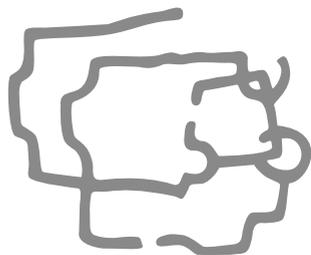


NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XVIII nº 68 Enero 2023



Volumen XVII



Nº 63



Nº 64



Nº 65

Volumen XVIII



Nº 66



Nº 67



Nº 68

Volumen XV



Nº 57



Nº 58

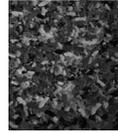


Nº 59

Volumen XVI



Nº 60



Nº 61



Nº 62

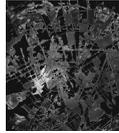
Volumen XIII



Nº 51



Nº 52



Nº 53

Volumen XIV



Nº 54

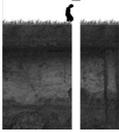


Nº 55



Nº 56

Volumen XI



Nº 45



Nº 46



Nº 47

Volumen XII



Nº 48



Nº 49



Nº 50

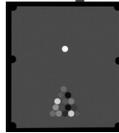
Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42



Nº 43



Nº 44

Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



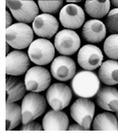
Nº 35



Nº 36

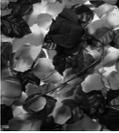


Nº 37



Nº 38

Volumen VII



Nº 27



Nº 28



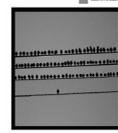
Nº 29



Nº 30



Nº 31



Nº 32

Volumen VI



Nº 22



Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Artigue, Jordi
Grande, Élda
Jiménez, Ana María
Kuhalainen, Javier
Lalana, José Manuel
Sierra, Deirdre
Vecino, Antonio
Vera Barrios, Eduardo
Villarreal, Berna
Villasante, Olga

Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	Esteban, M. Luz	Lasa, Alberto	Pradana, M ^a Luz
Álamo, Cecilio	Esteban, Ramón	Levav, Isaac	Redero, José María
Albi, Inmaculada	Estévez, Juan Antonio	Marín, Mónica	Rendueles, Guillermo
Álvarez, José M ^a	Fernández Liria, Alberto	Marqués, M. José	Retolaza, Ander
Aparicio, Víctor	Ferrera, Beatriz	Marquín, Fernando	Rodríguez, Beatriz
Arias, Paz	García Soriano, Maite	Martínez-Azumendi, Óscar	Rodríguez Pulido, Francisco
Ballesteros, Javier	Gay, Eudoxia	Martínez, Ana	Rotelli, Franco
Barrenetxea, Olatz	Gómez, Chus	Mayoral, Fermín	Sánchez, Cosme
Berrios, Germán E.	Gómez-Beneyto, Manuel	Meana, Javier	Sánchez-C., M. Luisa
Bravo, Mari Fe	González Lorenzo, Félix A.	Meneses, Carmen	Saraceno, Benedetto
Caldas d'Almeida, José	González-Pinto, Rodrigo	Mezzich, Juan	Sepúlveda, Rafael
Carranza, Arturo	González Saiz, Francisco	Molina, Germán	Serrano, Javier
Castro, Mercedes	González Torres, Miguel Á.	Morchón, J.	Soler, M ^a del Mar
Català, Laura	Gracia, Fernando	Moreno, Ana	Susparregui, J. M ^a
Chicharro, Francisco	Gutiérrez Fraile, Miguel	Munarriz, Mikel	Tarí, Antonio
Cifre, Antonia	Hernández, Mariano	Olabarría, Begoña	Thornicroft, Graham
Colina, Fernando	Hernández Padilla, María	Pacheco, Luis	Tizón, Jorge Luis
Comelles, Josep M ^a	Huertas, Rafael	Pérez, Alicia	Valverde, Mikel
Del Rio, Francisco	Inchauspe, Jose Antonio	Pérez-S, Pau	
De la Rica, José Antonio	Insua, Patricia	Polo, Cándido	
Desviat, Manuel	Lamas, Santiago	Prego, Roque	

- ✓ Acceso disponible en: ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/ • Correo-e: revistanorte@ome-aen.org
- ✓ Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de NORTE de Salud Mental salvo que esté así especificado.
- ✓ Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/

NORTE de Salud Mental es accesible también en el Servicio Bibliográfico y Accesos abiertos de:

- Anuario FEAP
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- Directory Open Access Journals (DOAJ)
- e-revist@s
- IME (Índice Médico Español)
- MEDicina en ESpañol (MEDES)
- psiquiatría.com
- Psiquiatría Sur
- RCS
- Repositori UJI
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental

Vol XVIII nº 68, enero 2023 <https://ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/>

Realización y Administración:

OME • c/Araba, 6 bajo (entrada por c/Burgos) • 48014 Deusto. Bilbao

revistanorte@ome-aen.org

Autora portada: Leire Igual.

Título obra: L'angoisse...

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida.

Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN.

Publicación semestral no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares. Ejemplar atrasado: 30 euros.

Tarifa anual: Profesionales 100 euros. Instituciones 150 euros.

ISSN: 1578-4940 • Depósito Legal: 1565/02

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L.



Norte de salud mental está bajo una licencia de Creative Commons.

Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que apoyan el uso que hace de su obra). No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>

Sumario

NORTE de salud mental 68. Enero 2023

Editorial	5
• Caminar por una salud mental de calidad, es trabajar contra las guerras. <i>Iñaki Markez.</i>	7
Originales y revisiones	11
• La soledad sonora. Aproximación a la psico(pato)logía de la soledad. <i>Javier Lacruz Navas, Cristina Equiza López, Lara Lacruz Bellido.</i>	13
• Psicosis en epilepsia. Breve reseña histórica y revisión bibliográfica. <i>José Juan Tascón, Alba Isabel Crisóstomo, César Cárdenes, Juan Fernando Dorta, Jonatán Gonzalez-Padilla, María del Rosario Cejas.</i>	25
• Metacognición, mentalización y psicopatología. <i>José Manuel Bertolín-Guillén, Jose Manuel García-Valls.</i>	32
• Salud Mental de población estudiantil de la carrera de medicina de zonas fronterizas entre Paraguay y Brasil, un estudio transversal, 2020. <i>Giovanna Racaneli de Alencar Costa, Larissa Joenck, Kawane Carolina de Almeida Fanti, Luana Beatriz dos Anjos Webber, Luiz Antônio da Cruz, Donoband Edson Dejesus Melgarejo y Claudia Carolina Centurión.</i>	41
• V Premio Ángel Garma de Psicoanálisis de la AEN. <i>Javier Frère.</i>	46
• Acerca de la constitución de un cuerpo sexual y sexuado: los testimonios de Catherine Millet. <i>Esperanza Molleda Fernández.</i>	48
• Figuras del amor en psicoanálisis. <i>Elina Wechsler.</i>	64
Pre-ocupaciones	79
• Sexo y Género. <i>Fabrizio Potestad.</i>	81
• Heroína, un medicamento de éxito, probado hace 20 años en un ensayo clínico en España. <i>Joan Carles March.</i>	89
• Rituales: Función y Encaje. Casos clínicos. <i>Nicolás Vucínovich Roca.</i>	94
• Puedo leer. <i>Elvira Martín.</i>	100
Historia	103
• Hace ya algún tiempo: José Sanchís Banús (1893-1932). Mucho más que las “Reacciones paranoides de los ciegos”. <i>Sonsoles Pacheco, Reda Rahmani, Juan Medrano, Oscar Martínez Azumedi, Iñaki Markez, Luis Pacheco.</i>	105
• Pedro Enrique Muñoz (1936-2022): Adelantado de la Psiquiatría Social en España. In Memoriam. <i>Ander Retolaza.</i>	120
• La locura en Joyce: sobre su obra y la relación con su hija Lucía. <i>María Herrera Gimenez, Carmen Llor Moreno, Esteban Ferrández Miralles.</i>	123
• En recuerdo a Mikel Munárriz Ferrandis, Presidente de la AEN (junio 2015 - junio 2022). <i>M. Fuster, A. Meseguer, A. Sánchez, M. J. Marqués, F. Pérez, I. Markez.</i>	130
Actualizaciones	133
• La Reforma Psiquiátrica en España hacia la Salud Mental Comunitaria. Los años 70 y 80: Conversaciones con protagonistas. <i>Begoña Olabarría, Manuel Gómez Beneyto.</i>	135
• La guerra como campo de batalla. Deconstruyendo mitos y símbolos. <i>Jorge L. Tizón.</i>	138
• Sumarios: Revista de la AEN y Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.	139

Summary

NORTE de salud mental 68. January 2023

Editorial	5
• Moving towards quality mental health is working against wars. <i>Iñaki Markez.</i>	7
Original and reviews articles	11
• The sonorous loneliness. Approach to the psicho(patho)logy of the loneliness. <i>Javier Lacruz Navas, Cristina Equiza López, Lara Lacruz Bellido.</i>	13
• Psychosis in epilepsia. Brief historic note and bibliographic review. <i>José Juan Tascón, Alba Isabel Crisóstomo, César Cárdenes, Juan Fernando Dorta, Jonatán Gonzalez-Padilla, María del Rosario Cejas.</i>	25
• Metacognition, mentalization and psychopathology. <i>José Manuel Bertolín-Guillén, Jose Manuel García-Valls.</i>	32
• Mental Health of student population of the medicine career in border areas between Paraguay and Brazil, a cross-sectional study, 2020. <i>Giovanna Racaneli de Alencar Costa, Larissa Joenck, Kawane Carolina de Almeida Fanti, Luana Beatriz dos Anjos Webber, Luiz Antônio da Cruz, Donoband Edson Dejesus Melgarejo y Claudia Carolina Centurión.</i>	41
• V Angel Garma Prize for Psychoanalysis. <i>Javier Frere.</i>	46
• About the constitution of a sexual and sexed body: the testimonies of Catherine Millet. <i>Esperanza Molleda Fernández.</i>	48
• Love figures in psychoanalysis. <i>Elina Wechsler.</i>	64
Concerns Challenges	79
• Sex and gender. <i>Fabricio Potestad.</i>	81
• Heroin, a successful drug, tested 20 years ago in a clinical trial in Spain. <i>Joan Carles March.</i>	89
• Rituals: Function and Lace. Clinical cases. <i>Nicolás Vucínovich Roca.</i>	94
• I can read. <i>Elvira Martín.</i>	100
History	103
• Some time ago: José Sanchís Banús (1893-1932). Much more than “Paranoid reactions of the blind”. <i>Sonsoles Pacheco, Reda Rahmani, Juan Medrano, Oscar Martínez Azumedi, Iñaki Markez, Luis Pacheco.</i>	105
• Pedro Enrique Muñoz (1936-2022): Advanced of Social Psychiatry in Spain. In Memoriam. <i>Ander Retolaza.</i>	120
• Madness in Joyce: above his work and his relationship with his daughter Lucia. <i>María Herrera Gimenez, Carmen Llor Moreno, Esteban Ferrández Miralles.</i>	123
• Mikel Munarriz. In memoriam. M. Fuster, A. Meseguer, A. Sánchez, M. J. Marqués, F. Pérez, I. Markez.	130
Book reviews	133
• La Reforma Psiquiátrica en España hacia la Salud Mental Comunitaria. Los años 70 y 80: Conversaciones con protagonistas. <i>Begoña Olabarría, Manuel Gómez Beneyto.</i>	135
• La guerra como campo de batalla. Deconstruyendo mitos y símbolos. <i>Jorge L. Tizón.</i>	138
• Summaries: Revista de la AEN and Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.	139



EDITORIAL

Caminar por una salud mental de calidad, es trabajar contra las guerras.

Moving towards quality mental health is working against wars.

La guerra ha puesto de manifiesto la debilidad del actual modelo social y la dependencia en las políticas económicas de los combustibles fósiles, con el trasfondo del calentamiento global y del cambio climático sin que las cumbres internacionales logren acuerdos básicos para la supervivencia del planeta, y con sus efectos graves sobre la población de los países más empobrecidos. La guerra, en lugar de favorecer el necesario replanteamiento del modelo energético, está sirviendo para enturbiar más la situación propiciada en las últimas décadas y lavar la imagen de la energía nuclear, sin valorar que el pretendido “uso pacífico” es un riesgo de catástrofe añadido al derivado de la utilización de armas nucleares. Riesgo nuclear que solo desaparecerá con su eliminación y prohibición, algo que no se ve próximo pues han pasado del discurso peligroso de la disuasión a la amenaza nuclear. Algunos países van más allá y se están planteando el aumento del presupuesto para gastos militares, cuando a nivel mundial debería plantearse su reducción para disminuir el riesgo de conflictos bélicos, así como reconvertir la industria bélica, destinando los fondos a la cobertura de necesidades sociales.

Tras un siglo de guerras, las guerras “modernas”, el recurso masivo de las armas no solo no contribuye a resolver los conflictos, sino que los exacerba, dificulta su gestión y siembra semillas para posteriores pugnas bélicas. Y, como cualquier otro conflicto social, político, militar o económico los procesos de mediación y de diálogo han de estar por encima de cualquier otra medida que, como hemos observado, se acompañan de terribles daños para la población. En forma de

pobreza, muertes, personas enfermas y heridas o desastres en los bienes y territorios. Al lado, los efectos en forma de estrés postraumático, las alteraciones emocionales con sus muchos matices y sus múltiples traumas psicológicos. Mientras, nos han estado hablando del envío “solidario” de armamento y el entrenamiento a las tropas de Ucrania, y de ese modo la Unión Europea se ha convertido en otra potencia beligerante.

Quienes impulsan políticas militaristas y su ilimitado interés por mantener un imperio de escala mundial, controlando bienes y gobernantes de otros países, pero arriesgando más y más hacia catástrofes, bélicas o naturales, quizá climáticas, que destruyan los bienes comunes del planeta, sea su naturaleza, sean sus habitantes. Con amenazas de prolongar guerras y justificar otras nuevas, hasta de una guerra nuclear, con muchos territorios calientes por todo un mundo muy caótico y conflictivo. Sus reflexiones y matices sobre los idearios y actuaciones del poder imperial son otro contrapunto muy alejadas de la autocomplacencia y del victimismo mentiroso. Con denuncias meditadas que los medios de comunicación callan o disfrazan, se desenmascaran muchos acontecimientos de los tiempos de la guerra fría con muchos abusos y crímenes en los dos bandos: matanzas del Golfo, atrocidades en los Balcanes, para continuar en todo Oriente medio y seguir con situaciones diversas de los Estados Unidos, de todo Occidente, del mundo.

Se han manejado demasiadas “razones” en torno a esta guerra: antecedentes basados en intereses de las potencias tras sus crisis políticas, económicas y geoestratégicas; agresión rusa a

Ucrania forzando reequilibrios en el orden mundial ante la ilegal invasión; enviar armas, que en la mayor parte va a parar al mercado clandestino, para fomentar el mantenimiento de la guerra cuyo final no era previsible; las fuerzas rusas y las ucranianas, estas entrenadas y dirigidas por la OTAN, utilizan armas pesadas, incluidas armas prohibidas, contra el ejército de enfrente, contra las infraestructuras y la población; gana EE.UU. con una guerra lejos de su territorio, y pierde Europa, que se empobrece y desaparece del tablero político. Mientras, Rusia recompone sus mercados económicos trasladándolos de Europa hacia Asia central tras la exigencia norteamericana de que Europa lleve a efecto el “bloqueo”. En el recorrido, mientras se amontonan el sufrimiento de la población y las mentiras desde uno y otro bando, la “solución diplomática” no llega y siguen pendientes las acciones de mediación y negociación, hacia un mundo en paz, menos belicista, donde prime la seguridad compartida y con alternativas colaborativas e inclusivas de un nuevo orden internacional basado en la desmilitarización. Parafraseando una viñeta de El Roto: “Ya sabemos, ya saben, quien es el bueno y quien el malo en cada bando, pero no sabemos cuánto dura ni quien dirige la película”. No obstante, deseamos el final de la guerra, de las guerras, sin propagandistas que confundan a nuestras ciudadanías, para que no haya amenazas nucleares ni se mantengan riesgos de continuidad bélica. Nos han proclamado tanto que el infierno siempre son los otros, que no ha habido momento para preguntar si queremos estar en algún bando en conflicto.

En esta guerra es urgente una salida negociada o, como dijera Noam Chomsky, “la única forma de saber si existe posibilidad de una solución política a Ucrania es intentarlo”. Ha de actuar la diplomacia, sentarse con calma a dialogar, antes de que *el delirio* militar desenfrenado lleve a la miseria a muchos millones o a otro holocausto. Claro que el gobierno ruso, como el de Ucrania, no pueden quedar ridiculizados en las decisiones finales, han de tener salidas airosas para sus respectivas políticas pues, no lo olvidemos, tras ellos hay muchos millones de personas observando y apoyando, a unos y a otros, a cada cual con “sus verdades”. Caso contrario en el ideario colectivo quedarán huellas indelebles en la memoria transgeneracional, como ya conoce-

mos en otras muchas experiencias de reacciones sociales y gubernamentales en diferentes países, décadas después de pasados conflictos mal resueltos.

Freud comprobó que, si “la guerra ocurre al desbordarse la pulsión de muerte, la destrucción, habrá que apelar a su contrario, el Eros”. Lo que genere sentimientos entre las personas tiene un efecto contrario a la guerra: los vínculos de amor y otros sentimientos en la sociedad. Pero estas relaciones de solidaridad son difíciles, ante las tendencias a la crueldad aprovechada desde el poder para lograr su dominación a través de la guerra. Freud se adhirió a una propuesta pacífica de resolución de los conflictos y no era un pacifismo ingenuo que condena todas las guerras, sin más. No negaba la crueldad del sujeto, mientras buscaba el desarrollo de la cultura, trabajando por la paz modificando las condiciones sociales, económicas y políticas que empujan a la guerra en un contexto de luchas que tratarán de anular los efectos de la pulsión de muerte. No basta condenar la guerra, la violencia o la opresión sino conocer las causas que las determinan. Necesitamos políticas impregnadas de cultura de paz que sean claras con sus sociedades y consideren las discrepancias junto al pluralismo del pensamiento crítico, basadas en los derechos de todas las personas y en una distribución equitativa de los bienes sociales. Ser pacifistas significa rechazar las guerras, sin el precio de exigir tener que escoger entre este o aquel dictador, entre esta o aquella alianza militar, como nos impone el discurso mediático omnipresente mientras comprobamos su falta a la verdad.

Mientras, los bienes del planeta tienen muy diferentes propietarios y permanecen en disputa: la tierra, el mar, el aire, el ciberespacio y también el espacio donde hay satélites que controlan casi todo lo que ocurre. Son objetivos inconfesables. Posiblemente con el parecer y los debates de Freud y Einstein no hubiera ocurrido la guerra, aunque seguro que hubieran sido opiniones tan cualificadas como marginales. La respuesta que dio Freud a la pregunta de Einstein sobre si había algún medio para librarse de la amenaza de la guerra, salvando los acontecimientos históricos y el tiempo transcurrido, se situaba en la necesidad de asumir la propia violencia, no negarla. Si comprendemos la violencia propia

entenderemos la de otros para poder reducirla, y dijo: *“todo lo que establezca vínculos afectivos entre personas debe actuar contra la guerra”*. Uno y otro, como pacifistas, perseguían contrariar la pulsión de muerte, conocedores de que las guerras son fracasos de la humanidad, de la cultura de esta. De ahí esa pregunta mediática ¿para qué la guerra si se acompaña del fin de la inteligencia?

Viene al caso recordar el comentario del checo Milán Kundera: “Para liquidar a los pueblos se empieza por privarlos de la memoria. Destruyen tus libros, tu cultura, tu historia. Y alguien más escribe otros libros, los de otra cultura, inventa otra historia; después de eso, la gente comienza a olvidar lentamente lo que son y lo que fueron. Y el mundo que te rodea se olvida aún más rápido de quién eres tú”. Se han quemado muchos libros por las ideologías autoritarias: con los franquistas, los nazis, los talibanes y durante muchas guerras recientes... La incultura, también el olvido histórico, nos hace peores personas. Sin olvidar que los dramas y sus con-

secuencias no terminan al finalizar las guerras pues se prolongan largo tiempo, ya que durante décadas permanecerá el sufrimiento por las pérdidas humanas, materiales y simbólicas en territorios que quedaron desolados. Hoy es posible hacer otros caminos, hay quienes lo están desarrollando, trabajan por la paz desde los vínculos afectivos y emotivos. Ciudades y ciudadanías por la paz, por los derechos sociales, por una salud mental de calidad, que es trabajar también contra las guerras. Se requieren muchas iniciativas más, sin duda, en ese caminar hacia una cultura de paz en nuestras sociedades diversas.

Iñaki Markez.



ORIGINALES Y REVISIONES

La soledad sonora. Aproximación a la psico(pato)logía de la soledad.

The sonorous loneliness. Approach to the psico(patho)logy of the loneliness.

Javier Lacruz Navas. Psiquiatra, Zaragoza.

Cristina Equiza López. Psicóloga clínica, Zaragoza.

Lara Lacruz Bellido. Psicóloga, Zaragoza.

Resumen: La soledad inscribe una paradoja: saber que nunca se está solo y, sin embargo, sentir un profundo sentimiento de soledad. Un sentimiento que acompaña toda la vida con mayor o menor amplitud, con mayor o menor insistencia. Básicamente distinguimos dos tipos de soledad, la *solitud*, que es la soledad deseada o buscada; y la *soledad* propiamente dicha, que es la soledad obligada, arrostrada. En sus polos están la *solitariedad*, que es la soledad del solitario, una soledad cuyo arco de tensión oscila desde el que *es* un solitario y que vive una *vida solitaria* hasta el que tiene una incapacidad de relacionarse con el otro, y la *soledad extrema*, por falta de contacto con uno mismo y con los demás, y que es propia de la locura. Freud con *Duelo y melancolía* (1917) y los psicoanalistas de la siguiente generación, en particular Donald Winnicott con la «La capacidad para estar solo» (1957) y Melanie Klein con «Sobre el sentimiento de soledad» (1959), son los autores más involucrados en el estudio de la soledad. En este contexto se aborda la obra *Anatomía de la melancolía* (1621) de Robert Burton y se expone, como ejemplo, el caso de una paciente diagnosticada de esquizofrenia paranoide cuya defensa psicótica responde a su necesidad de estar fusionada con Dios para negar su profundo estado de soledad.

Palabras clave: Soledad, solitud, aislamiento, duelo, melancolía, miedo, hipocondría, esquizofrenia.

Abstract: Loneliness enrolls a paradox: knowing that you are never alone and yet you can feel a deep sense of loneliness. A feeling that accompanies the whole life with more or less amplitude, with greater or lesser insistence. Basically we distinguish two types of loneliness, *solitude*, which is the desired or sought loneliness, and *loneliness* itself, which is a forced and faced lonely. At their poles we find another *solitude*, which is the loneliness of the lonely, a loneliness whose arc of tensión ranges from the one who *is* a loner and lives a *solitary life*, to the one who has an inability to relate to another person, and *extreme loneliness*, due to the lack of contact with oneself and with others, which is typical of madness. Freud with *Mourning and Melancholia* (1917) and the psychoanalysts of the next generation, specially Donald Winnicott with «*The Capacity*



to be Alone» (1957) and Melanie Klein with «*On the Sense of Loneliness*» (1959), are the most involved authors in the study of loneliness. In this context, the work *Anatomy of Melancholy* (1621) by Robert Burton is analyzed and, as an example, the case of a patient diagnosed with paranoid schizophrenia whose psychotic defense responds to her need to be fused with God to deny her deep state of loneliness is exposed.

Key Words: Loneliness, solitude, isolation, grief, melancholy, fear, hypochondriac, schizophrenia.

Mi *humanidad* es una continua superación de mí mismo.

Pero yo tengo necesidad de *soledad*, quiero decir, de curación,
de regreso a mí mismo, de respirar un soplo de aire libre, ligero y juguetón.

Mi *Zaratustra* entero es un ditirambo a la soledad, o, si se me ha entendido, a la *pureza*.

Ecce homo (1888), Friedrich Nietzsche.

Escribo triste, en mi cuarto tranquilo, solo como siempre he estado, solo como siempre estaré.

El libro del desasosiego (1913), Fernando Pessoa.

Y algunas veces suelo recostar / mi cabeza en el hombro de la luna /
y le hablo de esa amante inoportuna / que se llama soledad.

Que se llama soledad (1987), Joaquín Sabina.

I

Nadie está solo, nunca. En esto consiste la soledad. En saber que siempre estamos acompañados de una u otra forma y que, aún así, podemos sentirnos profundamente solos. En un vacío interior horrible, insoportable. Este es el sino humano, tan solo contrarrestado por la viveza de los versos del *Cántico espiritual* de Juan de la Cruz: «La música callada / la soledad sonora». Nacemos acompañados, dentro del útero materno, convivimos junto a familiares y amigos, y morimos escoltados por el cortejo de nuestros deudos. Pero el discurrir de nuestra vida –o mejor, de nuestra existencia– se rige por pasajes en soledad. El recurso más engañoso al hablar de la soledad pura es citar al Robinson Crusoe de Daniel Defoe. Ni siquiera Robinson está solo en la isla que el autor de la novela ubica en el delta del Orinoco, cerca de Trinidad. Le acompaña Viernes, cuya presencia cuestiona la idea de soledad sin compañía. Nadie está solo, nunca. En esto consiste la soledad.

Somos sujetos sociales y, sin embargo, estamos abocados a la «celda intolerable» de la que hablaba Cesare Pavese. A un dolor letal, sin consuelo. Arrojadados a la existencia (*Dasein*: el *ser ahí* o *estar ahí*; ser en el mundo, ser uno mismo), según Martin Heidegger en *Ser y tiempo*

(1927), estamos obligados a cargar con ella. El aciago Emil Cioran lo expresa de forma rotunda y taxativa: «La cruz no se merece, nacemos crucificados». La soledad está en la base de la enfermedad mental. Y de la salud. Es el síntoma *par excellence* de ambas. La soledad arrostrada de la criatura de Victor Frankenstein –en su desamparo, en su desolación, en su desarraigo–, sin nombre, repudiado por su creador, sin opción de pareja, es la de un ser condenado a la exclusión, a la ausencia de toda compañía. Pero la soledad extrema no es, siquiera, la falta de presencia del otro. Es ausencia de uno mismo. El pavor de no encontrarnos dentro de nosotros mismos. Como un noviembre de difuntos perpetuo. Pero no. Nadie está solo, nunca. En esto consiste la soledad.

Nada concierne más a las relaciones humanas que la compañía y la soledad. El humano se debate en situaciones permanentes de presencias y ausencias, de aproximaciones y alejamientos –siempre en equilibrio inestable– para alcanzar un punto de encuentro en el vivir y en el existir; es decir, para la *vida de relación*, de uno consigo mismo y con los demás. En estar y/o sentirse solo estando en compañía. La dimensión de la *soledad* es compleja y alude tanto a la *soledad buscada* o deseada como a la *soledad obligada* o arrostrada; y en sus polos, a la *solitariedad*, propia del sujeto

solitario, que oscila de más voluntaria a más evitativa, y a la *soledad extrema*, propia del sujeto enajenado del otro y de uno mismo. A la soledad de la locura. Ninguna de estas figuras son compartimentos estancos –cerrados y excluyentes–, sino que operan como estructuras abiertas que fluyen e interaccionan en mayor o menor medida unas con otras. La soledad es, en última instancia, un juego de soledades. Un jugar que se funda en el argumento de «lo uno y lo múltiple» ínsito en el diálogo del *Fedro* (370 a. C.) de Platón, que inaugura una paradoja esencial: la singularidad humana comporta multiplicidad. Es uno y múltiple. Escribe: «Y si creo que hay algún otro que tenga como un poder natural de ver lo uno y lo múltiple, lo persigo *yendo tras sus huellas como tras las de un dios*». Schopenhauer, en *El mundo como voluntad y representación* (1819), acoge la idea: «La aptitud para la filosofía consiste en reconocer lo uno en lo múltiple y lo múltiple en lo uno». De modo que la soledad y las soledades son una y múltiples. Un dédalo por el que transitamos de forma permanente.

II

El asunto de la soledad viene siendo atendido desde tiempos inmemoriales. Ya Aristóteles, en *Problemata XXX*, escribe acerca de la íntima conexión entre dos grandes categorías como son la genialidad y la melancolía. Anota: «Todos los hombres excepcionales son melancólicos». El filósofo y polímata griego destaca el *aire* melancólico del genio, el trabajo en soledad. Tiempo después, Friedrich Nietzsche, al formular la muerte de Dios (*Gott ist tot*: «Dios ha muerto»), separa la filosofía de la teología y acaba con el teocentrismo: el humano ya no precisa la compañía de Dios, asume su soledad, ya es libre. Otro filósofo de la sospecha, Sigmund Freud, en *Duelo y melancolía* (1917), analiza los procesos de duelo y de melancolía, sus similitudes y diferencias. Dos procesos que, en última instancia, remiten a la *soledad esencial*, que es inherente a la condición humana. El escritor doblado de filósofo Maurice Blanchot, adosado al pensamiento existencialista de su época, apela a la *soledad esencial* en tanto que no corresponde a una característica propia del sujeto, sino a una experiencia límite del lenguaje. En palabras de Octavio Paz de *El laberinto de la soledad* (1950): «La soledad es el hecho más profundo de la condición humana».

Los psicoanalistas de la siguiente generación, concretamente los de la escuela inglesa de psicoanálisis, son los que han abordado directamente el estudio de la soledad. Donald Winnicott en la «La capacidad para estar solo» (1957) y Melanie Klein en «Sobre el sentimiento de soledad» (1959), son dos de los autores más involucrados en su estudio. Ambos, partícipes de la teoría de las relaciones de objeto pero con un *corpus* teórico diferenciado, concuerdan en que la soledad no excluye necesariamente al otro, sino que remite necesariamente al otro. La soledad es una manifestación del vínculo con el otro. El primero, a partir del modelo paradójico de ausencia-presencia y del énfasis en la importancia del modelo ambiental (es uno de los autores que destacan la importancia de la realidad externa en el psicoanálisis), habla de la experiencia emocional infantil de estar solo sabiendo de la proximidad de la madre, de su presencia-ausencia; la segunda, más volcada en los procesos internos, en su trabajo precisa que «no me refiero a la situación objetiva de verse privado de compañía externa, sino a la sensación intensa de soledad, a la sensación de estar solo sean cuales fueren las circunstancias externas, de sentirse solo incluso cuando se está rodeado de amigos o se recibe afecto».

En la literatura psicoanalítica se ha escrito mucho acerca del temor a estar solo y, por el contrario, se ha desatendido la capacidad de estar solo uno consigo mismo. Salvo Winnicott, en su artículo «*The Capacity to be Alone*» (1957). Este concepto tiene como antecedentes la *relación anaclítica* y el «juego del Fort-Da» de Freud, así como el concepto de *hospitalismo* de René Spitz (el efecto depresivo que producen en los niños las separaciones bruscas y/o prolongadas de sus madres o por falta de amor, de sostén y cuidado). En la soledad del aislamiento infantil.

En su artículo, Winnicott estudia la *capacidad para estar solo* (a diferencia de *sentirse solo*) en presencia de otra persona. Según este autor, no existe un sujeto aislado, sino en relación a otro. De ahí establece su conocida fórmula basal: «El bebé no existe, lo que existe es la pareja de crianza». La *capacidad para estar solo* se basa en la paradoja de estar solo estando acompañado y remite a «la experiencia emocional infantil de haber estado solo en presencia de la madre».

Implica un primer tiempo en el que el bebé está a solas en presencia de su madre y su yo inmaduro está relajado por la presencia materna, para después alcanzar en la vida adulta la capacidad de estar solo de forma integrada, segura y confiable. Permite estar solo sin sentirse solo. Es un signo de madurez psíquica, de *riqueza psíquica*. Una capacidad que se logra cuando el niño conserva viva la *imago* materna en su interior, lo que le permite estar solo sin sentirse aislado o abandonado. La constancia objetal –de la madre interiorizada– determina que ella está presente aun estando ausente.

En este proceso de presencia-ausencia, la madre facilita al niño al mismo tiempo la elaboración de la vivencia de estar solo y sentirse acompañado, lo que le permite desarrollar su capacidad de fantasear y de crear. En suma: de jugar la vida. La madre y el niño pueden estar cada uno en sus tareas, incluso estando separados, cada uno en un cuarto de la casa, sin que el niño viva como ausencia y con sentimiento de soledad la ausencia materna. La *capacidad para estar solo* brinda al niño la oportunidad de sentirse independiente estando acompañado, sin necesidad de una protección y de un cuidado permanente. Así puede iniciar su proceso de separación, que habilita la construcción de su subjetividad y le permite salir de la dependencia y elaborar su autonomía, que nunca es total. Esta capacidad adquirida en la infancia es la base en la vida adulta de la capacidad de tolerar el sentimiento de soledad. Y de superar el miedo a la soledad. En el desarrollo emocional primitivo, primero se aprende a estar solo en la infancia, para luego poder estar –y saber estar– de forma confortable y confiada en compañía.

Klein, en «Sobre el sentimiento de soledad» (1959) –trabajo escrito espoleado por el de Winnicott, del que fuera mentora y ahora rival–, plantea que la soledad surge por «el anhelo omnipresente de un inalcanzable estado interno de perfección», ya que nunca se renuncia al deseo de alcanzar una totalidad, una plenitud, una integridad absoluta. Klein vincula la soledad a la fantasía omnipotente de perfección, a la completud. Según ella, el niño nace disociado y se va integrando progresivamente, en mayor o menor medida, con predominio –basculante– de defensas neuróticas o psicóticas. En su concepción de

la infancia considera que el bebé y el niño parten de ansiedades y defensas psicóticas que se van ajustando más o menos en relación con la realidad. Lo expresa así: «Este tipo de soledad, que todos experimentamos en cierta medida, proviene de ansiedades paranoides y depresivas, las cuales son derivados de las ansiedades psicóticas del bebé». Y añade: «La soledad forma parte también de la enfermedad, tanto de índole esquizofrénica como depresiva». Klein es la primera en situar la soledad como un denominador común de todos los procesos psicopatológicos.

Este conjunto de ansiedades y defensas Klein lo configura dinámicamente en dos *posiciones*: la *posición esquizo-paranoide* (1946) y la *posición depresiva* (1935). Y destaca que en el acontecer psíquico intervienen dos dinamismos principales: la escisión y la identificación proyectiva. Considera que en la temprana infancia el psiquismo humano bascula desde la no integración (o falta de cohesión) hacia la integración –que nunca es total y permanente– y que persiste y fluctúa en las etapas posteriores de la vida. Y considera que este interjuego de *posiciones* persiste en la vida adulta. Para esta autora, y esto es esencialmente significativo, no existen compartimentos estancos sino fluctuaciones de estados emocionales. Lo paranoide y lo melancólico, lo infantil y lo adulto se acogen al *dictum* de Heráclito: *Panta rei*, «todo fluye». De modo que, en el avatar vital, uno pasa por momentos y por etapas de mayor o menor soledad en el curso de la existencia.

III

En castellano tenemos varias palabras que gravitan alrededor de la noción de «soledad», como la de *solitud* (*p.us.*), que la Academia de la Lengua define como «carencia de compañía» o de «lugar desierto», o la de *solitariedad*, la soledad del individuo esquivo, solitario. La palabra *solitud* es un término en desuso, mientras que *soledad* está en plena vigencia y ocupa todo el espacio semántico cuando su sentido es polimorfo. Entre ambas hay una diferencia notoria y su discriminación ayuda a delimitar su significado. Pero la soledad, además de ser ambivalente, es inabarcable e inaprensible. Es una aporía que cancela toda pretensión de establecerse mediante una definición. Una experiencia de los límites del lenguaje que escapa de cualquier forma

de apropiación y que, lejos de ser un obstáculo, le confiere una ingravidez sugerente.

La *solitud* alude a la condición de estar solo, sin nadie, sin presencia humana. La solitud denota un estado físico, en el que uno está solo, asociado a un estado emocional, en el que uno anhela estar solo. Estar solo permite el *recogimiento* sobre uno mismo, la *intimidad*, promueve el diálogo interior y estimula el proceso creativo personal. Al estado de solitud es a lo que se refiere el naturalista Henry D. Thoreau cuando dice: «Jamás hallé un compañero más sociable que la soledad». O Federico García Lorca cuando escribe: «La soledad es la gran talladora del espíritu». En cambio, la soledad *stricto sensu* remite a un sentimiento de hondo malestar y de tristeza por la falta de compañía, sea por la escasa o mala calidad de la compañía, sea por la sensación o la vivencia propia sin que necesariamente se derive de ausencia de compañía. Joseph Conrad, cuya personalidad concita ambos registros, la define como el «terror desnudo».

De entrada, las dos versiones de la soledad – eso es, la *solitud* y la *soledad*–, plantean una disyuntiva excluyente entre quien desea estar solo para sentirse bien consigo mismo o quien se siente solo por falta de compañía. Entre estar solo con gran placer o estar solo con enorme malestar. Digamos, la soledad como anhelo o como vacío, respectivamente. En pureza, la primera corresponde más bien al deseo (de estar solo) y la segunda –la *soledad* propiamente dicha– a su carencia (por sentirse solo). Para salvar este hiato adoptamos la forma *solitud* para la soledad buscada, y la de *soledad* –*stricto sensu*– para la soledad obligada, arrostrada. En suma: *solitud* y *soledad*. Así, la soledad buscada precisa de cierto repliegue o ensimismamiento, que surge a partir de un sentimiento de estabilidad personal y de confianza en el otro y que pone en marcha el proceso creativo, mientras que la soledad obligada depara un sentimiento de ausencia o abandono –de carencia y de vacío– que remite a estados melancólicos o depresivos. En términos pictóricos, la *solitud* y la *soledad* fijan la distancia aproximada que existe entre lo apacible de las pinturas de Edward Hopper y lo desgarrado de los cuadros de Francis Bacon.

La solitud y la soledad tienen un punto de encuentro, habitualmente bien visto en la litera-

tura y, más concretamente, en la poesía. En sus *Soledades* (1613), Góngora habla de la *soledad confusa*: «Pasos de un peregrino son, errante, / cuantos me dictó versos dulce Musa, / en soledad confusa, / perdidos unos, otros inspirados». Juan de la Cruz, en el *Cántico espiritual* (1622), habla de la *soledad sonora*: «La noche sosegada, / en par de los levantes de la aurora, / la música callada, / la soledad sonora, / la cena que recrea y enamora». Enamorado del término, Juan Ramón Jiménez escribe el poemario de *La soledad sonora* (1908). En una carta a Rubén Darío dice: «La soledad del sabio sería el ideal perfecto. Llegaría uno a escribir sin gritos, a escuchar solamente el enorme rumor del gran silencio de oro del día. El hervidero de plata de la noche sin fin». La poesía envuelve en su pregnancia a la soledad, y hace de la *solitud* y la *soledad* vasos comunicantes que eluden esquematismos extremos y, por ende, definitivos.

