfermería comunitaria</i>
Servicios generales de Salud Mental <i>Centros / Equipos de Salud Mental Comunitaria</i>
Unidades de Hospitalización <i>Unidades de corta estancia en Hospitales Generales</i> <i>Unidades / Equipos de hospitalización alternativa</i> <i>Unidades de Media-larga estancia</i> <i>Hospitales de día</i> <i>Programas de Hospitalización parcial</i>
Unidades de rehabilitación <i>Centros de día /Unidades de rehabilitación</i>
Dispositivos y programas específicos <i>Equipos de intervención en crisis</i> <i>Programas de gestión de casos</i> <i>Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario</i> <i>Equipos de intervención precoz</i>

2.2.2. Dispositivos de apoyo social

Pero, además de los dispositivos descritos, habitualmente incluidos en el sector sanitario, hay un conjunto de servicios e intervenciones que, habitualmente y en nuestras sociedades, se sitúan administrativamente fuera del mismo, aunque de nuevo aquí nos encontramos con alguna controversia de interés.

De lo que estamos hablando básicamente es de la provisión de lo que hemos llamado «recursos instrumentales», es decir de facilitar, a las personas con dificultades derivadas y/o «añadidas» a su enfermedad mental, distintos elementos de apoyo que tratan de contrarrestar sus dificultades y problemas y a eliminar algunas de las barreras que bloquean su pleno funcionamiento ciudadano (4; 69; 99). Y para ello es pertinente la discusión sobre *si son necesarios recursos de apoyo social, específicos para personas con trastorno mental severo*, o bastaría con utilizar los habitualmente disponibles en el campo de los servicios sociales⁷, educativos, laborales, etc. De modo similar a la estrategia sanitaria de la atención primaria de salud, la insistencia en utilizar recursos generales de Servicios Sociales, Educación, Trabajo o Cultura, no implica en nuestra opinión negar la necesidad de programas, dispositivos y profesionales especializados, dentro de estos sectores de intervención, para personas con dificultades tan específicas como aquellas con las que trabajamos. Consideración que, más allá de las posiciones o «declaraciones de principio», más o menos ingenuas de algunos, forma parte de cualquier planteamiento serio de la atención comunitaria en distintos lugares del mundo, situándose las diferencias en la tipología, dotación y dependencias administrativas de dichos recursos (4; 31; 44; 69; 71; 76; 99; 115), que muestran una gran variabilidad.

Aunque no siempre resulta fácil precisar dónde termina lo específicamente sanitario y empieza lo «social», podemos guiarnos por los criterios utilizados, desde sectores no sanitarios, para otros colectivos con dificultades de funcionamiento social (políticas de alojamiento, empleo, pensiones y subsidios, educación, etc.). Con esa referencia consideramos que es necesario incluir en este apartado el tipo de programas que resume el cuadro 3.

⁷ Que, por su parte diferencian habitualmente entre unos de carácter «general», es decir, comunes a todo tipo de personas con carencias sociales, y otros «especializados», es decir, específicos para determinados colectivos (personas mayores, personas con deficiencia mental, etc.), que no suelen incluir a personas con enfermedad mental por el efecto histórico de los hospitales psiquiátricos, considerados durante muchos años como el «espacio natural» de los enfermos y enfermas mentales.

Cuadro 3

Programas de apoyo social específicos para personas con trastorno mental severo

<p><i>Red de alojamientos y programas residenciales</i> (7; 44; 99-102) <i>Rehabilitación vocacional y programas de empleo</i> (8; 44; 99; 103-105) <i>Programas y dispositivos ocupacionales</i> (8; 44; 31; 52; 99) <i>Programas de recuperación educativa</i> (92) <i>Actividades de ocio y empleo del tiempo libre</i> (31; 44; 52; 99) <i>Actividad asociativa</i> (52; 60; 63; 99) <i>Ingresos económicos y apoyo en su gestión</i> (99) <i>Mecanismos para la tutela</i> (99)</p>
--

Dispositivos y programas que no substituyen sino que complementan el acceso a las *prestaciones habituales de los distintos sistemas de servicios públicos* (servicios sociales generales, sistema educativo, mecanismos de protección social, políticas de empleo, etc.), a las que, como el resto de los ciudadanos y las ciudadanas, con y sin discapacidad, tengan derecho.

2.2.3. Equipos multiprofesionales

A diferencia de los sistemas tradicionales y de otros modelos sanitarios, la atención comunitaria en salud mental implica una atención compleja por parte de equipos profesionales de composición múltiple y dinámica interactiva (4-6; 31; 109; 110; 115). La multiplicidad de áreas a cubrir y la complejidad de competencias profesionales requeridas para ello rompen con la imagen tradicional del Hospital Psiquiátrico (personal médico en un extremo, auxiliares en otro y en medio poco más) y la de otras especialidades sanitarias (donde aumenta la presencia del personal de enfermería, con una intervención cada vez más rigurosa pero también más independiente). Así la atención comunitaria implica personas de muchas y variadas profesiones, tanto sanitarias (psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, etc.) como no sanitarias. Aunque, en este último caso, muchas de ellas están todavía lejos de tener una clara definición profesional y una titulación reconocida (monitores residenciales y ocupacionales, orientadores laborales, técnicos y técnicas de apoyo al empleo, personal de empresas sociales, animadores y animadoras socioculturales, etc.).

Por otro lado y enlazando con lo que decíamos en el apartado referido a los dispositivos, los sistemas comunitarios de carácter público hacen énfasis en equipos genéricos (31, 109, 117), polivalentes y bien distribuidos territorialmente, como lugar de enlace con la atención primaria, por un lado, y con equipos específicos para la hospitalización y la rehabilitación especializada, por otro. Pero cada vez más esta estructura se completa con equipos más especializados, inicialmente desarrollados en el marco de sistemas privados o mixtos (en

gran parte en EE.UU.), pero que han demostrado ser útiles para determinados tipos de problemas, momentos o situaciones: atención en crisis, atención en primeros estadios, tratamiento asertivo, etc. Aunque el encaje diste de ser siempre perfecto, el futuro parece estar en esa articulación entre equipos genéricos y especializados, intentando garantizar en cualquier caso la llamada «continuidad de cuidados» (109).

Por último, en todos ellos el modelo de atención comunitaria que defendemos aquí, sin renunciar al desarrollo competencial propio de cada profesional, pone el énfasis en modelos de cooperación («trabajo en equipo») basados en relaciones transversales más que jerárquicas, en la flexibilidad de roles y en el aprovechamiento local de las diferentes capacidades de cada miembro del equipo (109). Funcionamiento que no siempre se ve facilitado por las aparentemente inevitables tensiones corporativas, agravadas por los modelos imperantes en otros sectores de la atención sanitaria que, cuando hablan de trabajo en equipo, suelen entenderlo más como la mera coexistencia de distintos profesionales y la articulación secuencial de su trabajo (tipo «cadena de montaje»).

2.2.4. Dependencias administrativas y mecanismos de gestión

En general y en lo que respecta a los aspectos de dependencia administrativa y de gestión, la diversidad es mucho mayor, tanto en lo referido al sistema sanitario como, especialmente, a los recursos de apoyo social.

En términos generales y a diferencia de la postura «ecléctica» adoptada por la organización Mundial de la Salud (115; 118), nosotros defendemos un modelo de responsabilidad y gestión pública, integrado siempre que sea posible dentro de los sistemas generales de servicios sanitarios y sociales, como el más adecuado a los principios de la atención comunitaria. Y ello no sólo por «ideología» (en definitiva, en este caso, defensa del valor de la responsabilidad colectiva en la cobertura de necesidades sociales muy sensibles a la inequidad) sino por un análisis razonable (aunque evidentemente discutible) de la dificultad de organizar y hacer funcionar servicios tan complejos como los aquí referidos sobre la base del «mercado» y una paralela desconfianza sobre el interés y capacidad del sector «privado» para asegurar estos servicios en sociedades como la nuestra. Aunque la «evidencia» no es concluyente, creemos que hay elementos suficientes en la experiencia internacional como para sustentar esta opinión, aunque no podamos extendernos aquí en el tema.

En lo que respecta al sistema sanitario, el planteamiento actual en nuestro país coincide al menos formalmente con nuestra visión, aunque la adecuación «a» y «de» los mecanismos de gestión habituales del sistema sanitario deje todavía mucho que desear, al igual que otros aspectos de la reforma psiquiátrica (119).

Y en lo que respecta a los dispositivos y programas no sanitarios, la experiencia internacional parece indicar que es posible una mayor variabilidad en la responsabilidad administrativa y la gestión (1; 4; 31; 44; 69; 71; 99; 108; 115; 119; 120). Siempre desde la perspectiva de la responsabilidad pública, es posible una adscripción administrativa unitaria o múltiple, situando, por un lado, cada tipo de servicio concreto en las correspondientes administraciones de Servicios Sociales, Empleo o Educación, y, por otro, poniendo el acento en la organización local o regional. Y, en el primer caso, como podemos ver en distintos ejemplos de nuestro país, cabe adscribirlos a una administración concreta (Servicios Sociales en el caso de Madrid) o una estructura intersectorial específica (FAISEM en Andalucía, FISLEM en Castilla La Mancha, etc.). Esta última solución (4; 5; 69; 121; 122) nos parece que tiene ventajas claras y puede ser una de las principales opciones a defender en conexión con el futuro sistema nacional de Dependencia.

3. *Atención comunitaria, rehabilitación y apoyo social*

Como conclusión provisional de todo lo anterior podemos intentar ahora articular mejor las relaciones entre rehabilitación, atención comunitaria y recursos de apoyo social, proponiendo algunos temas que permiten, en nuestra opinión una mejor ordenación del necesario debate (o debates) sobre el tema, así como formulando, desde ellos, algunas preguntas que nos parecen adecuadas como guía para la evaluación de nuestros sistemas de atención comunitaria. Pero antes nos tenemos que enfrentar directamente con el término «rehabilitación», cuyo carácter polisémico hemos pretendido subrayar a lo largo del texto mediante el empleo de comillas.

3.1. El término «Rehabilitación» y su(s) uso(s) en Salud Mental

Como hemos propuesto también en otras ocasiones (4; 5), el término requiere un análisis previo, dada la multiplicidad de sentidos con que se usa y las confusiones que ello suele acarrear. Para ello recurrimos de nuevo a un esquema, aplicado hace unos años al término «Atención Primaria de Salud»⁸, que nos parece útil para ordenar esa multiplicidad de sentidos, diferenciando en

⁸ Diferenciando, en este caso, una filosofía, una estrategia, un nivel de cuidados y un conjunto de prestaciones concretas (123).

este caso cinco tipos o niveles de uso, evidentemente interrelacionados, pero que introducen matices importantes en relación con algunos temas centrales de la atención comunitaria:

1. Una *filosofía* general (34), que integra un enfoque global de los problemas de las personas con trastornos mentales severos, junto al correspondiente planteamiento de los objetivos de su atención. Así, dichos problemas se consideran en términos de «desventaja social» (dificultades concretas que cada persona encuentra para manejarse en su medio habitual) y no sólo de «enfermedad» y se orientan las intervenciones no necesariamente hacia la «curación» (signifique esto lo que signifique, desde el mero control de síntomas hasta una ideal «reestructuración intrapsíquica»), sino hacia la consecución de la mayor capacidad posible para desenvolverse en su contexto social con el mínimo de dificultades. Objetivo al que evidentemente también pueden contribuir las «curaciones» o «mejorías clínicas».
2. Una *estrategia* (124), que pone el énfasis, como en el apartado anterior, en el trabajo con las capacidades-discapacidades de las personas (en definitiva con sus distintas habilidades y limitaciones y no con los síntomas, las lesiones anatomopatológicas o las dinámicas inconscientes), así como en su protagonismo y participación activa «empowerment» (63); estrategia que parece especialmente adecuada para las personas con trastornos mentales severos. Tanto en este sentido como en el anterior, la Rehabilitación englobaría en la práctica el conjunto de las intervenciones sanitarias y sociales, siempre que partiesen de un enfoque global, que considera a la persona con su historia, intereses, expectativas, capacidades y problemas concretos, a la vez que inserta en el contexto micro y macrosocial en que se desenvuelve.
3. Un *nivel de intervención*, que en el clásico esquema de la Salud Pública (125; 126), se sitúa junto a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la reinserción social; aunque en nuestro campo esas distinciones no sean tan fáciles de establecer y presenten en la práctica fronteras más bien difusas.
4. Un *conjunto de programas*, cuya utilidad para mejorar la situación de dichas personas, cuenta con algún grado de «evidencia» empírica (2; 21; 40; 77; 79), y que forman parte del inventario de procedimientos de la llamada *rehabilitación psicosocial*. Se incluyen aquí programas de rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, desarrollo de habilidades de la vida diaria, psicoeducación personal y familiar y reha-

bilitación vocacional, pudiendo ordenarse según niveles de complejidad, especialización y hasta, si se quiere, de dependencia administrativa (sanitaria y no sanitaria, por ejemplo).

5. Y, finalmente, para acabar de complicar las cosas, un determinado *tipo de dispositivos* (en nuestro caso las unidades de rehabilitación). Dispositivos que varían en nombre y funcionamiento según diferentes contextos y combinaciones (mismo nombre y diferente función, misma función y diferente nombre, etc.), pero que no permiten afirmar, a priori, ni que todo lo que hacen es rehabilitación, ni que sólo se puede considerar rehabilitación lo que ellos hacen.

Es fácil constatar que según utilicemos el término «rehabilitación» con uno u otro de dichos sentidos, cambian las relaciones entre atención comunitaria, rehabilitación y apoyo social, o se entienden de distinta manera aspectos como la relación entre intervenciones y servicios. Lo que explica las dificultades de debatir ordenadamente sobre estos temas sin delimitar claramente a que nos estamos refiriendo en cada caso cuando hablamos de «rehabilitación».

3.2. Relaciones entre atención comunitaria, rehabilitación y apoyo social

Desde nuestra perspectiva, por tanto, y en relación con la atención a personas con trastornos mentales graves en sistemas basados en el paradigma de atención comunitaria en salud mental, no cabe hablar entonces de «la» rehabilitación en términos globales, ni a efectos de discutir su papel y/o ubicación, en general, dentro del conjunto de intervenciones y servicios, ni a la de valorar esos aspectos en sistemas concretos. Si lo que venimos planteando es correcto, los debates teóricos y los análisis prácticos deben tener en cuenta los distintos niveles de uso del término, que hacen referencia a aspectos muy diversos, aunque evidentemente también interrelacionados.

1. En el nivel global de la *Atención comunitaria* y considerando que ésta se organiza en redes de servicios y equipos profesionales tanto sanitarios como no sanitarios, es pertinente hablar del papel de la *rehabilitación en un sentido amplio*, entendiéndola como *filosofía y estrategia*. En ese sentido, para nosotros la rehabilitación es una característica básica definitiva del conjunto de la atención comunitaria y no de un determinado tipo de dispositivos, equipos o profesionales, ni de un determinado sector o adscripción administrativa (sanitario, social, laboral, educativo, etc.). Lo

que significa (5) que todos y cada uno de los dispositivos y profesionales, que configuran una red comunitaria de salud mental, deberían basar sus intervenciones en consideraciones rehabilitadoras, en el sentido de orientarlas hacia la consecución del mayor nivel posible de funcionalidad personal y social de cada una de las personas atendidas, a la vez que deberían incorporar realmente, en todos los niveles de la red, la sensibilidad general sobre las dimensiones funcionales asociadas a la enfermedad, la consideración de cada usuario o usuaria como protagonista del proceso, y la consiguiente inclusión de estos aspectos en la evaluación de necesidades (127; 128) y en la programación y desarrollo de las intervenciones concretas (2).

2. En lo que respecta al *sistema sanitario* son pertinentes además dos tipos de consideraciones sobre rehabilitación (5), utilizando ahora el término en sentido más restringido (programas de intervención y dispositivos y equipos profesionales):
 - a. Si hablamos de *programas de rehabilitación psicosocial*, hay que facilitar desde los servicios sanitarios aquellas técnicas sobre cuya efectividad hay un razonable consenso profesional: rehabilitación cognitiva, recuperación o desarrollo de habilidades personales y sociales, y psicoeducación de los pacientes y de sus familiares. Grupo de intervenciones que, con distintos grados de estructuración, intensidad y especialización, debe ser por tanto un componente básico de la atención sanitaria, como recoge por otro lado en nuestro país, aunque sea en una formulación muy general, el Decreto sobre prestaciones básicas del Sistema Nacional de Salud.
 - b. Y, si hablamos de *dispositivos y profesionales*, un sistema de atención comunitaria de calidad necesita disponer de profesionales con capacidad para aplicar esos programas concretos de rehabilitación (recuperación y/o desarrollo de habilidades concretas de funcionamiento personal y social) en muy distintos lugares de su red (básicamente en todos los que mantienen una relación prolongada con las personas con trastorno mental grave). Pero también parece razonable disponer en ella de algún dispositivo y/o equipo profesional específicamente capacitado, tanto para la evaluación funcional como para la aplicación de programas especializados y complejos de rehabilitación. Siempre que entendamos su función no sólo como aplicación directa de los mismos, en los casos de mayor complejidad y dificultad, sino también y quizás fundamentalmente, como apoyo al desarrollo de este tipo de programas en el conjunto de la red (incluyendo

la investigación y la formación de personal). Dispositivos y profesionales que, en nuestra opinión, deben tener una adscripción sanitaria, reforzando así la dimensión psicosocial de los servicios de salud mental y facilitando la formación, en la misma, del conjunto de los profesionales.

3. En lo que respecta a los *programas y dispositivos de apoyo social*, habría que considerarlos como un elemento diferenciado de atención, que, aunque surgido en gran medida como prolongación de la atención sanitaria (desde el «tronco común» del hospital psiquiátrico), forma parte cada vez más de las políticas de inclusión social, dirigidas a favorecer el ejercicio del derecho de ciudadanía por parte de personas y colectivos con diferentes tipos de discapacidad. Enfoque que se enfatiza, por ejemplo, de modo creciente tanto en los programas residenciales (7; 101; 129) como en los de empleo (8; 103; 130; 131).

En su caso y en relación con la rehabilitación habría que repetir aquí algo de lo dicho anteriormente sobre la red sanitaria. En efecto, como parte de una red comunitaria más amplia (sanitaria y social), los dispositivos y profesionales de apoyo social se incluyen plenamente en el campo de la «rehabilitación», en sentido amplio (filosofía y estrategia, en nuestro esquema). Y, al mismo tiempo, suponen o deberían suponer en la mayoría de los casos, espacios y recursos personales privilegiados para el desarrollo de actividades de «rehabilitación» (en el sentido más restringido de «actividades dirigidas a la recuperación y/o desarrollo de habilidades concretas para el funcionamiento personal y social»), de distinto nivel de especialización. Aunque en todo caso dichas actividades deben realizarse con distintos grados de coordinación con el personal sanitario, cabe que algunas de ellas, de bajo nivel de complejidad, puedan ser desarrolladas por personal de la propia red de apoyo social.

4. Pero además, para que todo esto pueda funcionar como una red de atención comunitaria, es preciso definir explícitamente tanto el marco general de intervención, desde la perspectiva global del sistema de atención y para todos sus dispositivos y equipos profesionales («*Programa de atención a personas con trastorno mental grave*»), cuanto su concreción individual para cada persona a atender («*Programa individualizado de atención*»). Lo que significa también establecer mecanismos de evaluación de necesidades y resultados, de formación y apoyo al personal, y los correspondientes espacios de coordinación, desde la discusión de casos a la gestión de los dispositivos y programas.

3. 3. Algunas preguntas relevantes para la evaluación de la atención comunitaria

Situados en ese marco, hay también una serie de preguntas que pueden servirnos de guía en la evaluación de sistemas concretos de atención que dicen basarse en modelos comunitarios. Proponemos a continuación algunas de las más generales e intentaremos posteriormente tenerlas en cuenta para valorar, aunque sea de manera provisional y rudimentaria, algunos aspectos de la situación de Andalucía.

1. ¿Se basa la estructura y funcionamiento general de los servicios y equipos profesionales en un modelo comunitario, que hace énfasis en una filosofía de la rehabilitación?
2. ¿La actuación de los servicios y profesionales, en relación con las personas concretas objeto de atención, utiliza una estrategia de rehabilitación?
3. ¿Cómo se diferencian las intervenciones sanitarias y no sanitarias en áreas funcionales como la vivienda, la ocupación, el empleo o las relaciones sociales? ¿Dónde se pone la «frontera» en términos de organización y cómo se establece la coordinación en términos funcionales?
4. ¿Se aplican las intervenciones específicas de rehabilitación basadas en la evidencia en los casos y momentos adecuados y en qué lugares de la red?
5. ¿Hay unidades o equipos específicos de rehabilitación? Y, si es así ¿qué funciones cumplen y dónde se sitúan dentro de la red?
6. ¿Incluyen los sistemas de información indicadores periódicos de estructura, proceso y resultados que permitan conocer la evolución de estos aspectos y sus efectos sobre las personas atendidas?

4. *Algunas implicaciones para el análisis de la atención comunitaria, la rehabilitación y la provisión de mecanismos de apoyo social en Andalucía*

La exposición anterior tiene sentido en la medida en que pueda servirnos de ayuda, a la hora de situar los términos del debate en territorios y servicios concretos, es decir, en nuestro caso en Andalucía. Debate referido a la identificación de problemas, factores implicados y alternativas en relación con la atención comunitaria, la rehabilitación y los recursos de apoyo social a personas con trastorno mental grave.

Dado que no estamos en condiciones de abordar aquí un análisis riguroso de situación, con la información precisa y fiable que sería necesaria, nuestra pretensión es mucho más modesta, limitándonos a formular algunas de las que podíamos llamar «hipótesis razonables» (más «cualitativas» que «cuantitativas»), basadas en nuestro conocimiento, aunque sea parcial, de la realidad en la que nos movemos,

así como en la propuesta de sistematización teórica que acabamos de resumir. Consideraciones y propuestas que esperamos puedan servirnos de guía para el desarrollo de algunas investigaciones específicas a abordar en los próximos meses.

Algunos problemas de tipo general

El primer aspecto a considerar, en relación con las preguntas anteriormente formuladas es que, tras el proceso general iniciado en 1984 (3; 32; 132; 133), la atención en salud mental se organiza en Andalucía sobre la base formal de un modelo comunitario del tipo del que hemos caracterizado anteriormente. La desaparición de los hospitales psiquiátricos públicos (32), la existencia de una nueva red sanitaria especializada en salud mental, su territorialización e integración plena en el sistema sanitario público, el desarrollo de una red de recursos de apoyo social desde una Fundación pública intersectorial (FAISEM) y la existencia en los distintos dispositivos de equipos multiprofesionales, concuerdan básicamente con nuestra exposición y con la referencia explícita a los principios comunitarios que aparece en distintos documentos oficiales, desde la Ley de creación del IASAM en 1984 (3; 132) hasta el vigente Plan Andaluz de Salud Mental (134).

En relación con los temas de rehabilitación y apoyo social hay que hacer referencia, también positiva desde nuestro punto de vista, a la existencia en la red de dispositivos específicos para la rehabilitación y el apoyo social. Por un lado las unidades de rehabilitación, que se sitúan claramente dentro del sistema sanitario; y, por otro, dispositivos y programas específicos de apoyo social, diversificados y gestionados, como hemos dicho, desde una estructura pública e intersectorial. Estos últimos se encargan básicamente de los aspectos que anteriormente denominamos «instrumentales» y se coordinan con los servicios sanitarios a través de una estructura de ámbito provincial. Coordinación que plantea todavía bastantes problemas en su funcionamiento cotidiano, entre otras cosas por la diferente estructura territorial de una y otra red.

Pero además, sin infravalorar en absoluto la trascendencia histórica y las favorables consecuencias de este cambio sobre muchos y significativos aspectos de la atención en salud mental (3; 133), en relación con la atención comunitaria, la rehabilitación y el apoyo social a personas con trastorno mental severo, hay que hacer referencia a otros varios tipos de problemas prácticos. Aunque su delimitación cuantitativa requeriría como ya hemos dicho actividades de investigación, dada la escasez de información fiable y detallada sobre aspectos importantes del funcionamiento de los servicios, creemos que gran parte de ellos son fácilmente

evidenciables, al menos, como una primera aproximación al tema. Planteándolos, por tanto, como meras «hipótesis razonables», que habría que confirmar y definir cuantitativamente en el futuro, pensamos que es necesario considerar al menos tres grandes bloques de problemas que, aunque están claramente interrelacionados, pueden y deben individualizarse.