En sus polos y de un modo rizomático, la dimensión de la *solitud* se extiende a la *solitariedad*, propia del solitario, y la dimensión de la *soledad* se expande a la *soledad extrema*, inherente a la locura. La *solitariedad* habla de un proceso de alejamiento, voluntario o evitativo, en este caso cifrado en la incapacidad de relacionarse con el otro, debido a la dificultad de compartir experiencias humanas por su alto coste emocional, que se resuelve en una clausura social. Por otro lado está la *soledad extrema*, donde no solo se pierde al otro sino a uno mismo. Supone una desconexión que determina la soledad del *aislamiento*, de la locura. Siguiendo en la sinonimia pictórica, la *solitariedad* se refleja en la pintura de Egon Schiele, cruce de una sexualidad excitada y de una soledad angustiada, toda ella ínsita en un recurrente y solitario autorretrato, y la *soledad extrema* en las obras de Darío Villalba, en su serie de fotografías de enfermos mentales encapsulados (en burbujas de plexiglás) –o crisálidas– y suspendidos en estructuras de metacrilato, donde se acentúan la incomunicación y la soledad extrema de la locura.

En última instancia, la soledad y sus soledades remiten a una *soledad esencial*. Una soledad que se manifiesta de entrada bifronte: como columna prístina y principal y como viga maestra de la psico(pato)logía. En su desarrollo teórico Freud destaca esta soledad estructural: la soledad del

desamparo (*Hilflosigkeit*), de la prematuridad inicial, que se reactiva en la vida adulta y donde el sujeto queda al descubierto. El *pathos* humano descansa en la *soledad esencial*. La soledad que permite al sujeto hacer lazo con el Otro, según Lacan. Una soledad que no borra o anula el sentimiento de soledad, tan solo lo mitiga. Una soledad interna e intensa de desolación, que oscila desde lo tolerable hasta el desamparo extremo, hasta el desgarramiento existencial. A esta soledad angustiada, Winnicott la denomina *agonía impensable*, Wilfred Bion *terror sin nombre*. Es la «soledad negra», en palabras de Pessoa. La de *El grito* de Munch.

IV

La *solitud* es la soledad deseada, buscada, elegida. La de quien desea estar a solas consigo mismo. La solitud busca el *recogimiento*. En la solitud se toma distancia del otro. Es la soledad de la *intimidad*. Séneca habla de los espacios de soledad que el humano debe buscar para rescatar lo que considera más suyo, su intimidad. Cicerón, en *De Re Pública* (La cosa pública) –un tratado de filosofía política en seis libros, a la manera de *La República* de Platón–, es quien mejor lo expresa: «Nunca estaba menos solo que cuando estaba solo». La solitud plantea la separación física del otro, que permite conectarse con uno mismo para reflexionar, para relajarse o para recargar el sistema motivacional. Ayuda a recordar el pasado, a pensar el presente y a proyectar el futuro. Blaise Pascal en sus *Pensamientos* escribe que «toda la desdicha de los hombres viene de una sola cosa, que es el no saber permanecer en reposo en una habitación». Este filósofo del XVII, en su anhelo de conciliar el saber –la virtud y la razón– con los sentimientos, sostiene que la felicidad depende de la capacidad de saber estar solo: de saber separarse de las cosas y de las personas. De saber estar en solitud.

José Ortega y Gasset considera que la solitud lleva al *ensimismamiento*. Otro filósofo español, Xavier Zubiri, escribe sobre el diálogo interior de la existencia humana, que «resuenan en la oquedad de su persona las cuestiones acerca del ser, del mundo y de la verdad». Lo denomina –tomado de la poética de Juan de la Cruz– la *soledad sonora* (de los otros que están dentro de uno). Y, ciertamente, nadie está absolutamente solo en

el mundo. Los humanos somos seres gregarios necesitados de compañía de otros humanos, a la par que estamos habitados por los seres de nuestro interior. Con unos y con otros vivimos en comunicación permanente. Con nuestro mundo externo e interno. Cuando uno se enajena en alguna medida de la realidad, se acompaña –dialoga y/o disputa– con sus fantasmas. El *flâneur*, el paseante –concepto acuñado por Baudelaire–, es aquel que calleja sin un rumbo prefijado, previsto. Es un creador de solitudes con su entorno. Transita solo, pero acompañado. Abierto a compartir con todo lo que sale a su encuentro.

Leonardo da Vinci incide en el *recogimiento* como vía de inspiración. Dice: «El pintor debe ser un ser solitario». Todo creador –artista o científico– precisa de la soledad necesaria para poder desarrollar su obra, sea literaria o pictórica. La solitud está en la base del proceso creativo. En la soledad del creador. La solitud impulsa la introspección personal, la tarea del artista o la del investigador. El pintor surrealista Joan Miró, en su proceso creativo, trabaja a la vez con varias obras, combinando distintas disciplinas –pinturas, esculturas, dibujos–, bajo el siguiente lema: «Yo trabajo como un hortelano». Para Miró, «en un cuadro deben poder descubrirse cosas nuevas cada vez que se mira»; «lo importante no es acabar una obra, sino permitir que se entrevea en esta obra lo que hará posible que otros empiecen o produzcan en una fecha más o menos lejana». A Miró le interesa de su obra el proceso de re-creación continua en correspondencia armónica con el espectador. Bajo esta perspectiva, el estado de solitud es un elogio a estar a solas. A estar *a solas* uno consigo mismo. Es un repliegue saludable del *self*, de la identidad. En palabras de Voltaire: «La mejor de todas las vidas es la de una ocupada soledad». «¡Al fin solo!», exclamamos con júbilo.

V

La *soledad* propiamente dicha es la soledad obligada, arrojada. La soledad no deseada. Sin presencia de otros. Es la soledad de la *ausencia* o del *abandono*. «Me siento muy solo», se dice. Es una soledad sobrevenida, impuesta. En la soledad hay una pérdida del otro. La de quien por la falta de contacto humano se siente solo. Sin alteridad, sin presencia del otro, de un

otro significativo u «otro generalizado», en expresión de George H. Mead. La falta de un otro en cuanto ausencia de una *urdimbre afectiva* (Rof Carballo *dixit*) suficientemente amparadora; la carencia de un interlocutor necesario, de la imposibilidad de comunicación con el medio social, de la vivencia de un malestar profundo y doloroso. En los casos de privación de la libertad, como en la experiencia carcelaria, aflora la soledad obligada. Michel Foucault, en el capítulo medular del encierro según el modelo del Panóptico de Bentham (figura arquitectónica del modelo de confinamiento), en el tránsito del suplicio al castigo, descrito en *Vigilar y castigar* (1975), habla de una «soledad secuestrada y observada», ya que el guardián, en su vigilancia, ve sin ser visto. Por no hablar de la soledad de la *incomunicación* (tecnológica, intrafamiliar, escolar o del hikikomori...), tan vigente en la actualidad. Lo que refleja que estamos en la sociedad de la comunicación pero vivimos en la sociedad de la incomunicación.

El sentimiento de soledad es una afección del vínculo humano cuyo arco de tensión oscila entre la vivencia de un malestar o desagrado y el sufrimiento patológico. El sentimiento de soledad impide el vínculo, anula la relación y bloquea la comunicación. Aboca a lo depresivo (entendiendo que lo opuesto a la depresión no es la felicidad, sino la vitalidad) y enfrenta al sujeto a sus miedos e inseguridades. «¡Oh, Soledad! Si contigo debo vivir, / que no sea en el desordenado sufrir», dice el poeta romántico John Keats en su homenaje *A la soledad*. No menor su *Oda a la melancolía* (1819): «Pero cuando el acceso de atroz melancolía / se cierne repentino, cual nube desde el cielo / (...) / enjuga tu tristeza en una rosa temprana / o en el salino arco iris de la ola marina / o en la hermosura esférica de las peonías». Una soledad que se refleja en el abandono de la pareja, en la pérdida de amigos, del trabajo o de un ideal. Y también en la soledad del confinado en la celda, o la del ostracismo, como el sufrido por Ovidio.

La soledad ofrece variopintas situaciones. Y en un sinnúmero de ocasiones se conjuga con el miedo. Por así decir: la soledad alerta al miedo. Ofrece variedades. El *miedo a la pérdida* certifica el desgano de lo irreversible e inminente. El *miedo al abandono* adelanta un desasosiego y una desesperanza con derrota del yo y ausencia del otro. El

miedo a la soledad anticipa la precariedad hacia la que se avanza en la vejez... La envidia y la culpa son factores que favorecen el sentimiento de soledad, mientras que la gratitud es retributiva y contrarresta la soledad. En cada etapa de la vida emerge la soledad desde las profundidades del ser: en el abandono infantil, en la desadaptación adolescente, en las crisis de las décadas de la vida, en la falta de reconocimiento personal o de sentimiento de pertenencia, en la enfermedad física y/o psíquica, en la edad propecta... Dos miedos significativos: el *miedo a la enfermedad*, en cuyo extremo gravita la hipocondría –tan próxima a la melancolía– y cuyo máximo exponente es Argan, el protagonista de *El enfermo imaginario* (1673) de Molière. Y el inexorable *miedo a la muerte*, anticipatorio de la batalla final.

La soledad está muy bien reflejada en los mitos. El mito es el relato simbólico *par excellence*, porque la realidad no puede competir con la leyenda. Lo que vemos siempre es inferior a lo que imaginamos, porque el deseo nunca se satura. En la relación del mito con la soledad, el *mito del niño salvaje* es uno de sus ejemplos más acabados. Los niños que sobreviven por sí mismos o que son criados por animales han cautivado siempre a la opinión pública por el anhelo humano de perfección y de autonomía plena desde el primer caso documentado, el *niño lobo* de Hesse (Alemania) encontrado con siete años de edad, hasta la historia de Víctor de Aveyron, hallado a la edad de doce años en los bosques de Toulouse (Francia), caso que inspira la célebre película *El pequeño salvaje* (1970) de François Truffaut. El mito de los niños ferales se apoya en la hipótesis de antiguos filósofos que creen en la naturaleza innata del ser humano, que piensan que nacemos ya dotados para la vida y que, por tanto, estamos capacitados para vivir de forma independiente. Pero todo niño nace en dependencia absoluta. Descartando fantasías –mitos y leyendas–, el *continuum* de la relación madre-hijo como *primer hogar* se despliega y expande al lugar donde vivimos, la identidad que tenemos y la realidad que compartimos. Los humanos somos seres dependientes y de relación. Y en la soldadura del lazo social construimos nuestra propia existencia.

La vida es una gestión de duelos. El proceso vital humano es el de una cadena permanente e ilimitada de deseos, intervenida por continuas

pérdidas, derrotas y sinsabores, que exigen una sucesiva elaboración de duelos como el destete, la renuncia edípica, la superación de la adolescencia o la aceptación de la edad propecta. Y un reilusionarse de nuevo. Una consecuencia –y no menor– de la *soledad sobrevenida* es la del pesar y la tristeza por la ausencia o la pérdida de alguien o algo (un animal de compañía, un objeto valorado o un bien material propio) que aboca a un estado subdepresivo de desvitalización, depresión o melancolía. En soledad se rumian la pena y la tristeza, pues ambas precisan de un adecuado recogimiento. La existencia es una alternancia de solitudes y soledades. La existencia es un camino jalonado por satisfacciones y frustraciones que deparan placer o sufrimiento. Entre el deseo y la falta. En el trayecto del deseo se acopla el deseo del otro y el deseo de ser deseado por otro. La clave del vínculo humano reside en poder despertar el deseo del otro. En hacer el lazo social. En habitar en la precaria estabilidad de solitudes y soledades.

VI

La *solitariedad* es la soledad del que *es* un humano solo, un solitario. La soledad del que no quiere o no sabe o no puede relacionarse con los otros. Es la soledad del *solitario*. La solitariedad va más allá de la carencia deliberada de compañía, de la soledad, es la soledad del que se retira a una distancia –voluntaria o forzada– del mundo y desea vivir *solo* su soledad. Hay un alejamiento del otro. Su arco de tensión va desde el «mejor estar solo», como renuncia, al «solo puedo estar solo», como autoimposición. Enrique Bumbury lo así canta en *El solitario*: «Voy a escribir en mi diario / Que voy vagando por el mundo / Ay qué dolor tan profundo / Vivir triste y solitario». El psiquiatra Carlos Castilla del Pino la define desde uno de sus extremos, como «una incapacidad del sujeto para la relación con el otro», «porque carece de la posibilidad de relacionarse con el otro». En este sentido, el solitario es alguien incapaz, imposibilitado, que no se relaciona, que se aísla del mundo; un sujeto distante no porque renuncia a estar acompañado, sino porque no puede o no sabe relacionarse con los otros.

La condición de solitario la detentan tres tipologías relativamente definidas: una, la del solitario que busca vivir en soledad, la del solitario

voluntario, aquel que aspira vivir en un cierto recogimiento. En la cultura cristiana, centrada en su relación con Dios, se refleja en la vida monástica o de clausura (el solitario en la celda, pero no en la comunidad), o la del eremita (el solitario en su cueva, alejado del mundo) –tal que la de Simeón el Estilita, subido a su columna para ejercer su vida contemplativa y de oración, que se distancia de lo mundano subido a las alturas–. Fuera del ámbito religioso está la del estudioso, como Robert Burton, que centra su vida en escribir su tratado *Anatomía de la melancolía*. Otra figura es la del sujeto fóbico, que se sumerge en una *soledad evitativa*, alejada del contacto social, que elude el encuentro con un real insoportable (Lacan); una soledad que implica, a la vez, una solución y un malestar. Y también la de la soledad por *exclusión*, la de la marginación social, sea por condición sexual, social, económica, origen, etc.

Por su peculiaridad, una muy destacada es del solitario que vive solo, en su mundo interno, que habla solo, que tiende al *fantaseo*. (Según Winnicott, el fantaseo, a diferencia de la fantasía, es una actividad psíquica disociada que sostiene la organización del falso *self*. Mientras la *fantasía* intenta modificar la realidad, el *fantaseo* se establece en paralelo con la realidad, en forma disociada. Es un estado de desconexión en el que el individuo controla situaciones y experiencias en su psiquismo al abrigo de vivirlas en la realidad). Este prototipo de solitario acaso lo anticipa el personaje de Alceste de Molière, en *El misántropo* (1666), que en su desagrado con el género humano se posiciona como víctima frente a la sociedad. Otro ejemplo más extremo lo protagoniza el Bartleby de Melville, en cuyo cuento *Bartleby, el escribiente* (1853), declara su famosa expresión: «Preferiría no hacerlo».

La historia de la psiquiatría es la historia de la melancolía y, por ende, de la soledad. Uno de los textos esenciales para abordar esta cuestión es *Anatomía de la melancolía* (1621) de Robert Burton, clérigo, bibliotecario y erudito, que consagra su vida al estudio de la melancolía, como piedra de toque del acontecer humano. Para ello se envuelve en el pseudónimo de *Democritus junior* (Demócrito joven) y escribe un monumental compendio sobre las costumbres, la moral, la política, la religión, la higiene y la alimentación y otras

muchas cuestiones, siempre con la melancolía como punto de referencia. En vez de cadáveres disecciona libros. Partiendo de su carácter melancólico, emprende una tarea enciclopédica tan exhaustiva como prolija, de sesgo obsesivoide. (A saber: cinco mil quinientas veintisiete notas a pie de página al final de cada uno de los dos volúmenes). Burton admite encontrarse «fatalmente arrastrado hacia esta roca de melancolía, y arrasado por esta subcorriente».

Este clérigo, de cuño y de vocación melancólica, encuentra su caldo de cultivo en el acopio de erudición y en pulir pacientemente su obra. En su disección *anatómica* de la melancolía alcanza la esencia de su existencia: su modo de ser como proyecto de vida. Burton se recoge en una *solitaria* *voluntaria*. Escribe: «La soledad voluntaria es la más común a la melancolía y seduce suavemente como una sirena, un cuerno de caza, o alguna esfinge a este golfo irrevocable». En su tratado destaca la poética y el proceso creativo de la melancolía. Para ello emprende una investigación heteróclita en la que igual diserta sobre el alma sensible o el alma racional, los sentidos y la imaginación, el amor y el apetito concupiscible, la ociosidad y la soledad. No en vano escribe: «La torre de Babel nunca produjo tanta confusión de lenguas como la variedad de síntomas que produce el caos de los melancólicos».

Burton cita a Horacio: «¿Quién no es un bufón, un melancólico, un demente? *Qui nil molitur inepte*, ¿quién no está enfermo de la mente?». Con esta amplitud de miras ofrece remedios y filtros –alterativos y cordiales, hierbas y otros vegetales– para el enamoramiento y los celos. Recomienda aire limpio y dieta moderada. Propone sangrados, la oración y el exorcismo. Sugiere curas mágicas y poéticas. Y dicta consejos sobre la dieta y el ejercicio físico, la educación y el trabajo. Burton recorre las múltiples causas de la melancolía, como la tristeza, el temor, la vergüenza, la ira, las burlas y las calumnias, entre otras muchas. Y dedica especial atención a la melancolía religiosa. Habla también de la *solitariedad*, de la carencia voluntaria de compañía, de la soledad del solitario; del que se retira a una distancia óptima del mundo y desea vivir en soledad. En el *ensimamiento* propio de la *solitud* volcada a soledad voluntaria, a *solitariedad*. Una *vida solitaria*, propia del ermitaño

o del erudito (la del propio Burton) que, por su peculiaridad, no cabe estigmatizar ni comporta necesariamente patología.

VII

La *soledad extrema* es la soledad por falta de contacto con uno mismo y con los demás. Es la soledad del *aislamiento*. La soledad de la locura. Supone una intensa desconexión de uno consigo mismo y del otro. «Sin uno ni otro». Se caracteriza por un sentimiento de soledad interior, de desolación, de aflicción extrema, que deja al loco a la intemperie. (Preferimos el término de «loco» al de «psicótico», «enfermo mental», o al que, en puridad, deberían acogerse los acólitos del manual DSM: «Trastornado mental»). La locura –bien es sabido desde Freud– tiene una función defensiva, aislante. La máxima aspiración del loco consiste en no desmantelarse en una mayor precariedad emocional, en no abismarse más aún en un vacío existencial. Para evitar este riesgo, la locura cristaliza certezas para no perecer. Lo expresa muy bien Nietzsche en *Ecce Homo* (1881), citando el *Hamlet* de Shakespeare: «No la duda, la *certeza* es lo que hace enloquecer». El loco está *solo* en el mundo. Porque el loco está mejor confinado que en circulación. Su temor es a la bola de demolición. Por ello levanta defensas, muros de contención. El aislamiento es su mejor caldo de cultivo. El encierro en sí mismo, en su soledad extrema, que no es tanto la ausencia total de compañía humana sino la presencia de un vacío. La locura remite a un espacio vacío. Lo adelanta Séneca: «La soledad no es estar solo, es estar vacío».

Un caso clínico: una novicia ha sido expulsada del convento de clausura por la rivalidad entre dos facciones de monjas en disputa por el poder (locales y extranjeras), debido a que su entrada en la orden podía desequilibrar el *status quo* de la *casa*. El motivo manifiesto es por su «íntima relación con Dios». La religiosa comenta que –tras varios años profesando votos– le han echado de un día para otro. Sin aviso previo ni tiempo de reacción. Le han dado una caja de cartón, le han dicho que metiera sus pertenencias y le han puesto en la calle. Sin razón mediante ni argumento alguno. Sin recursos y bloqueada emocionalmente, se ha quedado parada, inmóvil, fuera de la puerta del convento. Impertérrita, sin poder moverse. Un conocido de la familia que pasaba

por ahí le ha auxiliado y ha avisado a su familia. Sin embargo, a pesar de la gravedad de la situación, comenta encontrarse «bien, feliz y en paz con el mundo», y que otra cosa hará. Algo le dirá Dios que haga, «que bien dispondrá y, como siempre, a la espera de lo que mande. Y tan feliz». Sentencia: «¡Yo estoy muy, muy feliz, porque estoy con Dios!». Su familia está muy preocupada, porque ella está como si la expulsión del convento y el final de su anhelo de vida no fuese con ella. Comentan que en ocasiones está alegre, y que en otros momentos se encuentra hundida. Que de pronto está firme, pero que al momento se desmantela, sufre y llora.

En nuestro primer contacto se muestra risueña y desenfadada. En la mano lleva un hato de libros que esconde detrás del abrigo al sentarse. Me quedo mirando y, acto seguido, muy recelosa y desconfiada, dice: «¡Solo son libros!». Tras este cambio brusco de humor se pone a escudriñar el despacho. Mira debajo de la mesa y añade: «¿Y usted que lleva puesto? Ah, sí. Zapatos». Se levanta y con su mirada recorre el despacho y dice: «Ah, sí. Son cuadros». Mira la biblioteca y añade: «Y libros, muchos libros. ¡Pues, ya está! ¡Usted también tiene libros!». Le muestro una leve sonrisa y me contesta: «¿Quiere verlos? Son de religión. Así vengo leyendo durante todo el trayecto. Así estoy con Dios». Sin mediar palabra, jubilosa, comenta: «Mire, éste es muy bueno. Todos son buenos. Pero este, titulado *Paz interior* [de Jacques Philippe], es estupendo». Y añade: «Se lo regalo. Ya le compraré otro al que me lo ha dejado». Se lo agradezco, pero le digo que es mejor que se lo devuelva al sacerdote de la parroquia y que, lo valoramos en otro momento.

Después de un somero resumen de lo ocurrido, con cara de gran pesar narra un largo monólogo: «Estoy sola, doctor. Solo me acompaña Dios (mirando a los libros y apretándolos contra su regazo) y, a veces, ni siquiera Él quiere saber de mí». Cogiendo impulso añade: «Yo hacía en la casa (el convento), todo lo que me mandaban. Yo fregaba los suelos, limpiaba los cacharros, cocinaba, cuidaba el huerto... Y lo tenía que hacer una y otra vez, porque si no se enfadaba la superiora. Una foránea de muy mal genio. Le molestaba que Dios me quisiera a mí, que estuviera conmigo y que fuéramos muy felices juntos. A ella y a sus compañeras de su grupo les sabía mal que dije-

se eso. ¡Que me quisiera más a mí que a ellas! Decían que daba mal ejemplo. ¡Pero qué culpa tengo yo si es así!». Y sigue: «Por eso me castigaban mucho. Y eso que yo les obedecía en todo. Hacía todo lo que me mandaban. Y cada vez más. Y yo más feliz con Dios. Y no me callaba. ¿Por qué iba a callarme, si era verdad? Dios estaba conmigo. Me decían que era una perturbadora, una anarquista... Y yo feliz, cada vez más feliz con mi Señor. Me hacían volver a fregar el suelo una segunda y una tercera vez. Y yo más feliz aún. Si así lo quería Dios, si así lo mandaba, pues bien. ¡No pasa nada! Yo sentía que era una prueba de fe que me ponía Dios. ¡Y tan contenta! Pero eso aún les sublevaba más. Había días que me dejaban sin comer, a ver si *espabilaba*, pero yo no pasaba hambre. Dios ya se encargaba de alimentarme, de que no me faltara nada. Pero las mandonas aún se enfadaban más. Y así una y otra vez. Hasta que me echaron del convento».

La paciente, diagnosticada de esquizofrenia paranoide, presenta un delirio religioso de tipo mesiánico. Vive soldada al supuesto deseo de Dios y ajena a las vicisitudes y disputas conventuales. Vive en su fantaseo, ajena a la realidad. Todo lo acepta «en el amor a Dios», hasta la vejación de su persona. La paciente, en su desconexión de la realidad y en su simbiosis con Dios, sufre una alteración del juicio de realidad. (Procede discriminar entre creencia y delirio: las creencias son explicaciones o interpretaciones de la realidad, mientras que en el delirio se toma como cierta, como verdadera, un interpretación, a la que se confiere rango de evidencia). En su relato destacan sus oscilaciones del humor, pues pasa del recelo a la confianza en un breve lapso de tiempo, lo mismo que del júbilo a la tristeza. Y por momentos se conecta con un profundo estado de soledad: «Estoy sola, doctor. Solo me acompaña Dios (...) y, a veces, ni siquiera Él quiere saber de mí». Se hunde cuando le falla la defensa: cuando se separa de Dios, cuando toma contacto con su soledad. Con una soledad profunda, con la soledad del *aislamiento*, con la *soledad extrema* de la locura.

Contacto

Javier Lacruz Navas ✉ consultalacruz@gmail.com ☎ 976 227 050
Centro de trabajo: Cesáreo Alierta, 16, escalera 4ª, 9º derecha • 50008 Zaragoza

Bibliografía

- Albiac, Gabriel, *La muerte: metáforas, mitologías, símbolos*. Barcelona, Paidós, 1996.
- Álvarez Martínez, José María. *Estudios de psicología patológica*. Barcelona: Xoroi Edicions, 2017.
- Álvarez Martínez, José María, *Hablemos de la locura*. Barcelona, Xoroi Edicions, 2018.
- Álvarez Martínez, José María, *Principios de una psicoterapia de la psicosis*. Barcelona, Xoroi Edicions, 2020.
- Álvarez Martínez, José María y Fernando Colina. *Las voces de la locura*. Barcelona, Xoroi Edicions, 2016.
- Aristóteles, *Obras completas*. Madrid, Gredos, 2014.
- Bateson, Gregory, *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires, Carlos Lohlé, 1976.
- Bleichmar, H. *Avances en psicoterapia psicoanalítica: hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós, 1997
- Bion, Wilfred, *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires, Paidós, 1963.
- Bion, Wilfred, *Transformaciones*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1965.
- Bion, Wilfred, *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires, Paidós, 1966.
- Bion, Wilfred, *Atención e interpretación*. Buenos Aires, Paidós, 1974.
- Bion, Wilfred, *Volviendo a pensar*. Buenos Aires, Hormé, 1977.
- Bleuler, Eugen, *Afectividad, sugestibilidad, paranoia*. Madrid, Morata, 1969.
- Bleuler, Eugen, *Tratado de psiquiatría*. Madrid, Espasa-Calpe, 1971.
- Bleuler, Eugen, *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires, Hormé, 1993.
- Bowlby, John, *El vínculo afectivo*. Buenos Aires, Paidós, 1969.
- Bowlby, John, *La pérdida afectiva*. Buenos Aires, Paidós, 1983.
- Burton, Robert, *Anatomía de la melancolía* (3 volúmenes). Madrid, AEN, 1997, 1998 y 2002.
- Camus, Albert, *El mito de Sísifo* (1942). Buenos Aires, Losada, 1963.
- Castilla del Pino, Carlos, *Un estudio sobre la depresión* (1966). Barcelona, Península, 1974.
- Castilla del Pino, Carlos. *Introducción a la psiquiatría* (I). Madrid: Alianza, 1978.
- Castilla del Pino, Carlos. *Introducción a la psiquiatría* (II). Madrid: Alianza, 1980.
- Castilla del Pino, Carlos, *El delirio, un error necesario*. Oviedo, Nobel, 1988.
- Castilla del Pino, Carlos, *Celos, locura, muerte* (1995). Madrid, Temas de hoy, 1995.
- Castilla del Pino, Carlos, *Teoría de los sentimientos*. Barcelona, Tusquets, 2000.
- Castilla del Pino, Carlos, *Cordura y locura en Cervantes*. Barcelona, Península, 2005.
- Charcot, J.-M. *Histeria. Lecciones del martes* (1889). Jaén, del Lunar, 2003.
- Cioran, Emil, *Diario de podredumbre*. Madrid, Taurus, 1989.
- Coderch, Joan, *La relación paciente-terapeuta*. Barcelona, Paidós, 2001.
- Coderch, Joan. *La práctica de la psicoterapia relacional*. Madrid: Ágora relacional, 2010.
- Colina, Fernando. *El saber delirante*. Madrid, Síntesis, 2001.
- Colina, Fernando. *Melancolía y paranoia*. Madrid, Síntesis, 2011.
- Colina, Fernando, *Sobre la locura*. Valladolid, Cuatro Ediciones, 2013.
- Fairbairn, Ronald D., *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Buenos Aires, Hormé, 1975.
- Foucault, Michel, *Vigilar y castigar* (1975). México, Siglo XXI, 1976.

- Freud, Sigmund. *Obras completas* (24 vols.). Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- Grinberg, León. *Introducción a la teoría psicoanalítica*. Madrid: Tecnipublicaciones, 1989.
- Grinberg, León, *El psicoanálisis es cosa de dos*. Valencia, Promolibro, 1996.
- Heidegger, M. *Ser y tiempo* (1927). México, Fondo de Cultura Económica, 2008.
- Jaspers, Karl, *Psicopatología general* (1913). México, Beta, 1980.
- Klein, Melanie, *Obras completas*, 6 tomos. Buenos Aires, Paidós, 1976.
- Kohut, Heinz, *Análisis del self*. Barcelona, Amorrortu, 1971.
- Kraepelin, Émil, *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Madrid, Nieva, 1988.
- Lacan, Jacques, *Escritos 1*. México, Siglo XXI, 1983.
- Lacan, Jacques, *Escritos 2*. México, Siglo XXI, 1983.
- Lacruz, Javier. *Donald Winnicott: vocabulario esencial*. Zaragoza: Mira Editores, 2011.
- Lacruz, Javier. *El juego espontáneo*. Zaragoza: Cierzo, 2021.
- Little, Margaret I, *Relato de mi análisis con Winnicott*. Buenos Aires, Lugar, 1995.
- Méndez Ruiz, José Antonio y Joaquín Ingelmo, *La psicoterapia psicoanalítica desde la perspectiva del enfoque Modular-Transformacional*. Madrid, Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica, 2009.
- Molière, *El enfermo imaginario* (1673). Madrid, Salvat, 1969.
- Molière, *El misántropo* (1666). Madrid, Salvat, 1969.
- Moreno, Enriqueta. (compil.), *El psicoanálisis y la capacidad creativa en el ser humano*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2011.
- Nietzsche, Friedrich. *Obras completas*. Madrid: Gredos, 2010.
- Pascal, Blaise. *Pensamientos*. Madrid, Tecnos, 2018.
- Paz, Octavio. *El laberinto de la soledad* (1950). México: Fondo de Cultura Económica, 1963.
- Pessoa, Fernando, *El libro del desasosiego* (1913). Barcelona, Seix Barral, 1997.
- Platón, *Obras completas*. Madrid, Gredos, 2010.
- Resnik, Salomon, *La experiencia psicótica*. Madrid, Tecnipublicaciones, 1986.
- Russell, Bertrand, *El conocimiento humano*. Madrid, Taurus, 1977.
- Russell, Bertrand, *Historia de la filosofía*. Madrid, Espasa-Calpe, 2008.
- Schneider, Kurt, *Patopsicología clínica*. Madrid, Paz Montalvo, 1975.
- Shakespeare, William, *Hamlet* (1600-1601). Madrid, Espasa-Calpe, 1987.
- Shelley, Mary, *Frankenstein o el moderno Prometeo* (1818). Madrid, Cátedra, 2005.
- Spitz, René, *El primer año de la vida del niño*. Madrid, Aguilar, 1979.
- Sullivan, Harry S., *Estudios clínicos de psiquiatría*. Buenos Aires, Psique, 1974.
- Szasz, Thomas, *La ética del psicoanálisis*. Madrid, Gredos, 1971.
- Szasz, Thomas, *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires, Amorrortu, 1982.
- Szasz, Thomas, *El segundo pecado* (1973). Barcelona, Martínez Roca, 1992.
- Watzlawick, Paul, Janet H. Beavin y Don Jackson, *Teoría de la comunicación humana* (1967). Barcelona, Herder, 1981.
- Winnicott, Donald. *Obras completas* (4 vols.). Barcelona: RDA, 2006.

• Recibido: 01/02/2022.

• Aceptado: 13/06/2022.

Psicosis en epilepsia. Breve reseña histórica y revisión bibliográfica.

Psychosis in epilepsy. Brief historic note and bibliographic review.

José Juan Tascón Cervera.

Médico Interno Residente, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Canarias.

Alba Isabel Crisóstomo Siverio.

Médico Interno Residente, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Canarias.

César Cárdenes Moreno.

Médico Interno Residente, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Canarias.

Juan Fernando Dorta González.

Médico Interno Residente, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Canarias.

Jonatán Gonzalez-Padilla.

Médico Adjunto, Área Externa del Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Canarias.

Maria del Rosario Cejas Méndez.

Jefa de Servicio, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Canarias.

Resumen: Durante años se ha estudiado la relación que existe entre la psicosis y algunas enfermedades neurológicas como la epilepsia, habiéndose observado una prevalencia incrementada de forma bidireccional de cuadros psicóticos en sujetos con epilepsia así como de crisis epilépticas en individuos con diagnóstico de psicosis. Asimismo, se ha comprobado la existencia de algunos tipos de psicosis de origen secundario, relacionadas con las crisis comiciales y que se clasifican según su momento de aparición. Estos cuadros psicóticos se han denominado “psicosis de la epilepsia”, y algunos tipos pueden asemejarse con trastornos psicóticos primarios, lo cual puede dificultar el diagnóstico definitivo y el manejo terapéutico. En este estudio revisamos la bibliografía existente con la intención de sintetizar la evidencia sobre las psicosis de la epilepsia, realizando previamente una breve reseña histórica. Finalmente concluimos que son necesarias más investigaciones que ayuden a esclarecer la relación existente entre epilepsia y psicosis ya que algunos aspectos como la presentación, la clínica o la duración pueden superponerse.

Palabras clave: esquizofrenia, psicosis, epilepsia, esquizofrenia de inicio tardío.

Abstract: For years, the relationship between psychosis and some neurological diseases such as epilepsy has been studied. It has been observed an increased prevalence of psychotic pictures in subjects with epilepsy as well as epileptic seizures in individuals diagnosed with psychosis in a bidirectional way. Likewise, the existence of some types of secondary psychosis, related to seizures and classified according to their moment of appearance has been noticed. These psychotic disorders have been called “epileptic



psychoses”, and some types can be confused with some primary psychotic disorders. This can make definitive diagnosis and therapeutic management difficult. In this article we review the existing bibliography with the intention of synthesizing the evidence on epilepsy psychoses, previously carrying out a brief historical review. Finally, we conclude that more research is needed to help clarify the relationship between epilepsy and psychosis, since some aspects such as presentation, symptoms, or duration may overlap.

Keywords: schizophrenia, psychosis, epilepsy, late-onset schizophrenia.

Introducción y breve reseña histórica

Desde hace varios siglos se ha hipotetizado y se han realizado investigaciones acerca de la relación existente entre la epilepsia y la psicosis. En el siglo XIX, Falret (1) y Morel (2) hablan en sus escritos acerca del vínculo entre epilepsia y psicosis. A comienzos del siglo XX, Kraepelin (3) clasifica las enfermedades mentales en tres grupos: demencia precoz, epilepsia y enfermedad maniaco-depresiva. Unos años después, Jaspers (4) incluye en su libro *Psicopatología general* a la epilepsia de nuevo dentro de las entidades mayores junto con la esquizofrenia y la enfermedad maniaco-depresiva. También a principios del siglo XX, nace la denominada “Teoría de la exclusión”. Esta, señalaba la existencia de un antagonismo entre epilepsia y psicosis. De este modo, la epilepsia debería proteger de la aparición de cuadros psicóticos (5) y viceversa.

Posteriormente, en el año 1934, el neurólogo húngaro Ladislas J. Von Meduna, se percató de que al producir de manera intencionada crisis convulsivas administrando alcanfor, algunos pacientes con esquizofrenia y cuadros de catatonía experimentaban una mejoría llamativa, alcanzándose la estabilidad psicopatológica (6,7). Estos avances tuvieron su culmen cuando Cerletti desarrolló el conocido “Electroshock”, y que supone el origen de la técnica hoy conocida como terapia electroconvulsiva, y que se diferenciaba en que el estímulo desencadenante de las crisis pasó a ser eléctrico en lugar de químico (5). Hoy en día, la terapia electroconvulsiva es una técnica que se emplea en algunos trastornos afectivos y psicóticos como la depresión con síntomas psicóticos, los episodios maníacos o en estados catatónicos (8).

En el año 1963, Slater (9) publica una serie de casos donde describe cuadros psicóticos en individuos que han sufrido una crisis comicial, ocurriendo no solo durante la crisis sino también de manera posterior. En este estudio se recogen algunos factores que difieren de las psicosis primarias, como la presencia de un foco epiléptico en lóbulo temporal, ausencia de pródromos, ausencia de historia familiar de esquizofrenia, afecto preservado o menor sintomatología catatónica (9). Esta idea supone la primera definición moderna de lo que hoy en día conocemos como “psicosis epiléptica” o “psicosis de la epilepsia”.

Asimismo, llama la atención el hecho de que las patologías psiquiátricas, y más concretamente los trastornos psicóticos, sean más frecuentes en personas con epilepsia (10), o que aquellas personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide o trastornos psicóticos crónicos también tengan mayor riesgo de desarrollar epilepsia (11). A su vez, todos los medicamentos neurolépticos disminuyen el umbral convulsivo (12), algunos medicamentos antiepilépticos se emplean en el trastorno bipolar (13) y las benzodiazepinas se utilizan con frecuencia en trastornos psicóticos (14). Por ello, resulta interesante la relación, aún desconocida que existe entre epilepsia y psicosis, aún más cuando dentro de la epilepsia pueden aparecer síntomas psicóticos.

Psicosis y epilepsia

Según la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE), la epilepsia se describe conceptualmente como un trastorno cerebral caracterizado por una predisposición continuada a la generación de crisis epilépticas (15). La epilepsia es considerada como uno de los trastornos neurológicos más frecuentes, estimándose una incidencia de

entre 20 a 70 casos nuevos por cada 100.000 habitantes por año, y una prevalencia de 4-10 casos por 1.000 habitantes (10).

Varios los estudios epidemiológicos que demuestran una mayor predisposición a desarrollar psicosis en pacientes diagnosticados de epilepsia (16,17) Según la literatura, esta predisposición varía entre un 19 a un 80% a lo largo de la vida en pacientes epilépticos (17), con una incidencia de 6 a 12 veces mayor que en la población general (10). El riesgo de desarrollar psicosis estaría en relación sobre todo con el tipo de síndrome epiléptico, la respuesta al tratamiento y las condiciones psicosociales (16,18-21).

Así, describimos varios estudios en la literatura que sugieren una asociación entre la psicosis y la epilepsia (22). A destacar un estudio realizado en Islandia (23), en el que se comparó la prevalencia de varios trastornos psiquiátricos entre pacientes diagnosticados de epilepsia frente a pacientes diagnosticados de otras enfermedades. No encontraron diferencias significativas salvo para la psicosis: 6,2% en pacientes con diagnóstico de epilepsia frente a un 2,3% en el grupo control. Otra investigación determinó un 9,25% de diagnóstico de esquizofrenia en pacientes epilépticos en comparación con un 1,6% de pacientes diagnosticados de migraña (22). Un ensayo prospectivo finlandés estudió la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos y orgánicos, basado en el seguimiento de una muestra de 11017 pacientes durante 28 años, concluyendo, entre otros resultados, con una fuerte asociación entre la epilepsia y la esquizofrenia (24). A su vez, un metaanálisis que evaluó la prevalencia y estimó el riesgo de la psicosis en la epilepsia, encontró que hasta un 6% de las personas con epilepsia padecían de una enfermedad psicótica comórbida, con un riesgo 8 veces mayor de psicosis que en la población general (21).

Las psicosis en la epilepsia suelen clasificarse según su relación con el momento de aparición del episodio convulsivo. Así, un estudio diferencia dos tipos de psicosis, periictal e interictal (17). Las psicosis periictales guardan una estrecha relación temporal con las crisis epilépticas, así se habla de preictal si ocurren antes de la crisis, ictal si ocurren durante la crisis y postictal si ocurren después de la crisis. Por su parte,

las psicosis interictales no poseen dicha relación temporal con los episodios convulsivos (18,26).

También se ha descrito otro subtipo de psicosis de epilepsia, la psicosis epiléptica alternante o relacionada con el fenómeno de normalización forzada (18), en la cual los síntomas psicóticos aparecen cuando el EEG se normaliza.

Tanto la psicosis postictal como la psicosis interictal pueden presentarse de forma independiente en un mismo tipo de paciente, siendo denominadas como psicosis bimodales. Se ha discutido la idea de que estos tipos de psicosis conformen una misma entidad con diferentes formas clínicas (16). A continuación se describirán brevemente cada una de ellas:

Psicosis preictales

Las psicosis preictales parecen ser las menos frecuentes de las periictales. El paciente puede experimentar, durante el periodo que dura el episodio psicótico, fenómenos de desrealización y despersonalización, déjà vu, sentimientos de ansiedad y euforia, además de alteraciones sensorio-perceptivas con alucinaciones e ilusiones. Los síntomas suelen terminar con el episodio convulsivo. Los tratamientos anticonvulsivos ayudan al control de la semiología psicótica, no estando indicada la medicación antipsicótica en estos casos. Sin embargo, estos episodios no suelen estar en relación con cambios en el electroencefalograma (19).

Psicosis ictales

Las psicosis ictales pueden cursar con síntomas alucinatorios, afectivos y cognitivos, que se expresan en el contexto de episodios de estado epiléptico no convulsivos. La presencia de automatismos típicos del lóbulo temporal y la alteración de la conciencia, ayuda al clínico en el diagnóstico diferencial con los episodios psicóticos breves. El diagnóstico final se basa en el electroencefalograma. Se originan en el lóbulo temporal principalmente, con una duración de horas a días (10,18,19).

Psicosis postictales

Las psicosis postictales son las psicosis periictales más frecuentes (19). Suele presentarse dentro



de un periodo mínimo de 24 horas luego de una o varias crisis epilépticas. Tras el episodio convulsivo, antes de la presentación de la psicosis, se sigue un periodo de lucidez que suele durar de horas a días, el cual se considera un signo de gran valor para el diagnóstico clínico, este se sigue de insomnio y agitación, que conduce a la psicosis. El episodio psicótico suele durar días o semanas con posterior remisión completa de la misma (10,16). Aunque son pocos los casos, en ocasiones puede durar meses o incluso progresar a psicosis crónica, por lo que se hace necesario el uso de tratamiento psicotrópico. La recurrencia de psicosis posictal puede aumentar el riesgo de progresión a una psicosis interictal, por ello la importancia de mantener un seguimiento estrecho en estos pacientes (10,16,18,19).

La semiología psicótica que se describe en los episodios postictales es bastante heterogénea. Sin embargo, suele caracterizarse por alteraciones sensorio-perceptivas, siendo las alucinaciones visuales y olfativas más frecuentes que las auditivas (10). Además, puede presentarse ideas delirantes de tipo megalománicas, místicas o paranoides; con alteraciones de la conducta consistentes en aumento de la agresividad y desinhibición sexual (20).

Fenómeno de normalización forzada

La psicosis epiléptica relacionada con el fenómeno de normalización forzada o psicosis alternante (términos introducidos por Heinrich Landolt y Tellenbach respectivamente) es un fenómeno poco común, caracterizados por estados psicóticos con un EEG normal o con mejoría respecto a los previos (25). Se presentan en aquellos pacientes diagnosticados de epilepsia, donde las crisis son controladas o reducidas con medicamentos antiepilépticos efectivos. Se considera, por tanto, que la psicosis podría resultar de un efecto vinculado a los mecanismos neurobiológicos relacionados con el control de las convulsiones. La clínica psicopatológica es inespecífica, generalmente se caracteriza por alucinaciones, delirios paranoides, cambios del humor, ansiedad y episodios conversivos (18,25,26).

Psicosis interictales

Las psicosis interictales, aunque son menos frecuentes que las psicosis periictales, son el sub-

tipo de psicosis epiléptica con mayor riesgo de deterioro a nivel cognitivo y funcional, ya que pueden tener una evolución recurrente y crónica (16,18,19,25). Se caracterizan por episodios psicóticos que se presentan entre episodios convulsivos, sin estar relacionados cronológicamente con los mismos (10,16,27). Suele iniciarse pasados los 10 años del primer episodio convulsivo (27). En el caso clínico expuesto, la paciente es diagnosticada de epilepsia a la edad de 27 años, y es a los 53 años cuando se tiene conocimiento de que comienza a desarrollar ideas de perjuicio centradas en el entorno vecinal, sin objetivar durante ese periodo nuevos episodios de epilepsia.

A este tipo de epilepsia también se la denomina psicosis de epilepsia similar a la esquizofrenia o “schizophrenia like”, ya que desde el punto de vista clínico, suele presentar semejanzas con la esquizofrenia, siendo necesario en ocasiones el diagnóstico diferencial (10,16,18,26). Así, en lo que respecta a la semiología psicótica, lo que predominan son los delirios paranoides y las alucinaciones de tipo auditivas en forma de voces (10).

Son varios los estudios que han encontrado diferencias clínicas entre la psicosis interictal y la esquizofrenia que ayudan al diagnóstico diferencial. Así, mientras que en la esquizofrenia es frecuente diferenciar tanto semiología positiva (delirios y alucinaciones) como negativa (aplanamiento afectivo y anhedonia), en la psicosis interictal predominan los síntomas positivos, preservando mejor los rasgos de personalidad (18,22). Además, el pronóstico en la psicosis interictal parece ser mejor que en la esquizofrenia (19). Esto podría ser debido a la tendencia que experimentan los síntomas psicóticos a atenuarse (19). A esto se le debe de añadir el buen funcionamiento premórbido y el menor deterioro cognitivo (sobre todo en funciones ejecutivas y memoria verbal) que se observa en comparación con la esquizofrenia (10).

Se conoce que existe una mayor incidencia de psicosis similar a la esquizofrenia en pacientes afectados de epilepsia del lóbulo temporal (9,26,28). Aunque no se conoce de forma clara los mecanismos de patogénesis subyacentes, la conducta emocional puede ser regulada por el sistema límbico, una estructura que se aloja en

el lóbulo temporal (25). Estos estudios sugieren la existencia de un área en el lóbulo temporal que comparta fisiopatología de la epilepsia del lóbulo temporal y la psicosis (20). La semiología psicótica característica de la epilepsia del lóbulo temporal son las alucinaciones olfativas (26). Del mismo modo, dichas alteraciones sensorio-perceptivas de origen neurológico, pueden originar ideas delirantes paranoides, afectando por ende a su comportamiento social, e imitando a una enfermedad psiquiátrica (26).

Como ya se ha comentado previamente, la psicosis interictal tiende a tener una duración crónica (10). Un estudio analizó una muestra de 155 pacientes afectados de psicosis interictal para estudiar la duración de los episodios, y describieron una duración media de estos episodios psicóticos de 82,7 semanas (25). Además, comprobaron que aquellos pacientes que desarrollaban el episodio psicótico a edades más tempranas o presentaban antecedentes familiares de psicosis, tendían a desarrollar episodios más prolongados (25). Sin embargo, describieron del mismo modo que, aquellos pacientes que habían sido tratados con antipsicóticos de forma temprana, se asociaban a una menor duración del episodio psicótico (25).

Tratamiento

El tratamiento farmacológico de la psicosis en la epilepsia se basa en la experiencia clínica individual debido al número limitado de estudios que existen acerca de este tema. Es por esta razón que se recomienda seguir las pautas para el tratamiento fuera de la epilepsia, teniendo en

cuenta las necesidades individuales de estos pacientes (19). Los antipsicóticos de segunda generación se consideran de primera opción para pacientes con psicosis y epilepsia (10), sobre todo la risperidona, debido al menor riesgo de desarrollar convulsiones y menor tendencia a las interacciones farmacológicas (19).

Un estudio prospectivo de un año de duración, concluyó entre otras cosas que la tasa de respuesta con medicación antipsicótica era mejor en pacientes con diagnóstico de epilepsia en comparación con pacientes psicóticos sin antecedentes de crisis convulsivas, incluso a dosis más bajas que las habituales (29). Se ha generalizado la combinación de antiepiléptico y antipsicótico para el tratamiento de pacientes con psicosis de la epilepsia. Sin embargo, se hace necesario señalar que existen fármacos antiepilépticos que aumentan el metabolismo hepático, lo que hace que disminuyan los niveles efectivos del antipsicótico (17). Algunos autores proponen el uso de antiepilépticos con metabolismo renal, como es el caso del levetiracetam (17).

Conclusión

Este artículo pone de manifiesto la dificultad diagnóstica en algunos tipos de trastornos psicóticos, dado que algunos aspectos como la sintomatología o la cronicidad pueden solaparse, y la prevalencia de psicosis en epilepsia (21), y de epilepsia en psicosis (11) se encuentran incrementadas. Consideramos que serían interesantes más estudios que pudieran ayudar a esclarecer la relación existente entre epilepsia y psicosis.

Contacto

José Juan Tascón Cervera ✉ jtascer@gobiernodecanarias.org
 Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Canarias
 Carretera Ofra S/N • 38320 La Laguna, Santa Cruz de Tenerife



Bibliografía

1. Falret JP. Memoire sur la foie circulaire. Bull Acad Imperiale Med. 1854;19:328-400.
2. Morel BA. Dune ´ forme de delire, suite dune ´ surexcitation nerveuse se rattachant a une variete non encore decrite depilepsie ´ (Epilepsie larvae). Gaz Hebdomiari Med Chir. 1860;7:836-41.
3. Kraepelin E. Psychiatrie, 3, 8th ed. Leipzig: Johan Ambrosius Barth; 1922.
4. Jaspers K, Saubidet RO. Psicopatología general. 2. ed. Mexico: Fondo de Cultura Económica; 1993. 962 p. (Sección de obras de psicología, psiquiatría y psicoanálisis).
5. Pacheco L, Moreno D, Wood W, Unibaso S, Cabo P. Historical review of the so-called biological therapies in psychiatry. Norte Salud Ment. 2015;89-99.
6. Menchón JM, Pons A. Historia de la TEC. Rojo JE y Vallejo J. Terapia electroconvulsiva, Masson-Salvat. 1994; 9-23.
7. Fink M, Ladislav J Meduna, M.D. 1896-1964. Am J Psychiatry 1999;156, 11:1807-1807.
8. Bernardo Arroyo M, González Pinto A, Urretavizcaya Sarachaga M. Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva. 2018.
9. Slater E, Beard AW. The schizophrenia-like psychoses of epilepsy, V: Discussion and conclusions. 1963. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1995;7(3):371-278.
10. Mendoza Bermúdez Constanza, Gómez Arias Bety. La psicosis en epilepsia. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2009; 38: 739-760.
11. Chang YT, Chen PC, Tsai IJ, Sung FC, Chin ZN, Kuo HT, et al. Bidirectional relation between schizophrenia and epilepsy: a population-based retrospective cohort study. Epilepsia. 2011;52(11):2036-42.
12. Hedges D, Jeppson K, Whitehead P. Antipsychotic medication and seizures: a review. Drugs Today Barc Spain 1998. 2003;39(7):551-7.
13. Joshi A, Bow A, Agius M. Pharmacological Therapies in Bipolar Disorder: a Review of Current Treatment Options. Psychiatr Danub. 2019;31(Suppl 3):595-603.
14. Correll CU, Rummel-Kluge C, Corves C, Kane JM, Leucht S. Antipsychotic combinations vs monotherapy in schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials. Schizophr Bull. 2009;35(2):443-57.
15. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, Engel J Jr, Forsgren L, French JA, Glynn M, Hesdorffer DC, Lee BI, Mathern GW, Moshé SL, Perucca E, Scheffer IE, Tomson T, Watanabe M, Informe oficial de Wiebe S. ILAE: una definición clínica práctica de la epilepsia. Epilepsia. 2014; 55: 475-82.
16. DAlessio L, Giagante B, Ibarra V, Papayannis C, Oddo S, Solís P, Consalvo D, Silva W, Donnoli V, Zieher LM, Kochen S. Análisis de los trastornos psicóticos en pacientes con epilepsia parcial refractaria, diagnóstico psiquiátrico y características clínicas. Actas esp. Psiquiatr, 2008; 36(3): 138-143.
17. C. González Mingot, M.P. Gil Villar, D. Calvo Medel, T. Corbalán Sevilla, L. Martínez Martínez, C. Iñiguez Martínez, S. Santos Lasaos, J.A. Mauri Llerda. Psicosis epiléptica periictal, una causa de psicosis reversible. Neurología, 2013; 28(2): 81-87.
18. Maguire M, Singh J, Marson A. Epilepsy and psychosis: a practical approach. Pract Neurol. 2018;18(2):106-14.
19. Agrawal N, Mula M. Treatment of psychoses in patients with epilepsy: an update. Ther Adv Psychopharmacol. 2019;9.
20. Nakahara S, Adachi M, Ito H, Matsumoto M, Tajinda K, van Erp TGM. Hippocampal Pathophysiology: Commonality Shared by Temporal Lobe Epilepsy and Psychiatric Disorders. Neurosci J. 2018; 2018:1-9.
21. Clancy MJ, Clarke MC, Connor DJ, Cannon M, Cotter DR. The prevalence of psychosis in epilepsy: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 13 de marzo de 2014;14:75.
22. Psicosis interictal. Presentación de un caso. Clara Lucía Abreu de la Torre, Ivonne Pedroso, María Eugenia García Navarro, René Macías Betancourt, Lourdes Cubero Rego. Revista Mexicana de Neurociencia. 2001; 2(6):289-292.
23. Sigurjon B Stefansson, Elias Olafsson, W Allen Hauser. Psychiatric morbidity in epilepsy: a case controlled study of adults receiving disability benefits. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1998; 64:238- 241.
24. Mäkikyrö T, Karvonen JT, Hakko H, Nieminen P, Joukamaa M, Isohanni M, et al. Comorbidity of hospital-treated psychiatric and physical disorders with special reference to schizophrenia: a 28 year follow-up of the 1966 northern Finland general population birth cohort. Public Health. julio de 1998;112(4):221-8.
25. Adachi N, Akanuma N, Ito M, Okazaki M, Kato M, Onuma T. Interictal psychotic episodes in epilepsy: duration and associated clinical factors. Epilepsia. junio de 2012;53(6):1088-94.
26. Gandhi P, Ogunyemi B, MacDonald A, Gadit A. Psychosis in temporal lobe epilepsy: atypical presentation. BMJ Case Rep. 18 de enero de 2012;2012:bcr1120115169.

27. Butler T, Weisholtz D, Isenberg N, Harding E, Epstein J, Stern E, et al. Neuroimaging of frontal-limbic dysfunction in schizophrenia and epilepsy-related psychosis: toward a convergent neurobiology. *Epilepsy Behav* EB. febrero de 2012;23(2):113-22.
28. Takeda Y, Inoue Y, Tottori T, Mihara T. Psicosis aguda durante la monitorización del EEG intracraneal: estrecha relación entre los síntomas psicóticos y las descargas en la amígdala. *Epilepsia*. 2001; 42 (6): 719-24.
29. Tadokoro Y, Oshima T, Kanemoto K. Interictal psychoses in comparison with schizophrenia—a prospective study. *Epilepsia*. diciembre de 2007;48(12):2345-51.

- Recibido: 22/11/2022.
- Aceptado: 20/12/2022.

Metacognición, mentalización y psicopatología.

Metacognition, mentalization and psychopathology.

José Manuel Bertolín-Guillén.

Doctor y Licenciado en Medicina y Cirugía; Médico especialista en Psiquiatría; Ldo. en Psicología. Jefe de Servicio (retirado) de Psiquiatría y Salud Mental del Dpto. de Salud Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana, Valencia, España, UE.

Jose Manuel García-Valls.

Licenciado en Medicina y Cirugía; Médico especialista en Psiquiatría. Médico Adjunto de Psiquiatría del Dpto. de Salud Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana, Valencia, España, UE.

Resumen:

Introducción. La metacognición comprende tanto la cualidad de ser consciente de los propios procesos mentales como la de regularlos. Seguidamente se abordarán algunas interacciones entre las capacidades metacognitivas y de mentalización, sus presuntas bases neuroanatómicas, así como sus correlatos psico-neuro-patológicos. **Material y método.** Sin pretender una imposible exhaustividad, se ha considerado la mejor literatura especializada al respecto obtenida de fuentes informativas internacionales calificadas de calidad. **Resultados y discusión.** La metacognición está vinculada con el aprendizaje y para este la motivación es fundamental. Por su parte, mentalizar puede considerarse un componente de la cognición social, que integra múltiples procesos cognitivos y emocionales. La metacognición epistémica ejerce un papel relevante en los aprendizajes competenciales y a su vez está ligada a procesos cognitivos como son las funciones ejecutivas, además de las atencionales. Se ha propuesto la participación causal de las cortezas prefrontales dorsomedial y ventromedial anteriores, así como de la frontopolar, para la conciencia metacognitiva y para la mentalización. Estas estructuras desempeñan importante papel en el arbitraje de normas cooperativas en contextos sociales. La comunicación intencional o dirigida va a permitir, además, una narrativa compartida. En cualquier caso, parece haber un vínculo específico y generalizado entre metacognición, mentalización y salud mental. **Conclusiones.** La metacognición integra estrategias que permiten comprender y controlar los procesos cognitivos, lo que ocurre tempranamente en el desarrollo humano. Cuando estén alteradas es probable que la mentalización y la comunicación intencional interfieran con la capacidad metacognitiva ideal de los sujetos, en particular si específicamente coexistiera psicopatología.

Palabras clave: Mentalización; Metacognición; Motivación; Neurociencia; Psicobiología; Psicopatología.

Conflictos de intereses: Ninguno. **Financiación:** La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Abstract:

Introduction. Metacognition includes both the quality of being aware of one's own mental processes and the quality of regulating them. This paper will address some of the interactions between metacognitive and mentalizing capabilities, as well as their presumed neuroanatomical bases, and their psycho-neuro-pathological correlatives.

Material and methods. With no pretension of being exhaustive, the authors have considered the best specialized literature on this topic, which has been gathered from international high-quality and reliable sources. **Results and discussion.** Metacognition is linked to learning, where motivation is crucial. Mentalizing can be considered a component of social cognition, which includes several cognitive and emotional processes. Epistemic metacognition plays a relevant role in competency-based learning and at the same time, is linked to cognitive processes such as executive and attentional functions. There have been propositions about the causal participation of the anterior dorsomedial and ventromedial prefrontal cortices, as well as the frontopolar cortex, in metacognitive consciousness and mentalization. These structures play an important role in the arbitration of cooperation rules in social environments. Intentional or directed communication will also allow for a shared narrative. In any case, there seems to be a specific and generalized link between metacognition, mentalization and mental health. **Conclusions.** Metacognition includes strategies that allow understanding and controlling cognitive processes, which happens early in human development. When altered, it is possible that mentalization and intentional communication will interfere with an individual's ideal metacognitive capability. This would be particularly the case if there was a coexisting psychopathology.

Keywords: Mentalization; Metacognition; Motivation; Neuroscience; Psychobiology; Psychopathology.

Introducción

La conciencia metacognitiva, esto es, la capacidad individual de saber que se está teniendo cualquier experiencia en particular, muy probablemente guiará las conductas que sean más pertinentes para cada individuo y situación. Comprende tanto la cualidad de ser consciente de los propios procesos mentales como la de regularlos o controlarlos.

La base cerebral de la metacognición todavía no se comprende por completo. Las habilidades metacognitivas permiten ajustar el comportamiento presente y modificar las decisiones intra e interpersonales futuribles en ausencia de retroalimentación externa. La metacognición, además, integra la evidencia sensorial con la información de todas las interacciones del sujeto, de la clase que sean.

Puede decirse que metacognición es la capacidad de evaluar el éxito de los propios procesos cognitivos para calcular la probabilidad de que

una decisión sea correcta. Ocupa un papel central en psicología, aunque lógicamente puede ser falible e ineficiente. En la metacognición generalmente se engloban operaciones, actividades y diversas funciones cognoscitivas. De otra parte, la mentalización, que abordaremos también, se refiere asimismo a un amplio espectro de capacidades mentales.

Seguidamente nos acercaremos de modo especial a algunas interacciones multidireccionales entre la facultad metacognitiva y los sustratos neuroanatómicos en los que hipotéticamente asienta. También nos aproximaremos a la habilidad o capacidad para detectar las emociones, pensamientos e intenciones de los otros, lo que define a la mentalización. De igual modo, se comentará la relación que existe entre estas facultades y la psico-neuro-patología en general.

Material y método

La presente aportación es una investigación secundaria narrativa, de tipo cualitativo, con

componentes interpretativos. La metodología usada se puede considerar próxima al método científico para datos no numéricos, que caracteriza a los meta-estudios o meta-síntesis cualitativos. Desde el punto de vista teórico, el enfoque elegido se asocia al modelo pospositivista lógico de investigación científica de Karl Popper, cercano al constructivismo social. (1)

El artículo está basado en un muestreo intencional, menos estricto que el probabilístico o aleatorio, pero adecuado para las investigaciones cualitativas. En él se tendrá en cuenta críticamente la mejor literatura especializada al respecto obtenida de fuentes informativas internacionales cualificadas de calidad y revisadas por pares, sin pretensión de una imposible exhaustividad.

Resultados y discusión

• Conocimiento metacognitivo

Con el vocablo «metacognición» suele entenderse la capacidad de autorregular el transcurso del aprendizaje, el acto de razonar sobre el propio razonamiento o el entendimiento de los propios procesos del conocimiento. Difícilmente se puede hablar de metacognición sin referirse al aprendizaje, y este implica ciertos cambios en el sujeto, sean o no intencionados o agradables. Según John H. Flavell (2), quien primero usó el término metacognición, abarca las fases de planificación, seguimiento o supervisión, y la evaluación o valoración de la propia comprensión.

Estableció Flavell las diferencias en tres tipos posibles de conocimiento metacognitivo: a) El declarativo o de la propia persona y de sus capacidades; b) El procedimental o de la tarea, y de su complejidad para ser realizada; y c) El estratégico o condicionado, es decir, la suficiencia del sujeto en usar determinadas tácticas y adaptarlas a las situaciones nuevas. Flavell, para terminar con este autor, distinguía también entre regulación metacognitiva, experiencia metacognitiva y metamemoria, estados todos que requieren de una adecuada motivación.

Como es sabido, la motivación está muy relacionada con el importante sistema encefálico de recompensa o refuerzo, ligado a las necesidades básicas. El neurotransmisor fundamental que actúa en el grupo de estructuras involucradas es la

dopamina, aunque también lo hacen otros como el ácido gamma-aminobutírico y el glutamato. El sistema de recompensa influye en la memoria y el aprendizaje.

Las personas con alto grado de memoria operativa o de trabajo exhibirán niveles más bajos de «mente errante» o pensamiento difuso, tanto el que sea intencionado como el involuntario. (3) La metacognición, por su parte, tiene un papel fundamental en los aprendizajes competenciales pues, como antes se ha referido, integra estrategias que permiten comprender y controlar los procesos cognoscitivos. El aprendizaje autorregulado tiene tres componentes principales: cognitivo, metacognitivo y motivacional.

La metacognición es, por tanto, una idea o constructo compuesto y tan amplio como multidisciplinar. Para resumir, se trata del conjunto de experiencias conscientes cognitivas o afectivas que ocurren durante el desempeño de cualquier aspecto de toda actividad. (4) En la llamada cognición epistémica, los individuos reflexionan sobre los límites, la certeza y los criterios necesarios para conocer.

La epistemología se puede definir como los «supuestos sobre la naturaleza del conocimiento». Es decir, que lo epistémico hace referencia a todo lo que tiene que ver con el saber. Posiblemente el control cognitivo epistémico se desarrolle en los últimos años de la adolescencia y en la primera edad adulta. (5) En el subapartado siguiente nos referiremos más en concreto al conocido como «sesgo cognitivo de confirmación».

La capacidad de introspección que esté evolucionando en la persona podrá apoyar la toma de decisiones que se consideren más correctas en las diferentes épocas vitales. (6) La «mentalización» o «teoría de la mente» es la capacidad para percibir los estados de todo tipo que subyacen en cualquier comportamiento humano. La mentalización y la introspección están estrechamente interrelacionadas desde el punto de vista del neurodesarrollo.

El progreso o avance metacognitivo está ligado al de los procesos cognitivos básicos como la atención y las funciones ejecutivas. Estas últimas, que son habilidades cognitivas autodirigidas, permiten que la conducta se adapte a los

cambios externos. Las funciones ejecutivas suelen estar disminuidas en las personas de mayor edad. Ahora bien, la metacognición sobrepasa la dimensión cognitiva e incluye también la motivación y la emoción, dimensiones ambas de extraordinaria importancia.

Sigue siendo controvertido si la metacognición es un recurso global que se aplica a diferentes tareas o si los procesos de autoevaluación son específicos para actividades concretas. (7) Específicamente, las personas añosas tendrán una conectividad intrínseca más débil entre la unión témporo-parietal y el polo temporal derechos, lo que explicará su habitual rendimiento conductual más pobre. (8) Enlazando con lo referido más arriba, quienes tengan bajos grados de funciones ejecutivas experimentarán tasas elevadas de estados mentales espontáneos divagatorios o errantes. (9)

Se ha propuesto la participación causal de la corteza prefrontal cerebral en la conciencia metacognitiva. (10,11) Esta corteza es la estructura neocortical de más reciente evolución filogenética y ontogenética. Al comparar los constructos de la metacognición y mentalización, se han obtenido también las primeras pruebas de participación común de la corteza prefrontal dorsomedial anterior y ventromedial. (12)

Lo recién señalado tiene su importancia, pues en medicina en particular es usual recurrir al relativamente novedoso concepto de hechos que est n basados en evidencias o pruebas, (13) lo que ha conducido a la creación del recurso *The Cochrane Collaboration*. Sin embargo, una parte sustancial de muchas evidencias permanece inaccesible, entre otras razones por el generalizado sesgo de publicación, que afecta asimismo a otras disciplinas no sanitarias. (14)

Ciertas pruebas también sugieren, por otra parte, que tener puntos de vista morales fuertes puede ser consecuencia de un estilo cognitivo que incluya menor sensibilidad metacognitiva. En estos casos se tenderá a modificar las respuestas neurales para priorizar de manera eficiente la información relacionada con las creencias moralizadas. (15) Desde el emotivismo ético del siglo XVIII de David Hume, sabemos que realizar juicios morales es, al menos en parte, un proceso

afectivo que implica sentimientos y emociones, más que razonamientos.

Se entiende aquí la moralidad como el conjunto de normas y valores que guían la conducta. Desde una perspectiva neuro- tica, las funciones morales con sus escalas jerárquicas más particulares, fruto del desarrollo evolutivo, asientan en circuitos neurológicos propios, que también pueden sufrir daños estructurales, disfunción de sus mediadores, o alteraciones genéticas. (16)

● Convicciones propias, *insight*, psiquiatría y psicología

En los sujetos suele haber bastantes resistencias genéricas para reconocer y revisar las creencias propias incorrectas, lo que ayuda a explicar posturas radicales de todo tipo. (17) En el conocimiento o creencia que cada persona se haya construido metodológica y racionalmente de forma pretendidamente adecuada, se tenderá a seleccionar o sobrevalorar la información que justifique las anteriores visiones propias de la realidad que se hayan vaticinado.

Lo dicho conllevará ostentar un alto grado de certeza sobre las convicciones de uno mismo, aunque sean cuestionables. (18) Se puede hablar, por tanto, de la existencia de un sesgo de confirmación, que introduc mos en el primer subapartado, por el que probablemente se descartarán las evidencias contrarias a la posición del interesado. La convicción personal se opondrá en bastantes ocasiones a la fundamentación racional que busque ut picamente ser objetiva.

Las personas est n predispuestas a alinear sus estados mentales con los de otras, lo que se promociona con la llamada comunicación verbal intencional, cooperativa o dirigida, que va a permitir una narrativa compartida. (19) Ahora bien, hasta los niños son capaces de comprender que las creencias en general, incluyendo las de cada cual, pueden ser falsas. Se acaba de proponer, por otro lado, que las regiones anteriores de la corteza prefrontal más evolucionadas recientemente en relación con los primates desempeñarían un papel importante en el arbitraje de normas o reglas cooperativas en contextos sociales. (20)

Se sabe que la corteza prefrontal cerebral resulta crítica para la actividad metacognitiva visual.



La parte de la corteza responsable del procesamiento de la información visual se encuentra en el lóbulo occipital. En concreto, las regiones prefrontales dorsolateral y anterior han sido implicadas en la generación subjetiva de confianza. Se ha propuesto, en efecto, que en dicha corteza prefrontal habría una organización modular especializada en la creación de autoconfianza. (21) Como es natural, a menudo la capacidad de la persona para realizar cualquier predicción implicará cierto grado de incertidumbre, determinante que será crucial para generar autoconfianza.

La toma de decisiones suele ir acompañada de metacognición. Es probable que la corteza frontopolar, parte de la corteza cerebral prefrontal vinculada con procesos cognitivos complejos, proteja de la toma de decisiones ante futuras incitaciones inapropiadas. (22) Se ha sugerido que la corteza prefrontal lateral anterior está altamente especializada para hacer juicios metacognitivos prospectivos, basados en la posibilidad interna asumida de efectuar elecciones correctas. (23)

En España los psicólogos titulados en psicología general sanitaria, que no son por ello especialistas, suelen promocionar la salud en todas sus formas y acompañar en las enfermedades más aparentemente físicas. Los auténticos psicólogos especialistas en psicología clínica titulados por el Estado, así como los médicos que además sean psiquiatras, serán quienes específica y legítimamente podrán en nuestro país practicar las psicoterapias avaladas por el método científico. (24-27)

En particular, las intervenciones psicológicas llamadas generalmente de tercera o última generación que cuentan con más apoyo empírico son: «*Mindfulness Based Cognitive Therapy*» o MBCT, «*Dialectical Behavior Therapy*» o DBT, «*Acceptance and Commitment Therapy*» o ACT y, por último, «*Mindfulness Based Stress Reduction*» o MBSR, así como su subproducto «*Mindfulness-Based Relapse Prevention*» o MBRP.

Todas esas intervenciones promueven el *insight* metacognitivo, (28) que va a favorecer en particular el reequilibrio de la impulsividad. Ahora bien, a pesar de su creciente popularidad, cuando tales actuaciones son aplicadas para modificar específicamente la evolución de la depresión

clínica, la mayoría de las evidencias aportadas hasta el año 2013 acerca de su beneficio eran de calidad baja o muy baja. (29)

El *insight* tiene semejanzas con la metacognición. Tanto esta última como la conocida como teoría de la mente, (30) antes mencionada, se refieren al control y la supervisión del pensamiento, sea el propio o el de los otros (*mindreading*). La teoría de la mente aborda una capacidad cognitiva social fundamental para comprender el significado y la motivación que se halla detrás de cualquier acción.

● Teoría de la mente, metacognición y psicopatología

La motivación inicia, guía y mantiene las conductas orientadas a lograr un objetivo o satisfacer una necesidad. La motivación se relaciona, pues, con algún evento interno o externo. La teoría de la mente, identificada a veces como de «empatía cognitiva», es un concepto o constructo que ha crecido de manera extraordinaria desde la que fue conocida como teoría del desarrollo cognitivo de Jean W.F. Piaget.

La relación de la teoría de la mente con el lenguaje está ampliamente comprobada y aceptada, aunque su naturaleza sigue discutiéndose. Para entenderla bien habría que remontarse hasta Jacob R. Kantor, considerado el padre de la psicolingüística, además de a Piaget con respecto a la primacía del pensamiento sobre el lenguaje. De otra parte, la metacognición se puede encuadrar también en una suerte de metafilosofía o filosofía de la filosofía en relación al ámbito de lo psíquico y, en cierto modo, también de lo psicopatológico. (28)

El deterioro personal de la capacidad introspectiva, importante para la metacognición, es un motivo habitual por el que muchas personas con ciertos trastornos mentales no buscan tratamiento adecuado, a pesar de sus consecuencias. En ellas habrá como síntoma la anosognosia o falta de reconocimiento de la enfermedad en diferentes grados y una afectación morbosa de la mentalización, es decir, de la facultad de razonar acerca de los pensamientos de los demás. (31) Por su parte, las distorsiones en la metacognición, es decir, de la capacidad de inferir

los propios estados mentales, son comunes en bastantes trastornos, si bien se desconocen sus fundamentos neurales.

Se sabe asimismo que la desregulación del control prefrontal sobre la amígdala está involucrada en la patogenia de trastornos como los del estado anímico y los de ansiedad. Un aspecto especialmente perjudicial de la ansiedad, cuando sea significativa, consiste en la posible interrupción de las funciones ejecutivas mediadas por la corteza prefrontal, como ocurre cuando se quiere lograr la toma flexible de decisiones.

A veces puede coincidir la anosognosia con cierta anosodiaforia, que consiste en la despreocupación o indiferencia por cualquier déficit personal que sea evidente. También puede coexistir con el síndrome de Anton-Babinski, que suele deberse a isquemia de la región encefálica parieto-occipital. (32) Recordemos asimismo que la ansiedad anticipatoria y el decaimiento anímico son ubicuos en múltiples enfermedades, pero solo en ocasiones reunirán la condición de constituir auténticas categorías psicopatológicas diagnosticables.

Las deficiencias de la metacognición se relacionan con el control y supervisión disfuncionales de los propios procesos mentales. Parece haber un vínculo específico y generalizado entre metacognición y salud mental. (33) En particular, los individuos con trastorno límite de la personalidad muestran patrones metacognitivos alterados, (34) que algunos autores sugieren que son particularmente selectivos y específicos. (35) Como se ha indicado antes, han comenzado a identificarse regiones cerebrales que codifican los procesos metacognitivos, aunque, en general, la arquitectura neurocognitiva que respalda esta capacidad sigue siendo controvertida.

Por su parte, la mentalización juega un papel clave en la reducción de la angustia interpersonal, (36) y se ha subrayado su importancia en la rehabilitación de los sujetos con trastornos mentales. Ya era conocido que las metacogniciones suelen jugar un papel causal en la ansiedad. (37) En múltiples enfermedades físicas, las creencias metacognitivas y negativas de incontrolabilidad y peligro predijeron en un estudio reciente síntomas ansioso-depresivos. (38)

● Psicologismo versus nosología internacional

Sin embargo, en esa última referida investigación (38) no se expresaba si los síntomas conllevaban también específicos trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo por lo que, en caso contrario, podrían carecer de relevancia clínica. Sucede la misma ambigüedad con cierta cantidad de trabajos de corte marcadamente psicologista y que se refieren con pretendida normalidad a supuestas «terapias metacognitivas».

Dichas psicoterapias, autodenominadas quizá pretenciosamente como metacognitivas, estarían recomendadas para algunos trastornos. Pero esos trastornos tampoco cumplen necesariamente los criterios de la *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (CIE-11 por sus siglas en español). Tales intervenciones pretendidamente psicoterapéuticas siguen el modelo cognitivo-conductual alternativo, diferente del estándar, de Adrian Wells. (39,40)

El grado de concienciación de cualquier sujeto no tiene por qué ser igual en situaciones diferentes. Prácticamente en todas las circunstancias vitales se puede recibir ayuda psicológica profesional eficaz y de múltiples tipos, escuelas y procedimientos. Pero en limitadas ocasiones esas intervenciones tendrán que ser precisamente tratamientos psíquicos, es decir, psicoterapias. Así pues, en la realidad común «acompañar» profesionalmente a una persona no es lo mismo que tratar a un paciente.

Dejando aparte las intervenciones y tratamientos citados en el subapartado anterior, así como muchas otras intervenciones que correspondan, se puede promover la capacidad metacognitiva personal con distintos entrenamientos. Entre ellos se encuentra la práctica habitual de la llamada «conciencia plena» o *mindfulness*, condición de la que asimismo el individuo puede carecer (*mindlessness*). (41)

Las personas con más *insight* metacognitivo y capacidades desarrolladas para mentalizar, seguramente serán más críticas, racionales y productivas, se escrutarán a sí mismas con mayor regularidad y considerarán sus pensamientos y emociones como eventos mentales pasajeros.

Conclusiones

La metacognición posibilita que los estados mentales y cognitivos personales se conviertan en objetos de reflexión, y que eventualmente puedan ser comprendidos y controlados. La capacidad metacognitiva ocurre tempranamente en el desarrollo humano. Incluye el conjunto de acciones que permiten a la persona disponer de un sentido integrado de sí misma y de los demás a medida que evalúa y responde a desafíos. La motivación y la sensación de recompensa a su vez influyen en la memoria y el aprendizaje.

Ya se han logrado las primeras pruebas de la participación en la metacognición y la mentalización de la corteza prefrontal dorsomedial anterior y ventromedial, así como de la corteza frontopolar y en particular el área 10 de Brodmann. Con frecuencia se observa en muchos pacientes deterioro clínico de su capacidad introspectiva, lo que conllevará el control y supervisión disfuncionales de numerosos procesos mentales y en particular de la capacidad metacognitiva.

Esto sucede, entre otros diagnósticos normalizados de la CIE-11, en algunos trastornos de la personalidad y rasgos relacionados, en los de

ansiedad o relacionados con el miedo, en los relacionados con el estrés y en los trastornos del estado de ánimo. También en las psicosis, así como en múltiples patologías consideradas más propiamente orgánicas como son los trastornos neurocognitivos. Lo mismo ocurre en los trastornos del neurodesarrollo, como el de hiperactividad con déficit de la atención.

Las actitudes y conductas frente a los propios trastornos son el resultado de procesos de inferencia y, por lo tanto, pueden ser influenciadas por las disfunciones cognitivas. Por último, la comunicación intencional, cooperativa o dirigida va a permitir una narrativa compartida y es probable que interfiera con la capacidad metacognitiva ideal de los sujetos.

La metacognición y la mentalización son importantes en la salud mental, la educación y la vida pública de las personas. Por ello resulta particularmente interesante que se puedan desarrollar en cualquier persona las mejores destreza y sensibilidad metacognitiva posibles con pertinentes y habituales entrenamientos adecuados.