En primer lugar y ello tiene que ver con el papel de la filosofía y la estrategia de rehabilitación en la atención a las personas con trastornos mentales graves, consideramos necesario hablar de la *insuficiente dedicación* que todavía siguen recibiendo estas personas, en lo referido al tipo y número de intervenciones que caracterizan habitualmente su atención. Además de sospechar una cobertura incompleta, si relacionamos las cifras de población atendida (134; 135) con la extrapolación de prevalencias poblacionales de países con mejores datos epidemiológicos (33; 37; 61), la comparación de la escasa información publicada sobre Andalucía (10; 136-138), con la de otros países europeos e incluso con la de otras regiones españolas (12; 136), ofrece una imagen de la situación que debemos calificar, en relación con el planteamiento teórico que defendemos, como notoriamente deficiente. Imagen que, además de concordar con el conocimiento directo que tenemos, indica que la atención habitual, en contra de lo que se desprende del consenso profesional internacional anteriormente resumido, se limita a la atención intensiva y puntual en las crisis, a un tratamiento casi exclusivamente farmacológico y a revisiones de periodicidad bimensual, en las que se hace poco más que controlar la medicación. Tampoco el uso de dispositivos más específicos como las unidades de rehabilitación (135), que podría compensar las carencias de la atención en los equipos, o, a otro nivel, el de los recursos de apoyo social (139), afecta, pese al incremento continuado de cobertura, a la mayoría de la población afectada. Es verdad que las diferencias entre las recomendaciones técnicas y la práctica asistencial son comunes en otros contextos (137; 140-142), pero la «brecha» (142) sigue siendo en nuestro caso todavía importante.

En segundo lugar y también como medida indirecta de la importancia real de la rehabilitación, entendida como filosofía y estrategia, aunque es aún más difícil de cuantificar, creemos que está justificado hablar de algo así como el «*déficit comunitario*» de los servicios, concepto «cualitativo» que traducen insuficientemente diferentes indicadores cuantitativos como son, por ejemplo, el escaso número de intervenciones fuera del espacio físico de los equipos de Salud Mental –menos del 8% del total, según los datos oficiales de 2004 (135)–, o, a un nivel muy diferente, la frecuencia de «prácticas restrictivas» (entre ellas el anteriormente denominado «amarre», hoy públicamente disfrazado de «contención mecánica») en espacios de hospitalización. Y también, aunque en términos menos medibles, el uso, por un lado, de unidades de media estancia o estructu-

ras residenciales y, por otro, de talleres ocupacionales, como espacios de «depósito» o «aparcamiento»⁹ de personas con «dificultades de manejo» (entendiendo por tales las que no pueden «manejarse» con fármacos y visitas de revisión bimensuales). Tampoco son fácilmente medibles las pautas habituales de trabajo en equipo, pero no parece difícil detectar funcionamientos poco compatibles con los principios de la atención comunitaria, en términos de corporativismo profesional y tendencias complementarias a reestablecer o reforzar las jerarquías tradicionales («mando único del psiquiatra»), por una parte, y a generar líneas de trabajo «autónomo» y fuera de los equipos, por otra¹⁰. Las opiniones de los usuarios y usuarias tampoco reflejan, en las pocas ocasiones en que se han recogido, una gran satisfacción con estos aspectos, incluido el trato recibido por bastantes profesionales, aspecto este último traducido al «lenguaje políticamente correcto» como «trato amable», pero «con una fuerte variabilidad entre los profesionales» (143).

Y, finalmente, lo que podemos llamar «*paradoja de la rehabilitación*», referida al hecho de ser las intervenciones englobables en los programas tanto de rehabilitación como de apoyo social no residencial (especialmente el relacionado con el empleo) las que presentan un déficit más llamativo (135; 139). Situación que contrasta con el hecho conocido (aunque no siempre fácilmente cuantificable con el actual sistema de información, con poca capacidad todavía para darnos información precisa sobre este y otros aspectos de la atención a este colectivo) de que más de una de las actuales unidades de rehabilitación tienen una evidente infrautilización en términos cuantitativos, cuando no realizan funciones (tratamientos farmacológicos, «psicoterapias», etc.) de encaje discutible dentro del perfil funcional con el que se crearon (132) y para cuyo desarrollo la red cuenta, al menos teóricamente, con otro tipo de dispositivos. Del mismo modo, situándonos en los recursos ocupacionales y laborales, y pese a una dotación todavía insuficiente, comparada con sus potenciales beneficiarios, no es extraño encontrarse con dificultades para completar las plazas disponibles.

El tema de las unidades de rehabilitación puede verse como sintomático de una determinada manera de enfocar la discusión. Aunque su funcionamiento no ha sido evaluado sistemáticamente y hay, a simple vista, funcionamientos muy variables entre unas y otras, circula de vez en cuando el «rumor» (del que hasta

⁹ Todavía sigue siendo posible encontrarse, en un «informe» de derivación de un equipo o toda una área de salud mental, con la doble indicación: «necesita Casa Hogar o Comunidad Terapéutica», nos imaginamos que en función de lo que tienen en común, es decir «la lejanía», ya que no sus funciones, como es obvio, bastante diferentes.

¹⁰ También aquí y como indican los análisis sistémicos, cada uno tiende a puntuar las secuencias de interacción según su conveniencia.

el momento no tenemos ninguna evidencia documental) de que, a distintos niveles de la estructura del sistema, algunos parecen pretender buscar la solución para las que no funcionan cerrándolas todas. O, como alternativa aparentemente menos traumática, integrándolas en hospitales de día, una figura a la que tenemos la impresión de que a veces se le atribuye un prestigio un tanto mítico, a pesar de los resultados de evaluaciones internacionales, mucho más cautos con respecto a su utilidad y a la posible unificación de los distintos tipos de programas llamados «de día» (144; 145). Parece razonable pensar que una decisión de estas características, a nivel central o local, debería plantearse previa evaluación de la adecuación de las unidades a sus objetivos iniciales¹¹, incluyendo el análisis concreto de lo que funciona bien y mal en cada una de ellas, algo que hasta el momento no se ha hecho, al menos públicamente. Pero sería preciso también valorar las ventajas e inconvenientes de unificar dos tipos de programas muy diferentes en cuanto a usuarios e intervenciones y, en todo caso, garantizar, en aquellas situaciones en que pudiera tener sentido su unificación (zonas rurales de población escasa, dispersa y con difícil acceso a servicios más centralizados), que los programas de rehabilitación van a ponerse en marcha y/o mantenerse dentro del indiferenciado marco del nuevo dispositivo. Si no, podría producirse otra paradoja: la de que no habiendo sido capaces de hacer funcionar dichos programas en una unidad de rehabilitación concreta, pensemos que, más o menos con el mismo personal, vamos a conseguirlo ahora en un entorno más complicado todavía, básicamente por el efecto mágico de cambiar el nombre del dispositivo.

En conjunto, parece que la situación de la «rehabilitación» en sus diversos sentidos deja todavía bastante que desear en nuestro sistema comunitario de atención en salud mental. Y ello sin entrar en problemas más concretos de calidad en ambas redes, y sin olvidar que hay excepciones evidentes, aunque no siempre adecuadamente difundidas, en todos y cada unos de estos aspectos, en determinadas Áreas, Unidades y profesionales. Pero el cuadro general no parece ser muy diferente del aquí señalado y nos obliga a afinar el diagnóstico y a intentar establecer estrategias de mejora, que nos permitan, entre otras cosas, rentabilizar mejor los esfuerzos que distintos sectores y agentes implicados vienen (venimos) realizando hasta ahora.

¹¹ Y que era (132), no lo olvidemos, tanto facilitar la aplicación de programas específicos de rehabilitación, en los casos más complejos, cuanto impulsar el desarrollo de planteamientos y técnicas rehabilitadoras en el conjunto de la red, dado el evidente subdesarrollo que, al menos, al inicio, había al respecto (cuando «la rehabilitación» o «no servía para nada» o «la veníamos haciendo todos desde siempre»).

Dos grandes tipos de posibles factores condicionantes

En el origen de esos problemas parece haber, como siempre, al menos dos tipos de factores causales: uno referido a la cantidad de recursos y otro a su funcionamiento, adelantando la hipótesis general de que aunque los recursos son todavía insuficientes, también es cierto que hay un margen de uso racional desaprovechado, por razones organizativas pero también de orientación y formación de los profesionales.

Es verdad que una parte de los problemas tiene que ver con la *dotación* actual de los distintos servicios de atención. A este respecto hay que hacer referencia a dos temas, uno histórico y otro actual. El primero guarda relación con el desarrollo de servicios derivado de la Reforma Psiquiátrica (3; 133), que si bien ha cumplido de manera satisfactoria, en nuestra opinión, sus objetivos iniciales (unificar recursos, cambiar el modelo de servicios, integrar la atención sanitaria en el Sistema Sanitario público y articular un sistema de gestión de recursos intersectoriales de apoyo social), ha cubierto sólo parcialmente otros dos importantes aspectos: la puesta al día en términos cuantitativos de los recursos materiales y humanos que nos permitan, al menos, una homologación razonable con el entorno europeo en el que nos integramos, y la generalización de prácticas comunitarias y de calidad en los distintos dispositivos de la nueva red. Del segundo aspecto hemos hablado ya en el apartado anterior («déficit comunitario») y volveremos a insistir en él un poco más adelante. Por su parte, el primero, en su visión no sólo histórica sino actual, puede constatarse comparando datos de recursos materiales y humanos (135) con los de distintos países (1; 12; 120; 137; 146), o de otras regiones españolas (2; 119; 136), incluso descontando el efecto diferenciador que tiene en muchos de ellos las obvias diferencias económicas y sociales (ingresos totales, gasto sanitario y social por habitante, papel de las estructuras familiares, plazas hospitalarias previas, etc.) y sin perder la perspectiva del importante progreso realizado en estos años.

Pero no es éste ni el único ni, en nuestra opinión, el principal factor que explica la mayoría de los problemas mencionados, especialmente los dos últimos («déficit comunitario» y «paradoja de la rehabilitación»). Para nosotros, el aspecto más importante, sin cuya solución de poco servirá incrementar los recursos, que corren el riesgo de seguir siendo mal utilizados, tiene que ver con el *funcionamiento* actual de los distintos servicios, especialmente en lo referido a la atención que reciben las personas con graves problemas de salud mental. Problemas de funcionamiento que implican tanto a profesionales como a gestores, sobre una base común, aunque evidentemente con matices diferenciales: la diversidad de orientaciones y el todavía importante grado de desconocimiento que, en unos y otros y

en mayor medida de lo debido, sigue rodeando lo relacionado con la atención comunitaria en general y con la rehabilitación (en sus distintos aspectos o niveles de uso) y el apoyo social, en salud mental. Aspectos que, más allá de la relativa escasez de recursos, explicarían la pauta habitual de intervención, incluyendo las escasas derivaciones a servicios de rehabilitación y apoyo social no residencial. De hecho, esa pauta es consistente con una visión «tradicional» de la atención, centrada en el control de síntomas y el manejo puntual de descompensaciones mediante intervenciones básicamente farmacológicas, frente a la visión rehabilitadora de apoyar a las personas para una vida activa en la comunidad, que exige, como hemos intentado mostrar, un trabajo muy diferente así como muchos otros tipos de técnicas. Pauta «habitual» que, sin embargo, no es siempre la única practicada, existiendo territorios, dispositivos y profesionales que muestran, en su trabajo cotidiano, que el único factor a tener en cuenta para explicar los problemas no es la escasez de recursos.

Algunas estrategias para intentar mejorar la situación

Para finalizar, teniendo en cuenta lo anterior y sin pretender «inventar la pólvora», parece que cualquier propuesta de solución debería coordinar cuidadosamente varias estrategias. Estrategias orientadas lógicamente a modificar los factores condicionantes de los problemas señalados, interviniendo sobre la dotación, estructura y funcionamiento de la red, incluyendo sus distintos niveles de responsabilidad administrativa y profesional.

1. Dado que hay muchos aspectos poco conocidos de la situación, parece necesario un esfuerzo para conocerla, lo que implica mejorar los sistemas de información (SISMA-DIRAYA y Sistema de Información de FAISEM), además de invertir en investigación y difusión de la información.
2. Aunque no sea el único problema, ni baste por sí mismo para solucionar los que hay, parece evidente que poco se puede hacer sin seguir ampliando de manera significativa la actual dotación de recursos, intentando aproximarla a la de otros países de nuestro entorno, en mucho mejores condiciones de atender razonablemente a las personas con trastorno mental severo. Aunque el análisis detallado de necesidades va bastante más allá de nuestras posibilidades, sí queremos señalar nuestra impresión de que es básico incrementar la dotación y capacidad de intervención, al menos, de Equipos Comunitarios, Unidades de Rehabilitación y programas de apoyo social, continuando el impulso del actual Plan Andaluz de

Salud Mental (134). Además de poner en marcha programas «nuevos» como los de seguimiento intensivo de pacientes con dificultades de atención o los de intervención precoz en psicosis. Y de hacer progresivamente más «igualitaria» e integrada la composición multiprofesional de los equipos.

3. Pero el incremento de recursos serviría de poco si no realizase en el contexto de un impulso real y sostenido al cambio de orientación en el funcionamiento de la red y sus distintos componentes. Ello implica medidas organizativas que integren efectivamente, en la gestión general del Sistema Sanitario, verdaderos Servicios Comunitarios de Salud Mental, asegurando su funcionamiento como tales mediante las necesarias medidas de orientación (guías clínicas, metodología de procesos asistenciales)¹², formación, incentivación (no sólo vía retribuciones, sino también con participación) y control de calidad. Y, recíprocamente, medidas que mejoren la adecuación y funcionamiento de los recursos dependientes de FAISEM y su coordinación con los sanitarios, incluyendo una distribución territorial más homogénea.
4. Pero todo ello exige también trabajo de sistematización teórica, investigación y experimentación científica y debate profesional y ciudadano. Aspectos que no deben separarse del esfuerzo por adoptar mecanismos específicos de gestión como puede ser los procedimientos de gestión clínica, justamente enfatizados actualmente. Pero esa necesidad de integrar ambos aspectos es clave, en el doble sentido de que los mecanismos de gestión pueden facilitar las modificaciones funcionales, pero no sustituyen la necesidad de definir claramente las orientaciones generales (valores y estrategias) y las técnicas concretas de intervención, en el marco de una atención comunitaria en salud mental coherente y tecnológicamente adecuada¹³.

Aspecto este último que, en nuestra opinión, implica de modo fundamental a los profesionales agrupados en la AEN, ya que consideramos que nuestra asociación debería seguir siendo un elemento impulsor de la atención comunitaria, en la perspectiva tecnológica que hemos planteado.

¹² En ese sentido, el proceso asistencial integrado trastorno mental grave, a punto de publicarse y básicamente coincidente con las líneas expuestas a lo largo de este artículo, puede suponer un impulso razonable en la atención a este colectivo.

¹³ Es obvio, por ejemplo, que los procedimientos de gestión clínica son potencialmente aplicables en diferentes sistemas y tipos de servicios, incluso en un hospital psiquiátrico.

Lo que exigiría también entre otras cosas que, además del debate de ideas, hubiese un creciente número de publicaciones en las que los, en absoluto menos-preciables, equipos y profesionales que, en distintos dispositivos de la red, hacen hoy verdadera atención comunitaria, rehabilitación y apoyo social en nuestra comunidad autónoma, difundiesen su trabajo y sometiesen a discusión sus experiencias y reflexiones críticas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) «Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones», Madrid, AEN, 2002, *Cuadernos técnicos*, 6.
- (2) GISBERT, C. (ed.), «Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental», Madrid, AEN, 2003.
- (3) LÓPEZ, M., «Luces y sombras de la reforma psiquiátrica andaluza», *Hipatia*, 2000, 7, pp. 4-8.
- (4) LÓPEZ, M., «Rehabilitación y red asistencial. Sistemas de atención a la “cronicidad” en salud mental», en VERDUGO, M. A.; LÓPEZ, D., y otros, *Rehabilitación de salud mental. Situación y perspectivas*, Salamanca, Amaru, 2002, pp. 75-105.
- (5) LÓPEZ, M.; LARA, L.; LAVIANA, M., «La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la atención comunitaria en salud mental», en ESPINO, A.; OLABARRÍA, B., *La formación de los profesionales de la salud mental en España*, Madrid, AEN, 2003, pp. 269-301.
- (6) LAVIANA, M., «La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario», *Apuntes de Psicología* (en prensa).
- (7) LÓPEZ, M., y otros, «Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas», *Archivos de Psiquiatría*, 2004, 67, 2, pp. 101-128.
- (8) LÓPEZ, M., y otros, «Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible», *Revista de la AEN*, 2004, XXIV, 89, pp. 31-65.
- (9) LÓPEZ, M., y otros, «Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): descripción general del programa y del estudio», *Rehabilitación Psicosocial*, 2005, 2, 1, pp. 2-15.
- (10) LÓPEZ, M., y otros, «Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (III): características sociodemográficas, clínicas y de uso de servicios de los residentes», *Rehabilitación Psicosocial*, 2005, 2, 1, pp. 28-39.
- (11) APARICIO, V., «Política asistencial en España: presente y futuro», en ALDAZ, J. A.; VÁZQUEZ, C. (eds.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, Madrid, Siglo XXI, 1996, pp. 293-306.
- (12) SALVADOR-CARULLA, L., y otros, «La salud mental en España: Centenaria en el País de las Maravillas», en Informe SESPAS 2002, *Invertir en salud. Prioridades en Salud Pública*, Valencia, EVES, 2002, pp. 301-326.
- (13) SARRACENO, B., *La fine dell'Intrattenimento*, Milán, Etas Libri, 1995.
- (14) QUINTANILLA, M. A., *Tecnología: un enfoque filosófico*, Madrid, FUNDESCO, 1989.
- (15) STROLL, A., *La filosofía analítica del siglo XX*, Madrid, Siglo XXI, 2002.

DEBATES E INFORMES

- (16) GONZÁLEZ, M. I.; LÓPEZ, J. A.; LUJÁN, J. L., *Ciencia, Tecnología, Sociedad*, Madrid, Tecnos, 1996.
- (17) QUINTANILLA, M. A., «La tecnología como paradigma de acción racional», *Revista de Occidente*, 2000, 228, pp. 53-74.
- (18) TIZÓN, J. L., «Los nuevos modelos asistenciales en medicina: una visión a partir de algunos de sus fundamentos psicológicos y epistemológicos», *Revisión en Salud Pública*, 1995, 4, pp. 57-83.
- (19) ÁLVAREZ, S., «Racionalidad y método científico», en OLIVÉ, L. (ed.), *Racionalidad epistémica. Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía*, Madrid, Trotta, 1995, pp. 147-169.
- (20) DRAKE, R. E., y otros, «Implementing Evidence-based Practice in Routine Mental Health Service Settings», *Psychiatric Services*, 2001, 52, 2, pp. 179-182.
- (21) MAYORAL, F., «Rehabilitación psicosocial. Hacia una práctica basada en la evidencia», en RIVAS, F. (ed.), *Las psicosis en la comunidad*, Madrid, AEN, 2000, pp. 243-262.
- (22) ECHEVERRÍA, J., *Ciencia y valores*, Barcelona, Destino, 2002.
- (23) ECHEVERRÍA, J., *Introducción a la metodología de la ciencia. La filosofía de la ciencia en el siglo XX*, Madrid, Cátedra, 2003.
- (24) KHUN, T. S., *La estructura de las revoluciones científicas*, México, FCE, 1971.
- (25) LAKATOS, I., *La metodología de los programas de investigación científica*, Madrid, Alianza, 1989.
- (26) BREAKEY, W. R. (ed.), *Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry*, Nueva York, Oxford University Press, 1996.
- (27) DESVIAT, M., *La Reforma Psiquiátrica*, Madrid, Dor, 1994.
- (28) GARCÍA, J.; ESPINO, A.; LARA, L. (eds.), *La psiquiatría en la España de fin de siglo*, Madrid, Díaz de Santos, 1998.
- (29) GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M., *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, Madrid, Mayoría, 1983.
- (30) LEFF, J. (ed.), *Care in the Community: Illusion or Reality?*, Londres, Wiley, 1997.
- (31) THORNICROFT, G.; SZMUKLER, G. (eds.), *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford University Press, 2001.
- (32) LÓPEZ, M.; LAVIANA, M.; GARCÍA-CUBILLANA, P., «Los hospitales psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria», en PÉREZ, F. (coord.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*, Madrid, AEN, 2006, pp. 237-273.
- (33) RUGGERI, M., y otros, «Definition and Prevalence of Severe and Persistent Mental Illness», *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177, pp. 149-155.
- (34) SHEPHERD, G., «Avances recientes en rehabilitación psiquiátrica», en ALDAZ, J.; VÁZQUEZ, C. (eds.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, Madrid, Siglo XXI, 1996, pp. 1-22.
- (35) WING, J. K.; BROWN, G. B., *Institutionalism and Schizophrenia*, Londres, Cambridge University Press, 1970.
- (36) HARDING, M.; ZUBIN, J.; STRAUSS, J. S., «Chronicity in Schizophrenia: Fact, Partial Fact or Artefact?», *Hospital and Community Psychiatry*, 1987, 38 (5), pp. 477-486.
- (37) PARABIAGHI, A., y otros, «Severe and Persistent Mental Illness: a Useful Definition for Prioritizing Community-based Health Service Interventions», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2006, 41, pp. 457-463.
- (38) FRANCES, A.; PINCUS, H. A., *First MB. The Global Assessment of Functioning Scale (GAF) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*, Washington, American Psychiatric Association, 1994.

(39) ALDAZ, J. A.; VÁZQUEZ, C. (eds.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, Madrid, Siglo XXI, 1996.

(40) BARTON, R., «Psychosocial Rehabilitation Services in the Community Support Systems: a Review of Outcomes and Policy Recommendations», *Psychiatric Services*, 1999, 50, 4, pp. 525-534.

(41) FLEXER, R. W.; SOLOMON, P. L. (eds.), *Psychiatric Rehabilitation in Practice*, Andover, Stoneham, 1993.

(42) LIBERMAN, R. L., *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*, Barcelona, Martínez Roca, 1993.

(43) REBOLLEDO, S. (coord.), *Rehabilitación Psiquiátrica*, Universidade de Santiago de Compostela, 1997.

(44) RODRÍGUEZ, A. (coord.), *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*, Madrid, Pirámide, 1997.

(45) WATTS, F. N.; BENNETT, D. (eds.), *Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica*, México, Limusa, 1990.

(46) FAKHOURY, W.; PRIEBE, S., «The Process of Deinstitutionalization: an International Overview», *Current Opinion in Psychiatry*, 2002, 15, pp. 187-192.

(47) ANCIL, R. J.; HOLLIDAY, S.; HIGGENBTTAM, J. (eds.), *Schizophrenia. Exploring the Spectrum of Psychosis*, Chichester, Wiley, 1994.

(48) CIOMPI, L., «Affect-logic: an Integrative Model of the Psyche and its Relations to Schizophrenia», *British Journal of Psychiatry*, 1994, 164, pp. 51-55.

(49) ZUBIN, J.; SPRING, B., «Vulnerability: a New View of Schizophrenia», *Journal of Abnormal Psychology*, 86, pp. 103-126.

(50) GREEN, M. F., «What Are the Functional Consequences of Neurocognitive Deficits in Schizophrenia?», *American Journal of Psychiatry*, 1996, 153, pp. 321-330.

(51) ZANDIO-ZORRILLA, M., y otros, «Alteraciones cognitivas en la esquizofrenia», *Medicina Clínica*, 2005, 6, 5, pp. 17-26.

(52) MUESSER, K. T.; TARRIER, N., *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*, Boston, Allyn and Bacon, 1998.

(53) ZUBIN, J., «Suiting Therapeutics Intervention to the Scientific Models of Aetiology», *British Journal of Psychiatry*, 1989, 155, pp. 9-14.

(54) OMS, *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*, Madrid, IMSERSO, 2001.

(55) VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., y otros, «La discapacidad: modelos interpretativos y su influencia en el nuevo sistema de clasificación de discapacidades de la Organización Mundial de la Salud», *Archivos de Psiquiatría*, 2000, 63, 1, pp. 5-20.

(56) LASTRA, I.; MARTÍNEZ-CHAMORRO, M. J. y Grupo Cantabria en Discapacidades, «Funcionamiento, discapacidad y rehabilitación», *Informaciones Psiquiátricas*, 2004, 175, pp. 19-30.

(57) WARNER, R., *Recovery from Schizophrenia. Psychiatry and Political Economy*, Londres, Brunner-Rutledge, 2003.

(58) HARDING, C. M., «An Examination of the Complexities in the Measurement of Recovery in Severe Psychiatric Disorders», en ANCIL, R. J.; HOLLIDAY, S.; HIGGENBTTAM, J. (eds.), *Schizophrenia. Exploring the Spectrum of Psychosis*, Chichester, Wiley, 1994, pp. 153-168.

(59) JACOBSON, N.; GREENLEY, D., «What is Recovery? A Conceptual Model and Explication», *Psychiatric Services*, 2001, 52, pp. 482-485.

DEBATES E INFORMES

(60) MCLEAN, A. H., «From Ex-patient Alternatives to Consumer Options: Consequences of Consumerism for Psychiatric Consumers and Ex-patient Movement», *International Journal of Health Services*, 2000, 30, 4, pp. 821-847.

(61) BROMET, E. J.; DEW, M. A.; EATON, W. W., «Epidemiology of Psychosis with Special Reference to Schizophrenia», en TSUANG, M. T.; TOHEN, M. (eds.), *Textbook in Psychiatric Epidemiology*, Nueva York, Wiley, 2002, pp. 365-388.

(62) HARRISON, G., y otros, «Recovery from Psychotic Illness: a 15 and 25 Year International Follow-up Study», *British Journal of Psychiatry*, 2001, 178, pp. 506-517.

(63) MCLEAN, A., «Empowerment and the Psychiatric Consumer/ex-patient Movement in the United States: Contradictions, Crisis and Change», *Social Science and Medicine*, 1995, 40, 8, pp. 1.053-1.071.

(64) ANTHONY, W. A., «A Recovery-oriented Service System: Setting Some System Level Standards», *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2000, 24 (2), pp. 159-168.

(65) BELLACK, A. S., «Scientific and Consumer Models of Recovery in Schizophrenia: Concordance, Contrasts and Implications», *Schizophrenia Bulletin*, 2006, 32, 3, pp. 432-442.

(66) DAVIDSON, L., y otros, «Simply To Be Let In»: Inclusion as a Basis for Recovery», *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, 24, pp. 375-388.

(67) CORRIGAN, P. W.; PENN, D., «Disease and Discrimination: Two Paradigms that Describe Severe Mental Illness», *Journal of Mental Health*, 1997, 6, 4, pp. 355-366.

(68) LESTER, H.; GASK, L., «Delivering Medical Care for Patients with Serious Mental Illness or Promoting a Collaborative Model of Recovery», *British Journal of Psychiatry*, 2006, 188, pp. 401-402.

(69) LARA, L.; LÓPEZ, M., La provisión de recursos de apoyo social en Andalucía, en GARCÍA, J.; ESPINO, A.; LARA, L. (eds.), *op. cit.*, 1998, pp. 213-224.

(70) GAEBEL, W., y otros, «Schizophrenia Practice Guidelines: International Survey and Comparison», *British Journal of Psychiatry*, 2005, 187, pp. 248-255.

(71) ALANEN, Y. O., *Schizophrenia. Its Origins and Need-adapted Treatment*, Londres, Karnack Books, 1997.

(72) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Schizophrenia*, Nueva York, APA, 2004.

(73) LEHMAN, A. F., y otros, «The Schizophrenia Patient Outcome Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003», *Schizophrenia Bulletin*, 2004, 30, 2, pp. 193-217.

(74) NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE), «Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary care», *Clinical Guidelines*, 1, 2002.

(75) AGÈNCIA D'AVALUACIÓ DE TECNOLOGIA I RICERCA MÈDIQUES, «Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Versión para la aplicación en la práctica clínica», Barcelona, 2004.

(76) CALDAS, J. M.; TORRES, F., *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2005.

(77) FARKAS, M., «Avances en rehabilitación psiquiátrica: una perspectiva norteamericana», en ALDAZ, J. A.; VÁZQUEZ, C. (eds.), *op. cit.*, 1996, pp.167-185.

(78) MUESER, K. T.; DRAKE, R. E.; BOND, G. R., «Recent Advances in Psychiatric Rehabilitation for Patients with Severe Mental Illness», *Harvard Review of Psychiatry*, 1997, 5, pp. 123-137.

(79) WALLACE, C. J., «Psychiatric Rehabilitation», *Psychopharmacological Bulletin*, 1993, 29 (4), pp. 537-548.

- (80) RIVAS, F. (ed.), *Las psicosis en la comunidad*, Madrid, AEN, 2000.
- (81) FENTON, W. S., «Involving Perspectives on Individual Psychotherapy for Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 2000, 26 (1), pp. 47-72.
- (82) HOGARTY, G. E., y otros, «Three-year Trials of Personal Therapy Among Schizophrenic Patients Living with or Independent of Family. I: Description of the Study and Effects on Relapse Rates. II: Effects on Adjustment of Patients», *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154, pp. 1504-1524.
- (83) DICKERSON, F. B.; LEHMAN, A. F., «Evidence Based Psychotherapy for Schizophrenia», *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 2006, 194, 1, pp. 3-9.
- (84) JIMÉNEZ, J. F.; MAESTRO, J. C.; MORENO, B., «Tratamiento psicológico de la esquizofrenia», *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 2004, 4, 2, pp. 159-174.
- (85) VALLINA, O.; LEMOS, S., «Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia», *Psicothema*, 2001, 13, pp. 345-364.
- (86) SCOTT, J., «Cognitive Therapy of Affective Disorders: a Review», *Journal of Affective Disorders*, 1996, 37, pp. 1-11.
- (87) PERONA, S., y otros, «Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia», *Guía clínica*, Madrid, Minerva, 2003, 52, 6, pp. 771-779.
- (88) PILLING, S., y otros, «Psychological Treatments in Schizophrenia. I: Meta-analysis of Family Intervention and Cognitive Behaviour Therapy», *Psychological medicine*, 2002, 32, 5, pp. 763-782.
- (89) MUESER, K. T., y otros, «Illness Management and Recovery: a Review of the Research», *Psychiatric Services*, 2002, 53, 10, pp. 1272-1284.
- (90) NOSE, M., y otros, «Clinical Interventions for Treatment Non-adherence in Psychosis: Meta-analysis», *British Journal of Psychiatry*, 2003, 183, pp. 197-206.
- (91) GIL, F.; LEÓN, J. M.; JARANA, L. (eds.), *Habilidades sociales y salud*, Madrid, Pirámide, 1995.
- (92) MOXLEY, D. P.; MOWBRAY, C. T.; BROWN, K. S., «Supported Education», en FLEXER, R. W.; SOLOMON, P. L. (eds.), *Psychiatric Rehabilitation in Practice*, Andover Stoneham, 1993, pp. 137-153.
- (93) PILLING, S., y otros, «Psychological Treatments in Schizophrenia. II: Meta-analysis of Random-controlled Trials of Social Skills Training and Cognitive Remediation», *Psychological medicine*, 2002, 32, 5, pp. 783-791.
- (94) BRENNER, H. D., y otros, «Treatment of Cognitive Dysfunctions and Behavioural Deficits in Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 1992, 18, 1, pp. 21-26.
- (95) SILVERSTEIN, S. M.; WILKINS, S. M., «At Issue: The Future of Cognitive Rehabilitation of Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 2004, 30, 4, pp. 679-692.
- (96) TWAMLEY, E. W.; JESTE, D. V.; BELLAK, A. S., «A Review of Cognitive Training in Schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 2003, 29, 2, pp. 359-382.
- (97) ANDERSON, C.; REISS, D.; HOGARTY, G., *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.
- (98) SANZ, F. J.; CAÑIVETE, J., «"Psicoeducación" de familiares de pacientes esquizofrénicos», en ALDAZ, J. A.; VÁZQUEZ, C. (eds.), *op. cit.*, 1996, pp. 205-226.
- (99) LÓPEZ, M.; LARA, L., «Guías operativas 8 ("Programa residencial")», 9 ("Programa ocupacional y laboral") y 10 ("Otros programas de apoyo social")», en CALDAS Y TORRES, *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2005, pp. 83-105.

DEBATES E INFORMES

(100) CARLING, P. J., «Housing and Supports for Persons with Mental Illness: Emerging Approaches to Research and Practice», *Hospital and Community Psychiatry*, 1993, 44 (5), pp. 439-449.

(101) FAKHOURY, W., y otros, «Research in Supported Housing», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, 37, pp. 301-315.

(102) OGILVIE, R. J., «The State of Supported Housing for Mental Health Consumers: a Literature Review», *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1997, 21 (2), pp. 122-131.

(103) BOND, G. R., y otros, «Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice», *Psychiatric Services*, 2001, 52 (3), pp. 313-322.

(104) COOK, J.; RAZZANO, L., «Vocational Rehabilitation for Persons with Schizophrenia: Recent Research and Implications for Practice», *Schizophrenia Bulletin*, 2000, 26, 1, pp. 87-103.

(105) CROWTHER, R., y otros, «Helping People with Severe Mental Illness to Obtain Work: a Systematic Review», *British Medical Journal*, 2001, 322, pp. 204-208.

(106) ANGERMAYER, M. C.; SCHULZE, B., «Reducing the Stigma of Schizophrenia: Understanding the Process and Options for Interventions», *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2001, 10,1, pp. 1-7.

(107) LÓPEZ, M., y otros, «La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible», enviado a *Archivos de Psiquiatría*, 2006.

(108) U. S. DEPARTMENT OF HEALTH HUMAN SERVICES, *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, National Institute of Mental Health, 1999.

(109) BURNS, T., *Community Mental Health Teams. A guide to Current Practices*, Oxford University Press, 2004.

(110) THORNICROFT, G.; TANELLA, M., *The Mental Health Matrix: a Manual to Improve Services*, Cambridge University Press, 1999.

(111) JENKINS, R.; FIELD, V., *The Primary Care of Schizophrenia*, Londres, HMSO, 1996.

(112) FENTON, W., y otros, «A Randomised Trial of General Hospital Versus Residential Alternative Care for Patients with Severe and Persistent Mental Illness», *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155, pp. 516-522.

(113) MOSHER, L., «Soteria and Other Alternatives to Acute Psychiatric Hospitalisation: A Personal and Professional Review», *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 1999, 187, pp. 142-149.

(114) SHEPHERD, G., «The Ward-in-a-house: Residential Care for the Severely Disabled», *Journal of Mental Health*, 1995, 31, pp. 53-69.

(115) WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Organization of Services for Mental Health*, Ginebra, WHO, Mental Health Policy and Service Guidance Package, 2003.

(116) HERNÁNDEZ, M., «Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalización ¿y algo más?», en RIVAS, F., 2000, pp. 131-189.

(117) SIMMONDS, S., y otros, «Community Mental Health Team Management in Severe Mental Illness: a Systematic Review», *British Journal of Psychiatry*, 2001, 178, pp. 497-502.

(118) WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Planning and Budgeting to Deliver Services for Mental Health*, Ginebra, WHO, Mental Health Policy and Service Guidance Package, 2003.

(119) PÉREZ, F. (coord.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*, Madrid, AEN, 2006.

(120) BECKER, T., y otros, «Provision of Services for People with Schizophrenia in Five European Regions», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, 37, pp. 465-474.

(121) FUNDACIÓN ANDALUZA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL, «Criterios para el desarrollo del programa residencial», Sevilla, FAISEM, Documentos de Trabajo, 1, 2005.

- (122) FUNDACIÓN ANDALUZA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL, «Criterios para el desarrollo del programa ocupacional-laboral», Sevilla, FAISEM, Documentos de Trabajo, 2, 2005.
- (123) VUORI, H., «Qué es la Atención Primaria de Salud», *Atención Primaria*, 1983, pp. 3-4.
- (124) SARACENO, B., «Psychosocial Rehabilitation as a Public Health Strategy», *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1997, 20, 4, pp. 10-15.
- (125) FERRARA, F. A.; ACEBAL, E.; PAGANINI, J. M., *Medicina de la comunidad*, Buenos Aires, Intermédica, 1976.
- (126) GITTELMAN, M., «Tertiary Prevention of Mental Disorders», en THORNICROFT, G.; SZMUKLER, G. (eds.), *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford University Press, 2001, pp. 509-516.
- (127) FERNÁNDEZ DE LARRINOVA, P.; SÁEZ DE IBARRA, A.; BULBENA, A., «Evaluación clínica en el ámbito de la psiquiatría social y la rehabilitación psiquiátrica», en BULBENA, A.; BERRIOS, G. E.; FERNÁNDEZ DE LARRINOVA, P. (eds.), *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*, Barcelona, Masson, 2000, pp. 509-544.
- (128) WALLACE, C. J., «Functional Assessment in Rehabilitation», *Schizophrenia Bulletin*, 1986, 12, pp. 604-630.
- (129) BIGELOW, D., «Supportive Homes for Life Versus Treatment Way-stations: an Introduction to TAPS Project 41», *Community Mental Health Journal*, 1998, 34, 4, pp. 403-405.
- (130) GROVE, B., y otros, *The Social Firm Handbook*, Brighton, Pavilion, 1997.
- (131) LÓPEZ, M.; ÁLVAREZ, F.; LAVIANA, M., «Empresas sociales y rehabilitación psiquiátrica en Andalucía», *Revista de la AEN*, 1998, XVIII, 68, pp. 735-747.
- (132) INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL, *La reforma Psiquiátrica en Andalucía 1984-1990*, IASAM, Sevilla, 1988.
- (133) CARMONA, J., y otros, «Análisis histórico crítico de la reforma psiquiátrica andaluza», en PÉREZ, F. (coord.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*, Madrid, AEN, 2006, pp. 145-198.
- (134) CONSEJERÍA DE SALUD, *Plan integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007*, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla, 2003.
- (135) SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, *Memoria 2004*, SAS, Sevilla, 2005.
- (136) MONTILLA, J. F., y otros, «Uso de servicios ambulatorios de salud mental en España. Consumo de recursos en primer año de asistencia a pacientes nuevos», *Revista de la AEN*, 2002, XXII, 84, pp. 25-47.
- (137) SALICE, H. J., y otros, «Needs for Care and Effectiveness of Mental Health Care Provision for Schizophrenic Patients in Two European Regions: A Comparison Between Granada (Spain) and Mannheim (Germany)», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1999, 100, pp. 328-334.
- (138) MORENO, B. (ed.), *El registro de casos de esquizofrenia de Granada*, Madrid, AEN, 2004.
- (139) FUNDACIÓN ANDALUZA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL, *Memoria 2005*, FAISEM, Sevilla, 2006.
- (140) WORLD HEALTH ORGANIZATION, WORLD HEALTH REPORT 2001, *Mental Health: New Understanding, New Hope*, Ginebra, WHO, 2001.
- (141) WEST, J. C., y otros, «Patterns and Quality of Treatment for Patients with Schizophrenia in Routine Psychiatric Practice», *Psychiatric Services*, 2005, 56, 3, pp. 283-291.
- (142) BRAVO, M. F.; DÍAZ, B.; FERNÁNDEZ, A., «La atención a los trastornos mentales graves», en PÉREZ, F. (coord.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*, Madrid, AEN, 2006, pp. 275-296.
- (143) PÉREZ, C. (coord.), *La atención a la salud mental en Andalucía: presente y futuro*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2004.

DEBATES E INFORMES

(144) SCHENE, A. H., «The Effectiveness of Psychiatric Partial Hospitalization and Day Care», *Current Opinion in Psychiatry*, 2004, 17, pp. 303-309.

(145) CATTY, J.; GODDARD, K.; BURNS, T., «Social Services Day Care and Health Services Day Care in Mental Health: Do They Differ?», *International Journal of Social Psychiatry*, 2005, 51, 2, pp. 151-161.

(146) WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Mental Health Atlas 2005*, Ginebra, WHO, 2005.

* Marcelino López, psiquiatra y sociólogo. Director de programas, evaluación e investigación. FAISEM. Sevilla; Margarita Laviana, psicóloga clínica. Coordinadora de Comunidad Terapéutica. Área de Salud Mental. Hospital «Virgen del Rocío». SAS. Sevilla.

Correspondencia: Marcelino López, FAISEM, Avenida de las Ciencias, 27. Acceso A, 41020 Sevilla, marcelino.lopez@juntadeandalucia.es

** Fecha de recepción: 21-XI-2006.

Francisco Pereña

¿Qué psicoanálisis?

Ya
no hay más pasión que la indiferencia.
...
Sin embargo,
alguien gime en la habitación. Aún
la desaparición no es perfecta.

ANTONIO GAMONEDA

RESUMEN: El psicoanalista no puede sustituir la experiencia del paciente. Las dificultades de la teoría psicoanalítica con la clínica de la memoria son estudiadas a partir del concepto freudiano de construcción.

PALABRAS CLAVES: Memoria, represión, denegación, construcción.

SUMMARY: The psychoanalyst cannot substitute the patient's experience. The psychoanalytical theory's difficulties towards the memory's practice are studied basing on the Freudian concept of construction.

KEY WORDS: Memory, repression, disavowal, construction.

Hier spricht der Wolfsmann –«habla el hombre de los lobos»–, así se identifica por teléfono Sergei Pankejeff, antiguo paciente de Freud, a la tenaz periodista Karin Obholzer (1) que ha conseguido encontrarle en su apartamento vienes después de varios intentos y una vez que éste ha comprobado que a ella no le interesaba aprender ruso sino conocer su historia con el psicoanálisis. «Habla el hombre de los lobos». Este modo de identificarse llama la atención. Fue el nombre con el que Sigmund Freud bautizó su *caso* en el año 1915 y por el que siguió siendo conocido a lo largo de más de sesenta años, y aún hoy sólo se le conoce bajo ese nombre. Ahora, cuando se identifica de esa manera, es 1974, pero Sergei Pankejeff ha perdido su nombre junto con su palabra, y él mismo se hace llamar «el hombre de los lobos». Ante la propuesta de Karin Obholzer de mantener conversaciones con él de cara a un libro, le dice que ha de consultarlo. ¿Con quién? Con Muriel Gardiner, que es la editora de su libro *El Hombre de los Lobos por el Hombre de los Lobos*, y hay además dos psicoanalistas a quienes visita y que le dicen lo que debe hacer. Muriel Gardiner se opone y uno de los psicoanalistas consultados le prohibirá que tales conversaciones se publiquen. Sigue siendo rehén de los psicoanalistas. Sólo la tenacidad de Karin Obholzer puede conseguir que este anciano de 87 años transgreda tales prohibiciones que resultan del todo incomprensibles para quien sea ajeno al tráfico de dependencias psicoanalíticas. ¿Qué temen? ¿Acaso temen que el «hombre de los lobos» se convierta en Sergei Pankejeff? ¿Temen que el *caso* desaparezca y que Sergei Pankejeff rompa el pacto de silencio que les ata, sobre todo, a los propios psicoanalistas? Numerosos libros y ar-

títulos se han dedicado al «hombre de los lobos» de parte de psicoanalistas de distintas generaciones. Aún hoy es un caso de referencia en la formación de los psicoanalistas de las más diversas escuelas.

Freud escribió extensamente sobre cinco casos que ligaban la teoría psicoanalítica con la supuesta verificación clínica. Dora desapareció y se alejó del psicoanálisis, «el hombre de las ratas» (curiosa manera de identificar pacientes por medio de estos animales de las fobias infantiles) desapareció en el frente. Schreber no era un caso freudiano, sino una elucubración freudiana sobre sus *Memorias*. En cuanto al caso de Juanito se trataba de una consulta del padre del niño. Sólo «el hombre de los lobos» quedó como caso modelo y encarnación paradigmática del discurso psicoanalítico. *Ich, der berühmteste Fall*, dice de sí mismo: «Yo, el caso más famoso de la historia del psicoanálisis». Pero a lo largo del tiempo transcurrido desde su tratamiento con Freud y de la publicación del caso, a nadie, a ningún psicoanalista de las más diversas generaciones se le ha ocurrido, que sepamos, pedir que «el hombre de los lobos» dejara de ser el caso paradigmático de Freud y que tomara la palabra como Sergei Pankejeff. Su nombre apenas es conocido. Desde los veinte años ha sido «el hombre de los lobos». Incluso ahora, en estas conversaciones francas con Karin Obholzer, es un caso fundido con el discurso psicoanalítico, mudo, intimidado por la dependencia, pero alimentado en esa dependencia por psicoanalistas de todos los continentes y generaciones, incluida la dependencia económica. Sorprende que aun a los 87 años Sergei Pankejeff reciba una pensión del Archivo Freudiano, como si los psicoanalistas fueran conscientes del daño causado a este viejo que, aunque consiguió ganarse la vida en una agencia de seguros durante cincuenta años, figuró, sin embargo, como un pensionista del psicoanálisis, quizás tomado él mismo como propiedad del Archivo.

Karin Obholzer respeta la voluntad de Sergei Pankejeff y no publica el libro hasta después de su muerte, acaecida en 1979 en un hospital psiquiátrico vienés. Uno de sus psicoanalistas lo había ingresado allí después de un desvanecimiento a la entrada de su casa para evitar que pasara a un Hospital General, siempre hasta el mismo día de su muerte bajo la tutela de los psicoanalistas.

Las conversaciones que Karin Obholzer transcribe con tanta sencillez y verismo son conmovedoras. Nos encontramos con un anciano desconfiado del psicoanálisis pero a la vez sometido a él y a sus instituciones, contenido, pero lamentando lo que hizo con su vida. Cuando Karin Obholzer le va leyendo lo que han escrito sobre él, no sólo Ruth Mack Brunswick o Muriel Gardiner o Jones sino el mismo Freud, este hombre muestra su asombro y dice no entender nada y habla de «ideas delirantes», *das sind ja Wahnideen*, dice. Se le ve turbado, se confía a Karin Obholzer extrañado de ser escuchado, y no sólo interpretado aconsejado o reprochado. La vejez no le quita sabiduría a pesar de la pobre estrechez de su vida.

Repite continuamente que el psicoanálisis infantiliza, que la transferencia es una «falsificación de la realidad» y que, sin embargo, el psicoanálisis sin la transferencia no sirve para nada, lo que significa que si el psicoanálisis pudiera verse desde una perspectiva crítica no quedaría mucho de él (*wenn man alles kritisch betrachtet, bleibt nicht viel übrig von der Psychoanalyse*). Pero, más adelante, reflexiona sobre lo que supone el psicoanálisis de dependencia y de desprecio a la posición crítica y cómo entonces no tiene mucho de terapéutico. Aunque en un principio así lo creas, sólo consigues vivir al dictado de la «razón ajena» y así «no vas a llegar muy lejos», pero uno se aferra al psicoanálisis, es como una droga, al principio crees que has descubierto tu verdad más recóndita, pero al final no es así, es sólo una ficción del psicoanálisis y, de pronto, te das cuenta de que todo sigue igual, que no has conseguido nada, y que en vez de hacer tu vida, de despedirte de Freud, de Muriel Gardiner y de Ruth Mack Brunswick, en vez de eso hay que estar, dice, en una atroz dependencia a una mujer que no amas y que no puedes abandonar.

Se está refiriendo a una extraña relación de miedo y dependencia que tiene con una mujer que todo el tiempo se queja y le pide dinero. En cada uno de sus encuentros con Karin Obholzer vuelve a salir el tema de esta mujer terrible que se queja sin parar, que le reprocha, le saca dinero y le exige más y más, mientras ahí está él atrapado por la culpa y la dependencia, como si esta mujer fuera la representación radical de todas sus dependencias, de su propia dependencia al psicoanálisis, a la vez impotente y degradado, como a veces se puede uno imaginar al psicoanalista atrapado en su discurso y, como Sergei Pankejeff, finalmente sin encontrar una salida hacia el mundo, hacia una vida cuya estricta intimidad es la mejor defensa contra la esclavitud. Sergei Pankejeff es tan víctima como el psicoanalista mismo del dispositivo de poder y dependencia en el que analista y paciente pueden verse atrapados si no se apercibieran pronto de que la salida es la interrupción, la ruptura, que no hay finalmente otra curación que la de curarse de la demanda de curación.

De los cinco casos freudianos, el de «el hombre de los lobos» es el más delirante y desmedido. Ningún otro refleja con tanta nitidez esa dependencia mutua y loca de analista y paciente al discurso analítico. Dora era la exposición de un fracaso terapéutico, «el hombre de las ratas» explicaba un recorrido limitado de un tratamiento, y en cuanto a Juanito, era un niño que no estaba en tratamiento con Freud, y a quien ve en una sola ocasión. Freud usaba el material suministrado por el padre de Juanito para argumentar sus hipótesis o conjeturas teóricas y pensarlas a modo de verificación clínica, aunque curiosamente no se tratara de un paciente suyo. El caso Schreber es un caso ficticio desde el punto de vista clínico, ya que lo que hace Freud es una elucubración y aplicación de sus teorías edípicas a las

extensas memorias escritas de un esquizofrénico, que Freud resume de manera magistral, a pesar de que se pueda discutir la excesiva ampliación de significado que lleva a cabo con su teoría edípica.

«El hombre de los lobos» tiene la particularidad de querer ser el caso de un éxito terapéutico, la confirmación de la *vis curativa* del psicoanálisis. Así lo concluye no sólo el mismo Freud, sino que después de muchos años y una vez que ya se había comprobado que el «hombre de los lobos» no pudo nunca hacerse cargo de su vida ni recuperar su nombre, aun así, en esos momentos en los que el fracaso terapéutico era una evidencia, tal como las conversaciones con Karin Obholzer demuestra, aun después de eso, Muriel Gardiner escribe que «los resultados positivos del Hombre de los Lobos son verdaderamente impresionantes» [cf. *El Hombre de los Lobos por el Hombre de los Lobos* (2)].

Por ello, este caso ilustra cómo el riesgo de la clínica psicoanalítica reside en que ni paciente ni analista hablen en nombre propio, sino como miembros de esa pequeña sociedad que soporta la ficción analítica, una especie de delirio compartido. Freud alarga el texto (3) en el que construye el caso de manera ya aburrida, que lleva incluso a su traductor, López-Ballesteros, a saltarse de vez en cuando algunos párrafos para aligerarlo. En efecto, Freud alarga el texto de forma exagerada, da vueltas, está inquieto, pero no puede parar, cree haber conseguido el hallazgo de la escena originaria. Dicha escena sería la explicación causal de toda la vida y patología de «el hombre de los lobos». Cree descubrirla a partir del sueño que le da nombre al caso:

«Soñé que era de noche y yo permanecía en mi cama... De pronto, se abre sola la ventana y veo, con gran sobresalto, que en las ramas del viejo nogal situado frente a la ventana hay encaramados unos cuantos lobos blancos. Eran seis o siete, enteramente blancos y más bien parecían zorros o perros de ganado, pues tenían grandes colas, como los zorros, y enderezaban las orejas como los perros cuando ventean algo. Presa de horrible miedo, grité y me desperté...» [p. 149; p. 198 de la edición castellana (4)].