Contacto

José Manuel Bertolín-Guillén ✉ jmbertolin@comv.es
c/ Poeta A. Chocomeli 5 - 4^a • 46015 Valencia

Bibliografía

1. Huston P, Rowan M. Qualitative studies. Their role in medical research. *Can Fam Physician*. 1998; 44:2453-8.
2. Flavell JH. Stage-related properties of cognitive development. *Cogn Psychol*. 1971; 2(4):421-53. [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(71\)90025-9](https://doi.org/10.1016/0010-0285(71)90025-9)
3. Soemer A, Schiefele U. Working memory capacity and (in)voluntary mind wandering. *Psychon Bull Rev*. 2020; 27(4):758-67. <https://doi.org/10.3758/s13423-020-01737-4>
4. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *Am Psychol*. 1979; 34(10):906-11. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906>
5. Kitchener KS. Cognition, metacognition, and epistemic cognition: A three-level model of cognitive processing. *Hum Dev*. 1983; 26(4):222-32. <https://doi.org/10.1159/000272885>
6. Moses-Payne ME, Habicht J, Bowler A, Steinbeis N, Hauser TU. I know better! Emerging metacognition allows adolescents to ignore false advice. *Dev Sci*. 2021; 24(5): e13101. <https://doi.org/10.1111/desc.13101>
7. Morales J, Lau H, Fleming SM. Domain-general and domain-specific patterns of activity supporting

- metacognition in human prefrontal cortex. *J Neurosci*. 2018; 38(14):3534–46. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2360-17.2018>
8. Hughes C, Cassidy BS, Faskowitz J, Avena-Koenigsberger A, Sporns O, Krendl AC. Age differences in specific neural connections within the Default Mode Network underlie theory of mind. *Neuroimage*. 2019; 191:269–77. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2019.02.024>
 9. Kawagoe T. Executive failure hypothesis explains the trait-level association between motivation and mind wandering. *Sci Rep*. 2022; 12(1):5839. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-09824-3>
 10. Lapate RC, Samaha J, Rokers B, Postle BR, Davidson RJ. Perceptual metacognition of human faces is causally supported by function of the lateral prefrontal cortex. *Commun Biol*. 2020; 3(1):360. <https://doi.org/10.1038/s42003-020-1049-3>
 11. Watanabe T. Causal roles of prefrontal cortex during spontaneous perceptual switching are determined by brain state dynamics. *Elife*. 2021; 10: e69079. <https://doi.org/10.7554/eLife.69079>
 12. Vaccaro AG, Fleming SM. Thinking about thinking: A coordinate-based meta-analysis of neuroimaging studies of metacognitive judgements. *Brain Neurosci Adv*. 2018; 2:2398212818810591. <https://doi.org/10.1177/2398212818810591>
 13. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services. London, GB: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1973.
 14. Bearman SK, Wadkins M, Bailin A, Doctoroff G. Pre-practicum training in professional psychology to close the research-practice gap: Changing attitudes towards evidence-based practice. *Train Educ Prof Psychol*. 2015; 9(1):13–20. <https://doi.org/10.1037/tep0000052>
 15. Yoder KJ, Decety J. Moral conviction and metacognitive ability shape multiple stages of information processing during social decision-making. *Cortex*. 2022; 151:162–75. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2022.03.008>
 16. Álvaro-González LC. Neuroética (II): circuitos morales en el cerebro patológico. *Rev Neurol*. 2014; 58(6):268–76. <https://www.neurologia.com/articulo/2013298>
 17. Rollwage M, Dolan RJ, Fleming SM. Metacognitive failure as a feature of those holding radical beliefs. *Curr Biol*. 2018; 28(24):4014–21.e8. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2018.10.053>
 18. Albarracín M, Demekas D, Ramstead MJD, Heins C. Epistemic communities under active inference. *Entropy (Basel)*. 2022; 24(4):476. <https://doi.org/10.3390/e24040476>
 19. Vasil J, Badcock PB, Constant A, Friston K, Ramstead MJD. A world unto itself: Human communication as active inference. *Front Psychol*. 2020; 11:417. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00417>
 20. Zoh Y, Chang SWC, Crockett MJ. The prefrontal cortex and (uniquely) human cooperation: A comparative perspective. *Neuropsychopharmacology*. 2022; 47(1):119–33. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01092-5>
 21. Shekhar M, Rahnev D. Distinguishing the roles of dorsolateral and anterior PFC in visual metacognition. *J Neurosci*. 2018; 38(22):5078–87. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3484-17.2018>
 22. Soutschek A, Moisa M, Ruff CC, Tobler PN. Frontopolar theta oscillations link metacognition with prospective decision making. *Nat Commun*. 2021; 12(1):3943. <https://doi.org/10.1038/s41467-021-24197-3>
 23. Miyamoto K, Trudel N, Kamermans K, Lim MC, Lazari A, Verhagen L, et al. Identification and disruption of a neural mechanism for accumulating prospective metacognitive information prior to decision-making. *Neuron*. 2021; 109(8):1396–408.e7. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2021.02.024>
 24. Bertolín-Guillén JM. Psicoterapias en la psicología clínica y psiquiatría actuales en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.01.004>
 25. Bertolín-Guillén JM. Current state of psychopharmacology, psychotherapies and other interventions in mental health problems and disorders. *Eur J Appl Sci*. 2021; 9(5):251–61. <https://doi.org/10.14738/aivp.95.10994>
 26. Bertolín-Guillén JM. Mental health and validity of the psycho-neurobiological stress model. *Am J Psychiatr Res Rev*. 2022; 5(34):1–11. <https://doi.org/10.28933/ajpr-2021-12-3105>
 27. Bertolín-Guillén JM. Psychobiology in relation to beliefs, knowledge and feelings. *Am J Psychiatr Res Rev*. 2022; 5(35). <https://doi.org/10.28933/ajpr-2022-03-2605>
 28. Bertolín-Guillén JM. Importancia del *insight* y la intuición en la psicopatología actual. *Norte Salud Ment*. 2021; 17(65):72–6. https://www.researchgate.net/publication/353889634_Importancia_del_insight_y_la_intuicion_en_la_psicopatologia_actual
 29. Churchill R, Moore TH, Furukawa TA, Caldwell DM, Davies P, Jones H, et al. ‘Third wave’ cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (10):CD008705. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008705.pub2>



30. Premack D, Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behav Brain Sci.* 1978; 1(4):515–26. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
31. Konstantakopoulos G. Insight across mental disorders: A multifaceted metacognitive phenomenon. *Psychiatriki.* 2019; 30(1):13–6. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2019.301.13>
32. Lindau M, Bjork R. Anosognosia and anosodiaphoria in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra.* 2014; 4(3):465–80. <https://doi.org/10.1159/000369132>
33. Rouault M, Seow T, Gillan CM, Fleming SM. Psychiatric symptom dimensions are associated with dissociable shifts in metacognition but not task performance. *Biol Psychiatry.* 2018; 84(6):443–51. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.12.017>
34. Cyrkot T, Szczepanowski R, Jankowiak-Siuda K, Gawęda Ł, Cichoń E. Mindreading and metacognition patterns in patients with borderline personality disorder: Experimental study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2021; 271(6):1159–68. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01227-7>
35. D'Abate L, Delvecchio G, Ciappolino V, Ferro A, Brambilla P. Borderline personality disorder, metacognition and psychotherapy. *J Affect Disord.* 2020; 276:1095–101. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.117>
36. Hayden MC, Müllauer PK, Gaugeler R, Senft B, Andreas S. Improvements in mentalization predict improvements in interpersonal distress in patients with mental disorders. *J Clin Psychol.* 2018; 74(12):2276–86. <https://doi.org/10.1002/jclp.22673>
37. Ramos-Cejudo J, Salguero JM. Negative metacognitive beliefs moderate the influence of perceived stress and anxiety in long-term anxiety. *Psychiatry Res.* 2017; 250:25–9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.056>
38. Capobianco L, Faija C, Husain Z, Wells A. Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review. *PLoS One.* 2020; 15(9): e0238457. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238457>
39. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York City, US: Guilford Press; 2009.
40. Normann N, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychol.* 2018; 9:2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
41. Bertolín-Guillén JM. Full awareness or mindfulness in the practice of current clinical psychology and psychiatry: Explanatory contributions. *Ann Psychiatr Treatm.* 2019; 3(1):3–10. <https://doi.org/10.17352/apt.000010>

• Recibido: 13/07/2022.

• Aceptado: 5/12/2022.

Salud Mental de población estudiantil de la carrera de medicina de zonas fronterizas entre Paraguay y Brasil, un estudio transversal, 2020.

Mental Health of student population of the medicine career in border areas between Paraguay and Brazil, a cross-sectional study, 2020.

Giovanna Racaneli de Alencar Costa.

Universidad Sudamericana - Carrera de Medicina - Filial Salto del Guairá - Paraguay. Estudiante de la carrera de Medicina.

Larissa Joenck.

Universidad Sudamericana - Carrera de Medicina - Filial Salto del Guairá - Paraguay. Estudiante de la carrera de Medicina.

Kawane Carolina de Almeida Fanti.

Universidad Sudamericana - Carrera de Medicina - Filial Salto del Guairá - Paraguay. Estudiante de la carrera de Medicina.

Luana Beatriz dos Anjos Webber.

Universidad Sudamericana - Carrera de Medicina - Filial Salto del Guairá - Paraguay. Estudiante de la carrera de Medicina.

Luiz Antônio da Cruz.

Universidad Sudamericana - Carrera de Medicina - Filial Salto del Guairá - Paraguay. Estudiante de la carrera de Medicina.

Donoband Edson Dejesus Melgarejo Fariña.

Universidad Sudamericana - Carrera de Medicina - Filial Salto del Guairá - Paraguay. Coordinador.

Claudia Carolina Centurión Viveros.

Universidad Sudamericana - Carrera de Medicina - Filial Salto del Guairá - Paraguay. Docente investigadora.

Resumen: Estudio transversal realizado con 185 estudiantes de medicina de una institución educativa ubicada en Paraguay, específicamente en zona fronteriza con Brasil. Los encuestados respondieron un cuestionario electrónico sobre datos generales y consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo el cuestionario de Goldberg GHQ-12 y los inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck. Se evidencia alteraciones relacionadas a la ansiedad ya que más de la mitad presenta niveles moderados y graves, y resultados más altos de depresión moderada y grave que estudios nacionales publicados anteriormente. Se sugiere implementar estrategias de prevención y detección precoz de casos en estudiantes como política institucional.

Palabras clave: salud mental, depresión, ansiedad.

Abstract: Cross-sectional study conducted with 185 medical students from an educational institution located in Paraguay, specifically in the border area with Brazil. The surveys responded to an electronic questionnaire on general data and consumption of psychoactive substances, including the Goldberg GHQ-12 questionnaire and the



Beck Anxiety and Depression inventories. The changes related to anxiety are evident, since more than half present moderate and severe levels, and moderate and severe depression results higher than the previously published national studies. It is suggested to implement prevention strategies and early detection of cases in students as an institutional policy.

Keywords: mental health, depression, anxiety.

Introducción

La depresión es una condición médica muy frecuente en todo el mundo. Se identifica por medio de sus síntomas principales: tristeza y anhedonia. Se estima que en todo el mundo el 5% de los adultos padecen depresión (1). En la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se describe la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo aparece marcadamente deprimido y predominan los sentimientos de tristeza e infelicidad.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) hace una distinción respecto de la CIE-10 en la clasificación de estos trastornos, presentando un epígrafe específico para el trastorno bipolar y sus trastornos relacionados, y ubicarlo aparte de los trastornos depresivos (2).

La característica común en estas clasificaciones es la presencia de los términos humor y afecto como equiparables, aunque el término afecto tiende a utilizarse para designar las manifestaciones externas del estado interno (3).

En Paraguay, según el informe de la Organización Panamericana de la Salud de 2020, los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio (MNSS) causan el 18% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y el 36% de todos los años vividos con discapacidad (AVD), las mujeres son las más afectadas por la depresión (4).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2017, 350 millones de personas tuvieron el reconocimiento de síntomas depresivos (4), entre una de las causas estaban el estrés producido por cuestiones académicas.

Los estudiantes de medicina a menudo experimentan dificultades emocionales cuando ma-

nejan los desafíos de su formación, lo que en ocasiones conduce al agotamiento, por lo tanto, el estudiante de medicina presenta un mayor riesgo a padecer trastornos mentales (5-6). Existen varias universidades en zonas fronterizas con Brasil y Paraguay. Aproximadamente 15.000 estudiantes de medicina serían de nacionalidad brasilera (7-8).

El presente estudio tiene el objetivo de determinar características relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas, salud mental auto percibida, niveles de ansiedad y depresión de estudiantes de medicina de la zona fronteriza.

Material y método

Estudio cuantitativo, tipo descriptivo y corte transversal, de muestreo no probabilístico. Para ser elegible para el estudio se utilizó el requisito de estar matriculado en la Universidad Sudamericana. El medio de estudio fue encuesta electrónica preelaborada sobre datos generales y consumo de sustancias psicoactivas, el cuestionario de Goldberg GHQ-12 y los inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck.

El Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12) es el instrumento de detección más ampliamente utilizado para trastornos mentales comunes, además de ser una medida más general de bienestar psiquiátrico (9). El GHQ es una escala tipo Likert que analiza síntomas durante el último mes, con un patrón de respuesta ordinal de cuatro opciones de nunca a siempre. Hay varias formas de puntuar las respuestas en este cuestionario, y más puntos se relacionan con un mayor número o severidad de síntomas (10). El estudio del GHQ-12 apunta que la escala está compuesta por síntomas de ansiedad y depresivos, como los clasifican en la actualidad la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Psiquiátrica Americana (11). Los inventarios

de Ansiedad y Depresión de Beck constan de 21 ítems para evaluar la existencia de síntomas de depresión y ansiedad y su gravedad. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana y el momento actual (12).

El participante completó el cuestionario por teléfono celular o computadora con acceso a internet. El instrumento fue construido utilizando la aplicación Google Forms, una plataforma para para investigar y recopilar datos. El enlace del formulario fue socializado vía correo electrónico y WhatsApp.

Resultados

La muestra estuvo constituida por 185 estudiantes que aceptaron voluntariamente participar. Con respecto a los datos generales: el 70% (129) fueron del sexo femenino. Las edades estuvieron entre 18 y 55 años, con un promedio de $25 \pm 8,08$ años. El intervalo de edad de mayor frecuencia es de 18 a 20 años con un 40% (73). La nacionalidad del 90% (166) era brasilera y actualmente el 82% (151) reside en Brasil.

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, el 40% (74) relató consumir alcohol una vez a la semana, y 24 % (85) afirmó consumir ansiolíticos con la misma frecuencia. Según la escala de salud auto percibida de Goldberg, el 9% (16) presenta afecciones psicopatológicas, el 23% (43) se encuentra en el umbral y el 68% (126) no presenta afecciones.

Como se visualiza en el gráfico 1, el 28% (52) tiene un nivel mínimo de ansiedad, el 21% (38) presenta ansiedad leve, el 23% (43) ansiedad moderada y el 28% (52) ansiedad grave. Por último, el 52% (96) tiene niveles mínimos de depresión, 21% (39) depresión leve, 13% (24) depresión moderada y un 14% (26) depresión grave.

Discusión

Los resultados obtenidos demostraron que la ansiedad y depresión son problemas de salud, que afectan a los estudiantes de medicina de la institución estudiada. Si bien, la mayoría no presenta afecciones psicopatológicas según la escala de

salud auto percibida de Goldberg, el inventario de Ansiedad y Depresión arrojaron que casi la mitad de los universitarios está sufriendo uno de estos trastornos en alguno de sus estadios.

Las literaturas que tienen como objetivo comparar grupos de estudiantes de esta área con otros grupos de edad similar, demuestran que los estudiantes de medicina se exponen a mayores de niveles de depresión y ansiedad que otros estudiantes universitarios de otras áreas (13).

Según los resultados preliminares del presente estudio, se evidencia alteraciones relacionadas a la ansiedad ya que más de la mitad presenta niveles moderados y graves. Esto difiere de los niveles menores reportados por Soares da Costa y colaboradores en estudiantes brasileiros este mismo año (14). Grandes revisiones de literatura han indicado que una pobre calidad de vida está asociada a distrés emocional (15). Hay registros que la escuela de medicina y sus requisitos son factores precipitantes para la aparición de síntomas de depresión, que aparecen desde el inicio del curso y empeoran en el cuarto y quinto año de la graduación (5). Sobre la salud auto percibida, el estudio nacional de Barrios y Torales (13) tuvo resultados similares con respecto a la ausencia de psicopatología, sin embargo, difieren con respecto a la psicopatología subumbral.

Cuanto la depresión, se encontraron similitudes con el estudio de Soares (14). Sin embargo, se presentaron niveles más altos de depresión moderada y grave que estudios nacionales publicados anteriormente (16). El rastreo de stress, depresión y ansiedad en profesionales médicos y académicos de medicina es de extrema importancia, una vez conocido el dato de que más del 50% de ellos son subtratados e/o no buscan tratamiento (17-18).

Conclusiones

En ese estudio, se ha constatado que existe un estigma marcado de la facultad de medicina en el desarrollo de trastornos mentales como depresión y ansiedad. Tal hecho, considerando las repercusiones de dichos trastornos, dificulta la búsqueda por ayuda en el diagnóstico y tratamiento, lo que justifica la alta tasa de morbilidad y mortalidad de los pacientes depresivos (17).



Todos estos hechos pueden tener repercusiones tanto en el sistema de salud brasileño como paraguayo, debido a la geografía del estudio. Basado en esto, la creación de un estudio mayor, capaz de corroborar estos resultados, con el objetivo de creación y mejora de los programas psicológicos y psiquiátricos dentro de las universidades de las zonas fronterizas, es imprescindible para el control de esas enfermedades que están cada vez más presentes en la vida de los estudiantes, desde el inicio del curso.

Toda investigación debe llevar a un cambio de paradigma o una iniciativa de cambio, por lo que con base en los resultados encontrados en la presente investigación se ha sugerido a la institución implementar estrategias de prevención y detección precoz de casos de estrés, ansiedad y depresión en los estudiantes. Es indispensable

considerar el aspecto emocional y mental a la hora de formar a los futuros profesionales que tendrán en sus manos nada más que la salud de la población.

Limitaciones

Una gran limitación del estudio es su muestra reducida. También se debe considerar que existe una gran prevalencia de personas que salieron de sus casas y están lejos de sus familias, y, por lo tanto, un estudio que lleve a cabo ese aspecto sería de gran importancia de entender las etiologías más a fondo. En compensación, los resultados que hemos encontrado conciden con muchos estudios publicados en el ámbito de la salud mental de los estudiantes de medicina.

Contacto

Claudia Carolina Centurión Viveros ✉ centurionviveros23@gmail.com
Universidad Sudamericana - Carrera de Medicina - Filial Salto del Guairá - Paraguay

Referencias bibliográficas

1. Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx). (consultado el 1 de mayo de 2021). Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d78odffbe8a381b25e1416884959e88b>
2. Fundamentos de psiquiatría: Bases científicas para el manejo clínico Argentina: Colombia: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, © 2015 pág. 127 capítulo 9.
3. APA. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
4. Organización Panamericana de la Salud de 2020. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas: PERFIL DEL PAÍS (PARAGUAY). PAHO, 2019.
5. Noronha, MA, Braga YA, Marques TG, Silva RT, Vieira SD, Coelho VA, et. al. Depressão em estudantes de medicina. *Rev Med Minas Gerais* 2015; 25(4): 562-567. Disponible: <https://pdfs.semanticscholar.org/b436/48d7a53b127ec7a6a2cb921fcbcdaddd237d.pdf>
6. Neponuceno HJ, Souza BDM, Neves NMBC, Trastornos mentales comunes en estudiantes de medicina, *Rev Bioética*, 2019 pg 465-470 Disponible en: https://scielo.br/pdf/bioet/v27n3/es_1983-8042-bioet-27-03-0465.pdf
7. Medina, E. Estudiantes brasileños dejan unos 15 millones de dólares al mes en el Este. Disponible en: <https://www.ultimahora.com/estudiantes-brasileños-dejan-unos-15-millones-dolares-al-mes-el-este-n1147592.html>

8. ADN Paraguayo. Ola de estudiantes brasileños en la frontera, efectos y beneficios. Disponible en: <https://adndigital.com.py/ola-estudiantes-brasileños-la-frontera-efectos-beneficios/>
9. Sánchez-López MDP, Dresch V. The 12-item general health questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*. 2008;20(4):839-43.
10. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997; 27: 191-197.
11. Organización Mundial de la Salud. Trastornos del humor (afectivos) [Internet]. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. 2000. 89-108 p. Disponible: http://who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
12. Beltrán M del C, Freyre MÁ, Hernández-Guzmán L. The beck Depression Inventory: Its validity in adolescent population. *Ter Psicol*. 2012;30(1):5-13.
13. Barrios I, Torales J, Salud mental y calidad de vida autopercebida en estudiantes de medicina del paraguay, *Rev Cient Cienc Med*, 2017. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v20n1/v20n1_a02.pdf
14. Costa DS, Medeiros NSB, Cordeiro RA, Frutuoso ES, Lopes JM, Moreira SNT, Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de medicina y Estrategias institucionales de afrontamiento, *Revista Brasileña de educación médica*, 2019, Disponible en: <https://scielo.br/pdf/rbem/v44n1/1981-5271-rbem-44-01-eo40.pdf>
15. Connell J, Brazier J, O’Cathain A, Lloyd-Jones M, Paisley S. Quality of life of people with mental health problems: A synthesis of qualitative research. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2012;10(1):1. Available from: Health and Quality of Life Outcomes.
16. Dio S, Soto ABR, Rocha BCE, Fonseca KM, Ottoni L, Chamorro RC, Handam Y, Espínola VH, Ramos P, Trastornos depresivos en estudiantes de medicina de la Universidad Internacional Tres Fronteras “Uninter”, Ciudad del Este, Paraguay (2016), *Rev. Del Nacional (Itauguá)*. 9(2):20-31, 2017, disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v9n2/2072-8174-hn-9-02-00020.pdf>
17. Vitaliano, P. P., Maiuro, R. D., Russo, J., & Mitchell, E. S. Medical student distress: A longitudinal study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1989.
18. Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ. Stress, satisfaction and burnout. 2003;168(3):271-5.

- Recibido: 11/10/2022.
- Aceptado: 19/12/2022.

V Premio Ángel Garma de Psicoanálisis de la AEN.

V Angel Garma Prize for Psychoanalysis.

Esta quinta edición del **Premio Ángel Garma al mejor trabajo de Psicoanálisis** ha corrido a cargo de la Sección de Psicoanálisis de la AEN-Profesionales de Salud Mental. El Premio nació a iniciativa de la O.M.E. (Osasun Mentalaren Elkarte-Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria) que organizó la primera edición y fue recogido en las subsiguientes por las asociaciones autonómicas de Aragón, Cantabria y Cataluña. Que ahora recaiga en la Sección de Psicoanálisis y ya de forma estable, pretende señalarlo como respaldado por la AEN-PSM en su conjunto.

Recordar el nombre de Ángel Garma es invocar una figura clave en la difusión del Psicoanálisis en castellano, él es verdaderamente la llave que abre el Psicoanálisis a la lengua común de España y de buena parte de América. Si bien la publicación de la obra de S. Freud en español es un esfuerzo que debemos a J. Ortega y Gasset -y cuya importancia teórica es primordial-, el trabajo de Garma es el de la transmisión de la teoría y la práctica clínica. En efecto, sus estudios y su análisis en Alemania y su posterior vuelta a España donde inicia la formación y el análisis personal de los nuevos psicoanalistas es la tarea que debemos agradecerle.

La incipiente difusión del Psicoanálisis en España se vio ensombrecida -como tantas otras manifestaciones culturales y científicas- por el fallido golpe de estado de 1936, la posterior guerra civil y las casi cuatro décadas de una dictadura que persiguió -y exterminó en gran medida- esta prometedora producción; pero, sin embargo, favoreció a la América Latina por el exilio de sus me-

jores figuras. Garma fue uno de ellos. Como bien se sabe¹, marchó a Argentina donde, en colaboración con otros colegas, funda la Asociación Psicoanalítica Argentina que será el núcleo que desarrolle el psicoanálisis en ese país y, desde allí, hacia otros de lengua castellana y portuguesa. Paradojas de la Historia, a Garma lo expulsaron de España una guerra civil y una dictadura, pero fue su semilla la que retornó cuando otra dictadura expulsó a los psicoanalistas argentinos, que se exiliaron en España, constituyendo una de las principales fuentes de este retorno y su crecimiento.

La figura de Ángel Garma tiene, además, la virtud de ser reconocida por todas las corrientes y escuelas que el posterior despliegue de la teoría y la clínica psicoanalítica produjo. Más allá de las diferencias, nadie puede dudar de lo decisivo que resulta el trabajo de Garma para la extensión del psicoanálisis en español. Una razón más para vindicar su nombre en un Premio que pretende resaltar los trabajos de los psicoanalistas, de cualquier corriente, por su calidad; a la vez que quiere evidenciar la producción que no cesa en nuestro campo.

El Jurado, compuesto por bien considerados psicoanalistas² de nuestro medio, eligió ganador el trabajo de Esperanza Molleda: "Acerca de la constitución de un cuerpo sexual y sexuado: los

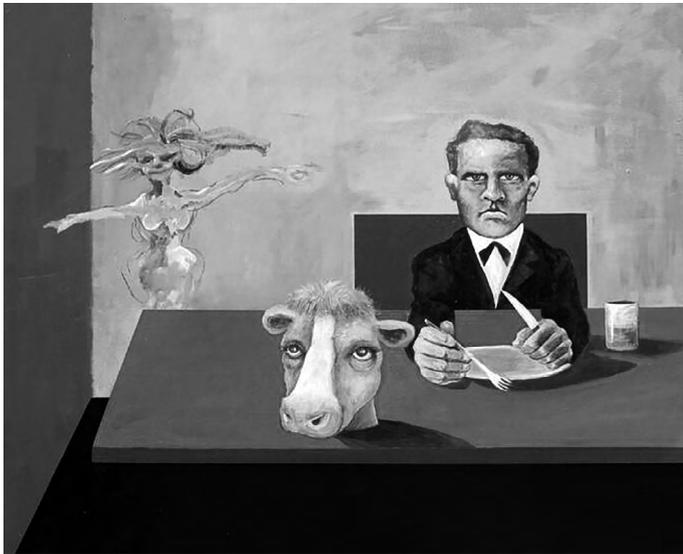
1 Ver *El bilbaíno Ángel Garma (1904-1993), fundador del psicoanálisis argentino*, Iñaki Markez, 2005, Bilbao: Edita Fund. BBK.

2 Luisa Marugán, Beatriz Azagra, Jorge Marugán, Gustavo Dessal y Rodrigo Bilbao.

testimonios de Catherine Millet” y, como *accèsit* con recomendación de publicación, el de Elina Wechsler: “Figuras del amor en Psicoanálisis”. Dos excelentes trabajos con sesgos teóricos distintos, pero que dialogan muy bien y lo hacen sobre el tema del amor y la sexualidad, de una pertinencia evidente en nuestro tiempo. Os invitamos, pues, a leerlos en la convicción de que hallaréis una lectura interesante y sugerente sobre las posiciones teórico-clínicas del Psicoanálisis actual respecto de asuntos vivamente discutidos en el tiempo que nos toca.

No queremos terminar sin agradecer de una manera particular a la revista *Norte de salud mental* su generosidad al acoger ambos trabajos, su paciencia con los tiempos que se vieron afectados por las complicaciones que supuso la pandemia y su permanente buena disposición a ayudarnos siempre que nos hizo falta. Gracias.

Javier Frère
Presidente de la Sección de Psicoanálisis
de la AEN-PSM



"Hombre con moño y vaca" del pintor y psicoanalista argentino Eduardo Newark.

Acerca de la constitución de un cuerpo sexual y sexuado: los testimonios de Catherine Millet.

About the constitution of a sexual and sexed body: the testimonies of Catherine Millet.

Esperanza Molleda Fernández.

Licenciada en Psicología por la UNED, diplomada en Trabajo Social por la UCM, titulada en Arquitectura Superior por la UPM. Psicoanalista, miembro de la ELP (Escuela Lacaniana de Psicoanálisis) y de la AMP (Asociación Mundial de Psicoanálisis).

Resumen: En este trabajo recorreremos, a partir de los escritos de Catherine Millet, las vicisitudes que conlleva llegar a tener un cuerpo sexual y sexuado en posición femenina. Partiremos de la operación de constitución de un cuerpo separado respecto al cuerpo del Otro, y sus consecuencias: la objetualización, el troceamiento y la mortificación parcial del propio cuerpo. Pasaremos luego a entender cómo las “aguas del goce” que fueron separadas del cuerpo en la operación anterior recaen sobre ciertas partes del cuerpo, sexualizándolas. Por último, exploraremos como se juega la polarización femenina de este cuerpo sexual a partir de la respuesta subjetiva ante las primeras experiencias de goce sexualizado; la modalidad lógica con la que se intenta ordenar la relación con el goce y el consentimiento a la identificación con los semblantes femeninos “homologados”.

Palabras clave: Cuerpo, goce, Otro, sexualización, sexuación, identidad femenina.

Abstract: In this essay, we will investigate the vicissitudes that are produced in the process of having a sexual and sexed body in a feminine position, reading the writings of Catherine Millet. We will begin with the operation that constitutes a separate body from the body of the Other, and its consequences: the objectification, the fragmentation and the partial mortification of the body itself. We will continue to understand how the “waters of jouissance” that were separated from the body in the previous operation fall on certain parts of the body, sexualizing them. Lastly, we will explore how the feminine polarization of this sexual body is played from the subjective response to the first experiences of sexualized jouissance; the logical modality with which the subject try to order its relationship with jouissance and the consent to identifications with “approved” female semblances.

Key words: Body, jouissance, Other, sexualization, sexuation, feminine identity.

Esperanza Molleda: Primer Premio del V Premio Ángel Garma de la AEN al mejor trabajo de Psicoanálisis.

1. Introducción

Para los seres humanos no hay ninguna naturalidad en la relación con el cuerpo por el hecho de estar habitados por el lenguaje, más bien existe todo un trabajo subjetivo necesario para llegar a tener un cuerpo y poder hacer algo con él. Además este llegar a tener un cuerpo se encuentra siempre con el escollo de lo sexual en tanto que lo sexual aparece ligado al misterio del origen de la vida y al enigma del goce del cuerpo sexuado en la relación con otros cuerpos también sexuados. Este escollo de lo sexual obliga al ser hablante a situarse de alguna manera ante la diferencia sexual para poder encontrar cierto saber hacer con el goce involucrado en la sexualidad. La sexualidad aparece entonces bastante alejada de lo natural y lo espontáneo tratándose más bien de una elaboración subjetiva bastante avanzada que se produce a partir de los primeros encuentros traumáticos con lo real del goce. Podemos entender la sexualidad como un complejo montaje que permite canalizar parte del goce teniendo en cuenta el factor de la sexuación, que no se da sin complicaciones y en el que se encuentran los rastros de la singular manera en que se produjo la constitución del propio cuerpo sexual y sexuado para cada ser hablante.

Cuando no es posible llegar a la constitución de este cuerpo sexual y sexuado nos encontramos con muchas mayores dificultades para canalizar el goce dentro del lazo social, tal como se evidencia en sujetos dentro del espectro autista y en psicosis graves.

Encontramos en la experiencia clínica, como analistas y como analizantes, testimonios de los avatares de la constitución de este cuerpo sexual y sexuado y sus marcas en la sexualidad, pero también hay escrituras como la de Catherine Millet que nos ofrecen la oportunidad de elaborar un saber acerca de estas cuestiones.

Catherine Millet, nacida en 1948, es una escritora y crítica de arte francesa, fundadora y directora de la prestigiosa revista de arte contemporáneo *Art Press* que tiene publicados tres libros que dan testimonio del asunto que queremos abordar. Estos libros son: *La vida sexual de Catherine M.*,¹ pu-

blicado en 2001; *Celos. La otra vida de Catherine M.*² (traducción muy libre del título francés, *Jour de souffrance*), publicado en 2008, y *Une enfance de rêve*,³ publicado en 2014, que no ha sido traducido al castellano.

Estos libros son un testimonio excepcional sobre cómo lo sexual toma forma para ella. Si bien dan cuenta, por un lado, de toda la singularidad sintomática de una mujer concreta, también nos sirven, haciendo un ejercicio de análisis y abstracción, de guía para indagar sobre la constitución de un cuerpo sexual y sexuado que pueda encontrar cierto saber hacer con la sexualidad desde la posición femenina. En especial, en *Une enfance de rêve*, donde Millet relata su infancia, encontramos los rastros de las experiencias de cuerpo, las relaciones con sus otros primordiales, las condiciones fundantes de su subjetividad a través de las cuales se constituye su cuerpo sexual y sexuado como condición *sine qua non* para sostener una sexualidad. En combinación con sus otros dos libros podremos ver cómo todo ello dejará marcas en las modalidades singulares de goce de su sexualidad.

2. Tener un cuerpo

Para poder tener un cuerpo sexual y sexuado es necesario en primer lugar “tener un cuerpo”. Hablamos de “tener un cuerpo” en la línea de la indicación que hace Lacan en “Joyce el síntoma”: “Tener es poder hacer algo con”.⁴ La operación de llegar a “tener un cuerpo” implica la posibilidad de un cierto grado de manejo de aquello que se ha llegado a constituir como cuerpo.

En este “tener un cuerpo”, podemos tomar los dos niveles que diferencia Éric Laurent en *El reverso de la biopolítica*.⁵ Un primer “tener” del cuerpo donde no hay yo ni sujeto, de ahí que

1 Millet, C., *La vida sexual de Catherine M.*, Barcelona, Anagrama Compactos, 2016.

2 Millet, C., *Celos: la otra vida de Catherine M.*, Barcelona, Anagrama, Panorama de Narrativas, 2010.

3 Millet, C., *Une enfance de rêve*, Paris, Flammarion, 2014. Todas las citas de *Une enfance de rêve* son traducciones propias del francés.

4 Lacan, J., “Joyce el Síntoma”, *Otros escritos*, Buenos Aires, Paidós, 2012, pág. 592.

5 Laurent, É., *El reverso de la biopolítica*, Buenos Aires, Grama ediciones, 2016, pág. 108.



Lacan llegue a decir: “LOM tiene un cuerpo”,⁶ previamente a “yo tengo un cuerpo”. De este primer “tener” Laurent dirá: “Es una atribución que precede a todo haber y que es definida como anterior al estadio del espejo, antes de la relación del sujeto con la vista”.⁷ Y un segundo tiempo del “tener”, en el que “yo” (*je*) puedo “pensar” el cuerpo como mío, porque tengo “una forma” que identifico como mi “yo” (*moi*) y que ello me permite la ilusión de “ver” mi cuerpo como un objeto con el que “puedo hacer algo”.⁸

Ya Lacan, en su primer seminario, había discernido a partir de su lectura de *Introducción al narcisismo* de Freud este desdoblamiento en el que tener un cuerpo parte de una experiencia de goce para llegar a la constitución del sujeto y del yo: “Freud es llevado a concebir el narcisismo como un proceso secundario. Una unidad comparable al yo no existe en el origen, *nicht von Anfang (...)*, el *Ich* debe desarrollarse, *entwickeln werden*. En cambio, las pulsiones autoeróticas están allí desde el comienzo”.⁹ Asimismo relacionará la formación de este yo/sujeto con la relación imaginaria: “El *Urbild*, unidad comparable al yo, se constituye en un momento determinado de la historia del sujeto [el estadio del espejo],¹⁰ a partir del cual el yo empieza a adquirir sus funciones”.¹¹

2.1. Primer momento del “tener” un cuerpo

En este primer tiempo, podemos ubicar lo que Catherine Millet describe como el cuerpo de los cuidados maternos caído en la amnesia infantil.¹² Es un primer momento del “tener” un cuerpo en el que no hay yo, ya que no se ha producido

la identificación con la propia imagen especular que lo permite. Tampoco hay separación entre cuerpo propio y cuerpo del otro en la medida en que no hay aún producción del sujeto, que puede nombrar “yo” y “tú”. Tampoco hay separación entre cuerpo y goce, por ello podemos hablar de “cuerpo bola de goce”, tomando la manera que tiene de nombrarlo el psicoanalista francés Pierre- Gilles Guéguen.¹³ La indeterminación de goce sin forma contribuye a la continuidad entre el propio cuerpo y el cuerpo del otro, debido a la capacidad “amboceptora”,¹⁴ como dirá Lacan, de determinados órganos como la placenta o el pecho materno (podríamos ampliar también a la voz que envuelve o a las manos del otro que manipulan el cuerpo del niño). A través de estos órganos se establece para el niño una continuidad con el cuerpo del otro y una indeterminación de los límites de su propio cuerpo; mientras que para el otro materno, el corte entre el cuerpo propio y el cuerpo del niño está claramente definido, y los órganos son solo suyos. Por tanto, como expresa Laurent, desde la perspectiva del lactante es una atribución de cuerpo que, en su indeterminación, precede a cualquier “haber” previo. No muchas palabras pueden ser puestas a este primer momento del “tener” un cuerpo, por la inexistencia todavía de un yo y un sujeto en cuanto tales.

Sin embargo, encontraremos restos de este primer estatuto del “tener” un cuerpo, en determinadas experiencias de goce deslocalizado de la sexualidad adulta como, por ejemplo, cuando escribe Catherine Millet: “entré en la vida sexual adulta como, de niña, me adentraba en el túnel del tren fantasma: a ciegas, por el placer de que bamboleran y me poseyeran al azar. O incluso: de que me absorbieran como una serpiente se traga una rana”.¹⁵ O cuando nos habla de su disposición en las relaciones sexuales a convertirse “en una masa molida, pronto acostada en la cama y volteada, sin más reacción que la de una

6 Lacan, J., “Joyce el Síntoma”, *Otros escritos, op.cit.*, pág. 592.

7 Laurent, É., *El reverso de la biopolítica, op. cit.*, págs. 108-109.

8 *Ibid.*, pág. 108.

9 Lacan, J., *El Seminario, libro 1: Los escritos técnicos de Freud*, Buenos Aires, Paidós, 1995, pág. 178.

10 Lacan, J., “El estadio del espejo como formador de la función del yo [*je*] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”, *Escritos 1*, México, Siglo XXI editores, 2003, pág. 86- 93.

11 Lacan, J., *El Seminario, libro 10: La angustia*, Buenos Aires, Paidós, 2008, pág. 181.

12 Millet, C., *Une enfance...*, *op. cit.*, pág. 209.

13 Guéguen, P.-G., “Radiofonía: Preguntas I y II”, *El Psicoanálisis*, Revista de la ELP, n° 34, noviembre 2019, pág. 238: “es la acción del significante sobre el cuerpo el que hace el cuerpo, si no, solo es una bola de goce”.

14 Lacan, J., *El Seminario, libro 10: La angustia*, Buenos Aires, Paidós, 2008, pág. 181.

15 Millet, C., *La vida sexual...*, *op. cit.*, pág. 19.

bola de masa de pan. Soporte amorfo de una actividad frenética, olvidando que tus carnes puedan poseer una forma específica”.¹⁶

2.2. Segundo momento del “tener” un cuerpo y sus consecuencias

Siguiendo a Éric Laurent, situamos el paso al segundo momento del “tener” un cuerpo en el estadio del espejo, que va acompañado de la constitución del yo y del sujeto. La inevitable exposición del “cuerpo bola de goce” a los embates del Otro en forma de palabra y de mirada del otro primordial, junto la experiencia del reconocimiento imaginario de los límites de los cuerpos, produce una serie de diferenciaciones que hacen a la consecución de un cuerpo del que se puede decir que se “tiene”.

La diferenciación primera que ha de producirse es entre el cuerpo propio y el cuerpo del Otro. Millet la expresa con sencillez: “y ya nuestro cuerpo no es estrechado, acariciado y abrazado, más allá de la cabeza y de las mejillas”¹⁷. En la continuidad indiferenciada entre cuerpo propio y cuerpo del Otro del “cuerpo bola de goce” se interpone una barrera que ha de ser saltada mediante el abrazo, mediante la caricia, mediante un estrechamiento de ese espacio que se ha establecido entre un cuerpo y otro cuerpo y cuyos contactos mutuos cada vez se reducen a menos partes de los cuerpos.

Las operaciones de alienación y separación que Lacan propone en el seminario 11 y en *Posición del inconsciente* para entender la producción del sujeto nos pueden ayudar, en su estructura lógica, a esclarecer también teóricamente los efectos de esta diferenciación entre cuerpo propio y cuerpo del Otro.

A medida que se va diferenciando el cuerpo propio del cuerpo del Otro se van delimitando dos conjuntos, aún unidos.

En la alienación, la unión de dos conjuntos, en este caso la unión del conjunto cuerpo propio con el conjunto cuerpo del Otro, obliga al sujeto supuesto al cuerpo a enfrentarse al llamado por

Lacan *vel* de la alienación: “El *vel* de la alienación se define por una elección cuyas propiedades dependen de que en la reunión uno de los elementos entrañe que sea cual fuere la elección, su consecuencia sea *ni lo uno ni lo otro*. La elección consiste sólo en saber si uno se propone conservar una de las partes, ya que la otra desaparece de todas formas”.¹⁸ La elección para el pequeño *parlêtre* será “o mi cuerpo o el cuerpo del Otro”.

Si elige “mi cuerpo”, pierde “el cuerpo del Otro”. Además como “el cuerpo del Otro” es el que ha dado origen con su palabra y su mirada al propio cuerpo, una cierta pérdida del propio cuerpo queda implicada en esa elección. Es la pérdida que se capta en la escisión que hay para todo ser hablante entre sujeto y cuerpo. Esta distancia insalvable entre sujeto y cuerpo permite la posibilidad de que el sujeto pueda “ver” tanto su propio cuerpo como el cuerpo del Otro, quedando establecidas las premisas que Éric Laurent indica como necesarias para que se dé el paso del primer “tener” el cuerpo al segundo “tener” del cuerpo, que haya sujeto y que haya vista.

Si elige “el cuerpo del Otro”, es aquí también seguro que la apropiación de su cuerpo queda perdida, y, como consecuencia de ello, también queda perdido el cuerpo del Otro respecto del cual no podrá ya diferenciarse. Esta elección puede darnos alguna pista de lo que ocurre en el autismo y en la psicosis cuando afirmamos con toda propiedad que en estos casos hay un ser hablante que no “tiene” cuerpo.

Como bien dice Lacan, la elección consiste sólo en saber qué parte se propone uno conservar, ya que las consecuencias serán radicalmente distintas.

En el primer caso, la escisión entre cuerpo y sujeto tiene distintas consecuencias de las que Catherine Millet da cuenta. Como primera consecuencia, el cuerpo quedará objetualizado para el sujeto. Esto abre en la infancia el camino para “tener” un cuerpo en el sentido de poder “hacer algo con él”, que va acompañado de todos los avances motrices que el niño conquista en este momento. Como segunda consecuencia,

¹⁶ *Ibid.*, pág. 225.

¹⁷ Millet, C., *Une enfance...*, op. cit., pág. 209- 210.

¹⁸ Lacan, J., *El Seminario, libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 2007, pág. 219.

se producirá una nueva escisión, en esta ocasión entre cuerpo y goce, en la medida que el sujeto no cesará ya de mortificar parcialmente su cuerpo por medio del lenguaje con el fin de intentar dominar lo que ocurre en él, con la perspectiva de poder hacerse con él. Catherine Millet dirá: “El relato despieza los cuerpos, satisfaciendo la necesidad de cosificarlos, de instrumentalizarlos”.¹⁹ Como consecuencias entonces de la distinción entre cuerpo y sujeto nos encontraremos con un cuerpo-objeto troceado y con un cuerpo parcialmente mortificado.

I. El cuerpo-objeto troceado

En este momento, en palabras de nuestra autora, “nuestro cuerpo no es mucho más que una suerte de utensilio articulado que llevamos con nosotros de la misma manera que nuestros juguetes favoritos”,²⁰ un cuerpo que es un objeto de trozos articulados por efecto del lenguaje sobre él. Esta dimensión del cuerpo en tanto objeto troceado perdurará luego en la sexualidad adulta, cuando se hace uso del cuerpo propio y del cuerpo del *partenaire* en su estatuto de objeto productor de goce sexual “como un juguete”. En la entrevista realizada por Marie-Hélène Brousse a Catherine Millet ésta dirá: “Hay un gran placer, momentáneo, en el acto sexual, al reducir a la persona, ya sea a la que amamos o con la que tenemos una relación amistosa, a un objeto o a un fragmento de cuerpo. Es parte de la mecánica del placer. (...) Para mí el cuerpo es un objeto, incluyendo mi propio cuerpo. (...) A condición de que no lo mutilen, me da igual completamente lo que hagan en mi cuerpo”.²¹

En esta operación, efecto de la palabra y de la mirada que vienen del Otro, se producen dos formas de troceamiento y objetualización que Millet identifica en su infancia, “mi cuerpo se reducía a dos puntos fijos sin comunicación entre ellos: la zona invisible y confusa a través de la cual se evacuaba todo lo que contenía de sucio, y don-

de albergaba, de una manera relativamente circunscrita, un placer tan oculto como la porquería misma, y la figura, no tanto por cierto la que veía en el espejo como aquella que había fabricado a partir de los cumplidos que había recogido por mi cuenta”.²²

Por un lado, “la zona invisible y confusa a través de la cual se evacuaba todo lo que contenía de sucio, y donde albergaba, de una manera relativamente circunscrita, un placer tan oculto como la porquería misma”,²³ producto del acotamiento del goce pulsional en los bordes que han mantenido el contacto entre el cuerpo propio y el cuerpo del Otro, zonas erógenas en contacto con el objeto que venía del Otro. En este caso es circunscrito a la pulsión y al objeto anal, pero se extiende a los demás objetos y orificios pulsionales. La separación entre objetos y orificios pulsionales exigirá desde ya una articulación constante entre ambos. Articulación que podrá ser sexualizada para pasar a convertirse en un instrumento de goce en la sexualidad adulta en la relación entre boca-objeto, ano-objeto, mirada-objeto y voz-objeto.

En el caso de Millet, tenemos un testimonio claro de cómo el efecto del Otro sobre el cuerpo de la pequeña niña tiene como consecuencia la fijación a dos objetos pulsionales que posteriormente serán vehículo de satisfacción pulsional sexualizada. Nuestra autora relata en *Une enfance de rêve* como se fijaron el objeto mirada y el objeto voz para ella. En su primera visita al mar, preparada con ilusión por su madre, en vez de la satisfacción conjunta esperada entre madre e hija ante la visión del mar, apareció la separación entre ambas nombrada como “decepción”, vehiculizada por la voz de la madre, y que dejó a la pequeña Catherine prendida de la satisfacción pulsional del objeto mirada. Escribirá refiriéndose a la visión del mar bajo la marca de la “decepción”: “Si esta visión está tan perdurablemente inscrita en mí, ¿no es porque me colmaba?”.²⁴ Esta anécdota muestra la caracterización de la pulsión que hace Lacan en *Subversión del sujeto* como “lo que adviene de la demanda cuando el

19 Millet, C., *La vida sexual...*, op. cit., pág. 216.

20 Millet, C., *Une enfance...*, op. cit., pág. 210.

21 Brousse, M.- H., “*Conversation exceptionnelle avec Catherine Millet au Wiels*”, *Quarto* nº 103, *Revue de Psychanalyse* publiée à Bruxelles, janvier 2013, pags. 69-70.

22 Millet, C., *Une enfance...*, op. cit., pág. 210.

23 *Ibid.*, pág. 210.

24 *Ibid.*, pág. 20-22.

sujeto se desvanece en ella”.²⁵ Ante la demanda de la madre, la pequeña Catherine se siente desvanecer. En este momento de encuentro de la pequeña Catherine con la falta del Otro, es la voz de la madre, en la que ella leyó decepción, el hilo de contacto que permaneció entre sujeto y Otro, mientras la pequeña se colmaba con el objeto mirada. Como marcas de estos dos elementos en la vida erótica de Millet ya adulta, la mirada queda como punto de apoyo de su sexualidad (“en el acto sexual, el intercambio a menudo se hace por la mirada, más que por las palabras a veces más bien escasas”²⁶), y será el objeto voz el vehículo de la elección amorosa de su *partenaire* (“A pesar de que carezco de oído, (...) gracias a su voz Jacques empezó a ocupar espacio en algún punto de la vasta llanura de mi deseo. (...) Sigo recordando en mí el eco que irradió hasta la punta más invadida de mi cuerpo”²⁷). Todo un ejemplo de cómo las pulsiones escópica e invocante se instalan para Millet como “eco en el cuerpo de un decir”,²⁸ para ser posteriormente vehículo de su relación sexualizada y erótica con el Otro.

Por otro lado, está “la figura, no tanto (...) la que veía en el espejo como aquella que había fabricado a partir de los cumplidos que había recogido por mi cuenta”. Figura que queda progresivamente troceada por la intermediación del Otro del lenguaje y como consecuencia directa del efecto sujeto sobre el propio cuerpo: cabeza, ojos, manos, piernas, tripa, culo, boca, etc. Cuerpo troceado y además alienado a palabras, a la mirada, a la acción del Otro que le va dando su forma y definiendo los trozos que habrán de ser articulados en la imagen del cuerpo, lo que Millet llama “figura”.

Catherine Millet titulará uno de los apartados de su libro *La vida sexual de Catherine M.*, “El cuerpo desguazado” y escribe: “Si cada cual dibujase su cuerpo al dictado de su mirada interior, iqué hermosa galería de monstruos obtendríamos!

25 Lacan, J., “Subversión del sujeto y dialéctica del deseo”, *Escritos 2*, México, Siglo XXI editores, 2003, pág. 796.

26 Brousse, M.-H., “*Conversation exceptionnelle avec Catherine Millet au Wiels*”, *op. cit.*, pág. 70.

27 Millet, C., *La vida sexual...*, *op. cit.*, pág. 74.

28 Lacan, J., *El seminario, libro 23: El sinthome*, Buenos Aires, Paidós, 2006, pág. 18.

Yo, por mi parte sería hidrocéfala y calipigia, con dos protuberancias conectadas por un inconsistente brazo de molusco (me cuesta conferir existencia a mi pecho), todo ello descansando sobre dos estacas que entorpecen mis movimientos en vez de facilitarlos”.²⁹ Cuerpo desguazado en el que el sujeto por momentos se reconoce y por momentos se desconoce como yo. En este apartado, Millet recorrerá las marcas del Otro en la infancia sobre el cuerpo y cómo estas se pondrán luego en juego en su cuerpo sexual de adulta.

“Cuando era muy pequeña me piropeaban por mis ojos grandes; llamaba la atención su color castaño oscuro. Luego crecí, mis ojos adquirieron menos importancia proporcional en mi cara y fue una gran herida narcisista comprobar, en la adolescencia, que ya no les hacían tanto caso. Entonces trasladé a la boca, que me parecía bastante bien dibujada, un posible poder de atracción. Y aprendí a abrirla mucho, al mismo tiempo que cerraba los ojos, al menos en determinadas circunstancias, mientras que en la representación fantasmática de mí misma, se desarrollaba mi trasero, rotundidad tanto más acentuada porque tengo el talle marcado”.³⁰

Catherine Millet nos hace partícipes del efecto de alienación del sujeto a la palabra del Otro que reduce su cuerpo a unos grandes ojos negros: “Teníamos una visita, y mi madre me había vestido, como en los días de fiesta, toda de blanco. Alguien exclamó, mirándome: «Parece una mosca en un tazón de leche». Y la audiencia se entusiasmó con el color de mi cabello y mis ojos, mi madre presumía, explicando que, contrariamente a la mayor parte de los bebés que nacen con los ojos azules, yo había nacido, cosa excepcional, con los ojos negros. Durante todo el tiempo de la infancia en el cual yo me confortaba con «los grandes ojos negros de Catherine que le llenan el rostro», yo no pensaba evidentemente que la cabeza iba a crecer como el resto y que un día mis ojos ya no parecerían tan grandes”.³¹

Efecto de alienación que conforta en la infancia, pero que inevitablemente fracasa al llegar

29 Millet, C., *La vida sexual...*, *op. cit.*, pág. 205-206.

30 *Ibid.*, pág. 206.

31 Millet, C., *Une enfance...*, *op. cit.*, págs. 211-212.

la pubertad, ante la confrontación con la experiencia real del propio cuerpo que empuja a un cisma entre el sujeto y el Otro, acompañado de frustración: “Mis primeras heridas narcisistas corresponden a estos ataques acusados en la imagen reflejada. La adolescencia es el tiempo de adaptación a estas desilusiones. Cuando los adultos desprecian o se burlan del físico desgarrado de los adolescentes y se quejan de su humor gruñón, harían bien en tener en cuenta lo brutal que llega a ser la frustración experimentada ante aquellos que poco antes admiraban y mimaban su cuerpo regordete”.³² Un esfuerzo de adaptación es exigido al sujeto en este momento, una elección nueva a la hora de sostener la relación imaginaria con su cuerpo que, en el caso de Catherine Millet, pasará por la elección de la boca y del trasero como representantes de su cuerpo sexual. Esta elección estará sustentada, como veremos más adelante, en los acontecimientos de goce que irrumpen cuando se da el reencuentro entre cuerpo y goce sexualizado a medida que avanza la infancia del sujeto hasta culminar con la llegada de la pubertad.

Bien distinta es la marca del Otro que queda sobre el cuerpo de Millet en relación con sus pechos. “Un día, el abuelo [de unos amigos], enfermo, tuvo que guardar cama y yo fui a su habitación a visitarle. (...) Luego, pasando la mano por debajo de la blusa, rozó los pechos que apenas despuntaban. (...) (D) ijo que cuando llegase a convertirme en una mujer sentiría mucho placer cuando me acariciasen así «las tetas». (...) Por primera vez tuve conciencia que el pezón se me erizaba. Escuché el vaticinio. De repente me había conducido al umbral de mi vida de mujer y me sentía orgullosa. (...) Por eso, aunque trastornada por un gesto para el cual yo aún no disponía de respuesta completa, volví de nuevo la mirada hacia aquel hombre postrado, y a quien apreciaba. (...) Me zafé suavemente”.³³ Curiosamente un poco antes en el texto se preguntaba sin establecer más relación que la mera contigüidad: “Que mi pecho sea más linfático, ¿se debe a que le han dispensado una menor atención?; que no se me ocurra ofrecer mi pecho espontáneamente a la vista y a las caricias”.³⁴ Más adelante continuará,

tras haber compartido con los lectores su episodio con el abuelo: “Si veo que la mirada de un hombre se detiene aunque solo sea durante medio segundo, ahí donde supongo, por deducción, que mi sujetador tira de la botonera de mi blusa o, más en general, si me dirijo a un interlocutor cuyos ojos clavados en mí siguen clarísimamente otro pensamiento que el que yo estoy exponiéndole, me refugio siempre exactamente en el mismo comportamiento recatado que cuando aquel primer examen por parte del abuelo”.³⁵ Así podemos ver como la experiencia de goce con el abuelo sustenta esa dificultad de “conferir existencia” a sus pechos.³⁶

Tanto los ojos negros admirados por la madre, como los incipientes pechos deseados por el anciano marcaron el cuerpo de la pequeña Catherine, pero con un efecto muy distinto para el cuerpo sexual de Catherine adulta. Bien es verdad también que la dinámica de la marca es muy distinta en un caso y en el otro. Mientras para la madre, los ojos de la pequeña Catherine son el objeto que la transforma en un suplemento narcisista; sus pechos son un objeto mediador para el deseo sexual del anciano. La palabra de la madre sobre sus ojos acompañó a Catherine durante un buen período de su infancia ejerciendo sobre ella un efecto de confort, aunque terminó con el efecto de frustración al ser confrontada la imagen ideal que estas palabras generaban con la imagen encontrada en el espejo a la llegada de la adolescencia. Por su parte, lo ocurrido con el anciano fue un hecho puntual que perturbó a la pequeña tanto por el efecto real que supuso en su cuerpo (erizamiento de los pezones) como por su incapacidad para entenderlo. Como consecuencia de ello, en el cuerpo sexual de Millet adulta, los ojos pudieron ser sustituidos en su función narcisizante en la sexualidad por la boca y por el culo; sin embargo, la inhibición recayó sobre los pechos que se zafaron del circuito sexual en la adultez.

II. El cuerpo parcialmente mortificado

Pasemos a la segunda consecuencia de la escisión entre sujeto y cuerpo, es decir, la mortificación del cuerpo como resultado de la división entre cuerpo y goce. Tanto en el ejemplo de los

32 *Ibid.*, págs. 211-212.

33 Millet, C., *La vida sexual...*, *op. cit.*, págs. 211- 212.

34 *Ibid.*, pág. 210.

35 *Ibid.*, págs. 212-213.

36 *Ibid.*, pág. 206.

ojos como en el ejemplo de los pechos podemos ver cómo estas partes del cuerpo quedan mortificadas por el significante que viene del Otro. El sujeto desaparece de la representación imaginaria de su cuerpo que le fue ofrecida por el Otro, de forma que podemos entenderlo como una manera de encarnarse la *afanisis* del sujeto como producto de la alienación.³⁷ Desaparición del sujeto del goce precisamente donde el Otro le ofrecía verse representado, y, como resultado de ello, efectos de deslbidinización de las partes del cuerpo tocadas por el Otro.

Como corolario, el cuerpo infantil queda más bien despoblado de afectos Millet nos hablará de cómo en ese momento: “solo permanecen como sensaciones profundas, el miedo que molesta en el vientre o la tristeza que hace que el corazón sea pesado, pero no hay nada agradable que, en el sentido físico de la palabra, sea penetrante”³⁸ en la medida en que el cuerpo propio recién conquistado será signo viviente de la separación entre el sujeto y el Otro.

Más adelante Lacan, en *Radiofonía*, también hablará de la operación del lenguaje del Otro que *corpsifica* el cuerpo, que lo cadaveriza, separando el cuerpo de la carne, la osamenta de sus instrumentos de goce, si bien será una operación que no alcanzará a toda la carne, nos advierte: “No le sucede así a toda carne. Solo de aquellas [partes] que el signo marca al negativizarlas, se elevan, desde este cuerpo del que se separan, las nubes, las aguas superiores, de su goce, cargadas de rayos que distribuyen cuerpo y carne”.³⁹

Por un lado, tenemos la separación de “cuerpo y carne”, de cuerpo y goce; por otro lado, encontramos el remanente de estas nubes, aguas superiores del goce que caerán sobre nuevas partes del cuerpo, (sobre la boca y sobre el culo como veremos en el caso de Millet) para localizar en ellas los anclajes del reenganche entre cuerpo y goce, lo que hemos venido a llamar la sexualización del cuerpo.

3. La sexualización del cuerpo

La operación de la separación, que Lacan empareja con la operación de la alienación en la producción del sujeto en su relación con el Otro, puede ayudarnos a entender cómo se podrá pasar del cisma entre cuerpo y goce que la alienación al lenguaje ha operado en el ser hablante a la posterior sexualización del cuerpo mortificado.

El corte entre cuerpo propio y cuerpo del Otro ha dejado al sujeto con un cuerpo y un goce alienados de sí mismo, afectado por una falta a la que el Otro no puede responder. Bien es verdad que será precisamente este corte el que permitirá hacer espacio para la recuperación de goce a través de la relación erótica con otros cuerpos distintos del cuerpo del Otro primordial, que permitirá la re-unión entre cuerpo y goce ya interpretado como sexual. Sin este corte entre ambos no es posible llegar a tener una sexualidad.

Lacan nos indica en *Posición del inconsciente* que el fin de la operación de la separación es que “El *vel* vuelve a aparecer como *velle* [querer]”,⁴⁰ que la elección a pérdida (*vel*) que ha exigido la alienación del sujeto pueda pasar al registro del deseo, del “querer” (*velle*). Esto es lo que nos muestra Catherine Millet, cuando nos habla de cómo en el cuerpo, juguete articulado y atravesado tan solo por la tristeza o por el miedo, se despierta un deseo por atrapar un placer que acontece en el cuerpo con la intermediación del Otro en sus distintas versiones.

Para Lacan la operación de la separación surge de la superposición de dos faltas producto de la operación de la alienación, la falta del sujeto alienado por el Otro del discurso y la falta que el sujeto encuentra en el Otro: “En los intervalos del discurso del Otro surge en la experiencia del niño, algo que se puede detectar en ellos radicalmente- *me dice eso, pero ¿qué quiere?*”.⁴¹

El sujeto responde a la falta del Otro colocándose en el lugar del objeto que podría llenar la falta que se atisba en él.

37 Lacan, J., *El Seminario, libro 11: Los cuatro conceptos...*, op. cit., pág. 226.

38 Millet, C., *La vida sexual...*, op. cit., pág. 210.

39 Lacan, J., “Radiofonía”, *Otros escritos*, op. cit., pág. 432.

40 Lacan, J., “Posición del inconsciente”, *Escritos 2*, México, Siglo XXI editores, 2003, pág. 822.

41 Lacan, J., *El Seminario, libro 11: Los cuatro conceptos...*, op. cit., pág. 222.

Por otro lado, en las partes no tocada por el significativo del Otro, permanece esa carne viva no separada del cuerpo con la que el niño se reencontra en forma de acontecimiento de cuerpo innegable, sustrato de la futura sexualidad. Es un acontecimiento del cuerpo, goce protomasturbatorio, germen de la masturbación futura, con el que niño intenta ir haciéndose, convirtiéndose en agente activo hasta modelarlo de tal forma que puede llegar a procurárselo a sí mismo. En este sentido, Catherine Millet nos hablará de su descubrimiento de una actividad que consistía “en masajear la una contra la otra las dos pequeñas protuberancias de carne blanda entre las piernas, lo que provocaba una excitación acompañada de un placer único”.⁴²

De forma significativa, Millet describirá la parte del cuerpo que se pone en juego en esta actividad como “esta parte del cuerpo que existe solo por la sensación y que no la vemos”,⁴³ una parte del cuerpo en la que queda el reducto de goce vivo intocado por la vista y por el sujeto, elementos fundamentales del segundo momento del “tener” un cuerpo.

Al avanzar la dinámica en la que el sujeto intenta ir haciéndose con este goce podrá ocasionalmente introducir a un Otro en el recorrido, en este caso a su hermano. Catherine Millet asociará explícitamente con la marca de esta “prolongación del juego”⁴⁴ la importancia que su culo adquirió para ella en su cuerpo sexual adulto: “Este placer de exponer mi pompis no data de ayer. A los seis o siete años, lo destapaba para mi hermano en un juego que copiaba en parte el procedimiento para masturbarme. A saber: levantada la falda, arrugaba las bragas dentro de la raja hasta la entrepierna, y empujaba las nalgas todo lo posible hacia el exterior del banco donde estaba sentada. Aguardaba así a que el chiquillo se pusiera a mi espalda. La diversión residía en que fingíamos que yo me había puesto al descubierto por descuido y que él me rozaba el culo por inadvertencia”.⁴⁵

La falta del sujeto va buscando en el Otro algo con lo que articular el acontecimiento de goce en su cuerpo.

Un paso más es necesario. El ser hablante necesita encontrar representaciones que le orienten en cómo hacer en la sexualidad: “lo que debe hacer como hombre o como mujer, el ser humano lo tiene que aprender por entero del Otro. (...) Que la pulsión, la pulsión parcial, sea lo que allí lo orienta, que solo la pulsión parcial represente en el psiquismo las consecuencias de la sexualidad, indica que la sexualidad está representada en el psiquismo por una relación del sujeto que se deduce de algo que no es la propia sexualidad. La sexualidad se instaura en el campo del sujeto por la vía de la falta”.⁴⁶

Efectivamente, para la pequeña Catherine es necesaria la orientación de la escena de un beso en la pantalla de cine para avanzar en la constitución de su cuerpo sexual: “Gracias a Gregory Peck una contracción voluptuosa en el vientre, que se convirtió de inmediato en un ablandamiento (*amollissement*) de todo el cuerpo, me pilló por sorpresa, un arrebato (*ravisement*) mucho mayor que el que yo me provocaba a mí misma, debido en menor medida a la persona del actor, que al beso que intercambiaba con su pareja en *Los cañones de Navarone*”.⁴⁷ Se produce un acontecimiento en el cuerpo de la pequeña Catherine, una nueva versión del cuerpo, que hemos venido a llamar “el cuerpo sexual”, un cuerpo afectado por ese juego entre las faltas del sujeto y del Otro, en el que el cuerpo queda marcado por la pulsión viva del goce oral y del sostén imaginario del cuerpo sexual de Millet en la boca: “el beso en la pantalla del cine me reveló una onda nítida que me atravesó por entero, tan eficaz como un escáner que me hubiera ofrecido una imagen sintética de mi cuerpo”.⁴⁸

La posibilidad de ligar el goce masturbatorio con esta escena ofrece un camino para aventurarse en la sexualidad con los cuerpos del otro sexo: “la revelación en el cine de Colliure me había dado acceso a una nueva fuente deliciosa de placer y

42 Millet, C., *Une enfance...*, op. cit., págs. 160-161.

43 *Ibid.*, pág. 163.

44 *Ibid.*, pág. 165.

45 Millet, C., *La vida sexual...*, op. cit., págs. 208-209.

46 Lacan, J., *El Seminario, libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales...*, op. cit., págs. 212-213.

47 Millet, C., *Une enfance...*, op. cit., pág. 207.

48 *Ibid.*, pág. 210.

me acostumbré, cuando iba al cine, a aguardar las escenas de besos que no dejaban de producirme el mismo efecto. Este efecto perdurará durante mucho tiempo, mucho más allá de los primeros coqueteos con los chicos a los que besé en la boca”.⁴⁹

Se trata de un cuerpo sexual en el que la sexualización entra en juego, ya que no es un intercambio cualquiera, sino un intercambio entre dos cuerpos de distinto signo sexual: un cuerpo masculino y un cuerpo femenino.

4. La sexuación femenina del cuerpo

Este cuerpo constituido como algo que se tiene y que ha sido sexualizado no es un cuerpo neutro, sino que se ve empujado a tomar una posición polarizada que hasta tiempos muy recientes ha sido básicamente binaria: masculina o femenina. Esta localización en el polo que elegirá el ser hablante en cuestión es lo que denominamos sexualización. La pregunta por el misterio de la procreación y el enigma de la relación sexual lleva a la necesidad lógica de diferenciar al menos dos lugares. Si bien es verdad que conforme los medios técnicos de procreación van dejando atrás la necesidad de que haya dos cuerpos sexuados y conforme también los modos de goce sexual se van multiplicando más allá del coito, esta necesidad de la diferencia sexual limitada a dos lugares se diluye y cobra toda su importancia la pregunta que Lacan se hace en el seminario 16: “¿Por qué no habría tres o más?”.⁵⁰ De hecho, como nos dirá Lacan en el seminario 19, la existencia de dos sexos, de dos valores sexuales, es ante todo un hecho de lenguaje.⁵¹ Así todo sostendremos que puede seguir afirmándose que al menos hay dos formas de sexualización que darán curso a dos modalidades de la sexualidad. Convendremos en seguir llamando a estos dos regímenes masculino y femenino, si bien podríamos denominarlos también todo fálico y no todo fálico, y quizás podríamos ir más allá y denominarlos también “objetual” y no todo “objetual”, o todo bajo el orden simbólico y no todo bajo el orden simbólico.

Sobre la escena del beso en la pantalla, en la que primeramente se le presenta a Catherine Millet la polarización sexualizada en relación al goce sexualizado, se sobrepone otra escena que tuvo lugar al inicio de su adolescencia, cuando tenía trece o catorce años. Esta escena se repite en sus relatos y es calificada por ella misma de “tardía «escena primitiva»”.⁵² En su primer libro, *La vida sexual de Catherine M.*, es descrita someramente: “Al salir al pasillo, vi en el umbral de la puerta a mi madre y al amigo al que recibía en casa cuando no estaba mi padre. Se dieron un besito nimio, pero ella tenía los párpados bajados y los riñones arqueados”.⁵³ Lo que destaca en esta descripción es el goce de la madre en esa imagen de “párpados bajados y riñones arqueados”, que bien podría recordarnos la representación del éxtasis de Santa Teresa de Bernini. Tres breves apuntes acompañan el relato de la escena en este libro. Por un lado, el rechazo ante la visión del goce sexual en la madre: “Me lo tomé a mal”.⁵⁴ En un segundo lugar, el cortocircuito del desencuentro y el desentendimiento entre madre e hija a causa de la escena: “Ella se tomó a mal que me lo tomase así”.⁵⁵ Por último, la apertura a la sexualidad adulta de Millet: “Tres o cuatro años más tarde, vi a Claude por primera vez en el quicio de la misma puerta”.⁵⁶

En *Jour de souffrance*, abunda en su interpretación de esta escena: “A la edad en que la sexualidad se vuelve una preocupación más explícita, un día sorprendí a Papy y a mi madre besándose a hurtadillas en la puerta del piso. Yo llegaba por el pasillo que conducía a las habitaciones, les vi juntos en el otro extremo de la entrada, en el marco de la puerta. Mi madre estaba de espaldas, pero si cierro los ojos para recordar la escena es su rostro el que veo, con aquella blandura [*amollissement*] incierta de las facciones y la mirada que da la práctica tranquila, confiada, de las maneras amorosas. Me disgustó pero ya no sabría decir con exactitud por qué: dudo que pensara en la traición a mi padre que aquel beso podía representar, porque ya estaba admitido que cada uno tenía «su vida aparte», tal como oía decir,

49 *Ibid.*, pág. 209.

50 Lacan, J., *El Seminario, libro 16: De un Otro al otro*, Buenos Aires, Paidós, 2008, pág. 203.

51 Lacan, J., *El Seminario, 19: ...o peor*, Buenos Aires, Paidós, 2012, pág. 38.

52 Millet, C., *La vida sexual...*, op. cit., pág. 145.

53 *Ibid.*, págs. 145-146.

54 *Ibid.*, pág. 146.

55 *Ibid.*, pág. 146.

56 *Ibid.*, pág. 146.

y no ignoraba que mi padre, a su vez, tenía una incluso más amantes; me inclinaría más bien por un pavor más general ante la revelación sexual que surge en la época de la pubertad, reflejo de un pudor extremo, de protección, antes de que la adolescencia caiga bajo el dominio de esta cosa revelada, y que se siente muy especialmente al ver a los padres, cuando se descubre que ellos también, a pesar de su sensatez y autoridad supuestas, están sometido a ese influjo”.⁵⁷

En este relato, Catherine Millet es captada por la imagen del goce de su madre, por el trauma de la “revelación” de la sexualidad de la madre, que apunta directamente al goce reconocido en ella misma ante la escena paralela del beso en la pantalla de cine, escena que enlazó la interpretación sexual y sexuada con el reconocimiento del goce del cuerpo vivo en su infancia tardía. El eco turbador de la escena del beso de su madre con su amante hace explícita su posición sexuada del lado femenino a partir de la pregunta: ¿qué es eso que nos arrebató a partir de un “nimio” gesto del Otro (el beso)? El significante *amollisement* hace de puente entre ambos goces.

Como un detalle no menos significativo aparece la limitación de la interpretación por vía de la traición del padre para poder entender lo que de la escena del beso de la madre epató a la joven Catherine. Como veremos más adelante, es interesante el uso del verbo “dudar” en relación a la posible explicación vía la traición al padre. Este “dudar” indica la duplicidad característica de la posición femenina en relación su posición ante el goce, que, por un lado, hace uso de los instrumentos que el orden fálico le ofrece, pero que, por otro lado, se desarrolla por fuera de estos.

Si bien por sexuación en sentido estricto entendemos estas dos posiciones lógicas diferentes frente al goce, en sentido más amplio, se ponen en juego tres aspectos distintos que hacen que un ser hablante acabe accediendo a ser reconocido bajo el significante hombre o bajo el significante mujer, o bajo los calificativos masculino o femenino:

- a) Los efectos del encuentro con las primeras experiencias de goce sexualizado en el cuerpo en relación con el Otro.

- b) el modo lógico bajo el que se intenta entender y encontrar un saber hacer con ese goce en el cuerpo.

- c) El uso de identificaciones y semblantes para alcanzar una identidad sexual con que inscribirse en la sexualidad.

4.1. Posición femenina ante las primeras experiencias de goce sexualizado

En el encuentro con la sexualidad hay al menos dos modos distintos en los que se presenta para el sujeto la vinculación del goce protomasturbatorio con el Otro, con efectos en el cuerpo, que mediatizan dos posiciones distintas (masculina y femenina). En un lado, lo que predomina en el encuentro con la sexualidad es el peso que tiene para la activación del goce protomasturbatorio el encuentro con un objeto localizado en el cuerpo del Otro. En el otro lado, lo que predomina es la localización de los efectos en el cuerpo que se producen cuando el sujeto constata por la acción del Otro ser objeto causa de su deseo sexual, objeto deseado para ser mediador en su prosecución del goce sexual. En el lado masculino, es más habitual que predomine la primera opción, en la medida en que se impone la pregnancia de la erección asociada al encuentro con la escena sexual. Mientras que en el lado femenino, es más probable que predomine el segundo polo, en la medida que la respuesta del propio cuerpo ante las escenas exteriores es más difusa y lo que resulta más impactante es el descubrimiento de la acción de Otro en búsqueda de su satisfacción sexual causado por algo que hay en ella.

Vemos bien ejemplificados los dos tipos de encuentros en los casos de Freud: los varones como Juanito, el hombre de los lobos o el hombre de las ratas impactados por el efecto en su cuerpo de determinada imagen; las mujeres como Dora, Emma y otras tantas, relatando sus encuentros con un “seductor”. Tanto en una como en otra posición tiene lugar una conmoción traumática, por una parte, porque los recursos del sujeto se quedan cortos, y, por otra, por la sorpresa que supone la puesta en contacto de un goce autista con un otro que tiene la capacidad de suscitarlo. Estos acontecimientos se constituirán en germen de la construcción de la sexualidad adulta.

⁵⁷ Millet, C., *Celos...*, op. cit., pág. 198.

En el caso de Catherine Millet, retomamos la escena de las caricias del abuelo de su amiga, “recuerdo de una de las primerísimas emociones eróticas que viví como tal”,⁵⁸ dirá. En ella se une el efecto de erizamiento de los pezones y la perturbación del gesto del anciano para el cual “aún no disponía de respuesta completa”⁵⁹ con la constatación de ser un objeto de deseo para el anciano. En esta escena, la pequeña Catherine consiente a los efectos de goce en su cuerpo que conllevó el verse tomada como objeto de deseo, mediador del goce del Otro, llegando a formar parte del entramado de la construcción de su sexualidad en posición femenina: “De repente me habían conducido al umbral de mi vida de mujer y me sentía orgullosa”.⁶⁰ Como marca quedarán las imágenes de “tocamientos” que le hacen distintos hombres en distintas situaciones que se irán articulando al recién descubierto goce protomasturbatorio del cuerpo sexualizado (“En la penumbra, ellos tocan una sombra proyectada de mí, ellos me agarran”⁶¹) y que finalmente constituirá el nudo de su fantasma masturbatorio.

En esta doble modalidad encontramos la clásica distinción señalada por Lacan en *Ideas directivas para un congreso sobre sexualidad femenina*: “la posición del sexo difiere en cuanto al objeto, (...) con toda la distancia que separa la forma fetichista de la forma erotomaniaca”.⁶² En la posición fetichista es la búsqueda del objeto la que comandará el deseo sexual, en el caso de la posición erotomaniaca será la búsqueda del deseo sexual del Otro.

Observamos entonces que, en la posición femenina, la atención a los signos del deseo del Otro es mucho mayor que la que se dirige a los signos del propio cuerpo, quedando estos supeditados a la relación con el Otro. Por otro lado, encontramos que la capacidad de concentración de goce que tiene el órgano activado por la escena sexual tan propio de la posición masculina, en la posición femenina, aunque existente no tiene

tanta pujanza. Nuestra autora da testimonio de la importancia de la relación con el Otro cuando afirma: “Durante mucho tiempo, por amabilidad, afán de gustar, curiosidad, otras razones que no tenían que ver solamente con la búsqueda del placer, respondía muchas veces al deseo de mis amantes y satisfacía el mío a la buena ventura”.⁶³

Estas peculiaridades abrirán al *parlêtre* en posición femenina a otro tipo de experiencias de la sexualidad que apuntan a distintas escansiones del denominado goce femenino. Sin embargo, no es que para la posición femenina no esté en juego el objeto como causa de deseo y mediador de goce, sino que para que el objeto se convierta en objeto de goce tiene que intermediar el deseo del Otro.

La sexualidad femenina se jugará pues en dos campos: estará parcialmente vehiculizada por la relación con el objeto vía el Otro, incluyéndose aquí la relación con el falo en sus distintas vertientes; pero, por otra parte, estará orientada por la relación que se abre con el Otro en tanto que sostenedor de un deseo no obturado plenamente ni por el objeto ni por el significante fálico. Esta duplicidad queda bien ilustrada en la escena doble del beso donde se pone en juego el goce sexual ligado tanto al objeto oral como a la presencia del deseo del Otro.

4.2. Modalidad lógica femenina de hacer con el goce

En la reinterpretación que hace Lacan del mito edípico freudiano, el primer momento del interrogante sobre el goce se inaugura con la pregunta por el Deseo de la Madre. La metáfora paterna será la operación mediante la cual este enigmático Deseo de la Madre será metaforizado por medio de la intervención del Nombre del Padre dando lugar al significante fálico (Φ) que orienta respecto al Deseo de la Madre en tanto que “significante destinado a designar en su conjunto los efectos del significado”.⁶⁴

En el momento de articulación de la metáfora paterna, para Lacan solo existe la posibilidad de su afirmación (*Bejahung*) o de su rechazo o forclusión (*verwerfung*) lo cual separa las aguas entre

58 Millet, C., *La vida sexual...*, op. cit., pág. 211.

59 *Ibid.*, pág. 211.

60 *Ibid.*, pág. 211.

61 Millet, C., *Une enfance...*, op. cit., pág. 161.

62 Lacan, J., “Ideas directivas para un congreso de sexualidad femenina”, *Escritos 2*, México, Siglo XXI editores, pág. 711.

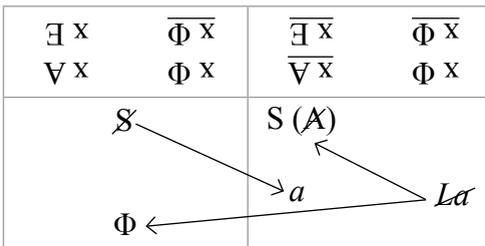
63 Millet, C., *Celos...*, op. cit., pág. 47.

64 Lacan, J., “La significación del falo”, *Escritos 2*, México, Siglo XXI editores, 2003, pág. 669-670.

neurosis y psicosis.⁶⁵ Pero a partir del seminario 18, y en especial en el seminario 19, precisamente planteándose el modo en el que poder simbolizar el goce y la diferencia entre hombres y mujeres, Lacan introduce la función del no-todo en relación al significante fálico. Haciendo uso de los cuantificadores lógicos propone que “a partir de este *no todo x* se plantea la mujer”⁶⁶ y que “*no de toda mujer puede decirse que ella sea función del falo*”.⁶⁷

Por otro lado, al pasar Lacan progresivamente de la pregunta por el deseo a la pregunta por el goce, el significante fálico Φ_x , pasa de ser el significante del deseo⁶⁸ a ser “el punto pivote, el centro de todo lo que puede ordenarse y dominarse del goce sexual”,⁶⁹ especificando aún más en el seminario 19: “Lo que expreso mediante esta notación Φ_x es lo que produce la relación del significante con el goce”.⁷⁰

Por último, en el seminario 20 Lacan decantará, en las fórmulas de la sexuación, dos posiciones lógicas a la hora de entender y hacer con el goce⁷¹ una vez que se ha entrado en la *Bejahung* del significante fálico:



65 Lacan, J., “De una cuestión preliminar a todo tratamiento de la psicosis”, *Escritos 2*, México, Siglo XXI editores, 2003, pág. 539.

66 Lacan, J., *El Seminario, libro 18: De un discurso que no fuera del semblante*, Buenos Aires, Paidós, 2008, pág. 136.

67 *Ibid.*, pág. 145.