Freud se lanza, voraz, sobre el sueño para interpretar cada uno de sus detalles, todos transparentes a la luz de la escena originaria, que es construida de esta forma: «Lo que aquella noche se activó en el caos de las huellas de impresiones inconscientes (... *unbewussten Eindrucksspuren*), fue la imagen de un coito de sus padres, realizado en circunstancias poco habituales pero especialmente favorables para la observación». A partir de que con la edad de diez años comenzara a padecer depresiones que se iniciaban a primera hora de la tarde, concluye Freud que tales depresiones eran sustitutos de una fiebre palúdica que sufrió a la edad de año y medio y cuyo punto culminante eran las cinco de la tarde, la hora en la que «el infantil sujeto sorprendió el coito de sus padres». La hora la fija Freud conforme

al número de lobos blancos que dibuja el paciente, sin que vea obstáculo en el hecho de que antes hablara de seis o siete lobos. Los padres están desnudos en la cama, pues hace calor, y las sabanas blancas se corresponden con el color de los lobos del sueño. El coito que observa tan infantil sujeto, a la temprana edad de año y medio, es un *coitus a tergo, more ferarum*, como lo califica más adelante, es decir, primitivo, «filogenético», según la sorprendente apreciación freudiana, quien parece tener una idea precisa de cómo se ha de practicar el coito de forma civilizada. «Cuando el niño se despertó, fue testigo de un *coitus a tergo* repetido por tres veces, pudo ver los genitales de su madre y el pene de su padre y comprendió perfectamente el proceso y su significación» (pp. 156-57).

Esta escena está en el origen de la neurosis del sujeto. ¿Por qué? En primer lugar, es un «acto violento», pero la «expresión placentera» que observa en el rostro de la madre alude a la «satisfacción». En segundo lugar, «lo esencialmente nuevo que descubre la observación del comercio sexual de los padres, es el convencimiento de la realidad de la castración (... *der Wirklichkeit der Kastration*)». El resultado es un ataque de miedo al padre: «El miedo a ser devorado por el lobo era una transformación regresiva, como luego se verá, del deseo de ser copulado por el padre (*vom Vater koitiert*, no se puede traducir por «copular con el padre», hay, pues, que forzar el idioma y decir «ser copulado» o quizá «ser follado por el padre») es decir, de ser satisfecho por él como la madre, *d.h. so befriedigt wie die Mutter*. Y concluye así: «Su última meta sexual, la posición pasiva ante el padre, había sucumbido a la represión, y en el lugar del miedo al padre se instaló la fobia al lobo».

Una rápida y contundente conclusión que inquieta al propio Freud. Por otro lado, la represión remite a una inscripción inconsciente y, por tanto, a la memoria, pero esta escena originaria escapa al recuerdo posible del paciente. ¿En qué basar entonces su conclusión si no admite verificación alguna en la memoria del paciente? Un día le preguntó Karin Obholzer a «el hombre de los lobos», que por qué Freud había construido tal escena. A lo que Sergei Pankejeff responde: «Habría que resucitar a Freud y preguntárselo. No tengo ni idea sobre lo que pasaba por su cabeza» (Obholzer, K., p. 57). Pues bien, no hay que resucitar a Freud para preguntarle lo que le pasaba por la cabeza. Hay en el relato del caso un momento en el que Freud se detiene para hacerse algunas preguntas al respecto, y abre un capítulo que titula *Einige Diskussionen*, cuestiones a discutir o a debatir. El capítulo comienza, sin embargo, con una extraña intimidación:

«Se ha dicho que el oso polar y la ballena, no pueden hacerse la guerra porque, hallándose cada uno confinado en su elemento, no pueden aproximarse. Pues bien, de igual modo me es a mí imposible discutir con los trabajadores del campo de la psicología y de la neurología que desconocen las premisas del psicoanálisis y toman como artificiosos sus resultados...» (p. 166).

¿Con quién quiere usted discutir entonces?, ¿con quien ya está previamente convencido? Afortunadamente esa entrada intimidatoria no le impide hacer tres preguntas oportunas para el debate que propone: ¿es posible que «un niño de año y medio pueda asimilar las percepciones de un proceso tan complicado y guardarlas en su inconsciente» y «que luego, a los cuatro años pueda hacer una elaboración a posteriori (*nachträglich*) de ese material para facilitar su comprensión» y, más tarde, «hacer consciente de modo convincente y coherente los detalles de una escena vivida en tales circunstancias»? Preguntas pertinentes y adecuadas para el debate en cuestión.

En cuanto a la primera pregunta, ya en la correspondencia con Fliess y en el capítulo siete de la *Traumdeutung*, aparece un esquema provisional del aparato psíquico como un sistema de reinscripciones y elaboraciones a partir de las primeras experiencias de satisfacción sensitivas y perceptivas. Las huellas son percepciones que quedaron como tales huellas, es decir, que no se perdieron y quedaron guardadas y conservadas en el inconsciente (*bewahren*, es el verbo preciso utilizado). Por tanto, están las huellas inconscientes como experiencia sensitiva y no de sentido.

La segunda pregunta atañe a otro momento, el de la elaboración. El término que utiliza Freud es el genérico de *Bearbeitung* y no el que había consagrado en un artículo de 1912 titulado *Recuerdo, repetición y elaboración (Durcharbeitung)*. Quizás se pudiera atribuir a las notas que Freud hubiera tomado del caso entre 1910 y 1914, período del tratamiento del «hombre de los lobos», pero si el caso es publicado en 1918, Freud ya había tenido tiempo de corregir el término. Creo entonces que simplemente Freud, a pesar de su preferencia conceptual y metapsicológica por el término *Durcharbeitung* para nombrar la elaboración (5), no lo considera contradictorio con el más genérico de *Bearbeitung*. *Durcharbeitung* es utilizado por Freud en el artículo aludido en el contexto del tratamiento analítico como proceso (*durch*), mientras que aquí se está refiriendo quizá al modo de proceder de lo psíquico en general. En todo caso, esas huellas inconscientes van a exigir, o simplemente va a suceder, que haya un tipo de elaboración, *Bearbeitung*, conforme al cual se las construya como escena comprensible, es decir, con sentido.

La tercera pregunta es simplemente un presupuesto que da su razón de ser al tratamiento psicoanalítico, pero que aquí se incluye porque lo que Freud pretende es establecer la verdad del acontecimiento. El asunto no es que haya tal interpretación de la relación con el otro de manera imperiosa, el asunto es que se trata de la «elaboración» de un hecho determinado, acontecido y percibido, como es la escena del coito de los padres.

Aquí empiezan los problemas. ¿Por qué esa escena originaria se convierte en traumática? ¿Qué la convierte en traumática? ¿El que el niño no tenga aún sufi-

ciente comprensión de lo que ve? Si es así, ¿por qué no le pasa desapercibida?, ¿qué hace que le ataña?, ¿es simplemente por su carácter sexual?, ¿es por la condición sadomasoquista que conlleva? Pero si esa versión es posterior, como el propio Freud reconoce, y sobre todo causada por la percepción sensorial del coito de los padres, ¿cómo puede ser a la vez anterior, pues es su condición traumática? Eso es un contrasentido, puesto que esa construcción freudiana está hecha para dar cuenta de un hecho particular y contingente que, sin embargo, el propio paciente desconoce. Pero aún hay más, si se quiere colocar el tema en el terreno de los hechos, ¿dónde situar la verificación del hecho? No habría otra posibilidad, en efecto, que atender a la tercera de las preguntas freudianas y considerar que su verificación estaría en el recuerdo consciente de ese supuesto recuerdo o memoria inconsciente. Freud expresa muy bien lo que es la memoria inconsciente: son las huellas de experiencias tempranas que marcan y construyen la vida psíquica del niño, su demanda de satisfacción. Esa memoria de las huellas se rescribe en un segundo momento como interpretación que las haga comprensibles, en suma que les dé sentido. Pero, ¿cómo se corresponde esa versión con el hecho traumático, toda vez que en la consideración freudiana el hecho traumático no es la condición misma de la indefensión y de la vulnerabilidad de la condición subjetiva, sino que ha de atribuirse a un hecho particular de contenido sexual preciso y contemplado por el niño? Esto le obliga a tratar la memoria inconsciente como si fuera una memoria policial que busca el hecho criminal, con lo cual el «reo» ha de confesar o ser cogido *in fraganti*. No hay otra prueba. Pero puesto que se trata de supuestos hechos tan antiguos, ya no cabe el ser cogido *in fraganti*, sólo queda la confesión. Para conseguirla sólo hay dos modos: el recuerdo o la reconstrucción. No son contradictorios entre sí. Lo que Freud pretende es que ambos se garanticen mutuamente. Yo, psicoanalista, te construyo la escena y entonces tú, paciente, me la confirmas con tu recuerdo.

La dificultad última proviene de que esas escenas son tan tempranas y arcaicas que no son accesibles al recuerdo, por lo que «estas escenas infantiles se reproducen en la cura no como recuerdos sino que son resultado de una construcción» (*sie sind Ergebnisse der Konstruktion*) (p. 168). Estas escenas tan arcaicas no son reproducidas en la cura como recuerdos sino que son el resultado de una construcción. No hay pues recuerdo sino sólo construcción. ¿Cuál es entonces su garantía o verificación? Para advertir que no es mera sugestión, Freud recurre a los recuerdos encubridores en los que el paciente recuerda su infancia de manera deformada y reconstruida, a su modo, como fantasías. Pues aquí, dice Freud, es parecido: el psicoanalista ha de construir, incluso adivinar (*erraten*) lo que ocurrió a partir de una suma de indicios (... *aus einer Summe von Andeutungen*) ¿Cuáles? El sueño, el modo como este sueño aparece y se repite indica que el paciente ha

adquirido *eine sichere Überzeugung von der Realität dieser Urszenen*, una tan segura convicción de la realidad percibida de dicha escena originaria, que, añade Freud, *die der auf Erinnerung gegründeten in nichts nachsteht*, que en nada se debe considerar inferior a la basada en el recuerdo ¿Por qué habría de ser inferior? ¿Acaso las convicciones requieren la prueba de la realidad? ¿Acaso el «cargado de razón» está cargado de realidad? La convicción rige la masa, el allanamiento fantasmático, pero nada tiene eso que ver con la autonomía del hecho, con su desnudo acontecer, ni con la intimidad que se fabrica de esa experiencia silenciosa.

Para Freud, sin embargo, la construcción parece un argumento suficiente. En una nota que López-Ballesteros se ahorra pero que tiene su envidia, escribe: «Los más antiguos recuerdos de la infancia no son asequibles (traduzcamos así el expresivo *das ist nicht mehr zu haben*) como tales, sino que son reemplazados en el análisis a través de transferencias («*Übertragungen*») y sueños» (p. 169). Las comillas y el plural de *Übertragungen* transcriben la cita de la *Traumdeutung* y, por tanto, es un modo de hablar de esa época que luego abandona para referirse siempre en singular a la transferencia, *Übertragung*, concepto fundamental del tratamiento psicoanalítico. En efecto, muy pronto se apercibe Freud de lo que serían los límites del recuerdo, lo que en la misma *Traumdeutung* llama inconsciente *an sich*, es decir, el inconsciente de las huellas irreductibles al recuerdo, memoria que no se deja decir en el recuerdo, huellas de experiencias sin argumento, pero que Freud va a pretender sustituir por lo que aquí en este texto llama *construcción*.

¿Cómo entender esta construcción? Por el momento, construcción se refiere al hecho real de la escena traumática, no es la construcción como modo de señalar al sujeto su posición para que así pueda verse en lo que dice, sino verdadera construcción o reconstrucción de un hecho que exige la convicción como prueba. Con este escueto lenguaje, Freud se siente con fuerzas y justificado para seguir adelante, para entrar a saco en la intimidad del paciente y atribuir significado a una asociación con otra, en una deriva metonímica que no tiene límites: el lobo es el padre temible del que se venga blasfemando, de quien tiene una dependencia sexual, pero a la vez esa dependencia sexual le lleva a buscar mujeres degradadas que le ligan con el *more ferarum* del coito paterno y al que se adhiere corporalmente por sus trastornos intestinales, de modo que si no fuera por el temor a la castración que observara en aquella famosa e insistente escena del *coitus a tergo* de los padres, al ver a su madre sin pene, si no fuera por esa terrible observación de la madre sin pene, sería un gozoso homosexual y no un homosexual reprimido, angustiado de perder el pene, si se entregara a esa satisfacción homosexual, y así prefiere «decidirse por el intestino en vez de por la vagina», y por esa razón se convirtió en un cagón, lo que tiene su origen en que el niño de año y medio «interrumpió el coito de los padres con una deposición» y el llanto consiguiente, y así

quedó grabada la asociación de la excitación sexual con el excremento, y a lo mejor así él era una mierda exquisita de sus padres, que si no fuera por el temor a que le cortaran el pene, todo sería estupendo y podría disfrutar de mujeres y hombres a placer. Pero como el padre era castrador, el terror era tan grande que deseaba su muerte, y así se convirtió en castrado y nacen entonces los sentimientos de culpa y viene entonces una neurosis obsesiva y la imposibilidad de ligar el amor y la satisfacción sexual que aparecía tan ligada en aquella campesina, Grusha, con la que se excita, pero cuya excitación anula la «mariposa amarilla», representante del miedo al lobo, del miedo al padre, del miedo a la castración.

Y así prosigue Freud un montón de páginas más para justificar lo injustificable, pero arrastrado por una idea de la construcción, según la cual el analista construye para el paciente el hecho cierto que le sucedió y su sentido, con lo cual suplanta la experiencia del paciente, del que necesita su asentimiento convincente como verificación de la construcción teórica del psicoanalista, entendiendo por tal verificación el asentimiento, la convicción y los efectos producidos por esa convicción. El nudo de la cuestión está en que la memoria se ha visto sustituida por la verdad de la convicción, dado que no cabe recuerdo alguno de vivencias tan tempranas. La convicción pasa a primer plano. En la nota citada, Freud habla de un tipo de sustitución del recuerdo que es la transferencia, aparte del sueño. Ahora bien, si el ombligo del sueño es indescifrable, como afirma Freud en varias ocasiones, ¿cómo podría, sin embargo, descifrarse a partir del sueño una supuesta escena originaria? En cuanto a la transferencia, usarla como sustituto del recuerdo es consagrar su carácter sugestivo y alucinatorio.

Tal invasión en la particularidad de la experiencia del paciente, tal desprecio a la verdad de los hechos, no podía dejar en paz a una reflexión tan impositiva, pero a la vez tan genuina, como era la de Freud. Por de pronto está pillado en la trampa de pensar que la construcción no es una suplantación del recuerdo sino su reconstrucción, pero que al ser tan temprano no cabe esperar su verificación por sí mismo, por el recuerdo mismo, sino por la convicción que la construcción del analista produce en el paciente. Es como si le dijera a Sergei Pankejeff: «usted no puede recordar el silencio de sus primeras vivencias, pero no se preocupe, le construiré el libreto y añadiré un coro de voces, de modo que usted, Sergei Pankejeff, será a partir de ahora no el que vivió la escena sino su espectador. A partir de ahora usted ya no será más Sergei Pankejeff sino “el hombre de los lobos”». Esta cara de perplejidad, ese rictus que le queda, como si una vez más la vida le cogiera desprevenido, la vuelve a encontrar Karin Hobholzer sesenta años después, testimonio entristecido de lo que fue una vida ya no sólo de exiliado sino, sobre todo, de expropiado de intimidad, indistinto e incapaz de sostener su deseo por una mujer. No fue, sin embargo, insensible, y su perplejidad quedó como testimonio del desastre.

Freud, empeñado en una tarea con cuyos límites tropieza una y otra vez, propone la construcción como sustituto del límite del recuerdo, como su ampliación, pero dado que el recuerdo no puede verificarla, la convicción que promueve queda sólo como adhesión al psicoanalista, mejor dicho de ambos, psicoanalista y paciente, al psicoanálisis, puesto que dicha convicción se refiere a una deducción de la teoría, de manera que disentir sería cuestionar al psicoanálisis mismo. Este error freudiano, el de proponer la construcción como sustitución del recuerdo, ha tenido funestos efectos en la clínica psicoanalítica. Lo que en el ámbito del psicoanálisis se llama presentación o construcción ha proseguido esa manera de encubrir y de negar la memoria del paciente para convertirlo en una elucubración teórica. Es muy difícil, si no imposible, que el caso construido pueda atestiguar la experiencia íntima de alguien. Sustituirla por la servidumbre y la pertenencia a la teoría institucional es abrazar la convicción y la necesidad de una sociedad psicoanalítica, de representantes del discurso analítico, forma suprema de denegación en la que la construcción no amplía la memoria singular sino que la borra, no sólo la deforma sino que la anula. Ha proseguido, de forma sólo explicable por la justificación institucional, esa manera de servidumbre de paciente y analista al discurso teórico. Sergei Pankejeff ya no será Sergei Pankejeff sino «el hombre de los lobos», entrando así a formar parte de la sociedad analítica—. Probablemente es un consuelo mental que ha requerido inventar una realidad ficticia que obliga a una atención absorbente y fabuladora que es ya una ocupación en sí misma, la ocupación por antonomasia.

Pero Freud está demasiado cerca del descubrimiento y aún no encontró el suficiente consuelo mental en sus desvaríos, lo que le permite intuir el desastre de Sergei Pankejeff, a quien estuvo dispuesto a pagar su manutención en Viena, supongo que por esa razón. Pero Freud no parece satisfecho con su teoría de la construcción. En 1937 (6), poco antes de morir, vuelve sobre el asunto. Comienza queriendo situar el debate en el terreno epistemológico. La crítica contra el valor científico del psicoanálisis se formula como falta de criterio epistémico, puesto que toda tarea interpretativa del psicoanalista sería correcta, se consiga o no el asentimiento del paciente sin entrar a cuestionar el criterio mismo de dicho asentimiento como criterio científico. Freud pasa a explicar en qué consiste la clínica psicoanalítica y qué papel tendría entonces el asentimiento o la resistencia del paciente. El trabajo analítico, dice Freud, tiene como objetivo alcanzar las represiones más tempranas de las que tanto los síntomas como las inhibiciones son sustitutos de lo que se olvidó, *der Ersatz für jenes Vergessene*. No dice resultados, sino sustitutos. De este modo deja claro que se trata con propiedad de la represión, puesto que fuere el conflicto afectivo que fuere, quedó conservado en el inconsciente.

El camino terapéutico será, en consecuencia, el modo de llegar a ellos, el camino del recuerdo, para lo cual nos sirve todo tipo de cosas (*mancherlei*), desde los fragmentos de recuerdos que se encuentran en los sueños, la asociación libre por donde se cuelan «alusiones a vivencias reprimidas» y, por último, la repetición de antiguas conexiones afectivas que se dan cita en la transferencia. Ahora bien, continúa Freud, sólo al paciente incumbe el poder recordar, pues sólo a él le corresponde la experiencia vivida y reprimida. El analista no puede suplirle en esa tarea. Freud subraya que eso, aunque parezca obvio, debe ser subrayado y tenido en cuenta. Pareciera, pues, que Freud quiere corregir su propia concepción anterior de la construcción que había expuesto en el caso de «el hombre de los lobos». Ya no habla, como hizo entonces, de la construcción como modo de sustituir la memoria del paciente ampliando los límites del recuerdo. Lo que ahora entiende por construcción es la tarea del analista que consiste en lo siguiente: «Ha de adivinar o, mejor dicho, construir (*zu konstruieren*) lo olvidado, a partir de los vestigios que ha dejado tras de sí» (p. 396). Freud subraya el verbo *konstruieren*, y unas líneas más adelante duda en si llamar a esa tarea *construcción* o *reconstrucción* por su semejanza con la excavación arqueológica, aunque el psicoanalista tiene la ventaja de hacer una reconstrucción con algo que aún está vivo. Esa construcción o reconstrucción es tarea del analista. Pero es *un trabajo previo*. Así concluye el primer capítulo: ... *aber ist die Konstruktion nur eine Vorarbeit*, la construcción es sólo un trabajo previo. Freud sigue insistiendo ahora en que la construcción no puede suplir la memoria del paciente.

El capítulo segundo comienza explicando por qué es un trabajo previo. Primero, porque es fragmentario, no es conclusivo, es un empuje al trabajo del paciente, que, en segundo lugar, es quien ha de verificar la verdad o lo oportuno de esa construcción. La construcción no es un invento del analista. Se refiere a un trozo de su historia anterior olvidada (*ein Stück seiner vergessenen Vorgeschichte*), que ha de verse verificado por el recuerdo del paciente. Pero el ejemplo de construcción que propone Freud no parece en verdad muy acertado, sigue teniendo al cuello la soga de la especulación teórica. Leamos el ejemplo que propone:

«Hasta que tenía usted *n* años se consideraba el único y permanente dueño de su madre, luego vino un segundo niño y con ello una amarga desilusión. Su madre le abandonó por un tiempo, y cuando reapareció ya no estaba del todo dedicada a usted. Sus sentimientos hacia su madre se hicieron ambivalentes y su padre ganó una especial significación para usted» (pp. 398-99).

En este ejemplo de construcción Freud no empuja al recuerdo, más bien vuelve a la querencia de sustituirlo, con lo cual el ejemplo que elige más bien contradice la novedad de considerar la construcción *nur eine Vorarbeit*, sólo como un

trabajo previo. Ese error le va a conducir a un embrollo. Dice que puede que esa construcción sea errónea, pero no hay que preocuparse porque será en todo caso inocente, no acarreará más que una pequeña pérdida de tiempo, desdiciéndose ahora, de pronto, de la fuerza de la transferencia. Pero la transferencia está ahí y no es un buen criterio para discriminar entre verdadero y falso. A lo que Freud responde precipitadamente que no hay que exagerar el peligro de la sugestión. El mismo se pone como ejemplo: *Ich kann ohne Ruhmredigkeit behaupten, dass ein solcher Missbrauch der «Suggestion» in meiner Tätigkeit sich niemals ereignet hat* (p. 399) (Puedo asegurar sin fanfarronería que este abuso de la «sugestión» nunca sucedió en mi práctica). Es un truco conocido. Cuando uno se ve cogido en una encrucijada sin salida hace como el Barón de Münchhausen: tirarse de los pelos para escapar por el aire, es decir, recurrir al argumento de autoridad: yo no hago eso, convirtiendo de ese modo el ejercicio epistemológico de la crítica en una ofensa personal: a mí no me podéis atribuir tal cosa. Pero, como digo, Freud carece de la desfachatez de algunos de sus seguidores y se ve obligado a volver sobre la cuestión del asentimiento del paciente, que, según él, no es de fiar, ya diga el paciente «sí» o ya diga «no», por lo que finalmente no disponemos de otro criterio epistémico que la producción por parte del paciente de «nuevos recuerdos que completen y amplíen la construcción» (p. 400).

Pasemos al capítulo tercero, pues las dos páginas que restan del capítulo segundo no tienen mayor interés, ya que son vueltas y justificaciones que no hacen avanzar un ápice la argumentación. El capítulo tercero comienza con este soberbio párrafo cuya importancia ya había subrayado hace años François Roustang (7). Creo que merece la pena citarlo a partir del texto alemán: *Wie dies in der Fortsetzung der Analyse vor sich geht, auf welchen Wegen sich unsere Vermutung in die Überzeugung des Patienten verwandelt, das darzustellen lohnt kaum der Mühe; es ist aus täglicher Erfahrung jedem Analytiker bekannt und bietet dem Verständnis keine Schwierigkeit.* (p. 144). (Cómo ocurre esto en el proceso de un análisis, el modo como una conjetura se transforma en convicción del paciente, no hay que molestarse en describirlo, pues es experiencia diaria del analista suficientemente conocida y que se comprende sin dificultad).

La franqueza de Freud es extraordinaria. No dice hipótesis sino conjetura (*Vermutung*). Una conjetura, a diferencia de la hipótesis, es una ficción interesada. Una hipótesis se detiene antes de su verificación, no soslaya el vacío de saber, no se precipita en concluir. La conjetura suple ese vacío para concluir a toda prisa. De ahí que Freud la ponga en relación con la convicción (*Überzeugung*). La convicción no es la verificación, la convicción no es el razonamiento sino el cargarse de razón, la adhesión al discurso. La conjetura y la convicción juntas suponen un sometimiento al discurso analítico en la que ni el analista ni el paciente tienen

nada que decir por su cuenta, son meros títeres del discurso que despliega conjeturas y exige convicción.

Parece claro que el camino que va de la conjetura a la convicción es de sobra conocido en un análisis. Pero ese es el problema. Freud lo plantea a renglón seguido con toda claridad: *Nur ein Punkt daran verlangt nach Untersuchung und Aufklärung. Der Weg, der von der Konstruktion des Analytikers ausgeht, sollte in der Erinnerung des Analysierten enden; er führt nicht immer so weit. Oft genug gelingt es nicht, den Patienten zur Erinnerung des Verdrängten zu bringen. Anstatt dessen erreicht man bei ihm durch korrekte Ausführung der Analyse eine Überzeugung von der Wahrheit der Konstruktion, die therapeutisch dasselbe leistet wie eine wiedergewonnene Erinnerung* (p. 403). (Sólo hay un asunto que requiere investigación y esclarecimiento. El camino que empieza en la construcción del analista, debería terminar en el recuerdo del paciente, pero no siempre va tan lejos. Con frecuencia, no se consigue que el paciente recuerde lo reprimido. En lugar de ello, si el análisis es conducido correctamente, se alcanza una firme convicción de la verdad de la construcción que produce el mismo resultado terapéutico que un recuerdo vuelto a evocar).