68 Lacan, J., “La significación del falo”, *Escritos 2*, op. cit., pág. 672: “El falo es el significante privilegiado de esa marca en que la parte del logos se une al advenimiento de un deseo”.

69 Lacan, J., *El seminario, libro 18: De un discurso que no sea del semblante*, op. cit., pág. 157.

70 Lacan, J., *El seminario, libro 19:... o peor*, Buenos Aires, Paidós, 2012, pág. 31.

71 Lacan, J., *El seminario, libro 20: Aún*, Buenos Aires, Paidós, 2008, pág. 95.

La primera de ellas que llamamos masculina entiende que todo lo que allí sucede va a poder “ordenarse y dominarse” por la función Φ_x . Ante la constatación de esto no es así (“si se afirma la existencia [frente a la esencia], el *no-todo* se produce”⁷²), la solución masculina es creer que hay una excepción para la que la función fálica sí lo cubre todo y, por tanto, el sujeto puede vivir aspirando a identificarse a esa excepción. Mientras tanto en la respuesta femenina se trata de vivir dividida entre la constatación de que la función fálica, por un lado, sí permite cierto grado de ordenamiento y de dominio del goce; pero que, por otro lado, no le queda otra alternativa que ser tocada por esa parte del goce que no es conquistada por la función fálica: “En cierto nivel, (...) no existe otra cosa que Φ de x tachado, ese *hétéros* en calidad de ausente”,⁷³ dirá Lacan. E inmediatamente continuará: “Este no es en absoluto el privilegio obligado del sexo femenino, sino la mera indicación de lo que escribo en mi grafo (...) como el Significante de la A tachada”.⁷⁴ De ahí que afirmemos que las lógicas de la posición masculina y femenina ante el goce no van determinadas por el sexo anatómico del *parlêtre*. Del lado masculino tenemos una relación necesaria con la función fálica y de lado femenino una relación contingente.⁷⁵

La limitación de lo simbólico para “ordenar y dominar” el goce propio y el goce del Otro desde la posición masculina quedará coagulada, como indica el esquema de las fórmulas de la sexuación, en el fantasma, un sujeto dividido ($\$$) en relación con su objeto (a) con la orientación del significante fálico Φ . Mientras que para la posición femenina se dará una condensación de goce alrededor del objeto (a) y en relación con el significante fálico (Φ), pero se dará también la duplicidad de toda una parte del goce que girará en torno a la inexistencia de La mujer, La y al $S(A)$. Del lado del La y del $S(A)$ se da una suerte de exclusión “de la naturaleza de las cosas que es la de las palabras”,⁷⁶ que tendrá como consecuencia “un goce adicional, suplementario respecto a lo que designa como goce la

72 Lacan, J., *El seminario, libro 19:... o peor*, op. cit., pág. 21.

73 *Ibid.*, pág. 102.

74 *Ibid.*, pág. 102.

75 *Ibid.*, pág. 102.

76 Lacan, J., *El seminario, libro 20: Aún*, op. cit., pág. 89.

función fálica”.⁷⁷ La sexualidad femenina se halla entonces en la tensión entre “el goce envuelto en su propia contigüidad”⁷⁸ y “el patrón fálico que sostiene el fantasma”,⁷⁹ tomando las expresiones de Lacan en *ideas directivas para un Congreso sobre sexualidad femenina*.

En la manera en la que Millet se enfrenta a la escena del beso de la madre con su amante, podemos ver la marca de su posición femenina ante el goce. Lejos de constituirse esta escena como una escena fantasmática a la que recurrir como fetiche, queda abierta la pregunta por el goce femenino. Por otro lado, la interpretación del impacto que tal escena causó en ella como mera traición al padre resulta insuficiente. El significante fálico no es suficiente para dar cuenta del goce vislumbrado en la madre. La “duda” de Millet sobre la explicación dentro del orden fálico (impacto causado por la traición al padre) muestra, como una parte de ella sí se coloca dentro del orden fálico a la hora de interpretar la escena, pero otra parte deja abierta la pregunta sobre el goce y su relación con el ser mujer y con el Otro ante el encuentro con formas del goce sexual que no pueden ser ordenadas ni por el objeto ni por el significante fálico.

4.3. Hacia una identidad sexual femenina: identificaciones y semblantes

Las dos hebras anteriores están al servicio de la función de nudo que, tal como Lacan plantea en *La significación del falo*, permite “la instalación en el sujeto de una posición inconsciente sin la cual no podrían identificarse con el tipo ideal de su sexo, ni siquiera responder sin graves vicisitudes a las necesidades de su *partenaire* en la relación sexual”.⁸⁰ El uso de identificaciones y de semblantes de uno u otro lado de la sexuación es necesario para hacerse con una identidad sexual con la que jugar el juego de la sexualidad con un *partenaire*. Es algo propio del ser hablante subrayar las diferencias entre las al menos dos posiciones

sexuadas. Si pensamos en el mundo animal, no es fácil diferenciar los dos sexos en la mayoría de las especies. En el mundo humano, sin embargo, no es posible no adoptar un semblante que no diga algo acerca de la posición sexuada de uno mismo. Es más, estos semblantes de algún modo también nos constituyen, como nos dice Lacan: “imágenes y símbolos en la mujer no podrían aislarse de las imágenes y de los símbolos de la mujer”.⁸¹

Se trata de consentir a hacerse representar por el significante “hombre” o por el significante “mujer” y aceptar asumir semblantes con cierto grado de homologación social en lo que al género se refiere. Este consentimiento siempre pone en juego la singularidad del *parlêtre*, ya que las peculiaridades de las identificaciones y de los semblantes sexuados están hechas de lo que más singularmente nos ha marcado. Nos dice Clotilde Leguil: “Un cuerpo de mujer es así hecho de los restos que lo han marcado, de esas frases, de esas emociones, de esos traumas que han hecho eco del significante «mujer» en el cuerpo. Entrar en la fábrica del cuerpo femenino (...) es tratar de hablar de esos rastros que no se dejan descifrar, sino que, por el contrario son depositados sobre el cuerpo y son el estilo del ser, el “género” de una mujer”.⁸²

Las diferencias de género en sí mismas no implican nada, es necesario que sean interpretadas por cada cual para realizar un anudamiento entre “posición inconsciente sexuada” y “cuerpo biológicamente sexuado”. No se asegura de antemano que el anudamiento no se produzca en falso, por ejemplo, es clásico en la estructura histérica el uso del semblante femenino sobre una posición inconsciente masculina.

Dado que la posición masculina en tanto que posición lógica para tratar de “ordenar y dominar” el goce es la que ofrece la cultura, es fácil que para los *parlêtres* en posición femenina se dé primero la intentona en falso de acceder a su posición sexuada femenina sólo a través del semblante, dándose una doblez difícil de manejar. La propia

77 *Ibid.*, pág. 89.

78 Lacan, J., “Ideas directivas...”, *Escritos 2, op. cit.*, pág. 714.

79 *Ibid.*, pág. 712.

80 Lacan, J., “La significación del falo”, *Escritos 2, op. cit.*, pág. 665.

81 Lacan, J., “Ideas directivas...”, *Escritos 2, op. cit.*, pág. 707.

82 Leguil, C., “*La fabrique du corps féminin, de Lacan a Catherine Millet*”, *La cause du désir*, n° 89, *Revue de l'École de la Cause freudienne*, mars 2015, Navarin éditeur, Paris, pág. 43.

Catherine Millet nos muestra numerosos ejemplos de su infancia y de su pubertad en los que se daba para ella esta doble identificación: “Yo podía usar maneras viriles o jugar a la mujercita, lo que estaba en juego era más bien la influencia que podía ejercer sobre mis camaradas. Tenía un género versátil. Basculaba por oportunismo, en función del carácter de aquel con el que tuviera un asunto”.⁸³ También comparte con nosotros cómo, en sus lecturas, lo mismo se identificaba con el joven que relataba sus aventuras amorosas que se proyectaba en la imagen del objeto de amor, una joven de largos cabellos negros, viéndose entonces “ávida de encontrar representaciones idealizadas de mujeres jóvenes que no fueran rubias”.⁸⁴ Y lo mismo se identificaba con Chateaubriand “como un gentil hombre de provincias, llevando una vida austera en sus tierras, dedicando todos sus días a leer y a escribir”⁸⁵ como se encontraba en la imagen de las actrices italianas más deseadas como Sofía Loren, Gina Lollobrigida o Claudia Cardinale.⁸⁶ También encontramos esta doble identificación en su disponibilidad sexual, cuando presume de que uno de sus amigos de aventuras sexuales dice de ella: «Eras como “un compañero-chica”».⁸⁷

El empuje a identificarse con semblantes homologados socialmente como femeninos es tanto mayor cuanto más falla la posición inconsciente masculina en dar cuenta de lo que le ocurre al *parlêtre* en posición femenina.

Por debajo de esta ostentación de “versatilidad de género” encontramos la dificultad para orientarse con una identificación propiamente femenina, en tanto que se topa con la dificultad de la relación madre-hija, cuando la una para la otra son un espejo de lo rechazado de la propia feminidad: “Yo no quería parecerme a ella desde el momento en que comencé a emanciparme de la mirada que sostenía sobre mí y que escapé a los suplicios que involuntariamente me infligía”.⁸⁸ Los suplicios a los que se refiere eran en relación al cuidado del

pelo, al tipo de ropa interior o a los vestidos que le imponía la madre, es decir, en relación con los artificios útiles para sostener el semblante femenino.

Catherine Millet nos muestra el largo trayecto que hay entre el cuerpo infantil sexuado según los deseos de la madre y un semblante sexuado propio. Nos muestra también como es necesaria la separación de los semblantes femeninos ofrecidos por el Otro materno para conseguirlo: “Fue hacia los dieciséis años que conseguí mi independencia capilar”;⁸⁹ “He olvidado a partir de qué fecha y por qué razón había dejado de llevar ropa interior (siendo así que mi madre me obligaba a llevar, desde los trece o catorce años, sujetador con aros y braga-faja, so pretexto de que una mujer «debe guardar la compostura»)”;⁹⁰ “Tuve que esperar a mis quince años para conseguir una falda trapecio, llamada falda twist, verde y una camisa con volantes de muselina de nylon rosa”⁹¹ para ser capaz de sostener “mis propias exigencias de vestimenta” y “mi ideal, a veces paradójico, de belleza”⁹² frente a los de su madre.

5. Consentir a la posición sexuada femenina

Consentir verdaderamente a la posición sexuada femenina, de modo que no sea una simple operación de imagen, no es fácil, como muchas experiencias de análisis dan cuenta de ello. No lo fue tampoco para nuestra autora. Estando ya en el análisis que inició a raíz de una crisis de “celos” con su marido, Catherine Millet retoma, a partir de un sueño, el recuerdo de su madre arrebatada por el beso de su amante en el quicio de la puerta como pregunta por el goce femenino. El relato de este sueño y de las consecuentes reflexiones se da significativamente después de un párrafo en el que la autora se refiere a la envidia que sentía hacia su marido “por gozar sin reservas su paraíso sexual”⁹³, al atribuirle “unos conocimientos de la felicidad sexual que yo había sido incapaz de obtener”.⁹⁴ Por su lado, ella se veía habitada por la sensación de que: “en comparación con él, yo me había engañado”, y veía como caía su

83 Millet, C., *Une enfance...*, op. cit., pág. 185.

84 *Ibid.*, pág. 180.

85 *Ibid.*, pág. 181.

86 *Ibid.*, pág. 182.

87 Millet, C., *La vida sexual...*, op. cit., pág. 50.

88 Millet, C., *Une enfance...*, op. cit., pág. 223.

89 *Ibid.*, pág. 223.

90 Millet, C., *La vida sexual...*, op. cit., pág. 13.

91 Millet, C., *Une enfance...*, op. cit., pág. 225.

92 *Ibid.*, pág. 225.

93 Millet, C., *Celos...*, op. cit., pág. 196.

94 *Ibid.*, pág. 196.

ideal de que “la sexualidad era el territorio donde yo sobresalía (...), un feudo donde podía no conocer trabas”.⁹⁵ Nos plantea así el clásico callejón sin salida que la posición femenina encuentra al intentar leer en clave fálica su propia experiencia: una envidia que va más allá de la banalidad de situarla en el tener o en el no tener; una envidia de la que Freud afirma al final de *Análisis terminable e interminable* que de ella “provienen estallidos de depresión grave”,⁹⁶ mostrándonos toda su potencia y su posible relación con el estrago, verdadera “roca del análisis” como sabemos que para él fue. Se trata de una envidia que es más bien desesperación de no poder hacer pasar una parte esencial de la propia existencia por el tamiz de lo objetual-fálico, mientras se piensa que no es imposible hacerlo, que existe el Otro de la excepción, característico de la posición masculina, para el que sería posible.

Sin embargo, como demuestra el trabajo de análisis de Catherine Millet, bajo la orientación lacaniana es posible encontrar otra vía.

En el sueño aparecen un “pasillo” y una “puerta”, como en la escena del beso de su madre, que resultan ser ahora los del despacho del analista, donde este está dentro con una mujer: “Tengo una duda sobre la identidad de esta mujer: ya no sé si era una desconocida o una proyección de mí misma o un *morphing* entre las dos, como ocurre continuamente en los sueños”.⁹⁷ Con una negación clásica continúa: “La escena no era sexual”.⁹⁸ Con este sueño aparece la pregunta abierta de Catherine Millet acerca de la sexuali-

dad femenina. La respuesta del analista es sugerirle la lectura de *El arrebató de Lol V. Stein*. Esta lectura, sin que la propia Millet pueda dar cuenta de las razones por las que así sucedió, provoca la disolución de su crisis y de su malestar a raíz del estrago de celos por su marido; genera en ella la decisión de escribir *La vida sexual de Catherine M.*, y precipita su salida del análisis: “La escena de mi madre besando a su amante en la entrada del piso familiar había merecido el comentario siguiente por parte del doctor M.: «Lo que la ha salvado a usted es haber visto a su madre en los brazos de otro hombre». (...) Yo, una vez más, no supe qué hacer con ella [esta frase] (...). Pero quizás bastaba con saber que estaba «salvada», sin saber exactamente de qué, ni por qué era esta visión la que había efectuado el salvamento”.⁹⁹

Podemos entender que hasta ese momento Catherine Millet, como tantas mujeres, había intentado leer en clave fálica su sexualidad hasta llegar a un punto de literal devastación subjetiva como consecuencia de ello. Entendemos la afirmación del analista sobre la “salvación” de nuestra autora, como una puntuación sobre cómo el goce de la madre (lindando con la locura tal como nos relata en distintos episodios de *Une enfance de rêve*, y subrayado por el hecho de que falleció al tirarse por una ventana) quedó anudado para ella a un significante fálico: el deseo de un hombre haciendo a la madre-mujer mediadora de su goce y convirtiéndose él mismo en mediador del goce femenino en desmesura.

El psicoanálisis, por tanto, permitió a nuestra autora iniciar una escritura nueva sobre su experiencia de un cuerpo sexual y sexuado desde la posición femenina, abriendo la dimensión del no todo fálico que nos transmite en sus tres libros testimoniales.

⁹⁵ *Ibid.*, pág. 196.

⁹⁶ Freud, S., “Análisis terminable e interminable”, *Obras Completas*, volumen XXIII, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1991, pág. 253.

⁹⁷ Millet, C., *Celos...*, *op. cit.*, pág. 197.

⁹⁸ *Ibid.*, pág. 197.

⁹⁹ *Ibid.*, pág. 220.

Contacto

Esperanza Molleda Fernández ✉ molledafme@gmail.com ☎ 677 802 889
c/ Noviciado 10 esc. ext. 2^o C • 28015 Madrid

- Recibido: 15/5/2021.
- Aceptado: 19/12/2022.

Figuras del amor en psicoanálisis.

Love figures in psychoanalysis.

Elina Wechsler.

Psicoanalista didacta de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Madrid.

El amenazado. Jorge Luis Borges (Fragmento).

Es el amor. Tendré que ocultarme o que huir.
Es, ya lo sé, el amor: la ansiedad y el alivio de oír tu voz,
la espera y la memoria, el horror de vivir en lo sucesivo.
Es el amor con sus mitologías, con sus pequeñas magias inútiles.
El nombre de una mujer me delata.
Me duele una mujer en todo el cuerpo.

El amor rompe con las cosas comunes, con la vaga erudición, con el sabor del sueño y destina al resto del mundo a la insignificancia. No hay amor natural. Lo hay porque se habla, porque hablar es demandar.

El acontecimiento del amor, parafraseando a Badiou, jamás dejará de buscarse y, en el mejor de los casos, producirse.

El goce autista es reverberante, culmina sobre el propio cuerpo, se cierra sobre sí mismo. La búsqueda amorosa se refiere, muy por el contrario, al anhelo del encuentro de la plenitud con el otro, aunque el resto de lo no realizable se imponga.

Realización siempre por advenir y, una vez rozada, indefectiblemente perdida.

¿Qué es entonces el sentimiento amoroso sino la modalidad más abisal de la ausencia aún en la presencia? Rompiendo la serie de posibles objetos de deseo, viene a instalarse el objeto amoroso como único. Y en único, grandioso, se convierte también el propio Yo. Signo inequívoco, maravilla del encuentro que Freud abordará

en términos de imaginario reencuentro con los objetos edípicos en el apartado *El hallazgo de objeto* de sus *Tres ensayos* (1905).

Una mujer entre todas las mujeres. Un hombre entre todos los hombres.

Como contrafigura de las historias no proporcionales que nos cuentan esos hombres y mujeres que, de ello, ¿podría ser de otra cosa? veladamente o no, siguen viniendo a delatar a nuestros divanes como malestar de amor. Pues de ello, como genialmente intuyó y más tarde conceptualizó Freud a través de toda su obra, se trata. De por qué amo a una y deseo a otra, de por qué cuando él -al fin- dice amarme, ya no lo quiero, de por qué, aunque tanto amo, no puedo gozarlo-la. Y así de seguido. De ese enigma se trata.

El sujeto se encuentra barrado, insabido de sí, alienado, incompleto. Y en correspondencia, el otro como objeto pleno no será ya nunca reencuentrado. Freud ya nos advierte en *Sobre la más generalizada degradación en la vida amorosa* (1912) que hay algo en la naturaleza misma de la

Elina Wechsler: Mención Especial del Jurado del V Premio Ángel Garma de la AEN al mejor trabajo de Psicoanálisis.

pulsión sexual opuesta al logro de la satisfacción plena pues el objeto originario se ha perdido por obra de la represión y es subrogado por una serie de objetos sustitutivos que nunca satisfacen plenamente. Pero el vacío puede ser colmado en el encuentro amoroso, con la promesa de ser Uno con el otro.

En el amor es el inconsciente quien elige. El pasado se impone en acto, nos dice Freud.

Una mujer es para todo hombre un síntoma, dirá Lacan, mientras que el hombre puede ser para la mujer una aflicción peor que un síntoma, incluso un estrago. Es sobre este malestar por el que los sujetos buscan análisis para interrogarse qué torna tan fallida la supuesta y sólo mítica complementariedad entre los sexos.

Inútil encontrar supuestas respuestas normativas para la cuestión del amor. Se trata, siempre, del uno por uno, del caso por caso. Nada indica que los sujetos hayan estado libres ni de su exaltación ni de sus desvelos ni que las coyunturas contemporáneas hayan resuelto el problema.

Redes sociales, teléfonos móviles, sujetos siempre conectados, madres de alquiler, inseminaciones anónimas, monoparentalidad, poliamor. Nuevas figuras, pero siempre las mismas preguntas, nuevas envolturas sintomáticas, pero siempre la búsqueda atemporal del amor.

Amor de transferencia

¿Acaso el amor ordinario varía de la expectación de la del hombre o de la mujer echados en el diván? Espera de la palabra del analista que otorgue el don, la clave para dejar de sufrir. La transferencia es amor. Ofrecerse como objeto de amor es constitutivo de la posición del analista. En la experiencia analítica amor y saber van juntos: se ama a quién se le supone el saber, dirá Lacan.

Interpretación y construcción, puras palabras, que sólo si son escuchadas desde esa especialísima posición podrán tener efectos de resignificación de la novela familiar, del síntoma sostenido por el fantasma. Que sólo desde ese lugar, despegado ya de la sugestión pre-freudiana, podrá, de últimas, introducir un cambio en el discurso amoroso del paciente. Poder demandar algo del amor, tan imposibilitado en la obsesión,

poder demandar algo menos del amor, tan exaltado en la histeria.

Espacio privilegiado para hablar de amor con un Otro no gozante del sujeto en cuestión, sino animado, en el mejor de los casos, por el Deseo de analista, en un dispositivo marcado por la huella de una vieja y renovada abstinencia de los cuerpos, metáfora de la prohibición del incesto. Es el silencio del analista el que llama al fantasma a ser atravesado por vía de la libre asociación, pero llegado a un punto todo aquello que no pueda ser verbalizado, seguirá necesariamente la zigzagueante vía de la transferencia.

La abstinencia del dispositivo impone al analizante pocos caminos: seguir hablando y seguir escuchando, o romperlo: no querer seguir hablando hacia la nada. Esta puesta en acto es repetición de la indestructible posición del deseo inconsciente con respecto al Otro del que hace semblante, ahora, el analista. Repetición, sí, pero también creación.

De allí que Freud se percate, demasiado tarde para su paciente Dora, a tiempo para la teoría, de que lo no simbolizado en la transferencia como repetición de la posición histérica en relación con Freud-padre, se convirtiera en *acting out*. Que la paradigmática Dora se interrogaba desde su epistemofilia, que amaba a la señora K. porque quería saber del sexo, que obturando la dirección deseante hacia la otra mujer Freud mismo caería como semblante del padre-castrado de la histérica.

El pasaje del lugar del analista como el que supuestamente sabe, clave de los inicios de cualquier análisis, a su caída, será entonces, en sus avatares, el sostén del proceso analítico en el que, de llegar a su fin, el analista quedará como un resto. ¿Y por qué como un resto? Porque las historias de amor también terminan.

Amor en femenino

Aunque el tiempo haya transcurrido, aunque haya caído el patriarca y su modelo de constitución familiar y cada vez más mujeres obtengan gratificaciones fáciles del orden del tener - dinero, prestigio profesional, poder - siguen siendo ellas las que presentan como síntoma privilegiado el sufrimiento amoroso.

En los hombres, el deseo pasa habitualmente por el placer fálico, en las mujeres el deseo pasa habitualmente por el amor. La libido masculina suele tener soportes múltiples siempre que la fobia no los detenga, mientras que el amor femenino suele basarse en la exclusividad. Sin embargo, en la clínica actual con mujeres, encontramos esa división que era característica masculina en la época victoriana: maridos a los que se quiere y amantes que causan el deseo. Freud ya advertía en su *Segunda contribución a la Psicología del amor* (1912) que la condición de lo prohibido es equiparable en la vida amorosa femenina a la necesidad de degradación del objeto sexual en el varón. También nuevas figuras: mujeres que han pasado de posicionarse de “mujeres- objeto” a buscar “hombres- objeto” en plena identificación con ese rasgo viril de las generaciones anteriores. Masculinización que implica pérdida de la posición femenina. El goce todo fálico suele llevar a los hombres a dirigirse a múltiples mujeres, que van desde el que se divide entre la mujer-madre y la amante de turno, al donjuanismo, donde se ven compelidos a ir de una a otra sin poder detenerse en ninguna.

Sin desmerecer que hay hombres que aman como mujeres y mujeres que aman como hombres, ya que no nos referimos a la biología sino a la posición psíquica inconsciente. Y también hombres que pueden hacer coincidir en una mujer la corriente sexual y la corriente tierna. Pero contrariamente a la mayoría de los hombres cuyo placer fálico les basta, las mujeres necesitan el signo y las palabras de amor, de las cuales los hombres en general pueden prescindir.

La demanda femenina, el gusto por las cuestiones del amor, es un goce en sí mismo, y el miedo a perder ese amor equivale para Freud a la angustia de castración masculina según escribe en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926). Será el encuentro con un hombre - y no con cualquiera - que ese goce llevado al acto pueda convertir su vida en un tormento. Las historias de violencia de género, cada vez más frecuentes, así lo atestiguan.

La apuesta de los medios de comunicación y de los sexólogos por la supuesta naturalidad y simplicidad del encuentro sexual enmascara su eterna complejidad ya que el mito de la complementariedad entre los sexos se ve trastocado por la

diferencia entre hombres y mujeres. Me centro en este texto en los avatares de la heterosexualidad.

Fedra o el arrebató pasional

La pasión amorosa, cambiante en las formas por las modalidades de los tiempos, sigue apareciendo como una marca femenina por excelencia. Morir de amor, real o psíquicamente, concierne también a los hombres, pero en nuestra cultura se muestra como un paradigma femenino. La tragedia griega ya lo sabía: Fedra es su arquetipo.

El personaje de Fedra es mucho más que una madrastra enamorada de su hijastro. Es la tristeza infinita, el dilema ético, el sacrificio extremo, el deseo compulsivo de confesión amorosa, el alarido desgarrado de la pasión. Contamos con las versiones de Eurípides, de Séneca, de Unamuno y de Racine. En este texto analizo a esta última.

Amar a quien no se debe, como se ha dicho, o más bien, amar a quien no puede amar. Pasión por la asimetría, por la imposibilidad, goce histérico en la insatisfacción llevado hasta la muerte como castigo por la desmesura. Fedra, raptada primero y transformada luego en reina y mujer por Teseo, héroe de héroes, se enamorará de Hipólito, su hijastro. Al anuncio del regreso de Teseo, a quien se daba por muerto, se considerará un monstruo por haber confesado su pasión. Condenada de antemano, como en toda tragedia, sacrificará hasta su vida por este arrebató que nada ni nadie podrá calmar. Arrebató pasional femenino que cambiante en las formas por las modalidades de los tiempos sigue apareciendo como la tragedia femenina por antonomasia. Como si el destino trágico - mujer se expresara aquí de manera radical.

Será con Eurípides que el amor trágico femenino entre en escena como una pasión que todo lo trastoca. Medea matará a sus hijos por el desamor de su marido, Jasón, y Fedra actuará el arrebató pasional por Hipólito anudando dramáticamente la transgresión pasional y la prohibición que Teseo, padre y esposo mitológico, representa. El rumor sobre su muerte desencadena el arrebató pasional en aras de lograr el goce imposible que ahora sí, en ausencia de la ley, se creará posible.

El amor de Fedra por Hipólito es un amor que no se puede consumir, un amor que divide. Fedra no puede renunciar a él ni a la fidelidad a Teseo. En esa contradicción irreductible se erige como heroína trágica. Sufre la fisura del amor en su propio seno. No quiere a Hipólito *pese a ser* el hijo de su marido, *sino precisamente por serlo*. Si Hipólito atendiera a sus requerimientos ¿no perdería precisamente la imposibilidad que ama en él?

La palabra de Fedra se inscribe en una cadena genealógica femenina; ella pone la voz desgarrada a las historias repetidas de las mujeres de su familia. Cadena hablante de una genealogía femenina. Mujeres esclavas del falo. Fedra se describe como atravesada por la cadena, pero la repite como su madre y su hermana transformando el amor por un hombre en su arma de batalla y en su tormento. Fedra encarna el fantasma de las mujeres de su linaje, les da su voz. Lo no simbolizado en torno al lugar de lo femenino es el resorte de su discurso, de sus síntomas y de sus actos. Los significantes privilegiados: amor, horror y abandono. La maldición cae sobre la madre y recae sobre las hijas.

Personajes míticos de Creta, su madre, Pasifae, se enamoró de un toro (¿hay alguna duda sobre este símbolo fálico?) y de su unión nació el Minotauro, el monstruo que despierta horror y que representa, una vez más, un flagrante desorden de lo humano. Su hermana Ariadna se enamoró de Teseo, a quien posibilitó encontrar la salida del laberinto. Se fugaron. Teseo la abandonó en la isla de Naxos.

Para Fedra la muerte es la única escapatoria a una vida cuyo sentido ha terminado por estar ocupada enteramente por un amor trágico, por el intento imposible de hacer desaparecer la distancia insuperable con el otro. Lanza a la cara de la resistencia del hombre el destello de una pasión que lo ciega. Lo que Fedra sabe, lo que siempre ha sabido, es que Hipólito desprecia a las mujeres, odia su sexo y rechaza por tanto la sexualidad y el matrimonio. El opone al amor un corazón inaccesible.

Fedra ama desesperadamente a este enemigo de las mujeres, a un hombre que no puede corresponderle. Allí se juega su deseo, su reto, su desafío. Queda comprometida, a pesar de ella misma y de sus dudas éticas, a un hombre fuera

de la posibilidad de ser alcanzado. Un hombre en posición de hijo que confiesa a Terámenes, su ayo, que una serie de hechos gloriosos excusa a Teseo, su padre, en tanto que él no ha adquirido el derecho de tener sus debilidades.

Hipólito vive captado por el mito de su propio engendramiento. Su padre habría raptado y luego abandonado a su madre, Antíope, la amazona, y luego a Ariadna y a Pelibea. Este hijo de héroe rechaza a las mujeres, causantes del deshonor paterno. Pobre hijo casto de un padre glorioso al que sólo podrá finalmente emular al precio de una muerte heroica. Será justamente frente a este hombre imposible que Fedra experimentará el flechazo, pues está tomada por el goce de la impotencia de la satisfacción. Captura del cuerpo bajo la forma histérica conversiva de la ceguera.

Un cuerpo para la cristalización fantasmática que carga sobre sí las marcas, las cicatrices de la castración imaginaria femenina. Un espacio teatral que anuda la pasión incestuosa y prohibida con el goce de la palabra. Fedra quiere decirlo todo. Más que la realización, busca y encuentra en Enone, su nodriza y confidente y más tarde en el propio Hipólito, que la escucha entre fascinado y horrorizado, interlocutores hacia quienes lanzar su discurso. Terrorismo pasional, confidencia que lleva al efecto trágico por antonomasia: Hipólito muere al ser condenado injustamente por el padre, Enone se mata por no haber podido persuadir a su ama. Fedra se suicida.

Fedras modernas

Las mujeres de nuestra cultura ya no están conminadas a quedar encerradas en palacio, como Fedra, ocupadas sólo en los hijos y en las labores así llamadas femeninas. Pueden desarrollarse como profesionales, artistas, científicas, pueden viajar y conocer el mundo siempre que la neurosis no las detenga, pues el amor o los logros personales sigue presentándose como una encrucijada específicamente femenina que nos sigue interpellando desde la consulta psicoanalítica.

Los hombres se apasionan en general por los asuntos civiles. El discurso pasional masculino suele encubrirse por los asuntos del dinero, del poder, de la erudición. Las mujeres, en cambio, aunque cada vez más inscriptas en las cuestiones

fálicas del tener, no dejan de presentar un plus, un plus netamente femenino que mantiene una relación especial no sólo con el amor sino también con la angustia, su fiel compañera de ruta.

En el arrebató amoroso las mujeres experimentan el exceso, lo irresistible, el hombre elegido como único horizonte vital. Los momentos en que el amor es correspondido les produce una exaltación narcisista, de felicidad suprema, pero cuando no es correspondido, un dejarse caer en la angustia, la depresión, la desesperación.

Allí donde Freud encuentra detrás del gran apego al padre, la vinculación incestuosa con la madre, Lacan hablará de estrago maternal: un hombre puede ocupar el lugar de la devastación materna. Estos estados femeninos se presentan clínicamente como el reverso de la autonomía femenina en cualquiera de sus ámbitos pues implican el sacrificio extremo en nombre del amor.

Las mujeres desisten entonces en favor del objeto, renuncian a la autonomía en beneficio del otro al que se dedican a sostener. Esta situación, acompañada del desplazamiento de las aspiraciones personales al hombre elegido, sigue siendo una figura frecuente de la clínica actual. Todos los demás aspectos de la vida quedan entonces anulados por este arrebató que nada ni nadie, mientras dura, podrá calmar. La causa desesperada se pone al servicio de una derrota inevitable y mantiene a las mujeres en un destino de fracaso.

El estrago llega al límite cuando la dependencia se perpetúa, aunque el daño o la humillación sean extremas, situación que puede desembocar en la muerte si se produce el encuentro con un hombre que la juegue hasta el final.

¿De qué advierte la insistencia de esta posición aún en nuestro postmodernismo?: del deseo inconsciente que convoca a repetir el goce absoluto que no pudo realizarse con el objeto primordial y que no se realizará jamás. Las mujeres instauran entonces una posición invertida en virtud de la cual aman desesperadamente como hubieran querido ser amadas. La hija invoca así al hombre como el que detenta la plenitud, herencia imaginaria del Otro primordial.

El padre, que se significó en la fase fálica como poseedor del falo que desea la madre, ha here-

dado la omnipotencia con la que ella estaba investida y el fantasma concomitante de un goce ilimitado que tiene y puede ofrecer. La mujer no ha hecho más que desplazar sobre el padre, y más tarde sobre un hombre, la meta de su primer lazo libidinal.

Repetición del deseo inconsciente, indestructible, irrealizable en la infancia y relanzado hacia el objeto de amor.

El hombre imaginizado como completo, sin falta, se transforma entonces en causa de su tormento, causa de su amor, pero también de su otra cara, el odio.

La vocación de las mujeres por crear y mostrar esta escena trágica, su desborde en el lugar mismo del síntoma se deja escuchar en nuestras consultas, periódicamente, aunque tengan independencia económica y social. La desventura amorosa sigue siendo para ellas el motivo privilegiado de consulta. Suelen justificar su drama en nombre del amor, que idealizan y transforman en goce supremo y en arma de batalla.

El análisis permitirá a estas Fedras de nuestro tiempo, cuyo discurso nos interpela desde una obstinada fijación, encontrar otro lugar -más advertido- de lo que puede y no puede ofrecer el amor.

AMOR MATERNO

La madre debe operar como *Nebenmensch*, tal como nombra Freud en el *Proyecto* (1895) a ese Otro que sostiene al cachorro humano en su primera indefensión. Ese Otro nominante, donador de significantes, decodificador del grito que se transformará finalmente en palabras. Amoroso deseo de la madre, operador necesario de la constitución subjetiva. Este auxilio exterior va más allá del objeto de la necesidad instintiva que en el sujeto parlante queda perdido para siempre. El cachorro humano, en su camino hacia el objeto, se encontrará con la voz, con las palabras, signos primeros de lo humano que provienen de ese Otro que ejerce la función materna.

De allí en más, como nunca podrá haber repetición exitosa de la vivencia de satisfacción, escribe Freud en *El Proyecto*, ese resto se transforma en búsqueda permanente, ese resto se constituye en germen del deseo. Germen de deseo al

que la cultura impondrá la ley de prohibición de la madre que consagra a una perpetua derivación de objeto en objeto, de ilusión en ilusión. El tercero intervendrá como freno y evitará, en el mejor de los casos, el efecto devastador del goce excesivo de la madre, la otra cara del amor materno, que en su versión más patológica implicará al hijo como fetiche.

La orientación de la mujer hacia el hombre se presenta problemática, vacilante, precaria. Freud, que no era ajeno a esta circunstancia, marcó el enigma con la pregunta “¿Qué quiere la mujer?”.

Resolvió el tema de la castración femenina por la vertiente fálica. Tener hijos, en lugar del falo anhelado. Incluso llega a afirmar en su texto *La femineidad* (1931) que para que un matrimonio funcione, el hombre tiene que terminar por ubicarse como hijo de su mujer, culminación de las elecciones de objeto que llama anafólicas en *Introducción al narcisismo* (1914): la madre nutricia, el padre protector, contrapunto de las elecciones narcisistas allí descritas.

En efecto, la mujer puede tomar el camino privilegiado de la maternidad, a la que puede consagrar un pleno amor objetal sin renunciar al narcisismo. Hasta ayer, vivíamos en una civilización en que la representación de la femineidad era absorbida por la maternidad; esta representación ha caído. Sin embargo, las mujeres pueden obturar la inquietante pregunta sobre la femineidad a través del rodeo de la maternidad: ser mujer será, entonces, ser madre. La ecuación imaginaria mujer = madre habrá triunfado entonces sobre el enigma. Si hay hijo, ya no habrá falta.

La realización materna no parece defender necesariamente a las mujeres de la patología del amor, esta vez encarnada en el hijo.

La “pasión de embarazo” suele aparecer en mujeres cercanas a la cuarentena que deciden exponerse a todo tipo de intervenciones, las veces que haga falta, convirtiéndose la futura maternidad en lo único deseable. El valor del hijo como falo no tiene parangón con ningún otro logro.

Recordemos que, en la teoría freudiana, el deseo de tener un hijo del padre edípico remite, en sus orígenes, al deseo de pene del que la niña se ve frustrada y que luego de la desilusión materna

espera del padre, y más adelante, de un hombre.

El falo circula instalando la simbolización del don. La disimetría entre los sexos se asienta en la economía de quien lo tiene y quien no lo tiene y la niña experimenta su falta en la fase fálica de manera privilegiada en el registro del tener. Esta frustración (*penisneid* en Freud) inaugurará el Edipo positivo en la mujer que se dirigirá al padre para obtenerlo. Sobrevendrá entonces la privación: la niña no tendrá jamás un hijo del padre, lo que duplicaría el incesto materno, sino de un sustituto.

No tener el falo, querer tenerlo, querer un hijo; tal es la ecuación freudiana para él exitosa. Pero, aunque la niña llegue a desear fantasmáticamente un hijo del padre ahora representado por un hombre - agregamos - no por ello accederá necesariamente a una posición femenina.

Muchas mujeres, de hecho, pueden sentirse satisfechas con la maternidad, pero no con su femineidad ni su sexualidad. Si una mujer imaginara el falo a través del hijo, no sorprenderá que en esa circunstancia se aleje del hombre, partición entre ser mujer y ser madre. La psicopatología del puerperio no afecta sólo a las mujeres sino a la pareja. El desencuentro estructural se deja notar con especial intensidad en esta época y conduce muchas veces al deterioro o la aniquilación de la hasta allí pareja sin serios conflictos.

El amor maternal no resuelve la cuestión de la femineidad. Una mujer que concibe no se siente por ello más mujer. Por el contrario, la clínica nos muestra que, en una gran cantidad de casos, la mujer que se ha vuelto madre suele sentirse apartada del amor erótico.

Descolocaciones femeninas

La discordancia estructural entre los sexos no es necesariamente discordia. Aunque los mitos sobre el amor vayan cayendo (la media naranja, el emparejamiento heterosexual como norma, la monogamia como ética, el matrimonio), y vaya tomando cada vez más fuerza el nuevo mito (la igualdad sin fisuras entre los sexos, las virtudes del poliamor, la transexualidad) hombres y mujeres son tales según se posicionen inconscientemente.

El peligro reside en convertir al feminismo en una nueva identidad sin fisuras que desestime la división del sujeto, la asimetría de los goces y el uno por uno del fantasma. Lacan articula lo universal del lenguaje con lo particular del posicionamiento inconsciente y lo singular de cada sujeto a transitar en cada análisis. A nivel simbólico, a nivel del lenguaje en tanto universal, hombres y mujeres son sujetos del significante y por tanto sujetos del Inconsciente, lo que nos aleja de cualquier concepción de diferencia y aún, inferioridad simbólica de las mujeres que, con justa razón, el feminismo subraya. Esta vertiente está presente en las reivindicaciones de la época. Desde este punto de vista, por tanto, igualdad entre los sexos.

Pero lo que Lacan llama sexuación (*Seminario 20*) es una especificidad de las relaciones del sujeto hombre y del sujeto mujer con su goce diferenciado. Así como del lado hombre el goce responde totalmente a lo fálico, del lado de las mujeres Lacan plantea un goce suplementario, no – todo inscripto en él. Pero hay que subrayar que hay mujeres posicionadas del lado todo fálico (las toda-madre, las histéricas) y hombres posicionados del lado mujer desafiando a la anatomía (algunas homosexualidades, los transsexuales). Por lo tanto, lo que opera para el Psicoanálisis no es el género sino de qué lado de la lógica de la sexuación se ubica el sujeto sea biológicamente hombre o mujer, y aún, de las descolocaciones de este posicionamiento en un mismo sujeto, que quiero subrayar.

Nos encontramos en una lógica que no es del orden de lo cerrado. Esto da cuenta de que las mujeres pueden ocupar, en diferentes momentos, diferentes posiciones dentro de las fórmulas de la sexuación. Que las descolocaciones y relocalaciones puedan producirse. Esta figura está mucho más posibilitada en nuestro tiempo. Del lado todo fálico al lado femenino. Las mujeres tienen hoy la posibilidad de realizarse a través de los logros intelectuales, profesionales, económicos.

Del “saber hacer con ello”, a la manera de un *shintome*, dependerá que la balanza no se tope con el síntoma en uno u otro lado: mujeres que no pueden producir porque en el fantasma inconsciente el no tener pene haya quedado ligado a no poder nada (castración imaginaria) o

mujeres que al posicionarse del lado hombre no puedan amar ni advenir a un goce- otro.

Estamos acostumbrados a pensar y decir que el hombre enamorado está feminizado. ¿No deberíamos pensar lo mismo para las mujeres? La irrupción, el acontecimiento del amor feminiza y desencadena el goce de excepción, colocando a las mujeres de su lado “correspondiente”. Pero pasado ese tránsito, que puede presentarse, durar mucho o no, las mujeres pueden pasar al otro lado del grafo, al orden fálico del tener ya que el tener remite siempre, y para ambos sexos, a lo fálico. También decir que en la clínica encontramos mujeres que nunca han accedido al otro goce, plus femenino desconocido para ellas. No confundir que los arrebatos femeninos en el amor se producen al margen de la norma masculina pero no al margen de la ley. A menos, claro, de que se trate de mujeres psicóticas. Las mujeres se pueden volver un poco locas de pasión, pero si son neuróticas, nunca locas del todo.

Bifocalidad masculina y posiciones femeninas. Eva versus Lilith

En sus primeras dos *Contribuciones a la psicología del amor* (1910-12), Freud da cuenta de la bifocalidad del deseo masculino donde la condición amorosa reposa en el clivaje inconsciente del objeto, en tanto el sujeto masculino no está enfrentado al Otro sexo como tal, sino a dos valores del objeto edípico: la mujer sobrestimada y la mujer rebajada, en palabras freudianas: la madre y la *dirne*, la mujer fácil o incluso la prostituta. Cuando aman no anhelan, cuando anhelan no pueden amar. Esta escisión del objeto incestuoso conduce a los hombres, en una cuestión de grados, a un postulado básico, matriz de la separación entre amor y deseo sexual.

La tal prostituta freudiana queda en nuestro tiempo reemplazada - aunque la prostitución siga existiendo - por la o las amantes. La presencia de la amante corrobora esta disociación, motivo de consulta frecuente en hombres divididos entre las dos.

Freud vuelve a encarar en *La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna* (1908) esta doble moral sexual del varón.

¿Pero qué sucede con esta “doble moral” desde el lado de las mujeres? ¿Están exentas de encarnar alguna de estas dos posiciones, fijarse en una de ellas, obsesionarse por el enigma de la otra?

Ser una mujer no se reduce, evidentemente, a ser la amante, pero la amante la encarna. La mujer legítima no es, evidentemente, la madre, pero suele representarla. La figura de la amante del hombre casado toma entonces una dimensión mítica.

Antes fue Lilith, relatan las leyendas mitológicas hebreas. Antes de Eva (Java), “la madre de todos los vivientes”, Dios habría creado a esa otra mujer, rechazada luego por Adán, aquella que quería gozar, que por ello se exilió junto al Mar Rojo, región que abunda en demonios lascivos, y que no pudo ser ya esposa y ama de casa. Lilith, predecesora de Eva, ha sido excluida por completo de la Sagrada Escritura. El mito bíblico la ha borrado, exiliado de la Letra, ha transformado a Lilith - creada por Dios enteramente a diferencia de Eva, que salió de una costilla masculina - en una ausencia. Por fin Eva triunfará sobre ella, Lilith se exiliará en el reino donde el placer femenino es endiablado y prohibido. La madre habrá ganado sobre un cuerpo femenino gozante, regularizará su relación con la culpa, marcará el destino materno elidido del goce. O prostituta o madre (del hombre y de sus hijos), mujer gozante o mujer maternalizada (legitimación de un orden). *Tu deseo será para tu marido*, dice Dios a Eva en el Génesis.

Pero Lilith, reprimida, retornará, aunque ya exiliada del Paraíso amoroso de Adán y Eva, lo que queda como resto luego de la pérdida del Gran Paraíso. La *Biblia* sólo recoge una pequeña parte de la riqueza mitológica hebrea, babilónica y sumeria. Las divergencias entre los mitos de la Creación I y II son un entrecruzamiento de una tradición primitiva y una sacerdotal posterior. Según el Génesis I, Dios habría creado al hombre y a la mujer a su propia imagen en el sexto día, Eva no existía aún. Según el Génesis II, Eva fue creada de una costilla de Adán.

Lilith es un demonio femenino que tiene una posición central en la demonología judía, babilónica y sumeria. Aparece también en las leyendas árabes como Karina o madre de los infantes. En el Zohar, la Biblia de los kabalistas, escrita en arameo en el siglo XIII, ocupa dos roles: estrangular

niños ajenos y seducir a los hombres que sueñan mientras duermen solos. La primera versión hebrea que recoge el mito primitivo de la creación de Lilith anterior a Eva y su posterior huida al Mar Rojo, aparece en el Alfabeto de Ben Sira, texto midráshico (literatura rabínica agregada a los versículos bíblicos) escrito desde el siglo II al XII.

Lilith representa seguramente a las mujeres cananeas, a las que se le permitía la promiscuidad prenupcial que seguían algunas israelitas y que era duramente censurada por los profetas. A Lilith se la hace derivar de la palabra *lilitu*: demonio femenino, espíritu del viento. En la etimología popular hebrea deriva de *lailil*: noche, lechuzza. Salomón sospechó que la Reina de Saba era Lilith. Según Isaías, vive acompañada por sátiros en las ruinas desoladas del desierto.

¿Qué desean las mujeres? Ser amadas, ¿pero el goce sexual es acaso patrimonio de la búsqueda masculina? A Lilith le interesa gozar; escuchemos la leyenda: “Entonces Dios creó a Lilith, la primera mujer, como había creado a Adán, salvo que utilizó inmundicia y sedimento en vez de polvo puro. Adán y Lilith nunca encontraron la paz juntos, pues cuando él quería acostarse con ella, Lilith consideraba ofensiva la postura recostada que él exigía. “¿Por qué he de acostarme debajo de ti?”, preguntaba. “Yo también fui hecha con polvo y por consiguiente soy tu igual.” Como Adán trató de obligarla por la fuerza a obedecer, Lilith, airada, pronunció el nombre mágico de Dios, se elevó en el aire y lo abandonó.

Los ángeles la encontraron junto al Mar Rojo, región que abunda en demonios lascivos, con los cuales dio a luz más de cien *lilím* por día. “Vuelve a Adán sin demora le dijeron los ángeles y si no te ahogaremos. Lilith preguntó: ¿Cómo puedo volver a Adán y vivir como una ama de casa después de mi permanencia junto al Mar Rojo?”¹

Sigue habiendo, aunque los siglos hayan transcurrido, un atávico velo alrededor de la especificidad del goce femenino.

¿No hablan las mujeres o sigue siendo engorroso escucharlas? Atavismo que también recae sobre

1 Graves, R. y Patai, R.: *Los mitos hebreos*, “El Libro del Génesis”, Buenos Aires, Losada, 1969.

ellas mismas, sujetas a ese Adán, a esa Eva Madre, ideal escindido. Adán y Eva es el mito de la complementariedad de los sexos; a partir de una primera violentación del cuerpo masculino (episodio de la costilla) ella será lo que a él le falta, se complementarán imaginariamente. Encontramos este mito de complementariedad en muy diferentes culturas. La presencia de Lilith habla, en cambio, de suplemento, destino violento, presencia femenina en el deseo de tal hombre y tal mujer que viene a trastocar ese resto paradisiaco, la pareja complementaria primera. Y esta presencia será aun una amenaza para la descendencia, especialmente para los hijos varones.

Un rito que se realizaba en un tiempo en muchas comunidades judías para proteger al niño recién nacido de Lilith así lo muestra: se trazaba un anillo en la pared de la habitación donde nacía, y dentro de él se escribía "Adán y Eva. ¡Fuera Lilith!" La amenaza de la otra presente y la defensa ritualizada.

La clínica

Escuchemos ahora a tantas pacientes preocupadas permanente o cíclicamente por *la otra* sean o no de pago, de las que goza el marido, sintiéndose en menos. ¿Qué les dará la otra que ellas creen no poder dar o recibir?

Un cuerpo de mujer gozante, que no sirve para nada, más que para eso; una mujer Lilith, libre de la posición materna, aunque tenga hijos, siempre que no ubique aquí al hombre-hijo. Una mujer que imaginariamente goza y hace gozar siempre más.

El fantasma de esta Lilith, la amante, sobrevuela en los temores a perderlo, ser robada, engañada. Por otra parte, ¿qué escuchamos con regularidad de la amante del hombre?: su deseo de convertirse, al fin, en aquella misma esposa y madre. Ganar a Eva un lugar vivido inconscientemente como indestructible, lugar deseado y temido.

Eva y Lilith pelean por el *Tesoro* ubicándose en uno u otro mito. Algo de estas dos posiciones deseantes femeninas en relación a los hombres es de tal insistencia en el discurso femenino, más allá de la neurosis específica de cada mujer, que nos lleva a plantear si no se trata de dos mitos que configuran uno. Eva-madre, Lilith de los infiernos.

Dos posiciones que atraviesan las mujeres con respecto al hombre y la incógnita sobre la otra mujer. Porque, ¿qué sucede habitualmente si Lilith logra, al fin, tomar el lugar de Eva? Recomenzará probablemente el duelo imaginario con otras posibles diabras que puedan quitarle su recién adquirido poder. ¿Poder de qué? De la retención mágica del hombre-falo, ideal de relación sin fisuras, de ideal paradisiaco retornado desde las profundidades del deseo de completud.

¿De qué gozan las mujeres que van más allá de la madre?, ¿qué recorren al recorrer el camino de la heterosexualidad? Es la pregunta la que insiste en las mujeres que se ubican en posición de madre ¿de qué goza la otra?, enigma que aparece desde el otro lado del mito en la amante ¿de qué goza la madre-mujer de ese hombre?

¿Qué es ser una mujer que goza y hace gozar de la sexualidad?, se preguntan las *Evas* ¿Qué poder tienen las *Evas*?, se preguntan las *Lilith*. Dos mujeres que se preguntan ¿qué es ser una mujer? a través del síntoma. Mito dividido en dos que fecunda victorias pírricas, humillaciones, tormentos y hasta suicidios. No se trata de dos tipos de mujeres, sino de un mito que las contiene a ambas. Las mujeres pueden atravesar estas dos posiciones alternativamente, fijarse en una o sostener a ambas.

El obsesivo y el amor

Tanto la mujer como el hombre neurótico suelen enfrentarse con una impotencia para el goce y/o el amor. Habitualmente -aunque con excepciones- la mujer a la manera histérica, el hombre a la manera obsesiva, tal como nos recuerda Freud en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926).

El obsesivo se defiende, encarnizadamente, con sus síntomas, del dolor del amor. La neurosis obsesiva es una enfermedad de la moral abrumada por ideas mortificantes, que no serán ajenas al encuentro con las mujeres. Enredado en la jaula narcisista, el obsesivo pretende un control total a partir de su Yo; la pretensión ilusoria, forzada e imposible de manejar los hilos de la escena deseante.

Nada se debe mover, al menor atisbo de que su mujer -o sus mujeres- puedan descontrolarse de su dominio, estará dispuesto a grandes sacrificios

para que las cosas vuelvan a su estado inicial. La momificación del deseo de las mujeres es su condición de amor. Él es el propietario, cueste lo que cueste. Allí está él para colmar la falta, aunque sea a costa de su servilismo.

Cuando en la vida amorosa debe tomar una decisión, se escabulle, anulando la pérdida y la ganancia. De allí los hombres que consultan cuando se aterrorizan frente a su propia boda, los que deben elegir entre la mujer o la amante o se sienten incapaces de soportar la paternidad. Arrastra la penosa sensación de no estar presente en los acontecimientos importantes de su propia vida por el aislamiento, la desconexión entre la representación y el afecto, una de sus defensas clave, que suele volver locas a sus mujeres, pero también a ellos mismos cuando se enamoran. Su pregunta esencial es: ¿Estoy vivo o muerto? Las grandes hazañas yoicas, las necesarias demostraciones de potencia sexual con las mujeres a las que se ve arrastrado son un intento de sentirse vivo. Dar prueba de que está vivo en la proeza de la acción, desde la omnipotencia. En la modalidad pasiva, “el muerto” gana la partida y el enganche a la mujer es sólo burocrático, cuando lo hay.

Pasión de ser, de seguir siendo el falo de la madre, lugar que ocupó imaginariamente al creer satisfacerla allí donde el padre no lo hacía. El deseo se presenta vinculado a la prohibición. La agresividad perpetua al padre en el campo de lo psíquico. El obsesivo siempre está psíquicamente en lucha para no ser sometido por el padre o sus representantes: el jefe, el suegro o el colega.

Se trata de un defecto de la represión de los fantasmas edípicos, deseo incestuoso por la madre, deseo parricida por el padre. Pero también, en virtud de lo que Freud conceptualizó como Edipo invertido, el deseo de ser amado pasivamente por el padre y el horror consiguiente a la castración de la posición viril que lo mantiene en una lucha titánica por no ser sometido y que le impide la entrega amorosa. La entrega se corresponde con el fantasma inconsciente de pasividad homosexual y de no ser simbolizado, las estrategias de defensa serán la huida o el odio hacia la mujer. Curiosamente, tal como puntualiza Freud en un pie de página de su texto *Análisis terminable e interminable* (1937) muchos obsesivos

terminan siendo sometidos no por hombres sino por sus mujeres, muchas veces histéricas, representantes del padre. La *partenaire* se convierte entonces en la encarnación del Superyó bajo la forma del reproche, la queja, la demanda infinita, lo que debe y no debe hacer, la que marca que su ser y su hacer es insuficiente.

Aunque lo erotizado es, por encima de todo, el pensamiento, la escisión del objeto incestuoso lo conduce a un postulado básico, matriz de la separación neurótica entre amor y deseo sexual que circula en un discurso comandado por la duda. Al ser el padre el que está en el centro de su amor-odio inconsciente la asunción de la paternidad presenta en este cuadro una enorme dificultad. De allí que tantos hombres al sentirse sustituidos por el niño-falo, cambian de mujer cuando se convierten en padres.

Perdido en el laberinto de un tiempo muerto donde lo significativo queda siempre para después –procrastinación– reforzando su fantasía de inmortalidad, vive sometido al régimen de la duda, a la exuberancia retórica, a un mundo cerrado donde no hay lugar, en suma, para las vicisitudes de la dramática amorosa.

Preso de síntomas que lo encierran en su soledad narcisista, alguna mujer puede, como un torbellino, hacer trastabillar su goce autista... por un tiempo. Aunque tendemos a hacer la equivalencia entre hombre y obsesión, en este tiempo de virilización del mundo cada vez consultan más mujeres con rasgos obsesivos. Mujeres que han perdido su feminidad, atenuadas por el trabajo sin tregua, rumiaciones, inhibiciones, austeridad extrema, rituales, aislamiento, baja significación emocional de sus actos, intensas formaciones reactivas, pobreza de la vida amorosa, elección de hombres-objeto. Suele faltar el ensueño, el enamoramiento y las preguntas sobre el amor y la pareja, tan presentes en el discurso femenino, que pueden reaparecer como saliendo de un oscuro túnel luego de un tiempo de análisis.

Hamlet y el síntoma amoroso

Edipo y Hamlet desempeñan un punto de apoyo a lo largo de la elaboración teórica y clínica freudiana.

Freud se siente, y lo recalcará una vez más en *¿Pueden los legos ejercer el análisis?*, un singular diálogo con un interlocutor imaginario, más deudor del mito y del poeta que de la medicina o la psicología de su época.

El destino, piedra basal de la tragedia, cobra ya toda su dimensión psicoanalítica al ser leído como determinismo inconsciente, no tan sólo ya del neurótico sino del sujeto humano como tal.

Mientras que en *Edipo Rey* el fantasma es realizado como en un sueño, (o deberíamos decir, en rigor, como en una pesadilla), en la hesitación de *Hamlet* permanecerá reprimido, y se dejará advertir sólo a través del síntoma, como en la neurosis.

La modernidad nace con un sujeto que admite la culpa, con un héroe trágico que a diferencia del griego ya sabe que ser es ser otro, que admite no saber por qué hace lo que hace o no hace lo que debería hacer. El héroe de la tragedia moderna no se siente digno de vivir.

Hamlet se transformará en el paradigma del neurótico trágico freudiano. Se siente culpable y por tanto lo es, a diferencia de Edipo, cuya culpa era dicha por el oráculo. Edipo no sabía. Hamlet sabe algo más, aunque el fantasma permanezca oculto.

Freud se refiere ya a Edipo y Hamlet en la carta 71 a Fliess de octubre de 1897. Autoanálisis, dirección de su libido infantil vuelta hacia *matrem*, celos hacia el padre, y la consideración de la tragedia misma como representación exacta de tal pasión.

Este engranaje de las dos tragedias se perpetuará a lo largo de toda su obra. En *Los sueños de la muerte de personas queridas* volverá a referirse ampliamente a la saga de Edipo Rey como fantasma universal de cumplimiento del deseo infantil. A continuación, promoverá a Hamlet al rango prototípico de la neurosis. Interpreta su parálisis en matar a Claudio, el hombre que había matado a su padre y ocupado el trono y el lecho junto a su madre, la reina Gertrudis, como un escrúpulo de conciencia derivado del deseo inconsciente reprimido: Claudio hizo lo que inconscientemente él mismo hubiera querido hacer.

La reiterada postergación del acto es leída ya como acto sintomático, junto a la idea de progre-

so secular de la represión y las raíces inconscientes del acto creativo.

Hamlet, trágico moderno, apunta Freud, no es un enfermo mental, sino que se vuelve tal por el acto a realizar; todos somos susceptibles de encontrarnos con el mismo conflicto que él, de ahí su estatuto de héroe; el conflicto edípico está en la obra tan reprimido que no genera resistencias al goce del espectador.

En la *Introducción al psicoanálisis*, de 1916, volverá a Edipo y Hamlet diferenciando esta vez nódulo infantil en el héroe clásico y fantasma retroactivo en el héroe moderno, insistiendo en que cada neurótico ha sido un pequeño Edipo que se ha convertido en un Hamlet.

En su inacabado *Esquema* de 1938, volverá a replicar vivamente a sus oponentes que el misterio del príncipe dubitativo se disipa si se lo refiere a Edipo.

Edipo es el actor mítico del incesto y el parricidio realizado, lo que autorizará más tarde a Lacan a formular que lo que Edipo no tuvo fue precisamente un Complejo de Edipo. Si Edipo expresa, por la transgresión de la ley, el castigo de la castración en lo real, Hamlet expresa, con la inhibición sintomática neurótica, el remanente enmascarado del deseo infantil, indestructible, y la formación de compromiso sintomática.

El drama de Shakespeare nos convoca a formular la pregunta sobre imposibilidad del amor en el sujeto obsesivo. El atolladero edípico no resuelto se actualiza en el atolladero amoroso.

Hamlet no es ya el amante de la madre ni el asesino del padre, sino el neurótico angustiado por lo irreductible del deseo inconsciente que lo lleva a retrasar la venganza y le impide tomar a una mujer.

El príncipe de Dinamarca se siente culpable de no poder vengar a un padre que pide venganza a pesar de no ser inocente. Vacila, duda, está en posición de hijo y, por tanto, entre paréntesis como hombre.

Hamlet, paradigma freudiano del héroe neurótico, será retomado en este sentido por Lacan en su seminario *El deseo y su interpretación* (1958-59) donde, sin abandonar las categorías edípicas, introducirá otras.

Lacan puntualiza que resulta próximo a la estructura del obsesivo por mantener a distancia la hora del encuentro amoroso. Ofelia sólo puede ser retomada como objeto una vez muerta ya que el fantasma obsesivo pone el acento sobre el encuentro con la imposibilidad.

Pero más aún: aquello que podemos llamar efecto Hamlet es efecto de estructura. Hamlet no es un caso clínico, es todos los casos. Es un particular que despeja las coordenadas del atolladero amoroso del sujeto obsesivo.

Si Edipo muestra la realización del deseo, Hamlet muestra la dificultad de la conquista de un lugar para el deseo por una mujer.

El análisis del drama de Hamlet propuesto por Lacan está completamente centrado en una degradación del deseo materno y en la consiguiente imposibilidad de amar a una mujer. Ubicará el meollo de esta tragedia en el deseo de la madre, una madre abandonada ella misma a un deseo prematuro.

Claudio, su tío paterno y nuevo marido de la madre, se perfila, para colmo de la interrogación, como infinitamente inferior al padre. Hamlet se pelea todo el tiempo con el deseo de su madre. Vacila, pues el interés materno por su tío Claudio parece inamovible.

El sometimiento al deseo de la madre produce, sintomáticamente, que no llegue la hora para el propio deseo. No se trata de que Hamlet no quiera ni que no pueda, sino de que no puede querer. De ahí la postergación, de ahí la huida de Ofelia. Con lo que este héroe moderno se enfrenta, por tanto, no es sólo con el deseo por su madre (fijación edípica, clave de la lectura freudiana) sino también con el deseo de su madre. Un deseo de la madre que va más allá de ella misma, más allá de él.

Hamlet permanece cautivo en el deseo de su madre y ese cautiverio le impide amar a Ofelia. El confuso lenguaje de Hamlet es el del héroe dominado por las pasiones edípicas extremas, tiroteado entre el mandato paterno y el rencor brutal hacia una madre que ha caído abruptamente del lugar de lo sobreestimado a lo rebajado. El adulterio de Gertrudis no admite misericordia pues ha alterado de un plumazo la distancia has-

ta allí eficaz del fantasma entre la santidad y la sexualidad materna, los dos valores de la madre edípica antes descrita.

Hijo celoso de una madre, desde luego, pero seguramente algo más. Hijo confuso ante el descubrimiento de la sexualidad de la madre que la muerte del padre ha dejado abruptamente al descubierto sin el tamiz que el prestigio del matrimonio otorga al sexo. Punto de vacilación, derrumbamiento de la consistencia del fantasma obsesivo.

La feminidad impúdica y degradada recaerá sobre Ofelia, representante de todas las mujeres, y el objeto femenino sólo volverá a dignificarse al precio de la muerte. Nada más sorpresivo para Hamlet que encontrarse, de frente y sin tapujos, con una madre hasta allí sobreestimada gracias a los emblemas del Rey padre, súbitamente arrojada a una sexualidad que se le aparece como indigna y descarnada. La batalla verbal entre Hamlet y Gertrudis recorre ese rencor edípico.

Ofelia no puede ser tomada como mujer pues hacerla la convertiría en madre, la que engendra pecadores, la que soporta las calumnias. El cortocircuito imaginario madre-mujer signa el horror a Ofelia, primero amada y luego degradada. En el deseo de la madre el objeto de deseo está, para Hamlet, destituido de todo prestigio fálico, desnudo en su realidad obscena: se le presenta entonces como escandalosamente indigno de la menor idealización. Todo aquello que hasta el momento le parecía prueba de belleza y de verdad se convierte en falso. Hamlet es víctima de un fatal desencanto.

El saber de Hamlet consiste en saber que en el Reino de Dinamarca hay algo podrido que concierne no sólo al asesinato abominable del padre sino a la doble revelación de la falta y del goce materno. La misma destitución se produce con relación a Ofelia, que despojada de la idealización que le confería el amor, se manifiesta como puro objeto. Caída de los semblantes, del velo que rodea al objeto amoroso al que se dirige el deseo. El momento decisivo de su drama, en el que, según Lacan, Hamlet puede reintegrar su deseo y recuperar su condición de hombre, se produce en la escena del cementerio, cuando, al contemplar la exhibición por parte de Laertes de su pena por la muerte de Ofelia, su hermana, él mismo, por identificación, se siente afectado por la pérdida.

Hamlet, sometido a Laertes, su doble narcisista, en quien se centra el punto crucial de su agresividad, puede sólo en ese momento identificarse a su pena, al duelo por la hermana muerta, y pasar a la acción enfrentándose al rival secretamente admirado.

¿Qué se puso en juego en Hamlet en este trance? En la medida en que Ofelia se convierte en un objeto imposible, recobra de nuevo el carácter de objeto de deseo. En otros términos, sólo la muerte devuelve a Ofelia su dignidad y Hamlet recupera la estabilidad de su fantasma. El suceso inesperado rompe la armonía y conduce de modo irrevocable a la catástrofe. Cuando el fantasma que otorga estabilidad a la realidad psíquica trastabilla, vacila frente a un acontecimiento brutal, harán eclosión síntomas amorosos hasta allí mudos. La experiencia clínica indica que puede observarse su eclosión, siendo la problemática del amor un desencadenante habitual. Hamlet

nos convoca a indagar tal relación, tan presente en las demandas de análisis.

Para concluir

He transitado las diferencias entre hombres y mujeres en relación al goce y al amor para testimoniar, desde el Psicoanálisis, su desencuentro estructural. Pero a pesar, o por ello, sigue y seguirá habiendo encuentros amorosos, más o menos pero siempre sintomáticos.

Parafraseando a Freud, en *Introducción al Narcisismo* (1914): *si amas, sufres, si no amas, enfermas*. ¿Se tratará, entonces, de amar sin tanto sufrimiento por estar advertidos, luego de un análisis, de los límites propios del amor?

Pues de eso se trata, de ese encuentro contingente que ofrece la ocasión de entrar en contacto con otro que encarnará tanto lo anhelado como lo fallido.

Contacto

Elina Wechsler ✉ elina.wechsler@gmail.com ☎ 667 533 940
Agastia 74, 3B • 28043 Madrid

Bibliografía

- Badiou, A. (2000). *El ser y el acontecimiento*. Editorial Manantial.
- Borges, JL. (1972). *El amenazado* en *El oro de los tigres*.
- Eliade, M. (1976). *Lo sagrado y lo profano*, Barcelona, Ed. Labor.
- *Enciclopedia Judaica*, Keter Publishing House Jerusalem L.T.D., Israel, 1982.
- Freud, S. (1895): *Proyecto de psicología*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1986.
- Freud, S. (1905): *Tres ensayos de teoría sexual*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. VII, 1976.
- Freud, S. (1908): *Carácter y erotismo anal*. Bs.As. Amorrortu, Vol. IX.1992.
- Freud, S. (1908): *La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna*. Buenos Aires. Amorrortu Editores, vol. IX. 1992.
- Freud, S. (1909): *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*. Bs.As. Amorrortu, Vol. X. 1992.
- Freud, S. (1893-1895): *Estudios sobre la histeria*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1976, vol. II.
- Freud, S. (1887-1902): *Cartas a Wilhem Fliess*. Bs. As, Amorrortu. Vol. I, 1992.
- Freud, S. (1900): *La interpretación de los sueños*. Bs.As. Amorrortu, Vol. IV y V, 1992.
- Freud, S. (1905): *Personajes psicopáticos en el escenario*. Bs.As. Amorrortu. Vol. VII, 1992
- Freud, S. (1901): *Fragmento de análisis de un caso de histeria*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. VII, 1976.
- Freud, S. (1907): *Acciones obsesivas y prácticas religiosas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. IX, 1986.
- Freud, S. (1908): *Apreciaciones generales sobre el ataque histérico*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. IX, 1986.

- Freud, S. (1909): *A propósito de un caso de neurosis obsesiva*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. X, 1986.
- Freud, S. (1910): *Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre. (Contribuciones a la psicología del amor I)*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XI, 1976.
- Freud, S. (1912): *Sobre la más generalizada degradación de la vida erótica. (Contribuciones a la psicología del amor II)*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XI, 1976.
- Freud, S. (1918): *El tabú de la virginidad. (Contribuciones a la psicología del amor III)*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XI, 1976.
- Freud, S. (1914): *Introducción del narcisismo*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XIV, 1976.
- Freud, S. (1915): *Observaciones sobre el amor de transferencia*, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1958.
- Freud, S. (1921): *Psicología de las masas y análisis del yo. Enamoramiento e hipnosis*, Barcelona, Ed. Biblioteca Nueva, 1958.
- Freud, S. (1923): *La organización genital infantil, (Adición a la teoría sexual)*, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1958.
- Freud, S. (1925): *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica*, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1958.
- Freud, S. (1926): *Inhibición, síntoma y angustia*. Bs Aires, Amorrortu, vol. XX, 1992.
- Freud, S. (1926): *¿Pueden los legos ejercer el análisis?* Bs.As. Amorrortu. vol. XX, 1992.
- Freud, S. (1927): *El porvenir de una ilusión*, Bs Aires, Amorrortu Editores, vol. XXI, 1986.
- Freud, S. (1930): *El malestar en la cultura*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XXI, 1986.
- Freud, S. (1931): *Sobre la sexualidad femenina*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, vol. XXI, 1986.
- Freud, S. (1932): *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. La feminidad*, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1958.
- Freud, S. (1937): *Análisis terminable e interminable*. Amorrortu Editores, vol. XXIII. Amorrortu editores. 1986.
- Freud, S. (1938): *Esquema de psicoanálisis*. Bs. As. Amorrortu. Vol. XX, 1992.
- Graves, R. y Patai, R. (1969). *Los mitos hebreos. El Libro del Génesis*, Buenos Aires. Ed. Losada.
- Guyomard, P. (1997): *El goce de lo trágico*. Bs.As. Ediciones de la Flor.
- Kirk, G.S. (1990). *El mito*, Barcelona, Paidós.
- Kristeva, J. (1987). *Historias de amor*, Madrid, Ed. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1971). *La significación del falo. Escritos I*, Madrid, Ed. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1971). *Ideas directivas para un congreso sobre la sexualidad femenina. Escritos I*, Madrid, Ed. Siglo XXI.
- Lacan, J. (1984). *La pregunta histórica en El seminario. Libro 3. Las psicosis*. Buenos -Aires, Paidós.
- Lacan, J. (1988). *El seminario 7. La ética del psicoanálisis*; Buenos Aires, Paidós.
- Lacan, J. (2014). *Seminario 6. El deseo y su interpretación*, Buenos Aires, Paidós.
- Lacan, J. (1981). *El seminario. Libro 20. Aún*, Barcelona, Paidós.
- Lacan, J. (2000). *El Seminario. Libro 23. El Shintome*, Paidós.
- Racine (1667): *Fedra*. Madrid. 1985. Cátedra. Letras Universales.
- Rank, O. (1981). *El mito del nacimiento del héroe*, Barcelona, Paidós.
- Shakespeare, W. (1970). *Hamlet, Príncipe de Dinamarca*. España, Círculo de lectores.
- Sófocles (1991). *Edipo Rey*. Madrid. Biblioteca Clásica Gredos.
- Wechsler E y Schoffer, D. (1993). *La metáfora milenaria. Una lectura psicoanalítica de la Biblia*. Paidós.
- Wechsler, E. (2000). *Psicoanálisis en la Tragedia. De las tragedias neuróticas al drama universal*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Wechsler, E. (2008). *Arrebatos femeninos, obsesiones masculinas. Clínica psicoanalítica hoy*. Buenos Aires. Letra Viva.

• Recibido: 15/05/2021.

• Aceptado: 19/12/2022.



PRE-OCUPACIONES

Sexo y género.

Sex and gender.

Fabricio de Potestad Menéndez.

Médico-Psiquiatra-Psicoanalista. Título posgrado en Psicoterapia Analítica Grupal. Exjefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico de Pamplona. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Exprofesor de Ciencias de la Conducta de la Escuela Universitaria de Diplomados en Enfermería.

Resumen: La transexualidad, el transgénero y otras migraciones de género como prácticas y categorías médicas están inevitablemente atravesadas por cuestiones de bioética relacionadas con la salud y el bienestar las personas transexuales y con el reconocimiento de sus derechos para superar la incongruencia corporal que sufren. Sin embargo, este derecho involucra inevitablemente cuestiones ideológicas, políticas, jurídicas, filosóficas y sociales. La Ley de 15 de marzo de 2007 reconoce que toda persona de nacionalidad española, mayor de edad y con madurez suficiente, puede solicitar la rectificación de la mención registral del sexo que conlleva el cambio de nombre propio de la persona a efectos que no resulte discordante con su sexo registral. Asimismo, la persona transgénero adquiere el derecho a cambiar la morfología de su sexo siempre que acredite que ha sido diagnosticada de disforia de género, mediante informe médico o psicológico, por lo que la humillación a las personas transgénero se suponía que había quedado resuelta. Sin embargo, el problema surge de nuevo con el Anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas transexuales y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, ley que ha generado una dura y compleja controversia entre los sectores afines y los contrarios a esta ley.

Palabras clave: Cisgénero. Transgénero. Teoría queer.

Abstract: Transsexuality, transgender and other gender migrations as medical practices and categories are inevitably traversed by bioethical issues related to health and wellness transsexual people and with recognition of their rights to overcome the bodily incongruence they suffer. However, this law inevitably involves ideological, political, legal, philosophical and social. Law of march 15, 2007 recognizes that every person of Spanish nationality, of legal age and with sufficient maturity, you can request rectification of the registration mention of the sex that entails the change of the proper name of the person so that it is not inconsistent with her registered sex. Likewise, the transgender person acquires the right to change the morphology of her sex as long as she proves that she been diagnosed of gender dysphoria, through a medical or psychological report, for what humiliation to transgender people was supposed to be been resolved. However, the problem arises again with the bill for the real and effective equality of people transsexuals and for the guarantee of the rights of LGTBi people, law that has generated a hard and complex controversy between the related sectors and those opposed to this law.

Key words: Cisgender. Transgender. Queer theory.

Introducción

Según la mitología griega, Atlas era el titán responsable de sujetar el peso de los cielos y del mundo sobre sus hombros, una carga impuesta como castigo por el dios Zeus. En la sociedad patriarcal esta dura responsabilidad recae sobre las mujeres. A empellones de la convulsa actualidad, últimamente se ha escrito y hablado mucho sobre las mujeres como víctimas o rehenes de las culturas de acusada virulencia patriarcal. El discurso patriarcal, hecho de aire viciado y pannotias propias de verdugos, se cierne de nuevo sobre las mujeres con una novedosa forma de violencia que se suma a la violencia de género propiamente dicha, a la prostitución, a la brecha salarial, al lenguaje sexista y al alquiler de vientres, me refiero al llamado generismo queer que representa una nueva forma de sexismo que refuerza los estereotipos de género y se fundamenta en ideas acientíficas y falsedades que niegan la realidad. Kate Millet, profesora, escritora y activista feminista estadounidense, apunta que la organización patriarcal ha sido un sistema socializador tan perfecto, la aceptación general de sus valores tan firme y su historia tan larga y universal, que apenas ha necesitado del respaldo de la violencia. Y, sin embargo, al igual que el racismo o el colonialismo, hubiera ejercido un control insuficiente de no haber contado con el apoyo de la fuerza, que no sólo ha constituido una medida de emergencia, sino también un instrumento de intimidación constante. Millet advierte del peligro que supone creer que los casos de violencia estructural contra la mujer remiten al pasado o son prácticas exóticas, extravíos individuales, patológicos o excepcionales, que carecen de significación colectiva.

Al contrario, no es la regla, pero tampoco es un simple suceso, un problema personal entre agresor y víctima, sino que, tenga las proporciones que tenga, sigue siendo la expresión estructural de la dominación del hombre sobre las mujeres. La presión que el lobby trans ejerce sobre las mujeres es una muestra más de esta violencia estructural que ahora pretende el borrado de la mujer como sujeto jurídico. Lo cierto es que sin apenas debate político y tras un prolongado e inédito silencio en los medios de comunicación, el debate sobre la Ley Trans ha saltado finalmente a la sociedad. Trasciende, sin embargo, a un

enfrentamiento político entre conservadores y progresistas. El movimiento feminista histórico, con prestigiosas figuras al frente, como Amelia Valcárcel, Laura Freixas, Victoria Sendón o Carmen Calvo se oponen a dicha ley en dura dialéctica contra las representantes afines a la ley, como Carla Antonelli, reconocida activista transexual y exdiputada de la Asamblea de Madrid, que llega a afirmar que, si no se entiende que existen realidades distintas, estamos perdidos. Sin embargo, no es una cuestión de negación de realidades diversas, sino de cómo se aborda esta compleja cuestión. Lejos de ceñir el debate en experiencias previas como las de Suecia, Australia, Finlandia o Inglaterra, en evidencias sociales y científicas y en las consecuencias jurídicas, la Asociación Andaluza, ATA, y la Plataforma Nacional Trans, presidida por Mar Cambrollé, centran la discusión en una controversia ideológica, calificando de transfobas a las personas que se oponen a dicha ley. En un intento de silenciar el debate político y científico apelan a un curioso y gratuito eslogan que insta a sus oponentes a bajarse del autobús de la transfobia, ponerse del lado de la historia y a abandonar el lado del odio, afirmación tajante que no invita precisamente al diálogo. No acaba aquí el tenso debate, pues se inicia lo que puede llamarse la batalla de la ideología contra la naturaleza humana, conflicto que se dirime entre el ministerio de Igualdad del gobierno de España y el lobby trans de una parte, y la ciencia de otra.

Prestigiosos psiquiatras como Luisa Lázaro, presidenta de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia, Víctor Pérez, presidente de la Asociación Española de Psiquiatría, psicólogos como José Errasti y Marino Pérez, profesores de Psicología de la Universidad de Oviedo, endocrinólogos, como Marcelino Gómez, de la Unidad de Género del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia, y sexólogos, como Felipe Hurtado, son de la opinión de que la Ley Trans puede traer mucho dolor y numerosos casos de arrepentimiento por una decisión precipitadamente tomada y sin asesoramiento técnico. La Agrupación de Madres de Adolescentes y Niñas con Disforia Acelerada, Amanda, que agrupa a padres y madres transexuales de toda España, alertan de que la ley pueda ser muy dañina. Tanto es así que los datos son inapelables, pues la demanda de tratamientos de reasignación de sexo se ha multiplicado hasta el punto de que

las psiquiatras Céline Masson y Caroline Eliacheff hablen de una fábrica de niños transexuales que, en realidad, no lo son. Según la opinión de los expertos, la Ley Trans, que permite la autodeterminación del género, es sinónimo de barra libre en un bar, pues los científicos consideran que satisfacer el deseo de un menor, sin duda todavía inmaduro, mediante tratamiento de reasignación de sexo, que va a condicionar el resto de sus vidas de forma irreversible, es un abuso de menores de primera magnitud. Algunos niños supuestamente trans, sobre todo aquellos con identidades confusas, no definidas o fluctuantes, o aquellos influenciados en particular por otras variables sociales, culturales, psicológicas o familiares podrían dar pasos erróneos hacia la transición médica sin conocer su complejidad y duración e ignorando las consecuencias sobre la salud de estas intervenciones.