El problema no admite una fácil resolución, pues no es ya sólo el hecho de que no se consiga verificar la construcción con el recuerdo del paciente, sino que la convicción transferencial en la verdad de esa construcción tiene los mismos efectos terapéuticos que tendría el recuerdo íntimo evocado por el sujeto y no impuesto desde fuera. En el lugar del recuerdo está la convicción, y ésta sería de por sí terapéutica. ¿No es eso sugestión? ¿Qué fiabilidad concederle a tal tipo de «curación»? Freud escribe a continuación: *Unter welchen Umständen dies geschieht und wie es möglich wird, dass ein scheinbar unvollkommener Ersatz doch die volle Wirkung tut, dass bleibt ein Stoff für spätere Forschung.* (En qué circunstancias ocurre esto y cómo es posible que lo que parecía un sustituto incompleto termine teniendo un resultado completo, constituye el objetivo de una posterior investigación).

Ya no sólo el recuerdo se convierte en innecesario para los fines terapéuticos del psicoanálisis, sino que nada como la seguridad de la convicción para tales supuestos efectos terapéuticos. En efecto, aquello que parecía un rudimentario sustituto, puesto que no podía en verdad sustituir a la memoria, termina, sin embargo, teniendo un resultado completo, una eficacia mayor que el recuerdo verdadero. Parece claro que esto queda pendiente de una investigación posterior.

Esta posterior investigación nunca se hizo, ni por parte de Freud que murió poco después, ni por parte de las siguientes generaciones de psicoanalistas. En este punto sería bueno recordar que Charcot confiesa a su secretario, George Ginon, poco antes de morir, que su concepción de la histeria era ya caduca y que se proponía desmontar el edificio que había contribuido a levantar. El problema lo expli-

ca Charcot en sus *Lecciones sobre la histeria traumática* (8) de esta manera: «Estas parálisis singulares que han sido designadas bajo el nombre de parálisis psíquica, parálisis dependiente de una idea, parálisis por imaginación, yo no digo, fijaros bien, parálisis imaginaria, ya que en definitiva estas impotencias motoras, desarrolladas por un trastorno psíquico, son, *objetivamente*, tan reales como aquellas que dependen de una lesión orgánica» (p. 98). Freud acepta el reto de dar cuenta de esa la «realidad objetiva» del síntoma. ¿Quién toma el reto de Freud, resumido en este párrafo, de cómo explicar la vinculación de lo terapéutico con la convicción y no con la memoria?

Destino funesto el del psicoanálisis que, como todo el universo *psi*, ha rehuido las preguntas y ha almacenado respuestas para fabricar con ellas convicciones a prueba de toda crítica, con lo que el psicoanálisis mismo se ha convertido en emblema de la denegación, de la insensibilidad y de la rutina. Pero en realidad ya no podemos decir *el* psicoanálisis. Convendría preguntar siempre *qué* psicoanálisis. *El* psicoanálisis se ha revelado deudor de la servidumbre de paciente y analista a un discurso doctrinario. Pero si la clínica psicoanalítica sobrevive es porque no se limita a la servidumbre a dicho discurso. Hay un psicoanálisis para el que la clínica no está al servicio de la Escuela analítica y cuyo objetivo no es la adhesión a la verdad sino la separación y la curación de la demanda de curación, la creación de una intimidad como baluarte contra la servidumbre, la rivalidad y el victimismo. Curarse de la demanda de curación es no prestarse ya más a vender la ofendida intimidad a cambio de un rédito vindicativo y amoroso.

Pero sigamos indagando. Al final del texto que comentamos Freud plantea una pregunta que vuelve a dejar sin respuesta: «Queda pendiente de indagación individual (*Einzeluntersuchung*) la íntima relación entre la actual denegación (... *gegenwärtigen Verleugnung*) y la antigua represión (... *damaligen Verdrängung*)» (p. 405). Esa es la cuestión, pues creo que el enredo en el que desemboca Freud me parece que proviene de no haber comenzado por ahí. La construcción no hace pareja con la convicción más que al servicio de la denegación, del no querer saber, de la insensibilidad. La construcción es sin duda tarea del analista y no del paciente, pero consiste pura y simplemente en señalar la posición del sujeto para que el paciente pueda verse en la escena que se pone en marcha, en la que está encarcelado en su relación con los otros, en señalarle el ángulo ciego de su queja y de su reivindicación, es decir, cómo su agresividad es una respuesta a la angustia que proviene de una inmediatez del otro, pero de lo que tampoco quiere o puede separarse y cómo entonces la demanda, la suya y la de los demás, tiene siempre ese carácter imposible y exasperante, cómo, en suma, la angustia y la agresividad son efectos del presente que obstaculizan la prosodia o la métrica de la intimidad. El afán de destrucción pelea contra el tiempo y la pérdida. Es tan devastador como estúpido.

Pondré un ejemplo concreto para comprender mejor lo que cabe entender por construcción y así poder separarlo tanto de la convicción como de la suplantación del recuerdo. Una joven profesional cuenta que últimamente está provocando altercados en su equipo de trabajo. Describe de manera sencilla y no falta de lucidez una situación que la enerva: en el equipo de trabajo hay unos hombres brillantes y capaces y unas mujeres que van tras los hombres no sólo ineptas sino sobre todo desinteresadas de su trabajo, solicitando y consiguiendo la protección de los hombres, cosa que a ella la desquicia. No puede soportar esa desidia profesional y esa sumisión a los hombres que califica de degradante, y suele suceder que ella salta y lo dice a la cara, con el consiguiente trastorno que eso provoca. Ayer mismo, añade, el altercado continuó en el restaurante donde levanta la voz esta vez contra un señor que no le deja coger de su mesa una silla desocupada.

Este es el asunto contado de manera sucinta. ¿Qué puede hacer el analista? Puede hacer, por ejemplo, como Joan Rivière, y proponer la teoría de la máscara femenina y en concreto de su contradicción entre el ideal y la sexualidad femenina, su rechazo a la sexualidad femenina y la consiguiente envidia de pene, lo que la coloca en un mal lugar, entre el ideal profesional y el deseo sexual, siendo ambos incompatibles. Pues bien, elegir esta opción es sustituir la experiencia concreta del malestar de esta mujer por una teoría que la descalifica como mujer. No sólo eso es descabellado sino que explota lo peor de la posición del paciente: esa mezcla de exigencia y descalificación que suele atezar a los pacientes y a la que es tan fácil recurrir para desacreditarlos a la vez que se les exige más.

Cabría hacer también lo de Freud: encasquetarle la teoría edípica, es decir, cómo ella, tan valorada de niña, fue sustituida por la fascinación del hermano y ella así cayó en celos, envidia peneana y otros menesteres. Esto es, igualmente, proporcionarle una versión, un sentido que puede crear convicción a la vez que le sustrae la particularidad de la situación.

Pero, me pregunto, ¿por qué no orientarse por lo que el paciente cuenta sin tener que recurrir a una teoría exterior o a la vil explotación de su inferioridad en la relación transferencial de poder? Cabe, en efecto, otra opción más a favor del paciente. Decirle por ejemplo: usted describe una escena que le resulta desagradable, la describe con gran precisión y lucidez, pero usted pareciera estar como simple espectadora, indignada por el espectáculo que contempla, pero si usted trae este episodio es por el malestar íntimo que le provoca, por lo que debe haber otra escena que la implique de manera más directa. Uno ya ha oído a la paciente, no es el primer día que la ve, la ha oído relatar su dificultad con las parejas, su infancia llena de exigencias y de ideales, la voracidad materna y algún episodio de anorexia en su pubertad. Por eso uno puede incluso señalarle que parece que sólo se enfada con estas colegas mujeres y no tanto con los hombres y que subraya dema-

siado la desidia profesional de ellas y la protección que, sin embargo, obtienen de los hombres, que quizás eso resalta o contrasta con su manera de exigencia y de insatisfacción. Pero sin incursiones teóricas y sin medias palabras. Que esta intervención pueda considerarse acertada se puede verificar por lo que sigue, por la escena que, en efecto, hay tras estos altercados: una escena familiar en la que ella comenta a sus padres su proyecto de pareja y los padres le responden de manera poco atenta, a lo que para ella es sin embargo un momento de satisfacción intensa, y cómo eso le permite verse en su historia, y cómo de nuevo estos padres sólo parecen vanagloriarse del éxito profesional de la hija, etc.

Una mujer lamenta desconsoladamente día tras otro su falta de pareja y sus reiterados fracasos con las posibles parejas que le salieron al paso. Es tal su desconsuelo que apenas muestra interés en recordar, hasta ese punto es su anulación. Al señalarle tal anulación y como se anula ante la demanda que ella pudiera tener y como entonces absolutiza tanto su falta que es como si el mundo entero quedara paralizado en su umbría y como si no le fuera así posible diversificar sus intereses o sus querer por causa de esa absolutización y esa anulación. Ante esta corta construcción, ella evoca una escena infantil en particular en la que se hace la dormida para ser llevada a la cama por el padre y cómo adquirió ese vicio de no poder pedir sino sólo de hacerse la dormida o anularse para no importunar, etc. He aquí otro pequeño bosquejo de cómo entender la construcción en psicoanálisis.

Se dirá que el paciente no siempre quiere ver, que la denegación puede predominar tanto sobre la represión que el paciente nunca se ve en la escena y sólo ve a los demás en cuanto interpretados, nunca en su realidad concreta. Eso puede ser y ese es el límite de la clínica psicoanalítica. La clínica psicoanalítica se orienta por la represión (*Verdrängung*) y no por la denegación (*Verleugnung*). Ese es el hallazgo freudiano. La construcción ha de estar orientada por tanto hacia el recuerdo y la elaboración inconsciente, lo que es lo mismo que decir hacia la separación y la distancia del duelo. El error de Freud es tomar la construcción como sustitución del recuerdo, produciéndose entonces el delirio a dos que ilustra a la perfección el caso de «el hombre de los lobos» y en general el psicoanálisis institucional, pero que, como intuye Freud, no es el delirio psicótico, ya que éste tiene el propósito para el sujeto de crear una historia, una historia verdadera, pero en todo caso una memoria que pueda tomar la experiencia lingüística en su verdadera condición temporal. Incluso si se toma el delirio como sustituto del recuerdo, esa sustitución la lleva a cabo el propio sujeto a la búsqueda de su palabra, y no el analista.

Si lo que en la clínica psicoanalítica se entiende por represión tiene que ver con esa condición de la palabra como pérdida y pasado, la denegación tiene el propósito de borrar toda memoria y de convertir la palabra en una reivindicación mesiánica o en un insulto. Es llamativo cómo en lo que llamamos «trastornos lími-

tes de la personalidad», ese cajón de sastre diagnóstico, pero que no por ello deja de apuntar a fenómenos clínicos cada vez más frecuentes e incatalogables en las viejas clasificaciones *psi*, es llamativo que en todos ellos aparezca, sea en el más insidioso actuador o en la más férrea inhibición, un presente insoportable, una ausencia de memoria, un desprecio al pasado o una simple incapacidad de separación, de lo que constituye en última instancia la experiencia misma de la palabra. Desconocer esta experiencia creo que está conduciendo a la clínica *psi* a la denegación, a no querer enterarse, convirtiendo por ello a sus practicantes en seres corrompidos por el discurso o capataces de las hordas deprimidas. El psicótico anesthesiado es un psicótico sin delirio, sin palabra. Por otro lado, la invasión de los llamados antidepresivos, consumidos por una mayoría de la población occidental durante años y años, hacen su contribución particular a una sociedad cada vez más insensible.

El encuentro con la memoria que supone la clínica del inconsciente da más valor al recuerdo, a esa condición de ausencia que tiene la palabra, que a toda interpretación. Cabe decir que la memoria es de por sí terapéutica por lo que tiene de distancia subjetiva que devuelve la dimensión temporal al presente. Decir que es de por sí terapéutica quiere decir que no hace falta la interpretación, y en cuanto a lo que venimos llamando construcción, ésta no sustituye nunca al recuerdo, lo convoca o lo anuncia al poner al sujeto en relación con la palabra. No hace insensible, no borra las pérdidas, no nos ahorra el duelo, no rehuye la separación, la no coincidencia íntima con los otros. El objetivo de la denegación es borrar, es olvidar borrando lo que ha ocurrido. En la represión lo que nos sucedió se guarda en el inconsciente como memoria del dolor, pero no como ofensa crediticia.

En otras ocasiones hice la distinción entre memoria y recuerdo según el criterio de las huellas o vestigios que marcan el cuerpo con la experiencia de satisfacción y de dolor sin que esto sea traducible al sentido o a la significación. La memoria serían esas huellas, lo que Freud llamó en la *Traumdeutung* inconsciente *an sich*, y el recuerdo iría ligado a situaciones o trozos perceptivos que buscan el sentido de una pertenencia primaria que es memoria sensitiva antes que fabulación. Freud no entendía por qué el paciente evocaba esos trozos sensitivos a los que prestaba más atención que a la construcción del analista. Afortunadamente, porque esa evocación sensitiva es como cuando alguien se acerca al paisaje de su infancia donde un color, una luz determinada, una particular fragancia del matorral, el fuerte olor del establo, la muda aflicción de la caída y de la esclavitud, acuden antes que el relato de la historia. Esa memoria de los sentidos va a condicionar el recuerdo, su pesar o su alegría, al que va a dar su carácter de intimidad. No es el mero relato del recuerdo encubridor sino la silenciosa memoria del ayer, del instante singular y sensitivo de la vida. Lo

que Freud llamó *überdeutlich* no es lo alucinatorio del recuerdo sino su anclaje en la memoria de los sentidos, en la experiencia del mundo. El recuerdo encubridor es una deformación por su traducción al relato, pero no habría relato o recuerdo si esa deformación no delatara a la vez un lugar efímero en el mundo cuyo mejor destino es marcharse de él antes de convertirlo en un erial o en una reclamación guerrera.

Por eso es tan importante dejar sitio al relato, que el paciente cuente, que oiga finalmente sus palabras y el pasado le sirva para así separarse del presente y acudir a él, al presente, desde la memoria, es decir, en el instante de su pérdida, en su desaparición y no en la pretensión de la protección. Cuando un paciente muy angustiado o inhibido, paralizado, enuncia el verbo en pasado es como si se oyera la respiración psíquica. «El tiempo venera el lenguaje», escribió Auden, como si el lenguaje fuera más grande que el tiempo, pero no es la grandeza sino el engendramiento del tiempo por la palabra. La palabra acoge el tiempo y por eso lo engendra, al engendrar la distancia y la ausencia en la que el sujeto puede vivir. Cuando este hombre que parecía puro automatismo de palabras, rituales y muertas, comienza a poder usar el verbo en pasado, es como si abriera una posibilidad de vivir, de que su palabra acoja el tiempo de su experiencia subjetiva.

Con la denegación, la insensibilidad crece y, por tanto, las cosas no han sucedido, no crearon experiencia, están muertas. Hay una denegación ligada a lo traumático que es indispensable para vivir. Pero hay otra, como ya he repetido, que se rige por la convicción abstracta y por la atribución interpretativa de los demás, que, cargada de razón, ignora la propia posición y se alimenta del daño y del miedo ejercido o temido. Su afecto más temido es la angustia, que no consigue tratar más que gritando o enmudeciendo aterrado. En todo caso, rechaza la memoria y la sensibilidad, todo es presente y se desarrolla ante el tribunal superyóico. La angustia es afecto aterrador del presente, el sentimiento de la supervivencia del indefenso ante el crecimiento masivo de la indiferencia. Antes de perecer en la asfixia psíquica de la depresión, puede alentar la más áspera e indefinida destrucción.

La clínica psicoanalítica busca la memoria y agranda el campo de la sensibilidad, abre así la perspectiva de quien ya no sabe cómo seguir ni a dónde ir. Cuando alguien, agobiado por la angustia de la culpa superyóica, por la necesidad de castigo y de reparación y por la consiguiente y discordante agresividad, se interroga sobre su vida, se abre quizá la posibilidad de enterarse y de agrandar su sensibilidad, y no de volverse insensible.

Aún no hemos conseguido expresar la fuerza y la enjundia que conlleva la clínica de la memoria. Quizás ese empeño freudiano por entender la construc-

ción como sustituto de la experiencia del paciente sea un lastre. También Benjamín utilizó el término construcción en relación con la memoria, pero la *Konstruktion* benjaminiana está curiosamente más cercana a como podemos entenderla en la clínica. No es la nostalgia o la fijación al pasado, es construir el presente con el pasado. Si la historia académica, si la disciplina de la historia, es un proyecto de olvido que se fabrica con los resultados tomados como ley o como inevitables, la memoria es todo lo contrario, es tomar lo perdido, la derrota, la *Versagung*, como formando parte de la realidad. Lo que no hay, lo que falla, tanto el anhelo como la derrota, el acto equivocado, las consecuencias de ese acto, la repetición del daño, lo que no se previó y se quería otra cosa, lo que se perdió y no se consiguió, el revés en suma, forma parte de la realidad. «Es lo que hay», se suele decir para acallar el anhelo y hacer confesión de pragmatismo. Nada menos cierto, lo que no hay también es real y siempre *hay* otra posibilidad, pues *hubo* otra posibilidad. Eso es independiente de que el sujeto tuviera opción o no a esa otra posibilidad, pero lo que hubo y sucedió es una posibilidad aunque fuera la única posible en ese momento, y al ser del orden de la posibilidad habría, por tanto, otra derrotada.

La clínica de la memoria acoge la contingencia del cambio y no el simple lamento, porque la experiencia de lo que acaece y de lo que se ansía, del encuentro y de su pérdida, es experiencia del tiempo, incluye la temporalidad en el presente. El presente no es una eternidad inmóvil, porta la memoria y la ausencia, y por eso permite la percepción de su injusticia. No hay conformidad con el presente, como no la hay con lo fáctico o con el poder. El pasado está vivo, se guarda en el inconsciente, así pues siempre queda otra posibilidad, el presente no lo es todo, queda otra posibilidad hasta el momento mismo de la muerte involuntaria o voluntaria.

Cuando Hegel confunde la Razón con la Historia, ha destruido con su desprecio la experiencia y ha obligado a *reconciliarse* con la realidad entendida como Presente Absoluto, tras los avatares del movimiento ya predeterminado como Progreso. Nada cabe hacer con el Orden Universal que sabe y desprecia lo particular, conoce el todo, pero carece, como el Dios de Schreber, de la experiencia de lo vivo. El retorno de lo reprimido, esa presencia inesperada del pasado en el momento de peligro, como lo diría Benjamin, en el momento en el que el deseo y la angustia ya no se consuelan con la guerra, es una oportunidad. La respuesta que construimos como defensa y dominio venció sobre otra posibilidad para escapar lo más rápido de la angustia de la soledad, pero el retorno de su fracaso en el dolor del síntoma es aún anhelo de otra cosa. Ese anhelo nace de la experiencia del pasado en el presente, del síntoma mismo como retorno de lo reprimido. No borrar esa experiencia sino tomarla como intimidad propia, como duelo y no sólo como luto,

esa es la posibilidad de no sucumbir al ruido de la venganza y a la conformidad con lo fáctico, sino percibir el horror de muerte que lleva todo presente que borra el pasado y el empuje a la abstracción que es el olvido.

La clínica de la memoria es clínica de la experiencia subjetiva y del cambio interno al deseo y al acontecer. Lo que acontece tiene consecuencias, pero aun así o por eso mismo, no es *todo* lo que sucede. Los vencidos, los derrotados, los suplicantes, no son figuras patéticas, son figuras íntimas de cada uno, y quien vocifera contra toda súplica eligió el asesinato, está a la espera del verdadero ejercicio del poder que consiste en lanzarse al cuello del enemigo de turno para llevar el proyecto de olvido a sus últimas consecuencias. A veces ese enemigo está en el pasado y se escribirá la historia para el ajuste de cuentas del presente, para olvidar y borrar del mapa el hecho de la derrota y el crimen. No hay que ir al pasado, el pasado está aquí, en el presente, ignorado, pero real. El retorno de lo reprimido ha de ser tomado en su condición de memoria para que el pasado tenga su tiempo y no sea sólo una condena. Eso requiere que no sea borrado a toda costa.

La clínica de la memoria trata la posibilidad de la separación, no del olvido o de la insensibilidad. Por eso, el paciente es insustituible en su experiencia y la construcción que hace el analista no supe la memoria del paciente, sólo la convoca al poner al sujeto en relación con su palabra. La construcción del analista acoge esa palabra y por no usurparla abre la oportunidad a la separación. La separación es el objetivo de un análisis, ningún otro sino la separación. La intimidad conseguida es dejar de ir lamentándose ante los otros, es escuchar y atender a los demás y tomarlos en su realidad concreta, es callarse.

Weg von hier, dass ist mein Ziel, fuera de aquí, esa es mi meta, dice Kafka en ese pequeño relato llamado *La partida*. No coincidir con el presente, no desconocer o borrar la derrota que nos empuja, no tener compinches, proteger la intimidad, es resistir a la barbarie de la servidumbre. Ese es el límite de una clínica de la memoria.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) OBHOLZER, Karin, *Gespräche mit dem Wolfsmann*, Hamburgo, Rowohlt, 1980.
- (2) GARDINER, Muriel (ed.), *El Hombre de los Lobos por el Hombre de los Lobos*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1979.
- (3) FREUD, S., «Aus der Geschichte einer infantilen Neurose (*Der Wolfsmann*)», *Studienausgabe VIII*, Francfort del Meno, Fischer, 1969.
- (4) FREUD, S., «Historia de una neurosis infantil», en *Sexualidad infantil y neurosis*, Madrid, Alianza, 1972.
- (5) PEREÑA, F., *De la violencia a la crueldad*, Madrid, Síntesis, 2004.
- (6) FREUD, S., «Konstruktionen in der Analyse», *Studienausgabe Ergänzungsband*, Francfort del Meno, Fischer, 1975.
- (7) ROUSTANG, F., «Assez souvent», en *...Elle ne le lâche plus*, París, Minuit, 1981.
- (8) CHARCOT, J. M., *Lecciones sobre la histeria traumática*, Madrid, Nieva, 1989.

* Este texto forma parte del próximo libro de Francisco Pereña: *Fragments de la vergüenza*. Es una adaptación resumida del primer capítulo de la tercera parte de dicho libro.

** Fecha de recepción: 12-XII-2006.

LIBROS

CRÍTICAS

Giovan Battista della PORTA, *Fisiognomía* I, Madrid, AEN, 2007, 281 pp.

Nacido el otoño de 1535, el napolitano Giovan Battista della Porta es uno de los pilares de la cultura partenopea. Vástago de noble familia destacó pronto por su intelecto. Vivió ochenta años y desplegó una incesante actividad científica y cultural: fundó la Academia de los *Secreti*; fue el artífice de la filial de los *Lincei* creada en Nápoles; y en su *Villa delle Due Porte* gestionaba un jardín botánico y un incipiente museo de historia natural. Escribió numerosos tratados pero debe su fama y el crédito histórico que le acompañan a su monumental *Magia naturalis*, que en 1589 alcanzó los veinte libros desde los cuatro iniciales del año 58, y, especialmente, a la *Fisiognomía* que nos ocupa, *De humana physiognomia* en el original latino publicado en 1586, que mantuvo su hegemonía hasta la centuria del setecientos, desplazada entonces por *El arte de conocer a los hombres a través de la fisionomía* escrito por Johann Kaspar Lavater. Fue el *príncipe de los fisionomistas*, si hacemos caso al antropólogo Julio Caro Baroja (*Historia de la fisiognómica*). Quiso conocer la naturaleza y lo hizo desde parámetros heterodoxos contrariando al tribunal inquisidor del Santo Oficio, pero supo vadear el vía crucis con paciencia y buenas amistades evitando dar con sus huesos en la mazmorra.

En *Las palabras y las cosas* teoriza Foucault que durante el siglo XVI se comprende la naturaleza como un conglomerado de signos dispuestos para que los hombres desvelen las ocultas propiedades (Madrid, Siglo XXI, 1989, p. 65). Porta participó de este anhelo, y puso todo su empeño en revelar la misteriosa relación

espíritu-materia contenida en los objetos naturales. Su sabiduría fue polivalente, la botánica, la agricultura, la zoología, la astronomía, la óptica, la ingeniería, la geometría, la quiromancia, son materias que le pertenecen y practica enarbolando la bandera de un empirismo tendencioso, pues los fenómenos descritos están regulados por la misma irracionalidad que pretende combatir mediante la observación y la experiencia. Como consecuencia, en sus manos la naturaleza continúa siendo misteriosa, intuitiva, sibilina, prodigiosa, tiene mil caras modeladas en la más pura tradición aristotélica de materializar el alma usando el cuerpo. Todo es una metáfora fisiognómica y ningún objeto escapa a los designios de su conformación. Ésta es la clave ideológica del mundo mágico confinado en sus escritos.

Desplegando esta filosofía, la *Fisiognomía* portiana desarrolla el arte de adivinar las cualidades del alma atendiendo a los signos corporales. Primero aprendemos a identificarlos: están los signos relativos al temperamento del corazón, del cerebro, de la sangre, sobre el humor melancólico, el humor flemático, los relacionados con la cólera, los hay en comparación con los animales, según los climas, dependientes de la alimentación, de la edad, del sexo. Luego sabremos qué significan. ¡Ay de aquél que sea cabezón!, y los risueños que se apliquen el cuento: *la risa abunda en la boca del necio*.

Releer la *Fisiognomía* de Giovan Battista della Porta, a los clásicos siempre se les está releyendo o no lo serían, como enseña Italo Calvino (*Por qué leer los clásicos*), es recuperar un viaje iniciativo lleno de promesas, curioso, ingenuo, siempre atractivo. Una aventura intelectual que

arrebata por el mero placer de la lectura. Miguel Ángel González Manjarrés es el responsable de la cuidada traducción, las proliferas notas, y una introducción medida y erudita donde se discute el tema, del autor, y la obra sin caer en la tentación de construir un libro paralelo. Traducir por vez primera al español un clásico italiano del *cinquecento* es un feliz atrevimiento editorial digno del mayor de los elogios, y, puesto que somos lo que leemos, estamos de enhorabuena.

Andrés Galera

Javier SÁEZ, *Teoría Queer y psicoanálisis*, Madrid, Síntesis, 2004, 221 pp.

Teoría Queer y psicoanálisis es un magnífico texto, recientemente traducido al francés, que tiene como argumento principal el estudio de los dispositivos morales, filosóficos, religiosos, médicos y políticos que cubren el campo del deseo. Pero una meditación acerca del deseo, dada su naturaleza política, es inseparable de una reflexión sobre la esencia del poder. El poder para Sáez, en continuidad con Foucault, no es una instancia vertical que se cierne sobre los individuos sino un entramado de relaciones en el que estamos inmersos. A partir de esta concepción reticular, la teoría *queer* se interesa por los discursos, las prácticas y las organizaciones sociales que configuran normativizando la sexualidad.

Además, a lo largo del libro, el psicoanálisis aparece de fondo. Sáez incide en los presupuestos homófobos que acompañan a la tradición psicoanalítica. Como ejemplo de ello, el autor recoge las jugosas y polémicas reflexiones del filósofo francés Didier Eribon de lo que, en su opinión, constituye

una constante en la obra de Lacan: su heterocentrismo. Puede decirse que la herencia analítica no hizo suya la revolucionaria afirmación de Freud según la cual la pulsión carece de objeto, quedando, por lo tanto, liberada del lastre de todo biologicismo que la vinculase a un proceso natural. Es en contra de esta genial intuición como se habría escrito la historia del movimiento psicoanalítico y en donde lo *queer* encuentra su espacio a la hora de enfrentarse con el freudismo.

Teoría Queer y psicoanálisis se divide en dos partes. En la primera, y más extensa, se analiza el significado del término *queer* ('rarito', 'curioso', 'extraño'), describiendo el contexto socio-político en el que habría nacido, sus referentes filosóficos (Foucault, Deleuze-Guattari y Derrida) así como la aportación intelectual de las teóricas *queer*: Monique Wittig, Adrienne Rich y Gayle Rubin. En la segunda, se relaciona el psicoanálisis y, sobre todo, la intervención de Lacan, con la teoría *queer*, subrayando las conexiones y diferencias entre los dos discursos.

Lo *queer* surge en California en los años ochenta como una forma de autodenominación de ciertos colectivos, lesbianas negras y chicanas principalmente, en los que la raza o la posición socio-económica jugaba un papel central en su realidad personal, en respuesta a una especie de 'identidad gay' que estaba imponiéndose la cual, tras la búsqueda de los valores de estabilidad y respetabilidad, visualizados en la institución del matrimonio, escondía un discurso cada vez más conservador. En consecuencia, hacer de lo *queer* un saber académico es olvidar su originario sentido político: En el principio fue la acción. De ahí las prevenciones que muestra Sáez a la hora de reducir lo *queer* a una 'teoría' en su sentido epistemológico.

LIBROS

Además, lo *queer* es una reivindicación de otras sexualidades ‘desviadas’ –sea el sadomasoquismo, el fetichismo, el travestismo o la transexualidad– una vez que lo gay ha atravesado las puertas de la aceptación social. Quienes deciden autonominarse *queer* se oponen no sólo a los intentos de inscribir el deseo en una supuesta normalidad psíquica sino también a la demonización de aquellas conductas sexuales que exceden el marco de la homosexualidad ‘tolerada’.

En cuanto a la vinculación entre psicoanálisis y *queer*, el debate lo inaugura Freud cuando, a propósito de la homosexualidad, deja de considerarla una patología para ver en ella una disposición sexual presente en todo individuo. Lacan, por su parte, mantiene, en este punto, una posición compleja pues, al tiempo que separa deseo de género, desplazando el ámbito de la sexualidad hacia lo Real, no abandona, a pesar de ello, el lenguaje de la perversión cuando aborda la temática de la homosexualidad o del travestismo. Entre las autoras *queer* más críticas con Lacan encontramos a Teresa de Lauretis quien le reprocha la centralidad que otorga al falo y a Marie-Hélène Bourcier que rechaza el olvido del psicoanálisis de lo público, de la política, al limitarse al ámbito de lo privado entre paciente y analista.

Hay, para terminar, una discrepancia insalvable entre la perspectiva *queer* y el modelo psicoanalítico. Concretamente, en el lugar que cada uno concede a la diferencia sexual. Para la teoría *queer* la propia diferencia sexual, de la mano de Monique Wittig o Beatriz Preciado, es ya un efecto del orden heterosexual y, por lo tanto, un postulado a subvertir. Las lecturas *queer* ponen en el punto de mira la aceptación incuestionada de la polaridad sexual. No se

trata, entonces, de destacar el carácter social del concepto de género, como acertadamente supieron ver las corrientes del feminismo clásico, sino de extender esta idea de artificiosidad a la noción biológica de sexo. El sexo pasa a ser interpretado como un texto donde confluyen diversos discursos hasta configurarlo como un producto cultural más.

Luis Aragón González

Jeremy SAFRAN, Christopher MURAN, *La alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional*, Bilbao, Desclee de Brouwer, 2005, 336 pp.

Nos llega ahora este libro en lengua castellana, tras aparecer en 2000 con el título *Negotiation the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. En él, sus autores, Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran, contemplan una psicología bipersonal y una epistemología constructivista, prestando una creciente atención a la experiencia y la participación del terapeuta en el marco siempre «del aquí y ahora» y de la teoría relacional. Enfatizando cómo la calidad de la alianza terapéutica es el predictor más robusto del éxito del tratamiento, corroborado por más de medio siglo de investigación psicoterapéutica. Aclaran, ya en una primera parte introductoria, la finalidad formativa de este libro, pretendiendo que los terapeutas se instruyan en la negociación de las rupturas de la alianza terapéutica, así como en el trabajo constructivo de los procesos negativos de la psicoterapia.

Se divide el libro en siete grandes capítulos, teniendo los tres primeros un enfoque principalmente teórico y los últimos

una naturaleza más técnica, claramente influenciada por el programa de investigación sobre la alianza terapéutica desarrollado por los autores desde los años ochenta, primeramente en el Instituto de Psiquiatría Clarke de Toronto y posteriormente en el Centro Médico Beth Israel de Nueva York.

En el primer capítulo, «La Alianza Terapéutica Reconsiderada», se realiza una exhaustiva revisión del concepto de «Alianza Terapéutica», teniendo en cuenta diferentes tradiciones psicoterapéuticas: tradición experiencial (*gestalt* y terapia centrada en el cliente), terapia cognitiva y especialmente la teoría psicoanalítica, adaptándolo a las perspectivas teóricas contemporáneas.

Ya en el segundo capítulo, «Presunciones y principios generales», se desarrolla desde una óptica más general los cimientos para el trabajo sobre los impases terapéuticos. «Cómo entender la ruptura de la alianza y los impases terapéuticos», título que encabeza el tercer capítulo, resume el objetivo de este apartado: gestionar las rupturas de alianza y los impases desde una variedad de perspectivas complementarias; entendiendo los impases como vía para acceder a los esquemas relacionales del paciente y no como un obstáculo a superar.

Se detalla en el cuarto capítulo los principios tanto generales como específicos de la metacomunicación terapéutica, principios generales en los que se diferencian tres partes: participación-orientación, atención-foco y expectativa. Se describen los principios específicos bajo los encabezamientos de conciencia y comunicación, al tiempo que toda la exposición viene apoyada con numerosos ejemplos y esquemas clínicos, así como con el desarrollo de ilustraciones clínicas.

Los «Modelos de estadio-proceso para la resolución de la ruptura de la alianza» supo-

nen el centro de interés en el quinto capítulo, tanto de las rupturas por distanciamiento como por confrontación. Realizan Safran y Muran un completo esquema teórico de ambos modelos, apoyados por clarificantes ejemplos clínicos, producto todo ello de más de una década de investigación. Facilitando al terapeuta en gran medida la negociación satisfactoria de las rupturas de alianza. Todos estos principios descritos en los anteriores capítulos son aplicados ahora a la «Terapia Relacional Breve», contemplando una psicología bipersonal y epistemología constructivista, prestando principal atención al «aquí y ahora».

Finalmente en el capítulo séptimo nos proponen «Un enfoque relacional para el entrenamiento y la supervisión», en el que se evidencia de nuevo el papel clave que la supervisión desempeña en la práctica profesional y en la formación de los psicoterapeutas, información que incluya un componente experiencial significativo, que subraye al proceso de crecimiento personal.

Iria Prieto

Piedad RUIZ, *El maltrato a la mujer*, Madrid, Síntesis, 2006, 167 pp.

«Un enfoque psicoanalítico a través de su historia y de su clínica», lleva de subtítulo este libro al que hay que considerar de entrada como lúcido, valiente y necesario, además de oportuno, porque ordena y esclarece un fenómeno, el del maltrato a la mujer, eufemísticamente llamado violencia de género, de candente actualidad, sobre el que se vierten apresurados juicios y sobre el que brillan por su ausencia análisis de más largo alcance como el que este libro nos brinda.

LIBROS

La sencillez y la claridad presiden el texto de esta psicoanalista que por encima de ortodoxias doctrinarias y sin abandonar el rigor de una atenta y crítica lectura de los textos, desde el pensamiento feminista a Freud y gran parte de los autores más destacados del psicoanálisis, y de una cuidadosa escucha del doloroso testimonio de muchas mujeres, nos trasmite de un modo directo y audaz, y yo diría que al alcance de cualquier lector interesado, una mirada indagadora, primero sobre las condiciones sociohistóricas que han precedido y posibilitado la emergencia de una realidad convertida hoy en tragedia y síntoma social de una época y después y fundamentalmente sobre la clínica del maltrato, tomado éste como síntoma subjetivo, psíquico y sirviéndose para ello de las elaboraciones del psicoanálisis, que con su teoría del sujeto como sexuado ha podido ampliar el pensamiento feminista sobre el maltrato y trascender los postulados falocéntricos.

Como nos señala en el prólogo Francisco Pereña, Piedad Ruiz junto a otras mujeres psicoanalistas se han empeñado en los últimos años en un trabajo de investigación riguroso y sostenido que trata de saldar una deuda histórica del psicoanálisis y de la teoría psicoanalítica con la mujer. Libres de la servidumbre al fantasma masculino, nadie como ellas para pensar las consecuencias de esa servidumbre.

El libro se estructura en dos partes diferenciadas. La primera arranca de la necesidad de contemplar el fondo sociohistórico en el que se escenifican los dramas subjetivos. La tesis que la autora sostiene convincentemente es que la historia de las mujeres, al menos en el mundo occidental desde los griegos, es una historia de dominación y de sometimiento al poder masculino, el cual se defiende mediante la denegación de

la diferencia sexual y de la alteridad femenina. Todas las teorías esencialistas sobre la mujer la han ubicado del lado de la naturaleza, el cuerpo, el mal, el pecado, la mentira, la amoralidad, etc. Como modos de defensa histórica del hombre ante el deseo femenino.

No deja de lado la «mentalidad española» y la necesidad de la memoria de sus determinaciones históricas, donde la conjunción del poder político y religioso operaron para someter a la mujer al silencio, privándola de sus más elementales derechos y aniquilando todos los procesos emancipatorios abiertos e iniciados durante el período republicano y los años previos.

Será en la segunda parte, donde aborde en profundidad con las herramientas del psicoanálisis y el sostén de la clínica el fenómeno del maltrato. Es desde la revisión crítica de los textos y conceptos fundamentales freudianos, desde el conocimiento del pensamiento y de los movimientos feministas y desde los relatos desnudos de esas mujeres que han sufrido maltrato, que nuestra autora teje un panorama complejo y esclarecedor, situando las condiciones subjetivas que sirven de terreno propicio en el que se forja una relación de maltrato. El terreno abonado que son esas madres de la incondicionalidad de cuyo seno surgen esos hijos violentos, que reproducen en sus relaciones de pareja aquella primera relación narcisista dual con la madre omnipotente, que son incapaces de amar y están prestos al odio y a la violencia a la primera insatisfacción. En esa microfísica de la relación amorosa nos desentraña las claves para pensar la violencia del maltratador hombre y la confusión y la parálisis de la mujer víctima. Recorre exhaustivamente los modos actuales y posibles en que se manifiesta el maltrato como físico,

psicológico y sexual, en la finalidad última de la destrucción del cuerpo y de la subjetividad de la víctima.

¿Cómo el vínculo amoroso se transforma en relación de poder, sometimiento, humillación y maltrato? Para ello la autora nos conduce a la violencia estructural y original que anida en nuestra condición humana, donde la dependencia amorosa se anuda con la apropiación del otro en un vínculo de poder y violencia que marcará el destino de nuestra existencia. Es prácticamente una conquista del último siglo, la participación de la mujer en la vida política y cultural, la autonomía y la libertad para decidir en su vida amorosa, en su maternidad. Esta libertad ha constituido para muchos hombres el efecto de una amenaza insoportable y para ellos es una realidad, que confrontados a la diferencia sexual y al deseo femenino tratan la angustia que este vínculo les depara con el ejercicio de un poder y de una violencia que es la manifestación del vínculo sadomasoquista en el que están atrapados, que les conduce a la destrucción ciega del otro y que es la manifestación de la escasa separación del objeto materno y de una insuficiente elaboración edípica. En el maltrato no hay aceptación de la alteridad del otro. Se le niega la existencia propia. Si define certeramente los perfiles psicológicos y mecanismos psíquicos implicados en el hombre maltratador, insiste también, advirtiendo de que ello nunca sirva de justificación del maltrato, de la «trampa mortal» en que algunas mujeres víctimas quedan enredadas al confundir el amor con la servidumbre, la dependencia y el sacrificio y cómo, proclives ellas a protegerse de la angustia con el amor de un hombre, aceptan la demanda de incondicionalidad y de exclusividad de éste, como la prueba segura de su amor con el que cierran el horizonte de su vida.

Piedad Ruiz hace una crítica razonada y lúcida de algunos conceptos freudianos y lacanianos que han sido utilizados como explicación de la sexualidad y de la subjetividad femenina, como el masoquismo femenino, la envidia del pene o el goce Otro, que si bien tienen su operatividad en la clínica de la mujer, de ningún modo pueden usarse como llaves maestras para explicar la femineidad o la posición de víctima de maltrato. Ése es precisamente uno de los objetivos declarados del libro, librar al psicoanálisis de la maldición de ser una herramienta de victimización doble de las mujeres al tratar de explicar el maltrato por las determinaciones subjetivas de la víctima. Así, el tratamiento de la mujer maltratada que se desplaza entre la confusión, el miedo y la vergüenza, exige un primer tiempo de reconocimiento y de acercamiento a su condición de víctima y no su cuestionamiento, de igual modo que el tratamiento del maltratador ha de estar presidido de entrada por la responsabilidad y la culpa y de otro modo no habrá tratamiento posible.

Este libro que enseña mucho a profesionales y profanos, necesariamente escrito por una mujer, por su mirada apasionada, comprensiva, solidaria y cómplice con el dolor de las víctimas, que no rehuye el compromiso ético de tomar partido y que no por ello es panfletario ni demagógico, nos habla del maltrato, pero a la vez y por ello puede inquietar y molestar, habla también de la condición masculina que lo soporta, cuando el hombre no logra estructurar un vínculo deseante que parta del reconocimiento y de la aceptación de la diferencia sexual y de la alteridad y se empantana entonces por el camino del poder y de la destrucción del otro. El capítulo que cierra el libro es una reflexión sobre la condición sublimatoria del deseo femenino, un deseo que nos pro-

LIBROS

pone caracterizado como «cercanía en la alteridad», y cuyo despertar más allá de abocar en el maltrato tenga la fortuna de incidir en un nuevo modo del vínculo social, hasta ahora no verificado, pero posible. Es una propuesta para una ulterior investigación sobre los avatares del deseo femenino, que por su interés no deberíamos dejar caer en el olvido.

José María Redero San Román

E. VASCHETTO (comp.), *Depresiones y psicoanálisis. Insuficiencia, cobardía moral, fatiga, aburrimiento, dolor de existir*, Buenos Aires, Grama, 2006, 140 pp.

Esta recopilación de ocho artículos y un diálogo cumple con una doble vocación: la de señalar los caminos posibles de una clínica a la altura del sufrimiento presente, y la de denunciar las insuficiencias, cuando no las intenciones espurias, de las respuestas que la psiquiatría actual ofrece al fenómeno universal de la tristeza. Se trata, pues, de un libro pertinente e impertinente, necesario e incómodo, como lo son todas las quejas en su nacimiento y lo siguen siendo mientras logran mantenerse a salvo de las tentaciones de la propia complacencia. En este sentido, la orientación lacaniana, que es la que anima la parte psicoanalítica del texto, ha permanecido siempre fiel a esa ética del no cejar en sus responsabilidades clínicas y teóricas, y no retroceder ante cuantos escollos interpongan las nuevas formas del malestar en la cultura. Emilio Vaschetto, psiquiatra y psicoanalista argentino, ejerce su labor asistencial en el Hospital Central de San Isidro, en Buenos Aires. Y, como nos ocurre a todos los que enfrentamos una labor similar, se las ve a

diario con una clínica en exceso influida por otras variables que el *pathos* subjetivo. De ahí que haya elegido el plural para el título de la recopilación —«depresiones»—, y que le haya añadido una coda en forma de eco. Donde hoy sólo se escucha «depresión», en virtud de un reduccionismo que pretende asimilar la naturaleza del objeto de estudio a la de los materiales técnicos que emplea en su tratamiento, Vaschetto hace resonar algunos términos con que otras tradiciones han nombrado el epifenómeno depresivo, y que la psiquiatría actual haría bien en no olvidar.

Por coral, el libro resulta forzosamente heterogéneo, y sin embargo uno puede hacerse cargo de las intenciones que lo animan precisamente porque el compilador se ha encargado de mostrarlas al dividirlo en tres partes, y de animar el debate en sendos frentes en el artículo que lo abre. Estas tres versiones en que el texto demuestra su pertinencia e impertinencia son la clínica, la política y la ética, y han de servir también de guía al lector, que encontrará así una unidad entre los artículos y sabrá disculpar algunos errores de edición que en nada empañan, por otro lado, la riqueza de las referencias y propuestas que se dan cita en ellos.

Estamos, pues, ante un libro nacido de una determinada ética, puesto que es, en rigor, desde ella desde donde se defienden una clínica y una política concretas, y de donde nace su espíritu crítico y denunciante: frente a la irresponsabilidad y la *mauvais foi*, la firme determinación de no desfallecer en la investigación de lo depresivo. En la clínica, se denuncia la obturación de la subjetividad con las respuestas apresuradas del consejo o del psicofármaco, y se propone la dignificación del síntoma frente al trastorno. En la política, cuestión que

hace a las estrategias que emanan de la concentración de determinados saberes y poderes, se defiende de nuevo el síntoma como producto genuino del sujeto ante su masiva objetivación. Se trata, en fin, de una ética de la responsabilidad subjetiva que viene a denunciar esa progresiva desresponsabilización del paciente a la que asistimos a diario en nuestro trabajo cuando lo vemos acogerse al término «depresión» tapando cualquier otra pregunta sobre su deseo. Y que es consciente de que una de las razones primeras de esa dimisión de sus obligaciones para con su libertad se sitúa en que seguramente el discurso médico ha tratado de mitigar las angustias ajenas intentando eliminar primero la propia.

Para enfrentar esta triple tarea, Vaschetto ha reunido intencionadamente a algunos estudiosos de ambos lados del Atlántico, sabedor de cuáles son algunos de los terrenos en que se juega la partida que acabamos de esbozar: la historia, la psicopatología y la misma práctica clínica, psicoanalítica o no. Todas las aportaciones a este libro tienen en cuenta estos tres campos, aunque se decidan por uno de ellos ya para un estudio más detallado, ya para el simple esbozo de las problemáticas cuya reflexión se muestra más necesaria. Valga como ejemplo la visión histórica del problema de las depresiones que plantean los textos de J. C. Stagnaro, D. Matusevich, o Jean Garrabé, o el necesario e instructivo recorrido con el que J. M. Álvarez y J. Rodríguez Eiras nos muestran la mutación de la clásica melancolía en la actual depresión. François y Rokaya Sauvagnat se centran en las dificultades psicopatológicas que entraña la psicosis maníaco-depresiva, y G. Stiglitz y E. Berenguer aportan ejemplos claros del atoladero depresivo y las condiciones en que el sujeto puede retomar las riendas de un deseo dete-

nido. Cierra el volumen, con acierto, una *conversación* entre Vaschetto y G. García en que se someten a la prueba del diálogo algunas de las cuestiones cuya pertinencia e impertinencia el libro, en su conjunto, pone de manifiesto.

No por vulgarizado y casi ubicuo, el problema de las depresiones ha perdido su prosapia. Una respuesta a la altura de esta versión del malestar pasa por dignificar de nuevo su estatuto de expresión de la subjetividad, atender a su historia, y no ceder a la tentación de resolverlo en trastorno, convirtiéndolo en objeto y tratándolo con los otros tantos objetos con que la sociedad de consumo pretende restañar la herida de la división. Es, sobre todo, esta ética frente al sufrimiento lo que encontrará el lector que eche un vistazo a esta recopilación.

Francisco Ferrández

Anthony RYLE; Ian B. KERR, *Psicoterapia Cognitiva Analítica. Teoría y práctica*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2006, 384 pp.

El presente libro ofrece una introducción y revisión tanto de los principios teóricos como de la aplicación práctica de la psicoterapia cognitivo-analítica (PCA). Ésta constituye un modelo de psicoterapia breve de perspectiva integradora, desarrollada en la década de los ochenta en Inglaterra por Anthony Ryle –sus trabajos más importantes datan de 1987, 1991, 1995, 1997 y 2002– e introducida en España a principios de los noventa por Carlos Mirapeix –a lo largo de los artículos publicados en 1994, 1996, 1998, 1999, 2000, 2003 y 2004–. Su método establece inicialmente un límite de 16 sesiones, que puede ser ampliado o recortado de

LIBROS

acuerdo con la gravedad y según el caso. Se trata de una psicoterapia focal en la que terapeuta y paciente intentan clarificar uno o varios focos sobre los que poder trabajar en la terapia, de acuerdo a un «practicarla con» y el consecuente «poder compartido» que se establece, como cita Carlos Mirapeix en el prefacio del libro.

En los capítulos introductorios los autores defienden la amplia aplicabilidad del modelo, la versatilidad para distintas patologías y su eficiencia. A continuación se expone de modo resumido el desarrollo teórico de la especialidad, desde los conceptos cognitivos que sustentan la base, pasando por la teoría analítica de las relaciones objetales y el desarrollo del *self*, finalizando con las ideas vygotskianas acerca de la formación social e histórica de los procesos mentales superiores, así como las aportaciones de Bakhtin sobre el rol del diálogo interpersonal e interno.

Del capítulo 5 en adelante el libro está escrito a modo de manual, donde se tratan los diferentes aspectos que afectan a la práctica de la PCA: la selección y evaluación de casos, la reformulación, el curso de la psicoterapia, el «modelo ideal» de intervenciones terapéuticas y su relación con la supervisión de los terapeutas, las aplicaciones de la PCA a varios grupos de pacientes y contextos, el tratamiento de trastornos de personalidad y el concepto de paciente «difícil», así como diversos enfoques sobre el problema, incluido el uso de la «reformulación contextual».

Cada capítulo va introducido por un breve comentario del contenido y coronado por referencias bibliográficas para ampliar conocimientos sobre el aspecto concreto tratado. Muy clarificadores resultan los numerosos ejemplos de casos, los cuales ilustran y refuerzan los contenidos expuestos. Al

final del libro aparece un útil glosario con las definiciones de los términos técnicos, lo que facilita en gran medida la comprensión del texto. Cuatro apéndices vienen a completar la obra: el primero incluye un compendio de las referencias bibliográficas de los trabajos de investigación de la PCA; los dos siguientes contienen sendos cuestionarios de evaluación (el Cuestionario de Psicoterapia PCA y el Cuestionario sobre Estructura de Personalidad); y el último una descripción de las parrillas básicas del repertorio y su uso en la PCA.

Por todo ello, tenemos en nuestras manos un libro que se asemeja a la propia técnica –si empleamos los calificativos de Carlos Mirapeix en el prólogo–: coherente, breve y eficaz. En definitiva, una buena aproximación a este modelo teórico-práctico.

M.^a Luisa López

Román GUBERN, *Patologías de la imagen*, Anagrama, Barcelona, 2004, 368 pp.

En *Patologías de la imagen*, Premio de Ensayo Ciudad de Barcelona, Gubern vuelve a andar por una senda que empezó a recorrer hace varias décadas y cuyos jalones principales ha ido plasmando en distintos libros, como *Mensajes icónicos en la cultura de masas*, *La mirada opulenta o Del bisonte a la realidad virtual*; y sobre todo desarrolla muchas de las ideas esbozadas en *La imagen pornográfica y otras perversiones ópticas*, una obra de 1989 recientemente reeditada también por Anagrama.

Hace ya años que muchos pensadores, como Baudrillard o Debord, alertan sobre el peligro de la sociedad de simulacros o máscaras en que vivimos y que en buena

parte tiene que ver con su adormecimiento a fin de ser mejor explotada o dirigida. Gubern ha venido historiando parte de este proceso a través del análisis de la cultura de la imagen, desde lo que llama el útero icónico, momento prehistórico «cuando de las rayas aleatorias surgió para su productor (o para un observador) un sentido, una imagen, haciendo de la línea un significante», hasta llegar a los últimos entresijos de la imagen digital y la realidad virtual, pasando por las diferentes épocas en las que la imagen ha ido jugando diferentes papeles.

En *Patologías de la imagen* Gubern trabaja uno de los aspectos de este asunto, nos muestra los usos desviados de la imagen, su utilización como espacio de conflicto donde se desarrolla la lucha ideológica: en muchas ocasiones las imágenes se han convertido en armas para defender o atacar ciertas posiciones religiosas, políticas o morales, han molestado, irritado o escandalizado, han sido instrumentos de fascinación pública para los totalitarismos de todo signo y de fascinación privada en nuestros hogares donde la pantalla televisiva es dueña y señora de nuestro tiempo.

Uno de los alicientes del libro es su profusión de imágenes (no podía ser menos) que da cuenta de toda una serie de heterodoxias iconográficas perpetradas a lo largo de la historia; así se nos muestran las ‘celdas alucinantes’, inspiradas en pinturas abstractas y utilizadas para incrementar la tortura de los allí encarcelados, vemos la cartelería y las fotos oficiales de diferentes ideologías políticas, las imágenes de los anuncios publicitarios o las obras de arte de diferentes culturas. Y además es envidiable la facilidad con la que el pensamiento de Gubern discurre por mil y un meandros recurriendo desde Aristóteles a Lévi-Strauss, pasando por el *De humana physiognomia* de della Porta o

La expresión de las emociones en los animales y en el hombre de Darwin, y llegando hasta los últimos avances de la fisiología y la psicología o la actualidad periodística. Todo ello le sirve para trazar un retrato de los trastornos de la iconosfera occidental, que tienen como causa la asunción de ciertas imágenes como algo ofensivo, inquietante e incluso demoníaco.

Su recorrido le lleva a interesarse por el mundo de las falsificaciones, que pone de relieve una transgresión que no es estética sino ética; rastrea el momento histórico en el que se urde el concepto de autoría artística, que necesita como complemento el de falsificación, y se refiere a diferentes casos, como el de Hans Anthonius van Meegeren, falsificador especializado en Vermeer que ante su detención como colaboracionista de los nazis decidió confesar sus falsificaciones pues la pena para este delito era mucho menor, o el de Elmyr de Hory, llevado a la pantalla por Orson Welles en *Fraude*. Por la obra desfilan la historia de las luchas entre iconoclastas y veneradores de imágenes en los primeros siglos del Cristianismo; el tabú iconoclasta de la religión islámica; la aparición del barroco percibido como extravagante y de recargado mal gusto en su época; el origen del realismo como un movimiento transgresor; las rupturas de las diferentes vanguardias del siglo XX; la utilización de la censura a través de la imagen por parte de Hitler y de Stalin que da lugar a toda una serie de imágenes militantes; la fuerza de la publicidad; la representación figurativa del sexo a través de los tiempos; la resistencia y la fascinación ante los videojuegos e Internet; nuestra inmersión en la realidad virtual; e incluso el escándalo provocado por el fugaz atisbo del pezón de Janet Jackson...

Así, este examen de la sociopatología de las imágenes nos muestra que «las imáge-

LIBROS

nes pueden convertirse en manifestaciones de poder, amigo o enemigo, amable u odioso. La caricatura política o la imagen blasfema, herética o pornográfica constituyen paradigmas ejemplares de tal beligerancia ideológica. Pero no sólo las imágenes figurativas, dotadas de una dimensión semántica, han actuado como espacio de confrontación o campo de batalla en el imaginario religioso o político. Que las formas visuales abstractas llegasen a convertirse en armas ideológicas militantes en la guerra fría dice mucho acerca de la amplia polidisponibilidad de cualquier imagen»; y esto es así porque las imágenes no son unívocas, nos proponen una visión del mundo, del visible y del invisible, y tal visión puede ser compartida o aborrecida, y este relativismo es lo que genera su potencial conflictivo u ofensivo connatural a la cultura humana.

Ángel Cagigas

Pau PÉREZ SALES (ed.), *Trauma, culpa y duelo. Hacia una Psicoterapia Integradora*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2006, 596 pp.

¿Es posible aprender de las experiencias traumáticas? La narrativa como concepto de psicoterapia es el eje de este libro. *Trauma, Culpa y Duelo* es un libro que no solamente se basa en los principios de la psicoterapia de perspectiva integradora, sino que es también un programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas. Esto es llevado a cabo a través de un amplio recorrido conceptual que alberga una parte teórica, experiencias de supervivientes, espacios de reflexión personal y el análisis y realización de ejercicios sobre grabaciones de intervenciones

en psicoterapia. El libro viene con un DVD con ejercicios y casos clínicos que pertenecen a la parte audiovisual de este ejemplar. La idea principal es la de la psicoterapia como un espacio íntimo de lucha por la libertad.

Ha sido elaborado por Pau Pérez Sales y Alberto Fernández Liria, junto con varios colaboradores, entre los cuales se encuentran Beatriz Fernández Vega, Blanca Amador, Carmen Bayón y Vanesa Apelléniz. El trabajo colectivo es la herramienta sobre la cual se centra este libro, no solamente en la participación de los distintos colaboradores del mismo, sino en el hecho de que brinda un espacio horizontal de encuentro, se recalca el lujo que representa el trabajar con supervivientes día a día, quiénes van depositando sus emociones, dudas, angustias y experiencias: lanzando una mirada hacia la relación terapéutica. La empatía, la comprensión y la escucha activa, como en todas las psicoterapias, son los elementos más poderosos de trabajo en este campo. Te enseña a comprender lo que una situación crítica puede representar para otro. Como dice Pau Pérez, se ha perdido algo que es básico para poder vivir tal y como uno se ha venido pensando a sí mismo hasta ese día.

El material escrito consta de una parte de reflexión personal, otra de revisión bibliográfica y otras más de desarrollo de técnicas de intervención en psicoterapia. Por otro lado, el material audiovisual presenta un proceso terapéutico sesión a sesión en cada caso clínico.

El libro consta de cinco secciones. La parte de Duelo es la más extensa y ocupa casi la mitad del texto. Se elabora el concepto de trauma a través de múltiples vivencias personales que son indispensables en el proceso de autoformación. Ésta

es quizás una de las mayores fortalezas de este libro. Se invita al lector a realizar un trabajo que comprende, en cada texto de la sección, buscar los elementos que componen el hecho traumático y las consecuencias de éstos. Invita, a través de las vivencias ajenas y explorando en las propias, a identificar los elementos de resistencia y encontrar el camino para una psicoterapia. Después del ejercicio, se puede contrastar lo propio con una Guía de Contraste con el propósito de seguir reflexionando sobre el tema. No se deja pasar por alto la visión del trauma adaptable a la manera transcultural ni se deja de mencionar el trauma colectivo. La meta es llegar a formular algunos principios para una psicoterapia basada en la experiencia de personas afectadas por alguna situación traumática, incluyendo elementos de resistencia individual y colectiva. Se mencionan diversos modelos conceptuales, de distintas inclinaciones teóricas, desde el psicoanalítico hasta el cognitivo-conductual y, por supuesto, la perspectiva integradora que es siempre importantísima en este libro.

En la segunda parte, que corresponde a la Culpa, se exploran los elementos para una psicoterapia estructurada. Se sigue el mismo patrón que en la sección anterior: la búsqueda de un auto-concepto, se invita a echar un vistazo en las vivencias personales, en el material teórico y se intenta llegar a elucidaciones que se buscará reflexionar ante la Guía de Contrastes. Se intenta, así, perfeccionar las técnicas del trabajo terapéutico. La tercera sección va a presentarnos al modelo del Duelo como un referente para organizar el trabajo en salud mental en las situaciones mencionadas. Evita la estigmatización de las víctimas como enfermos, reclamando la participación del sobreviviente y enfrentando tales situaciones: es

más bien un trabajo que debe realizarse frente a la pérdida. Los autores proponen el modelo de Worden, y el conjunto de tareas que éste formula, como un proceso útil para planificar intervenciones en psicoterapia siguiendo un trabajo de elaboración de narrativas.

En la cuarta parte –de Técnicas Específicas en el Tratamiento de las Reacciones Post-Traumáticas– se invita a recorrer la exposición, el EMDR y la hipnosis. Y en la última sección se intenta colocar al sujeto ante las situaciones de la vida cotidiana a través del Enfoque de Grupo en la Psicoterapia de Situaciones Traumáticas. Tal es, en resumen, el contenido de este libro tan recomendable.

Francisco Vaccari

Antonello LA VERGATA, *Guerra e darwinismo sociale*, Catanzaro, Rubbettino, 2005, 254 pp.

Satisfechos y reconfortados, la mayoría de los biólogos se conforman con aprender que los organismos evolucionan mediante una continua lucha por la existencia que determina la supervivencia del más apto, tal y como proclamó Darwin. Proceso denominado *selección natural*; dos palabras mágicas con efectos hipnóticos. Este eficaz resumen evita que la mayoría de ellos se amargue la vida leyendo las anti-guallas evolucionistas, consideradas una pérdida de tiempo. En el ámbito sociológico la evolución según Darwin triunfó en el sempiterno *darwinismo social*; dos palabras igualmente encantadas y no menos seductoras. La sociobiología encuentra en la ley del más apto la base biológica, la irrefutable verdad científica capaz de justi-

LIBROS

ficar el trasgresor comportamiento humano disfrazándolo de competencia. Así definida, la fórmula ideada por Darwin es parte sustancial del depredador biologicismo practicado sobre las ciencias humanas por el determinismo imperante desde la centuria del ochocientos, incorporando categorías y conceptos desarrollados por las ciencias biológicas. En *Guerra y darwinismo social* se analiza la historia de este juego de intereses ideológicos durante el siglo XIX hasta la segunda contienda mundial, respondiendo a la pregunta de cómo influyó el concepto de selección natural en la caracterización del fenómeno guerra hacia un proceso natural y, por ende, hacia un suceso lógico integrado en la evolución de la especie humana.

Antonello La Vergara conoce el tema que tiene entre manos, sabe lo que hace porque ha dedicado su tiempo a investigarlo –y el dinero, añadiría un clásico del *cinquecento* napolitano como Gian Battista della Porta, para quien el científico debe ser rico, o enriquecerse primero, para poder filosofar después (*Della magia naturale*)–. Libros excelentes (por ejemplo, *L'equilibrio e la guerra della natura. Dalla teologia naturale al darwinismo*, Nápoles, Morano, 1990, son setecientas páginas de lectura obligada para cualquier especialista que se precie; igual que las sesenta y cuatro páginas introductorias a su edición de Thomas Henry Huxley, *Evoluzione ed etica*, Turín, Bollati, 1995), y estudios como «Guerre et eugénisme» (*Les malheurs de la guerre*, París, CTHS, 1997), «Biologia ed altruismo. Voci nel dibattito su evoluzione ed etica» (*Bollettino Filosofico*, 9, 1991, 77-112), «Evolution and War, 1781-1918» (*Nuncius*, 9, 1994, 143-163), «Biology and Sociology of Fertility. Reactions to the Malthusian Threat, 1798-1833» (*Clio medica*, 59, 2000, 189-222),

«Immagini della qualità della vita nell'uomo e negli animali» (*Rivista di filosofia*, 1, 2001, 121-152), ejemplarizan, condensada pero cualitativamente, la actividad investigadora de este humanista versado en filosofía e historia del pensamiento cuya trayectoria científica constituye un profundo análisis de la causa darwiniana definido por dos líneas temáticas convergentes: el programa científico y la dimensión social de la teoría. Basamentos de un todo, la evolución biológica, que antecede y supera a Darwin por mucho que les pese a los neodarwinistas empeñados en negar la mayor.

Guerra y darwinismo social es sinónimo de sapiencia y pedagogía –no en vano el libro hecha raíces en la *Università della Calabria*–, y con sabiduría y didáctica la propuesta histórica desgrana las sucesivas etapas de la validación de la guerra bajo el paraguas socialdarwinista; un escenario cuyo trasfondo biológico mantiene vigente la bipolarización evolucionista Lamarck frente Darwin, adaptación contra selección, de efectos sociológicos opuestos. Gracias a la influencia del medio sobre el individuo, el ideario neolamarckiano permite una visión social solidaria, y aplicando las adecuadas medidas higiénicas, educativas, laborales, etcétera, cabe la posibilidad de transformar, de recuperar al individuo para la cruzada de progreso y perfección referente de la nueva sociedad positiva. Reformas que persiguen *mejorar al hombre mejorando el ambiente*, como polemiza el antropólogo Duran de Gros en la Francia de 1871. A este principio de solidaridad se opone la lucha por la supervivencia. Lucha cuyo desarrollo conduce a una profilaxis radical a través de la eliminación competitiva del inadaptado invocando similares objetivos de progreso y perfección; y también económicos. La historia narrada es un

relato sobre el poder de quienes desde la antropología, la biología, la educación, la medicina, la política, la sociología, y demás, se arrogan la facultad de ordenar una sociedad sustentada sobre la supuesta infalibilidad de la ciencia moderna. Y seducidos por los valores positivistas interpretan la belicosidad humana como una manifestación de la guerra natural pergeñada por Linneo, y tantos, bajo el epígrafe de *economía natural*, que en la centuria decimonónica se rige por la regla de la supervivencia del más apto catalogándose el atrabiliario comportamiento de la especie como un factor biológico conducente a su mejora.

La aplicación de este reduccionismo conductista no es una consecuencia directa ni exclusiva del pensamiento darwinista, antes, por ejemplo, está Spencer, y luego otros. La guerra de la vida es una realidad precedente y posterior que el principio de selección natural permitirá salvaguardar como ley biológica. Darwin no aparece ni como el ideólogo ni como el artífice del manido darwinismo social, su doctrina es una nueva puesta en escena, trascendente sin duda, del equilibrio emergente en la naturaleza por la lucha diaria que mantienen los individuos para sobrevivir; representación abierta al espectador que saca sus propias conclusiones. Antonello La Vergata traza estos argumentos, y más, al socaire de una rigurosa metodología, realiza una aguda crítica mostrando los significados ocultos por el estereotipo, y nos abre los ojos a una interpretación plural del problema donde la realidad no siempre es como la pintan. Sin ambages, *questo volumetto* merece el elogio de la buena lectura y la mejor investigación.

Andrés Galera

Sérgio LAIA, *Los escritos fuera de sí: Joyce, Lacan y la locura*, Vigo, Asociación Galega de Saúde Mental, Colección La Otra psiquiatría, 2006, 319 pp.

Sérgio Laia, psicoanalista miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis y profesor de la Universidad FUMEC en Brasil, investiga los destinos que se impusieron a la obra de Joyce en los cinco capítulos que componen *Los escritos fuera de sí*.

En el primero, «La hechura de una doblez», el autor sitúa la obra de Joyce en el panorama de la literatura universal, advirtiendo –de acuerdo con Foucault– que la obra joyciana surge en un momento concreto y que la locura irrumpe en el mundo de la creación. Tal sucede a finales del siglo XIX, en un período en donde la confluencia entre literatura y locura se imponen al cuerpo del mundo. Así, Artaud, Van Gogh, Nietzsche y Roussel construyen su obra poniendo de manifiesto un agujero en el campo del lenguaje, precisamente cuando la palabra del loco estaba siendo retenida hasta el punto de alcanzar su más patético aislamiento bajo la forma de enfermedad mental.

Joyce descubre una forma de luchar con las palabras, diferente al uso tradicional, despojando de sentido al lenguaje hasta encontrar la materia corporificada en el sonido de las palabras. Éstas –con su forma tradicional violada– adquieren en la obra joyciana cuerpo en el escrito, y lanzándolas fuera de sí se muestran, a sí mismas, como portadoras de un goce, de una satisfacción localizable en la propia trama de la escritura. A este respecto, Sérgio Laia puntualiza que las palabras «tramadas» por Joyce están dispuestas de forma que producen un agujero en nuestro saber, en nuestra manera de luchar y leer el texto. De esta manera,

LIBROS

en Joyce el verdadero héroe, el que toma cuerpo en el texto, no es sólo un personaje, sino la palabra.

En «Vida y obra», título del segundo capítulo, señala el autor que escribir es para Joyce dar vida a las palabras: Joyce le da un cuerpo de un modo análogo y al mismo tiempo subversivo con relación a los escritores que crean personajes y narraciones. Y siguiendo aquí a Barthes, considera que en los textos de Joyce el escritor no se coloca como un supuesto propietario del lenguaje, alguien que domina las palabras para decir, a través de ellas, lo que entiende, o lo que está descrito por cierto ideal de belleza, de buen gusto e incluso de encadenamiento de la narrativa. En este sentido, Sérgio Laia se enfrenta al desafío de investigar los entrelazamientos de la locura y de la literatura en Joyce. Renuncia para ello a la asociación entre vida y obra, señalando de acuerdo con Lacan que Joyce *goza* de su obra, pues el autor hace un uso muy especial de su propia creación, uso que escapa a toda concepción psicológica. Se trata, por tanto, de analizar la obra como un campo de goce al que el autor intenta amarrar la trama de su vida. Esta es la única vía para poder sostener que en la literatura —especialmente desde finales del siglo XIX, cuando ésta se aproxima a la trama que el lenguaje toma en la locura— los escritores y, de un modo general, también los artistas —locos o no— ceden su iniciativa a lo que se les impone del lenguaje. El peso de las cosas pasa a hospedarse en el cuerpo mismo de las palabras.

Los aspectos que acaban de apuntarse son ampliamente investigados en el siguiente capítulo, titulado «La tesitura de las palabras impuestas a Joyce». La palabra «tesitura» fue elegida expresamente por el autor —no le parecía adecuada «textura»—

por tratarse de un término utilizado en el campo de la música, destacando así el interés de Joyce por el «sonido» de su escritura. Laia rastrea en este capítulo la escritura de Joyce, su obra y su arte, para mostrar cómo se va transformando el lenguaje, desde *Stephen Hero* a *Finnegans Wake*, en un torrente, en una corriente de palabras, letras y agujeros que permiten despojar al lenguaje de sentido y hacer entrar en el texto la voz y la mirada. Stephen Dedalus es el personaje a través del cual Joyce «trata de descifrar su propio enigma», como señaló Lacan, para quien Joyce encarna el síntoma, que es lo contrario de significantizarlo. Los argumentos hilvanados por Lacan en «Joyce el síntoma» muestran la relación pura que cada uno mantiene con la lengua, lo que supone para todo el mundo un traumatismo particular: el sonido de la lengua nunca es armónico, adaptado a la persona; de eso uno no puede curarse. La lengua hace del ser que la habita y que la habla un enfermo, un discapacitado; lo único que está permitido hacer con ese traumatismo es una obra.

Joyce parece buscar lo que Lacan denominó *lalengua*, es decir, esa dimensión ajena a todo proceso dialogístico o comunicacional, caracterizada por un fuerte flujo de malentendidos, de juegos de palabras, de juegos homófonos. La concepción lacaniana de *lalengua* tiene mucho que ver con el *work in progress* de los escritos joyceanos y con los titubeos y balbuceos infantiles, porque en ella los sentidos se cruzan y se multiplican sobre los sonidos y sobre la lengua propiamente dicha, dando lugar a un proceso de descomposición fonética y de invención de palabras, a una dimensión del goce en el uso convencional del lenguaje.

En este capítulo el autor muestra cómo la obra de Joyce es la respuesta en forma de

suplencia ante una carencia del padre. Este aspecto puede advertirse ya desde las epifanías, escritos que según Lacan anudan inconsciente y real como respuesta a un desamarre: el desprendimiento de la relación imaginaria evidenciado en la metáfora de la paliza que sufrió Stephen a manos de sus compañeros de colegio.

Si el inconsciente siempre supone un saber, un saber hablado, ese saber se manifiesta al sujeto como extraño, incluso como desconocido. El inconsciente se manifiesta como un saber cifrado para quien está sujeto a sus efectos y el psicoanálisis se ofrece a resolverlos a partir del sentido. La obra de Joyce, sin embargo, supone una frontal objeción a esta dimensión del sentido. Si la epifanía enlaza lo real y lo inconsciente, tal aclara Sérgio Laia, la falta puede ser reparada. Pero eso no implica la supresión de la falta, razón por la cual la reparación impone un enigma, una opacidad que siempre permanece.

El nudo, en el seminario *Le Symphôme*, es una escritura que no debe nada a la conexión entre significante y significado. Por esa razón afirma Lacan que el nudo cambia completamente el sentido de la escritura. El nudo separa la escritura de la palabra.

Al vaciar el campo de la representación, al escapar de la figuración imaginaria de una narrativa, al tomar por materia las palabras y no tanto el enredo ni la composición de personajes, y, por fin, al componer una trama que hace valer la satisfacción y el goce ya incrustados en el propio nombre de su autor, la obra de Joyce fue analizada por Lacan como un síntoma, capaz de representar lo más singular del síntoma (en el libro hay un error tipográfico cuando dice «capaz de representarlo», lo que permite un equívoco sobre quién es representado).

Por consiguiente, Lacan considera al síntoma en la dimensión de la nominación

(«nombramiento» dice en el texto) y concibe la obra del artista como nombre propio. Si el autor puede hacer de la obra un nombre, «yo afirmaré –escribe Sérgio Laia–, a partir de la enseñanza de Lacan, que la obra puede ser tramada como otro nombre propio del autor», una especie singular del síntoma que como tal es anulación del símbolo y al mismo tiempo una creación a partir de una falta relativa al registro de lo simbólico. De esta forma Joyce acaba por convertirse en una referencia fundamental para abordar a Joyce «como un desabonado del inconsciente».

¿Joyce está loco? es la pregunta que entretiene los argumentos del capítulo cuarto («La locura de Joyce»). Es también la pregunta que Lacan se plantea en el Seminario XXIII, la cual debe ser leída –según Laia– como un enigma. Según Lacan, Joyce es un desabonado del inconsciente... aunque jugando sólo con el lenguaje. Y aunque los locos puedan considerarse también desabonados del inconsciente, si nos atenemos a la trama de los delirios, comprobaremos que éstos son mucho más *jugados* por el lenguaje, *tragados* por las propias palabras, *engullidos* por el uso que hacen de la lengua.

Joyce, como desabonado del inconsciente, pone en evidencia que en la medida que es autor, con su obra extrae el *joy*, el goce incrustado en el apellido heredado de su padre. La literalidad laberíntica de la obra de Joyce es goce extraído, goce que fluye, recortando palabras, imponiéndole logismos, rasgando la narrativa y el sentido.

Finnegans Wake no es para leer, es para oír y contemplar. Es un escrito que no trata de ninguna cosa, pues es la cosa en sí: cuando el sentido es dormir, las palabras se adormecen, cuando el sentido es danza, las palabras danzan, tal como apreció S. Beckett. En su cúmulo de sentido, la palabra corroe el propio sentido y no designa

LIBROS

cosa alguna, salvo ella misma como palabra. Cuanto más joycianas son las palabras, más se escapa el sentido a través del agujero que éstas, como nombres, abren. Aunque la fuga de sentido aproxima la obra de Joyce a la locura, en modo alguno la convierte en un delirio porque en esa obra «James Joyce» se impone como un nombre, como una «identidad textual»; se fija como referencia.

El último capítulo, intitulado «El padre, el Hijo y el Espíritu de la Letra» nos muestra cómo el personaje de Stephen, en el que Joyce intenta descifrar sus enigmas, permanece enredado en la presencia avasalladora de la madre, en el vacío detectado en el lugar del padre. A diferencia de lo que ocurrió con su hija Lucia, James Joyce no sucumbió a la locura porque su obra impone el nombre de Joyce como propia referencia.

Fuera de sí aunque amarrados y, por qué no decirlo, «afiliados» al nombre «Joyce», sus escritos en los que se construye esa otra ficción —no sin una «espiritualidad» particular— continúan imponiéndose hasta hoy en día como un flujo enigmático. Eso sucede porque, a su modo, como un *sinthoma*, se sirven, se inventan y pasan a lo largo de lo que, en el propio ámbito de la ley, fue tramado como Padre, como Hijo e incluso como la dimensión alusivo-metafórica que normalmente caracteriza el Espíritu... de la letra.

Sérgio Laia muestra en este libro de qué forma el traumatismo contingente que produce la lengua es un acontecimiento singular, es decir, distinto para cada persona; expone también cómo extraer algo que pueda servir de lección y que sirva para las demás, esto es, cómo hacer del síntoma una obra.

José R. Eiras

Hugo VON HOFMANNSTHAL, *Asomado al abismo*, Valladolid, Cuatro, 2006, 200 pp.

Asomado al abismo es un nuevo libro de Hugo von Hofmannsthal (1875-1929), autor aún por conocer a fondo. Pero esta colección de textos —del todo original, e inédita en nuestra lengua— nos ofrece un panorama de su obra, tanto por recoger más de veinte escritos de los distintos tiempos de su vida, como por dar cuenta, en definitiva, del conjunto de los territorios en los que su poética se esforzó por extraer el zumo de su tiempo, de su experiencia y de sus inquietudes.

La sensación excepcional de que alguien estaba *atento* en todo momento se mantiene a lo largo de este libro; lo mismo que se siente la impresión de que conquista una y otra vez el mundo interior para hacerlo más real. *Asomado al abismo* contiene eso sí textos de distinta índole, pues hay relatos singulares y fantasías literarias (en una primera mitad), y también hay (en el resto) ensayos literarios o medio sociológicos, más reflexivos, sobre lo que adivinaba que iba a ser el siglo XX; sin embargo, en el fondo, todo forma parte de su poética, homogéneamente instalada en su personalidad literaria; todo tiene una coherencia de escritura, de modo que al hablar de la pantomima, el paso de las horas, el enloquecimiento de un soldado en un bosque, la densidad de Shakespeare o las imaginaciones de Goethe, en todos esos pasajes se sienten siempre los latidos de Hofmannsthal, los mismos que hay en *Andreas o los unidos*, en *La torre* o en la *Carta de lord Chandos*.

«Algo rojizo se movía ante sus ojos, una tenue luz rojo azulada se cruzaba oblicuamente en el camino. Al acercarse, eran numerosas flores de salvia entre los crepusculares arbustos. Las contempló atentamente, pero cuando alzó la mirada y siguió

adelante revoloteó de nuevo ante él aquello rojizo, como un velo ondulante. Luego se posó, como una mancha rojiza, en el tronco de un abedul inclinado hacia adelante, semioculto y al acecho hacia un lado, y luego se alzó por doquier todo un velo rojo azulado, arrojó grandes manchas de sangre sobre el abombado césped de la espesa maleza y sobre los blancos troncos». Esta es una muestra de la calidad de su escritura (impresionantemente vertida por Marciano Villanueva), que nunca se reduce al colorido, sino que, por ejemplo en este caso, supone la construcción literaria de un estado de furor y de confusión mental.

Todo parece difícil y fácil para Hofmannsthal. En un relato capital de este libro, «Dos parejas de enamorados», encontramos cierto ahondamiento en el dolor que resuena hasta hoy gracias a la fuerza inusitada de sus frases: «De pronto, el rostro de la durmiente experimentó una transformación. Como acometida por un espasmo de dolor, el labio superior se desplazó hacia arriba y dejó al descubierto toda la hilera, blanca como la leche, de los dientes superiores. Al mismo tiempo, se dibujó entre las cejas un trazo malévol y doliente». Su terrible aspecto, su angustia torturadora y desamparada, está resumida en esa imagen que a su vez es traspunto del sueño que tiene con un perro, con los dientes de ese animal que parecen advertirse en la deformación de su rostro. La concentración tan singular de su autor le hace evitar cualquier abstracción rápida y generalizadora, meramente defensiva ante el vértigo del tiempo.

A través de las páginas de *Asomado al abismo*, vemos así a un Hofmannsthal que casi siempre es el mejor Hofmannsthal: se detiene en aparentes minucias, recorre ciertos dramas palmo a palmo pero oblicuamente, empieza con divagaciones pero de pronto

hace con sus revueltas que su escrito cobre una intensidad especial y dé algo así como un salto poderoso hasta iluminar determinada realidad. Pues el escritor no simula que hay una armonía previa en el lenguaje; éste, pese a su aparente facilidad, es un obstáculo que se impone ante él, pero se siente capaz de abordar gran cantidad de situaciones por obra de su condensación verbal.

Pues Hofmannsthal se muestra, como poeta de gran experiencia, confiado en sus palabras; y, así, afirma incluso que el literato «avanza ante nuestros ojos como un funámbulo sobre la delgada cuerda tendida de una a otra torre, y parece no tener poder sobre su cuerpo la ley de la gravedad que a todos nos arrastra. Seguimos sus pasos con un estremecimiento tanto mayor cuanto más parece que él camina sobre la lisa superficie del suelo. Su marcha, que nos estremece y que es tan singular como una fisionomía humana, es el equilibrio de quien camina, de quien avanza por su senda sin dejarse desviar ni por temores ni por la fuerza de atracción del mundo». Éste sería el propio retrato que discretamente pone en la figura de alguien que escribe en solitario.

Esteban Landmarke

Stanislaw LEM, *El castillo alto*, Madrid, Funambulista, 2006, 220 pp.; Józef WITTLIN, *Mi Lvov*, Valencia, Pre-Textos, 2006, 98 pp.

Acaban de aparecer dos libros extraordinarios de memorias, que giran en torno a la ciudad de Lvov, hoy ucraniana. Son los tupidos escritos de dos autores polacos que vivieron inicialmente en la antigua Galitzia austriaca. El más joven, Lem (1921-2006), conocido autor de libros de anticipación tem-

LIBROS

poral y raro ensayista, nació en esa ciudad, antaño polaca: Lwów (y en alemán Lemberg, es decir el monte o elevación de Lem). El otro, Wittlin (1896-1976), un gran escritor poco conocido, vivió en Lvov dos décadas decisivas, para abandonarla en 1922, moverse por Europa y exiliarse en Nueva York.

De antemano, Wittlin nos hace más familiar el título de Lem, cuando recuerda cierto estrecho rincón bajo el Castillo Alto, al norte de la ciudad, antes amurallada. Además la edición de Pre-Textos (colección Cosmópolis, visualmente mágica) ofrece una treintena de fotos de Lvov a principios de siglo, con el jardín de los jesuitas, la plaza del mercado, el parque Stryjski o tantos otros lugares, incluyendo las iglesias de tres confesiones, que se corresponden con la parte más descriptiva del texto. Y Lem los vuelve más misteriosos una vez que hemos sobrevolado esa población y adivinado sus perspectivas y recorridos.

Dos usos de la memoria literaria muestran estos dos libros. Tranquila, cordial y levemente irónica es la memoria de un Wittlin que prefiere estar en segundo plano. Su libro presenta una sesión de «espiritismo en miniatura», muy personal, cálido. En él surgen muchas figuras individuales de esos años iniciales del siglo XX, cuando el mundo no había sido destruido; surgen tranquilamente, si bien siempre en su texto hay algo «no dicho» que relativiza una descripción aparentemente sin máculas, agrisando sus recuerdos y reflexiones. Pero él prefiere mostrar un territorio armónico y unido, que por cierto se ampara en el escudo leonado de su ciudad, fundada en el siglo XIII por un noble de nombre Lew –esto es, León (en alemán Löwe), de ahí Lwów, Lvov–. Sólo se le nubla la vista al decir Oswiecim, nombre polaco de la no muy lejana espacialmente Auschwitz.

Oswiecim es nombre más suave que éste, y muy preferible para los dos escritores, que padecieron parte del dolor que nos evoca ese lugar (véase *Provocación* de Lem).

La memoria de Lem, en cambio, es una evocación profanadora y conflictiva; está volcada sobre un yo descrito sin contemplaciones; es la de un niño que destroza juguetes, que los destripa y hace artefactos alternativos (con sus piezas primero, con todo objeto posible luego), que se aburre e inventa teorías y manipula cosas a imitación de la técnica nueva, de un discurso científico rápidamente aprendido y fantaseado enseguida. En el impresionante capítulo 6, de cincuenta páginas, nos da la confesión extraña, casi patológica, de un adolescente que caligrafía, día a día, en pequeños librillos hechos a mano, «documentos de identidad» conferidos por él mismo, que son permisos, títulos, certificados, pasaportes, contraseñas: un reino imaginario de autorizaciones universales que él otorga, una especie de manifestación de *poder universal*. Supone un extraño mecanismo de aceptación de la realidad –lograda con un control automático–, una clasificación burocratizada de las palabras y de los hechos del exterior, una manifestación dolorosa del individuo (pese a todo impotente), una afirmación y un rechazo simultáneos al mundo ingrato que se le ofrece.

Pero al reproducirlo no está rozando el delirio Lem –médico (psicólogo), cibernético y filósofo de las ciencias–, pues esa presunta manía se muestra como un mecanismo de creación hasta el punto de que, por un lado, nos permite comprender el trasunto mental de tantos libros suyos (así *Vacío perfecto* o *Un valor imaginario*), y la mirada científico-literaria que constituye su obra (*Congreso de futurología*, etc.); por otro, proyecta esa manía juvenil sobre los procedimientos de construcción de las van-

guardias artísticas, de modo que, si bien parece querer distanciarse de éstas, reconoce ahí mismo –en esta experimentación, en este trabajo creador que parece absurdo–, un «proponerse mucho» y obsesivamente, que es lo propio del arte del siglo XX. Lem, como el artista plástico renovador, explota los objetos únicos que le rodean, los *explo-ta* en todos los sentidos posibles.

Finalmente, y sobre todo, los dos libros evidencian el magnetismo de una ciudad de resonancias literarias así como la imposición poderosa –para ellos, para nosotros–, de unas imágenes fundadoras seleccionadas por el azar, o por el tedio, la espera y la herida de la infancia. En todo caso, funcionan con independencia de nuestros gustos y nuestra aptitud para atesorar impresiones. Lem, más violento que su antecesor, afirma que la memoria, amiga y enemiga suya, le niega el acceso a donde quiere realmente ir, de modo que sólo puede abrirse paso a ciertos lugares indeseados: «La memoria y yo somos un par de caballos que se observan con suspicacia, que tiran del mismo carruaje». Por su lado, Wittlin ve también cómo esas sombras perseguidas por él se disipan o se apelmazan y adensan, pero se aligeran otra vez, de pronto: «Van y vienen, vienen y van hasta el infinito». Están calladas; pero en ese paseo de sus sombras, los muertos paran a los vivos para conversar; unos y otros forman así parte de los vivos, lo mismo que Wittlin y Lem lo están hoy en estas páginas.

M. Jalón

Philippe JACCOTTET, *La oscuridad*, 2006, 132 pp., tr. y epílogo de Rafael-José Díaz.

Al repasar a los autores más singulares del siglo XIX se advierte cómo ciertos tex-

tos suyos exploraron las zonas mentales más inseguras a través de una experiencia *manuscrita* en verdad eficaz, aguda e intensa. Se adentraron, así, en un territorio a medias consciente y perturbador, del que la psiquiatría luego consolidada sólo pudo dar cuenta, precisamente, poniendo una tras otra las palabras de tales experiencias; esto es, repitiéndolas de un modo más bien literal, en buena medida, y sin lograr agotarlas, por fortuna, mediante concepto alguno. Es el caso de *Sobre la elaboración del pensamiento a medida que se habla* de Kleist, los *Estudios eróticos inmediatos* de Kierkegaard, las *Memorias del subsuelo* de Dostoyevski, *Un capítulo sobre los sueños* de Stevenson, *El alienista* de Machado de Assis o *Ecce homo* de Nietzsche.

Pasada ya la gran centuria de la literatura, en un siglo tan devastador como fue el XX, esa forma de escritura inspirada e íntima se prolongó en ciertas prosas más aisladas y espinosas, menos generalizables que las antes citadas, pero que tomaban un «oculto relevo» de sus antecesoras. La *Carta de lord Chandos* de Hofmannsthal o la *Carta al padre* de Kafka serían ejemplos inaugurales de ciertas piezas «privadas», recónditas y llenas de enigmas. A una modalidad más abstracta pertenecería *Espacio*, de uno de nuestro máximos escritores, Juan Ramón Jiménez. Cabe añadir en lengua francesa, y para acercarnos a nuestros días, tres escritos muy distintos: *El charlatán* de Des Forêts, de 1947 (rescatado por Arena, en 2004), *L'arrière-pays* de Bonnefoy, de 1972, y, un año después, *La folie du jour* de Blanchot.

En medio de esas fechas, en 1961, se sitúa *La oscuridad* de Philippe Jaccottet, donde este escritor suizo –poeta y crítico–, nacido en 1925 y afincado en Francia, se adentra en un mundo enrarecido, en el cual

ciertas convicciones morales atesoradas por el narrador gracias a las enseñanzas de un viejo *maestro*, por entonces en fuga, quedan desgarradas y casi aniquiladas por el reencontro con éste («el orden del cielo estaba roto») y expuestas mediante el relato de una espectral visión nocturna —entre habitaciones, calles o voces triviales y estridentes—, de esa vida idealizada y ahora en quiebra.

Hay escritores, como Jaccottet, que son capaces de inventar una modalidad literaria que les pertenece sólo a ellos (y que deriva de la hondura de su introspección), y en la que nos ofrece un clima de afectos rarefactos pero determinantes de la huella más personal; una atmósfera intermedia entre la ensoñación, el pavor y la dolorosa luz («desierto de luz»); un espacio físico más o menos deforme, lleno de palabras que zumban; un transcurso temporal extrañamente concentrado o expandido. La embriagadora fofobia interna de *La oscuridad*, las modulaciones de la euforia y la tristeza que ahí afloran no se hallan en textos de otro género, sea el ensayístico, el relato psicológico o la novela. Así que este escrito tan original y evasivo discurre a su modo, sobre todo en la primera parte, como un líquido espeso; y es una de las mejores catas en las entrañas desordenadas de alguien que llega a decir: «La verdad es que no puedo pasar».

No en vano Jaccottet ha sido un valiosísimo traductor del griego y del alemán, del español y el italiano —de Homero (*Odisea*), de Hölderlin, Novalis y Rilke, de todo Musil, de Góngora y Ungaretti—. Conoce bien, pues, esa mediación inventiva tan creadora, decisivamente *filosófica* que se da entre las palabras extranjeras y las ‘doméstic-

cas’, entre las más distintas culturas escritas en el momento en que son vertidas al lenguaje materno. Lo cual es un pasaporte personal para poder representar la mayor extrañeza psíquica: el viaje singular y vital de Ulises; el *delirio* vivido por esos tres poetas alemanes, encabezados por Hölderlin; el hermetismo tanto del barroco castellano como del sucinto poeta Ungaretti; y, especialmente, la amplitud del campo visual y la fuerza analítica y meditativa de Robert Musil, a quien tradujo en su integridad, lo corroboran.

Pero en *La oscuridad* se parte de un mundo casi despojado de referencias. Una de las voces que intervienen llega a decir que «han huido todas las imágenes y ni siquiera me enfrento a la oscuridad vaga en que me encuentro, ni siquiera a la sombra, ni siquiera a un cálido hoyo en la tierra». Sí; ese es su tono. Y, aunque hay un Jaccottet bastante distinto, que abarca buena parte de su obra, orientado hacia una evidente y clásica busca de la belleza, su propósito general se nos hace más problemático tras leer este libro. En todo caso, su poesía transmite *confianza*, como señaló Starobinski en un gran artículo sobre el escritor de 1971; confianza que nos llega en *Cuaderno de verdor*, *A la luz del invierno* o *Pensamientos bajo las nubes*, traducidos desde 1997 al castellano hasta hoy, con *El ignorante* (Pre-Textos, 2006).

La obra de Jaccottet, muy extensa, empieza a ser buscada cada vez por más lectores, y desde luego se ve potenciada por su traductor: se lo agradecemos a todos.

Mauricio Jalón

LIBROS DE LA A.E.N.

Estudios

1. M. GONZÁLEZ CHÁVEZ (ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, 1980.
2. A. PORTERA, F. BERMEJO (eds.), *Demencias*, 1980.
3. S. MASCARELL (ed.), *Aproximación a la histeria*, 1980.
4. T. SUÁREZ, C. F. ROJERO (eds.), *Paradigma sistémico y terapia familiar*, 1983.
5. V. CORCÉS (ed.), *Aproximación dinámica a las psicosis*, 1983.
6. J. ESPINOSA (ed.), *Cronicidad en psiquiatría*, 1986.
7. J. L. PEDREIRA MASSA (ed.), *Gravedad psíquica en la infancia*, 1986.
8. J. A. FERNÁNDEZ SANABRIA, J. MAURA ABRIL, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ (eds.), *I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N.*, 1986.
9. R. INGLOTT (ed.), *El quehacer en salud mental*, 1989.
10. C. CASTILLA DEL PINO (ed.), *Criterios de objetivación en psicopatología*, 1989.
11. A. BAULEO, J. C. DURO, R. VIGNALE (eds.), *La concepción operativa de grupo*, 1990.
12. R. FERNÁNDEZ, M. A. GARCÍA CARBAJOSA, J. L. PEDREIRA MASSA (eds.), *La contención*, 1990.
13. M. DESVIAT (ed.), *Epistemología y práctica psiquiátrica*, 1990.
14. A. INGALA, R. GÓMEZ, J. FRÈRE, A. GONZÁLEZ, *II y III Jornadas de la Sección de Psicoanálisis, «El malestar en la cultura»*, 1992.
15. P. SANROMÁN VILLALÓN (ed.), *Jornadas sobre salud mental y ley. Malos tratos a menores, malos tratos a mujeres, separaciones y divorcios*, 1993.
16. C. F. ROJERO, T. SUÁREZ (eds.), *Psicosis de la infancia y la adolescencia*, 1993.
17. V. APARICIO BASAURI (ed.), *Evaluación de servicios en salud mental*, 1993.
18. J. MAS HESSE, A. TESORO AMATE (eds.), *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*, 1993.
19. A. FERNÁNDEZ LIRIA, M. HERNÁNDEZ MONSALVE, B. RODRÍGUEZ VEGA (eds.), *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*, 1997.
20. R. GÓMEZ ESTEBAN (ed.), *Grupos terapéuticos y asistencia pública*, 1997.
21. J. LEAL RUBIO (ed.), *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*, 1997.
22. C. POLO, *Crónica del manicomio*, 1999.
23. F. SANTANDER (ed.), *Ética y praxis psiquiátrica*, 2000.
24. F. RIVAS (ed.), *La psicosis en la comunidad*, 2000.
25. E. GONZÁLEZ, J. M. COMELLES (eds.), *Psiquiatría transcultural*, 2000.
26. F. CARLES, I. MUÑOZ, C. LLOR, P. MARSET, *Psicoanálisis en España (1893-1968)*, 2000.
27. T. ANGOSTO, A. RODRÍGUEZ, D. SIMÓN (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría*, 2001.
28. C. GISBERT (ed.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental*, 2003.
29. A. ESPINO, B. OLABARRÍA (eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España*, 2003.
30. M. HERNÁNDEZ MONSALVE, R. HERRERA VALENCIA, *La atención a la salud mental de la población reclusa*, 2003.
31. J. M. ÁLVAREZ, R. ESTEBAN (eds.), *Crimen y locura*, 2005.

LIBROS

32. B. MORENO KÜSTNER, *El registro de casos de esquizofrenia de Granada*, 2005.
33. A. REY GONZÁLEZ, E. JORDÁ MOSCARDÓ, F. DUALDE BELTRÁN y J. M. BERTOLÍN GUILLÉN (eds.), *Tres siglos de psiquiatría en España (1736-1975)*, 2006.
34. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA, *La práctica analítica en las instituciones de Salud Mental*, 2005.
35. J. LEAL RUBIO, A. ESCUDERO NARS (eds.), *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental*, 2006.
36. F. PÉREZ (ed.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*, 2006.
37. R. DíEZ PATRICIO, R. LUQUE LUQUE (eds.), *Psicopatología de los síntomas psicóticos*, 2006.

Historia

1. Jacques FERRAND, *Melancolía erótica*, 1996.
2. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía I*, 1997.
3. Anselm von FEUERBACH, *Gaspar Hauser*, 1997.
4. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía II*, 1998.
5. Robert GAUPP, *El caso Wagner*, 1998.
6. Gerolamo CARDANO, *El libro de los sueños*, 1999.
7. Emil KRAEPELIN, *Cien años de Psiquiatría*, 1999.
8. Étienne ESQUIROL, *Sobre las pasiones*. Joseph DAQUIN, *Filosofía de la locura*, 2000.
9. Tomaso GARZONI, *El teatro de los cerebros. El hospital de los locos incurables*, 2000.
10. Juana DE LOS ÁNGELES, *Autobiografía*, 2001.
11. François LEURET, *El tratamiento moral de la locura*, 2001.
12. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía III*, 2002.
13. Laurent JOUBERT, *Tratado de la risa*, 2002.
14. Samuel-Auguste TISSOT, *El onanismo*, 2003.
15. Daniel Paul SCHREBER, *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, 2003.
16. Raymond QUENEAU, *En los confines de las tinieblas. Los locos literarios*, 2004.
17. Timothy BRIGHT, *Un tratado de la melancolía*, 2004.
18. CICERÓN, *Conversaciones en Túsculo*, 2005.
19. DIDEROT (ed.), *Mente y cuerpo en la Enciclopedia*, 2005.*
20. Marsilio FICINO, *Tres libros sobre la vida*. Luigi CORNARO, *De la vida sobria*, 2006.
21. Patrick DECLERCK, *Los naufragos*, 2006.
22. Giovan Battista della PORTA, *Fisiognomía I*, 2007.
23. John DONNE, *Biathanatos*, 2007.

Distribuye: LATORRE LITERARIA, Madrid, tel. 91 8719379

* Nuestros socios pueden obtener este libro contra reembolso, y con un 10% de descuento, dirigiendo su pedido telefónico a la distribuidora.

CRITERIOS PARA LA ACEPTACIÓN DE ORIGINALES

1. Los trabajos que se remitan deberán ser inéditos. Se enviará el original a la Redacción de dos formas: en papel DIN A4 y por correo electrónico (revistaaen@dip-valladolid.es).
2. El texto estará compuesto en un programa Word para PC o para Mac. Tecléese el texto con la máxima austeridad: a) no emplear nunca negritas, pues sólo se admiten redondas o cursivas; b) no utilizar letras de distintos tamaños; c) no imitar formatos de edición, como división de palabras al final de línea, dobles columnas, centrados, sangrados distintos al de un punto y aparte; d) no dejar líneas en blanco, excepto una sola para separar cada sección.
3. La primera página debe incluir el título y la autoría, así como un breve resumen de 20 palabras acompañado de tres o cuatro palabras clave para índices: todo ello, en castellano e inglés.
En página final, se incluirá un asterisco seguido de los nombres y apellidos completos, profesión y lugar de trabajo de cada autor, correo electrónico al que dirigir la correspondencia sobre el original.
4. Cuando sea oportuno, el texto se adaptará a los apartados clásicos: introducción (incluyendo los objetivos del artículo), métodos, resultados y discusión final.
5. Las citas se identificarán en el texto mediante el sistema de notas al final de documento, que facilita el programa Word, y se emplearán siempre números arábigos.
6. Para confeccionar la bibliografía, en caso de que apareciesen dos o tres autores, se escribirían separados cada uno de ellos mediante punto y coma. Si hubiese más de tres, sólo se escribiría el primero, seguido de: y otros.
7. En el caso de los libros se especificará la autoría por este orden: apellido del autor, iniciales de su nombre, título (en cursiva), lugar de la edición (en castellano), editorial, año.
En el caso de las revistas, se especificará de este modo: apellido del autor, iniciales de su nombre, título del artículo (entrecomillado), nombre de la revista (en cursiva), año, volumen, número, páginas. Cada una de las especificaciones, en ambos casos, tienen que ir entre comas*.
8. Si hay tablas se señala su posición en el texto, aunque se agrupen al final del documento o en un archivo distinto. Van numeradas consecutivamente. Las abreviaturas han de explicarse a pie de gráfico.
9. El Consejo de Redacción se rige por las siguientes directrices:
 - a) Se acusará recibo de todo artículo remitido a la *Revista*.
 - b) Los manuscritos serán revisados anónimamente por expertos en el tema abordado, quienes informarán sobre la conveniencia de introducir modificaciones en el artículo o sobre la posibilidad de publicarlo sin más.
 - c) Finalmente, la responsabilidad de la decisión de publicar o no un original ya evaluado —así como de determinar su fecha de aparición— corresponde al Consejo de Redacción y, en última instancia, al Director.

* Ejemplos: MORRIS, T. E.; HILER, A., *What is Identity?*, Nueva York, Columbia University, 1999.
COLE, P., y otros, «El delirio», en ARJONA, L. (ed.), *Las crisis*, Sevilla, Disliber, 2006, pp. 213-219.
PATRÁN, C., «Trastornos de identidad», *Nueva Revista de Psiquiatría*, 2004, XI, 23, pp. 194-206.

Junta Directiva:

Presidente: *Alberto Fernández Liria*

Vicepresidente: *Óscar Vallina Fernández*

Secretaria General: *Ana Moreno Pérez*

Vicesecretario: *José J. Uriarte Uriarte*

Tesorera: *Cristina Gisbert Aguilar*

Director de Publicaciones: *Fernando Colina Pérez*

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

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

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

Ilustraciones de:
Arnold SCHÖNBERG