La autodeterminación del género suscita una serie de interrogantes, como son: ¿Quién debe asesorar sobre los cambios corporales producidos? ¿Quién se hace responsable de los efectos adversos? ¿No sería más beneficioso garantizar el asesoramiento y el acompañamiento para que las decisiones tomadas sean las mejores posibles? El problema no termina aquí, pues también forma parte del debate el género en sí mismo, ya que la constitución de la feminidad y masculinidad no es un hecho biológico, sino el resultado de un proceso que se va fraguando en interacción con el medio familiar, escolar y social en una sociedad patriarcal. Aunque según las autoridades académicas se estima que las personas transexuales se sitúan entre el 0,1 al 2% de la población, cifra que incluye el tránsito de mujeres a hombres, en este artículo solo se abordará el problema de la transición de hombres a mujeres, dada su mayor frecuencia y trascendencia.

El sexo y el género

Se define a las personas transgénero como aquellas que tienen una identidad de género que difiere del sexo que tuvieron al nacer, conflicto que les genera disforia que puede expresarse en sufrimiento psicológico, ansiedad, depresión, riesgo de suicidio y, en ocasiones, una inadmisiblemente desaprobación, acoso y rechazo social. Ante un caso real de transexualidad, la terapia hormonal feminizante y la reasignación quirúrgica del

sexo pueden hacer que la disforia, hoy llamada incongruencia corporal, mejore, así como también es posible aumentar la calidad de vida de estas personas. No obstante, estas terapias no son inocuas para la salud, ya que entrañan riesgos evidentes que también conviene señalar, como son las trombosis, la embolia pulmonar, la infertilidad, la hiperpotasemia, la hipertensión, la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares. El Hospital sueco Karolinska, uno de los referentes internacionales en terapias de cambio de sexo, avaló los beneficios del uso de estas terapias.

Sin embargo, en agosto de 2020, este mismo hospital emitió un comunicado retractándose en cierto modo de las conclusiones de sus estudios anteriores, señalando que las personas transexuales tratadas tienen seis veces más probabilidades de tener trastornos del estado de ánimo y ansiedad, y más de seis veces más probabilidades de haber sido hospitalizadas después de un intento de suicidio. Antes de proseguir conviene disipar cualquier sospecha de transfobia en este texto, pues no se pretende negar la realidad ni el sufrimiento de quienes lo padecen, pero, pese a ello, la nueva distopía patriarcal que se deriva de la teoría queer supone el reconocimiento social del género. O sea, lejos de dinamitar los estereotipos sociales de género, consolidan su perpetuación con toda su carga patriarcal, incurriendo en una vuelta a las esencias femeninas del pasado. En este sentido, conviene recordar que el género femenino, establecido por la sociedad patriarcal, situaba a las mujeres en el ámbito doméstico, las prohibía ejercer el derecho al voto en las citas electorales y realizar gestiones bancarias. Y aún hoy las obliga en determinados países musulmanes a ocultarse tras el burka.

El trabajo doméstico, sin ir más lejos, lo siguen realizando mayormente las mujeres. Incluso en aquellas familias donde ambos cónyuges tienen un empleo asalariado, la actividad reproductiva, esto es limpiar, cocinar, comprar o coser es realizada sobre todo por mujeres. Es más, la pretendida igualdad entre mujeres y hombres como categoría política, jurídica y moral al ser sustituida por el concepto de diversidad queer (cisgénero, transgénero, género no binario y género fluido) conlleva un peligro para la mujer, pues cuestiona el concepto feminista de igualdad que exige

una sociedad sin géneros, ya que al mantenerse el concepto de identidad de género se perpetúa el sistema patriarcal que los produjo. Existe, sin duda, el riesgo del borrado de la mujer como sujeto jurídico debido a que la teoría queer niega la existencia del sexo biológico al que considera un constructo social, introduce el uso del término cisgénero con el que pretende clasificar a las mujeres que no tienen problemas con su cuerpo y apela a la autodeterminación del género mediante una simple declaración voluntaria en el Registro Civil, sin necesidad de demostrar disforia de género y ni tan siquiera cambiar de aspecto físico, ya que no va a ser obligatorio someterse a tratamiento hormonal ni a la reasignación quirúrgica de sexo, según propone la Ley Trans.

La autodeterminación de género, o supuesto derecho a cambiar el nombre y el género en el Registro Civil y en el Documento Nacional de Identidad sin necesidad de aportar informes médicos ni tratamientos hormonales, esto es sin cambiar la apariencia física y sin mediar injerencia externa alguna e incluso pudiendo decidir a edades muy tempranas, puede generar muchos y graves problemas, como ya sucede en Suecia, Australia, Inglaterra o Finlandia. Es, sin duda, cuestionable el concepto de madurez suficiente de los menores de dieciséis años, por lo que para cambiar de sexo en el Registro Civil deberían estar asistidos de sus padres y por profesionales médicos. Someterlos a tratamiento hormonal es, además de un peligro para su salud, una irresponsabilidad médica. Si bien una cosa es la despatologización y despsiquiatrización de la transexualidad, con las que estoy de acuerdo cuando ésta es real, otra muy distinta es impedir, como a veces sucede, el diagnóstico de enfermedades psiquiátricas subyacentes que pueden ser determinantes de una errónea voluntad de cambio de sexo y que con un tratamiento específico pueden curarse.

En este sentido, Celso Arango, jefe de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, afirma que la cifra de adolescentes que se reclaman transexuales se ha multiplicado, no solo por causa de enfermedades psiquiátricas latentes, sino también influidos por una extraña moda social, cuando, en realidad, estos jóvenes no son transexuales. En consecuencia, Celso Arango advierte del enorme daño que se puede causar a estos adolescen-

tes. La Asociación Amanda, nada sospechosa de transfobia, que agrupa a padres y madres de toda España, asegura sufrir la situación que el prestigioso psiquiatra denuncia.

Si bien la identidad sexual definitiva puede ser considerada como una búsqueda que culmina en una libre y madura elección, lo que no puede ser es que se convierta en un frívolo turismo sexual. Volviendo al concepto de cisgénero, cuyo origen parece sospechosamente misógino, convierte a la mujer en un inaceptable subgrupo que la debilita, pues las mujeres representan el 51% de la población y no admiten subdivisiones que las relegue a ser la parte de un todo. Nada que argüir en contra de aquellos hombres que gracias a la medicina puedan cambiar su apariencia biológica, pero no es aceptable que, porque estos se denominen personas transgénero, a las mujeres que no tienen problema con su sexo biológico se les sitúe en una otredad artificial como es el cisgénero, pues las mujeres son genuinamente mujeres. Dinamitar el género como constructo social opresor para las mujeres es una cosa deseable y necesaria, negar el sexo biológico o considerarlo un montaje social es otra muy distinta, pues niega la realidad. La autodeterminación de género que propone la Ley Trans, que confunde sexo y género, pretende presentarse como una exaltación de la libertad individual frente a la tiranía de la biología, lo que es un despropósito contrario a la ciencia. Desatino que, lejos de ser una ley progresista, es, si acaso, una extensión mercantilista del neoliberalismo, pues una vez más se mueve mucho dinero en torno al cuerpo de la mujer, como es el tratamiento hormonal feminizante y la cirugía plástica. Tras la disparatada disociación corporal que pretende la Ley Trans está el lobby trans que pretende imponer la agenda misógina, antifeminista y reaccionaria del generismo queer, vinculado a intereses de la industria biomédica y farmacéutica.

El sexo biológico

Hay que recordar que el sexo biológico viene determinado por los cromosomas sexuales XX y XY, hembra y macho respectivamente, siguiendo la misma división binaria que se utiliza con el resto de los mamíferos. Esta diferencia biológica determina la formación de los órganos reproductores y de los genitales externos de la mujer y del

hombre, además de producir hormonas masculinas y femeninas que intervienen en la procreación y gestación o en la configuración del aspecto corporal externo. En definitiva, el sexo biológico no es una construcción social, sino una realidad biológica. El sexo biológico es inevitable e inmutable, y rechazarlo, por tanto, es un despropósito, que no aporta más que confusión lingüística, además de problemas jurídicos y sociales. Otro hecho biológico diferencial es la presencia exclusiva en el núcleo de las células de la mujer de los corpúsculos de Barr o heterocromatina. En este sentido, el impacto es obviamente negativo para las mujeres, pues influye en las estadísticas que miden las desigualdades entre los sexos, en la integridad física de las mujeres presas, en los espacios separados por motivos de intimidad y seguridad, en el derecho de las mujeres a la paridad política y al deporte equitativo, así como en la asistencia médica específica y en la investigación sanitaria que contempla las diferencias físicas entre mujeres y hombres.

Es cierto que se dan casos de hermafroditismo o de personas cuyo físico se corresponde con un cuerpo femenino, pero sus cromosomas son XY, o sea aparentemente masculinos. Sin embargo, partiendo de estos casos aislados, no se puede afirmar que hay más de dos sexos, como pretenden algunos, cuando lo cierto es que solo hay dos. La ciencia genética explica mediante pruebas o evidencias que estos casos concretos son consecuencia de anomalías cromosómicas, como son las trisomías, deleciones, inversiones, traslocaciones y mosaicismo. Sirva de ejemplo el Síndrome de Turner, trastorno que afecta solo a las mujeres y que se produce cuando falta un cromosoma X. No son un nuevo sexo ni son medio mujeres, simplemente son de más baja estatura y presentan un mal funcionamiento ovárico, pudiendo ser estériles. Y estas cromosopatías explicadas científicamente no son políticamente incorrectas, ni contienen connotación peyorativa alguna ni el más mínimo atisbo de transfobia hacia las personas que las padecen. El negacionismo y las *fake news* alejan peligrosamente de la verdad y dañan intencionadamente al movimiento feminista.

El género cultural

El género, en cambio, sí es una construcción sociocultural que asigna una supuesta feminidad a

la hembra biológica y una imaginada masculinidad al macho biológico. Según el género sociocultural, el hombre es más práctico y lógico, más valiente, mejor capacitado para el pensamiento abstracto y para ocupar cargos de responsabilidad. La mujer, en cambio, es más sentimental, más sensible y social, por lo que se la considera más idónea para los cuidados de la descendencia y de las personas mayores y más hábil para las tareas domésticas. Obviamente estas diferencias son una construcción social, propia de la sociedad patriarcal, por tanto, falsas. El género, en consecuencia, no es una identidad, sino el conjunto de normas, estereotipos y roles, impuestos socialmente a las personas en función de su sexo.

El género es un instrumento que facilita y perpetúa la situación de subordinación en la que históricamente se encuentran las mujeres. Como afirma el feminismo radical, Radfem, el género tiene un origen económico, político, religioso, social y biosexual. En sentido similar, abunda Janice G Raymond, feminista radical lesbiana estadounidense y profesora emérita de estudios de la mujer y ética médica en la Universidad de Massachusetts, cuando afirma en *El imperio transexual; la creación de la mujer varón*, que todos los transexuales violan el cuerpo de la mujer al reducir la verdadera forma femenina a un mero artefacto. Quizá esta afirmación resulte excesiva, pero es muy expresiva si la aplicamos al sexo autodeterminado sin injerencia externa alguna. El género sociocultural es, en definitiva, reaccionario. Como dicen José Errasti y Marino Pérez Álvarez: “*nadie nace en un cuerpo equivocado*”, aunque es cierto que el choque de ese cuerpo natural con el estereotipo cultural que se le asigna es causa de malestar psicológico. La disforia de género surge como un serio conflicto entre el *ser-para-sí* y el *ser-para-otro*, cuya solución estriba en que un individuo pretenda ser visto y reconocido por el mismo y por el otro en base a un estereotipo con el que se identifica y que es contrario al que socialmente se le ha atribuido.

Esta elección de género no supera, sin embargo, la cuestión de los estereotipos sociales, pues el cambio de la supuesta identidad de género no va más allá de la sustitución de un estereotipo social por otro, pero sin modificar su contenido social, por lo que el género sigue siendo vehículo ideológico de rasgos psicológicos, roles sociales,

habilidades personales, funciones domésticas o competencias profesionales, que no se sustentan en ninguna evidencia científica, por lo que son falsos. ¿Qué ventaja tiene que un hombre, que disfruta del poder y de los privilegios que le otorga el género social masculino, quiera adscribirse al género social femenino que tanta opresión y desigualdad han sufrido las mujeres? Parafraseando a Amelia Valcárcel, si las mujeres hubiesen podido elegir el sexo en la década de los cincuenta, la mayoría seguramente hubieran optado por el sexo privilegiado, esto es el de los hombres. Si biológicamente somos hembras y machos, lo que no es una elección, sino una disposición biológica innata, una vez superado y desaparecido el género social, mediante una educación igualitaria, devendremos solo personas, esto es individuos o singularidades. Y sin género al que adscribirse, el cambio de la apariencia sexual, posible mediante tratamiento hormonal o reasignación quirúrgica de sexo, representa tan solo un cambio de aspecto físico, mera apariencia, pues los cromosomas permanecen inmutables y determinantes biológicamente, salvo bloqueo iatrogénico. Aun así, nada que objetar a quien desee y necesite cambiar su aspecto sexual. Conviene insistir, no obstante, en los riesgos que pueden tener los tratamientos hormonales en la salud, como son las trombosis, embolias pulmonares o trastornos cardiovasculares. No es, pues, una cuestión baladí, sobre todo si se estos tratamientos se prescriben antes de irrumpir la pubertad.

El tratamiento hormonal y la reasignación quirúrgica del sexo

Es necesario citar, aunque sea brevemente en qué consiste el tratamiento hormonal feminizante que induce a los cambios físicos deseados por los transexuales, que puede iniciarse antes de que comience la pubertad, evitando así que se desarrollen los caracteres sexuales masculinos, o en edad más madura como terapia de afirmación de género. Antes de comenzar la terapia hormonal feminizante, el médico evaluará el estado de salud del transexual para descartar o tratar cualquier afección médica que pueda llegar a afectar o contraindicar el tratamiento. El tratamiento comienza administrando bloqueadores de los receptores de las hormonas sexuales masculinas o andrógenos como la espironolactona o

el acetato de citoprosterona. A las cuatro u ocho semanas se administra un estrógeno, etinilestradiol, hormona que inicia el desarrollo de los caracteres femeninos, cambios que aparecen a los a los tres meses después de iniciado el tratamiento, aunque el cambio completo puede tardar en producirse de dos a tres años.

Algunos de cambios son irreversibles, como el crecimiento de las mamas, otros revierten con la suspensión del tratamiento. Mientras dure el tratamiento, son necesarios los controles médicos periódicos, con objeto de controlar la salud de la persona transexual sometida a hormonas feminizantes. En las clínicas privadas, o donde la seguridad social no cubre el tratamiento hormonal feminizante, el precio puede ascender a los 10.000 o 25.000 €. En cuanto al tratamiento quirúrgico, cirugía de reconstrucción genital y cirugía de reasignación genital se utiliza la vaginoplastia que incluye la extirpación del pene o penectomía, la extirpación de los testículos u orquiectomía, creación de una vagina utilizando tejido del pene o del colón y creación de un clítoris o clitoroplastia, que puede completarse con un aumento del tamaño de los senos mediante implantes y depilación láser para eliminar el vello facial o de otras partes del cuerpo. El precio de la vaginoplastia oscila entre los 16.000 y los 24.000 €. Ante los riesgos para la salud, la complejidad técnica, la duración del tratamiento y el coste económico, no es un requerimiento excesivo que se exija mostrar un patrón duradero e intenso de disconformidad o disforia de género y que la disforia hubiese comenzado o empeorado al comienzo de la pubertad.

El sistema sancionador

No se puede obviar otra cuestión de suma importancia, que puede llegar a tener consecuencias personales, sociales y mentales, como ciertos desarrollos paranoides. La Ley Trans despliega un régimen de infracciones y sanciones, muchas de ellas pertinentes, otras, en cambio, excesivas e incluso peligrosas, pues no solo impiden el legítimo debate, sino que la ley puede llevarnos a una sociedad disciplinaria, cuyo lema sea vigilar y castigar, de la que ya nos habló Michel Foucault. Así, padres, docentes y sanitarios, bajo la advertencia de sanción por delito de odio o transfobia, podrían verse obligados a formar una

especie de policía de género. La vieja utopía fascista o comunista, en la que el ser humano debía vivir a la vista de todos, se despliega así en el sueño surrealista de la casa de cristal de André Breton, que reconfigura las nociones de intimidad, suscitando, como designa Freud, un sentimiento inquietante de extrañeza e inseguridad, pues lejos de proteger a las personas, las expone a las miradas inquisitoriales de los demás, lo cual puede causar ansiedad y, sobre todo, desarrollos paranoides.

Conclusiones

Del análisis expuesto, pueden extraerse varias conclusiones, que obviamente no darán por finalizado el debate, pero que apuntan en una dirección.

En primer lugar, el sexo biológico es una realidad evidente a la que no puede restarse importancia ni reducirse a una simple tesis biológica con fecha de caducidad. Abolir el binarismo del sexo biológico o dimorfismo sexual que distingue a machos y hembras, único hecho incontrovertible, como pretende la teoría queer, teoría sin base científica, es un atropello.

En segundo lugar, el género es una construcción sociocultural que privilegia a los hombres en detrimento de las mujeres, por lo que su destino, mediante una educación estrictamente igualitaria, es desaparecer, deviniendo los seres humanos, independiente de su sexo biológico, individuos o singularidades.

En tercer lugar, Si el género es una construcción cultural propia de la sociedad patriarcal, carente de fundamento científico, puede afirmarse que la identidad de género no existe. De hecho, si lo idéntico, del latín *iden eadem idem*, del que se deriva la identidad, es lo que debe tener en común un determinado colectivo, el hecho cierto es que no hay rasgos psicológicos ni capacidades propias o específicas comunes a los hombres o a las mujeres. Todas las personas, independiente de que sean biológicamente hombres o mujeres, son distintas, por lo que la única identidad posible es la individual.

En cuarto lugar, no se trata de cuestionar ni negar la incongruencia corporal ni la transición

para aquellos que verdaderamente la necesiten, sino acreditarla. Las personas que presenten disforia sexual o incongruencia corporal acreditada, tienen derecho a cambiar su morfología sexual mediante tratamiento hormonal y quirúrgico, a inscribirse en el Registro Civil con su nuevo sexo reasignado y a que conste en el Documento Nacional de Identidad.

En quinto lugar, el género lingüístico debe mantener los artículos determinados “el” y “la”, atribuyéndolos respectivamente a los dos sexos biológicos existentes. El uso de la vocal “e”, con el que se pretende designar un supuesto sexo no binario, como es el caso de: “el chico, la chica, le chique”, al ser ajeno a la realidad biológica e inexistente en la morfología del idioma español, determina que su uso sea innecesario.

En fin, una cosa es el nefasto género cultural y otra es el género lingüístico, que responde a la necesidad de hacer inteligible la realidad, aportándole significación y sentido, pero libre de estereotipos culturales. En sexto lugar, un gobierno, sea de derechas o de izquierdas, puede cambiar muchas cosas, pero modificar arbitrariamente la naturaleza humana excede de sus competencias. El activismo del lobby trans ha popularizado las nociones de diversidad, fluidez y electividad del género, sin ningún fundamento científico, hasta el punto de convertirlos en una especie de refugio para jóvenes con malestares psiquiátricos o crisis propias de la pubertad, escenario que abre la puerta a la aplicación de tratamientos hormonales y quirúrgicos a capricho, que no están exentos de riesgo para la salud. Esta sobredemanda inducida por la moda, que según el prestigioso psiquiatra Celso Arango alcanza la cifra de un 70% de falsos transexuales, ha llevado a la periodista Abigail Shirier a calificar la situación de preocupante locura contagiosa. Y en esta sociedad de pretensiones transhumanistas, en este contexto de confusión tan extendida, tener el poder político de decidir sobre la naturaleza humana, reduciendo el sexo biológico a una biovulva o a un biopene susceptibles de ser modificados quirúrgicamente a demanda y sin intervención médica que lo acredite, puede iniciar el camino de un inquietante y pseudocientífico desfundamiento moral.



Contacto

Fabricio de Potestad Menéndez ✉ fabriciodepotestad@hotmail.es ☎ 649 401 953
C/ Ardantzeta 21, 3º A. Berriozar, Navarra • 31013 Pamplona

Bibliografía

1. Adon, P.: "Tsunami; miradas feministas". Editorial Sexto Piso. Madrid, 2019.
2. Beauvoir, S.: "El segundo sexo". Ediciones siglo XX. Buenos aires, 1977.
3. Freixas, L.: "Todos llevan máscaras". Editorial Sexto Piso. Madrid, 2018.
4. Freud, S.: "El Yo y el Ello". Obras completas, tomo VII. Biblioteca Nueva. Madrid, 1972.
5. Foucault, M.: "Vigilar y castigar". Ediciones siglo XXI. Madrid, 1990.
6. Foucault, M.: "Espacios de poder". Ediciones la Piqueta. Madrid, 1981.
7. Lacan, J.: "La letra y el deseo". Homo Sapiens, Buenos Aires, 1978.
8. Lipovetsky. G.: "La tercera mujer". Editorial Anagrama. Barcelona, 2002.
9. Miyares, A.: "Democracia feminista". Ediciones Cátedra, valencia, 2003.
10. Miyares, A.: "Distopías patriarcales: análisis feminista del generismo queer". Ediciones Cátedra. Valencia, 2021.
11. Miyares, A.: "Delirio y misoginia trans". Ediciones Cátedra. Valencia, 20229
12. Potestad, F. Zuazu, A.I.: "Conciencia, libertad y alineación". Editorial Desclée de Brouver, SA. Bilbao, 2007.
13. Sartre. J.P.: "Teoría de las emociones". Alianza Editorial. Madrid, 1971.
14. Sendón, V.: "Ser mujer". Labrys Editorial. Sevilla, 2018.
15. Shrier, A.: "Un daño irreversible". Deusto S.A Ediciones. Bilbao 2021.
16. Valcárcel, A.: "Feminismos en el mundo global" Ediciones Cátedra. Valencia, 2008.

- Recibido: 18/10/2022.
- Aceptado: 19/12/2022.

Heroína, un medicamento de éxito, probado hace 20 años en un ensayo clínico en España.

Heroin, a successful drug, tested 20 years ago in a clinical trial in Spain.

Joan Carles March. Médico, investigador, Profesor en Escuela Andaluza de Salud Pública- EASP. Granada.

Resumen: Hace 20 años, un proyecto que utilizaba la heroína como medicamento fue aprobado por la Agencia Española del Medicamento. Un año después, empezó en Granada una experiencia única en España: el segundo ensayo clínico en el mundo donde se utilizaba la heroína como medicamento, el PEPSA. El proceso fue largo y tortuoso, sin duda una gran experiencia y claramente, un gran acierto.

Palabras clave: heroína, uso médico, ensayo clínico, PEPSA, EASP.

Abstract: 20 years ago, a project that used heroin as a medicine was approved by the Spanish Medicines Agency. A year later, a unique experience began in Granada: the second clinical trial in the world where heroin was used as a medicine, PEPSA. The process was long and tortuous, undoubtedly a great experience and clearly, a great success.

Key words: heroin, medical use, clinical trial, PEPSA, EASP.

Seis años de espera era un punto de partida complicado, pero después de más de nueve meses de arduo trabajo con cada uno de los pacientes, encontramos que el medicamento heroína podía ser una nueva alternativa para el tratamiento de los heroínómanos que no les había ido bien en anteriores tratamientos. Varias cosas estaban contribuyendo a esta victoria parcial: la salud física de nuestros pacientes del grupo de heroína mejora más de cuatro veces más que la de los del grupo de metadona, la salud mental mejora casi el doble, el riesgo de contagiarse con el VIH es casi cuatro veces menor y la actividad delictiva se reduce más del doble. Un resultado esperanzador de un proyecto difícil, complicado, pero probablemente, el mejor proyecto de salud pública de la Escuela Andaluza de Salud Pública en sus 37 años de vida.

Hablar de heroína terapéutica puede sonar a algo raro, pero la realidad es que a personas que han estado perdidos en el mundo de la droga, gastando todo su dinero y el de sus familias

en ello, entrando en un pozo sin fondo lleno de dolor, enfermedad, malestar personal y familiar, infecciones, problemas físicos y mentales, delincuencia, robos, daños... era necesario buscarles una solución. Y la solución la habían encontrado ingleses utilizando la heroína en la farmacopea británica hace años, le siguieron los suizos con un proyecto que afectaba y sigue afectando a casi todo el país y a más de 1.000 pacientes, para posteriormente Holanda plantear un ensayo clínico del que nosotros en Granada, en la Escuela Andaluza de Salud Pública, con apoyo de profesionales suizos y discusiones y debates con investigadores de Alemania, Reino Unido y Holanda fuimos capaces de poner en marcha.

El resultado de todos los estudios (Inglaterra, Suiza, Holanda, Alemania, Canadá y España, a los que hay que añadir actualmente, Bélgica, Luxemburgo, Francia, Dinamarca y Noruega) nos dice que la heroína terapéutica es un medicamento eficaz y seguro que ayuda a mejorar la salud y

la calidad de vida de heroinómanos que no les había funcionado dos intentos terapéuticos anteriores, que sus familias les habían abandonado a su suerte, que no tenían trabajo y muchos ni vivienda, que se pasaban el día en la calle, buscándose la vida para poder subsistir un día más en pésimas condiciones. Y la realidad en positivo fue aún más allá: disminución de la infección por el virus del sida y de la hepatitis, disminución del consumo de drogas ilegales, mejora de peso y de estado salud general, mejora de la salud mental, acercamiento a sus familias y a su entorno social y disminución espectacular de la delincuencia.

Poca gente esperaba que tuviéramos éxito, pero la realidad fue espectacular. Hay algunas personas que nos tachaban de locos, de poco profesionales, de dar una «droga» en el hospital, de no ayudar a solucionar el tema de la droga... Pero nuestro programa ha sido un espaldarazo de salud y vida para muchas personas, ya que les ha devuelto la alegría de vivir, de sentirse personas con dignidad y la cabeza alta, con posibilidades de iniciar una nueva vida, recuperando sus amigos de siempre, los que no les fallaron. Sus familias, se sentían agradecidas día a día y todo gracias al empeño de la búsqueda de alternativas a los tratamientos existentes hasta el momento.

Antes de empezar el ensayo clínico de heroína, los participantes decían cosas así: “Me veo como alguien que tiró la toalla hace tiempo y que ya no espera nada de la vida”. Hablaban de obsesiones por el dinero y los picos: “Mi obsesión es conseguir el dinero cada día para ponerme mis picos”. De necesidades y sentimientos: “No se dan cuenta de que, además de droga, necesitamos calor, buen trato y respeto”. También hablaban de animales y lágrimas: “Aunque muchos piensen que actuamos como animales, también sentimos, sufrimos y lloramos como todo el mundo”. De todo lo que tienen perdido: “El problema, además de necesitar una droga, es que lo tenemos todo perdido: amigos, familia, hijos, trabajo, un montón de juicios pendientes”. O de los pocos ánimos que llevan encima: “¿Con qué ánimo puedes plantearte cambiar la vida?”. Todos y todas discutían sobre las razones para vivir: “La vida que llevamos nos deja pocas razones para tener un motivo por el que vivir”. De tormentos: “La vida ya es sólo un tormento”. De muerte: “Yo sé que muchos piensan que mejor

estaríamos muertos”. De formas de ser vistos: “Si éstos conocieran qué está pasando cualquiera de nosotros, seguro que cambiarían su forma de vernos”. E incluso de felicidad: “Ser feliz no es sólo tener la droga que necesitas, es sentirte respetado y tratado como todo el mundo”.

Hace casi veinte años, un paciente decía que había visto la luz, junto a otro que comentaba que se sentía mejor en un 100%, «mejor dicho en un 95%». Hoy 20 años después emociona ver a Miguel Ángel, agradeciendo muchas mañanas haber podido estar en este proyecto diciendo: «me has salvado la vida». Y Javier que comenta que su vida es ya otra cosa, o Pedro que habla de un tiempo pasado que no volverá porque su vida ahora es cada vez más bonita o Carmen que haciendo deporte y trabajando ve la realidad con ojos de felicidad y... Desde los primeros días del ensayo clínico, todo era visto como distinto: “Es distinto a los otros intentos que he hecho hasta ahora”. O creen que esta vez es de verdad: “Sabes que al final de rellenar un montón de papeles puede, de verdad, cambiar tu vida”. Que el infierno puede irse lejos: “Este proyecto nos puede sacar del infierno”. Y puede entrar la esperanza gracias a una sustancia que ha cambiado de signo: “Heroína en el hospital. ¿Quién me lo iba a decir? Espero poder entrar porque sé que mi vida va a dar un giro total”. Todo en definitiva en busca de una ilusión: “Mi ilusión es poder ser como una persona normal, que no necesita robar, ni entrar en la cárcel, ni buscarse problemas, y sobre todo poder llegar a levantarme y no ver sólo droga”.

Una década de investigación en Reino Unido, Suiza, Holanda, España, Bélgica, Luxemburgo, Alemania, Noruega y Canadá apoya el uso de la terapia con heroína para los pacientes adictos a los opiáceos más difíciles, por su seguridad y eficacia.

Artículos publicados en las más prestigiosas revistas médicas internacionales (New England Journal of Medicine, BMJ, Drugs and Alcohol Review, Lancet, Addiction, Journal of Substance Abuse of treatment...) lo avalan. Ello debería servir para que el uso del tratamiento con heroína en la práctica clínica de toda Europa y por tanto de todas las comunidades autónomas de España fuera una realidad para los pacientes que en cualquier lugar cumplan los criterios de las personas

que han participado en el ensayo clínico PEPSA (mayores de 18 años, dependientes de opioides durante más de dos años, consumo habitual por vía intravenosa, al menos 2 tratamientos anteriores con metadona acreditados y simultáneamente dos de las siguientes condiciones: presencia de enfermedades infecciosas asociadas a la vía intravenosa, problemas de salud mental, y desajuste social y familiar).

Los resultados generales fueron uniformemente positivos. Todos los estudios realizados en el mundo han (hemos) encontrado que la heroína prescrita como producto farmacéutico hace exactamente lo que se espera que haga en los alrededor de 4.000 pacientes en el mundo que la utilizan y constituye un tratamiento para un grupo de adictos que no les han funcionado otros tratamientos a través de su implicación en una relación sanitaria positiva: reduce su actividad delictiva, mejora su estado de salud general, mejora su calidad de vida, disminuye el consumo de drogas ilegales, disminuye las conductas de riesgo del VIH y aumenta su afianzamiento social mediante la estabilización del empleo y el domicilio y el contacto con la familia. La Junta de Andalucía planteó una estrategia avanzada y valiente y propuso hace 20 años la utilización de la heroína como medicamento. Era y es La Solución Receta. El resultado del ensayo fue exitoso ya que la heroína-medicamento ayudó a mejorar la salud de la ciudad de Granada al disminuir en un 1.700% los delitos de las personas que entraron en el ensayo clínico, además de mejorar la salud física, mental, social y familiar de heroinómanos que hoy siguen tomándola en el Hospital Virgen de las Nieves. Esta receta de la heroína-medicamento, convirtió a Granada en 2003.

El tratamiento de la heroína puede parecer caro, pero los resultados de los estudios coste-beneficio suizos, holandeses y alemanes indican que el ahorro por persona y día es muy significativo. Y como dicen los pacientes españoles (de Granada): «Nosotros hemos ido viendo cómo nuestras vidas cambiaban, cómo la esperanza de tener una vida digna algún día se iba haciendo realidad. Y, aún más importante, la vida de nuestras familias y de las personas de nuestro entorno también han cambiado». «Frente a la realidad de vernos y casi no creernos lo positivo de esta experiencia también hemos ido viendo y leyendo tristemente que nuestras vidas no merecían el dinero que ha cos-

tado esta experiencia a la sociedad que es quién paga. Sabemos que para muchos mejor estaríamos muertos, que nosotros nos lo hemos buscado». «Pero ¿cuánto vale la vida de uno de los chicos que recibimos un tratamiento que, aunque en la calle mata, en el hospital nos está devolviendo la dignidad y la vida?». «Hemos vivido durante años sintiendo vergüenza de ser lo que éramos, escondiéndonos de todo y de todos, destrozando la vida de cualquiera que nos rodeara. Y ahora que han puesto a nuestro alcance el medio para volver a la sociedad de la que hace años salimos, vemos que hay mucha gente que nos cierra las puertas, cualquier puerta. A todos ellos, no les pedimos que olviden y si es que en alguna ocasión les hemos causado daño, basa les pedimos que nos perdonen. Pero también que comprendan que queremos aprovechar esa oportunidad. Es verdad que el consumo de heroína en la calle mata, pero hay algo que acelera todas las muertes: la intransigencia. Solo pedimos comprensión. Es barata». La existencia ahora de resultados positivos de diversos ensayos hace sugerir dos cuestiones muy importantes. La primera es si es útil continuar prohibiendo el uso médico de la heroína aun cuando ha demostrado ser efectivo y viable en numerosos estudios en todo el mundo. La segunda, si, mientras tanto, ¿es aceptable que otros pacientes que «lo necesitan» no se puedan beneficiar de un tratamiento eficaz y seguro?

Siento una gran alegría de haber podido dirigir una investigación única en el mundo y de la que me gustaría que se beneficiaran personas de toda España porque la heroína, según estudios publicados en las mejores revistas científicas del mundo y ratificado por el Observatorio Europeo de Drogas, es un buen medicamento para personas que la droga heroína les ha lleva a un precipicio personal y familiar. El tratamiento de la heroína puede parecer caro, pero los resultados de los estudios coste-beneficio suizos, holandeses y alemanes indican que el ahorro por persona y por día es muy significativo.

Bajo estas palabras y con la evidencia de los estudios, pedimos a los políticos, a los gobiernos, tres cosas:

1. Que cualquier ciudadano/a español (europeo) que cumpla los requisitos del ensayo clínico de heroína, viva donde viva en España, pueda

tomar el medicamento que a los pacientes en Granada les ha devuelto la vida y la salud física, social y familiar.

2. Que se faciliten el uso de nuevas formas de la heroína, cómo es heroína en comprimidos, la heroína oral, que ayude a encontrar nuevas alternativas terapéuticas a las existentes actualmente (metadona, buprenorfina, heroína inyectada, programas libres de drogas...)
3. Que se fomenten (y más en estos tiempos de crisis) programas de apoyo psicológico, deportivo, legal, digital, social, de empleo... a personas que las drogas los sacó hace tiempo de todo «mercado».

Si hace 20 años, políticos de la Junta de Andalucía fueron capaces de dar un paso adelante en el abordaje del problema de las drogodependencias y buscar nuevas alternativas terapéuticas con un programa con heroína como medicamento, con la evidencia científica en la mano, espere-

mos que hoy y mañana, cualquier ciudadano/a español que la necesite, la pueda usar. Y es que la heroína también salva vidas. Ellos/ellas (su dignidad), junto a la de sus familias y la sociedad en su conjunto lo agradecerán.

La existencia ahora de resultados positivos de diversos ensayos hace surgir algunas cuestiones:

¿Es útil continuar prohibiendo el uso médico de la heroína aun cuando ha demostrado ser efectivo, viable y seguro en numerosos estudios de todo el mundo?

Y mientras tanto, ¿es aceptable que “otros pacientes” en España, que lo necesitan, no se puedan beneficiar de un tratamiento eficaz y seguro?

Un último deseo: hace falta una política europea conjunta que genere una actuación común en drogodependencias que sume las intervenciones que hoy ayudan a más de 3.000 heroínómanos.

Contacto

Joan Carles March ✉ tatesjoan@gmail.com
C/ Recogidas 24, portal A, escalera B, 5 A • 18002 Granada

Bibliografía

- M.V. Zunzunegui (1999). ¿Es la prescripción médica de la heroína una opción de tratamiento para la adicción a la heroína? *Med Clin (Barc)*
- J.C. March et al. (2001). La drogadicción por vía intravenosa, un problema de salud pública en España, que necesita proyectos alternativos. *Aten Primaria*.
- A. Mino. Análisis científico de la literatura sobre la prescripción controlada de heroína o de morfina. Informe solicitado por l'Office Fédéral de la Santé Publique Suisse.
- R.L. Hartnoll et al. (1980). Evaluation of heroin maintenance in a controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*.
- Van den Brink W, Hendriks V, Blanken P, et al. (2002). Medical Co- prescription of heroin. Two randomized controlled trials. Ed: Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts (CCBH) [citado 10 May 2005]. The Netherlands. Disponible en: www.ccbh.nl
- Eugenia Oviedo-Joekes, Joan Carles March Cerdà, Ma José Ramos Montserrat, Rosario Ballesta Gómez y María Ángeles Prieto Rodríguez. Percepción del estado de Salud y utilización de servicios sanitarios por parte de las personas internas en una prisión andaluza, 1999. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79: 35-46.
- Eugenia Oviedo Joekes, Manuel Romero Vallecillos, Joan Carles March Cerdá, Mlguel A. López Rus, Emilio Perea-Milla López Uso y valoración de los servicios sanitarios y de la medicación antirretroviral en personas diagnosticadas de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, Vol. 23, N.º. 2, 2009, págs. 121-126.

- Emilio Perea-Milla; Luis Carlos Silva; Joan Carles March; Francisco González-Saiz; G Francisco Rivas Ruiz; Alina Danet; Manuel Romero-Vallecillos; Eugenia Oviedo Joeques (2009). Efficacy of prescribed injectable diacetylmorphine in the andalusian trial: Bayesian analysis of responders and non-responders according to a multidomain outcome index. *Trials*. 14- 10, pp. 70 - 70.
- Nuria Romo; Mónica Poo; Rosario Ballesta; Joan Carles March (2009). From Illegal poison to legal medicine: A qualitative research in a heroin-prescription trial in Spain. *Drug alcohol rev.* 28 - 2, 186-195.
- Joan Carles March; Eugenia Oviedo Joeques. (2007). Nursing in an intravenous heroin prescription treatment. *Journal of addictions nursing*. 18 - 1, pp. 13 - 20.2007. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10884600601174425>
- Joan Carles Marcg, Eugenia Oviedo, Emilio Perea. CONTROLLED TRIAL of PRESCRIBED HEROIN in the TREATMENT of Opioid addiction. *J. subst. abuse treat.* 31, 2, 203-211. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2006.04.007>

- Recibido: 10/12/2022.
- Aceptado: 30/12/2022.

Rituales: Función y Encaje. Casos clínicos.

Rituals: Function and Lacey. Clinical cases.

Nicolás Vucínovich Roca.

Psiquiatra. USMC "Oriente", Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen: La intención de este trabajo es, apoyándonos en 8 recortes clínicos, analizar la función de los rituales y su encaje subjetivo en estos pacientes. Retomaremos el doble rasgo egodistonia/ egosintonía como elemento orientador en el diagnóstico del Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Palabras clave: TOC, egosintónico, egodistónico.

Abstract: The purpose of this work, based in 8 brief clinical cases, is to analyze the function of rituals and the insertion in subjectivity. We will consider the double feature egodystonic/egosyntonic as an orientation for the diagnosis in Obsessive-Compulsive Disorder.

Key words: egosyntonic, egodystonic, OCD.

Introducción

La intención de esta presentación es reflejar la posible función y encaje subjetivo de estos rituales en los diferentes casos. Con encaje subjetivo me refiero a la vivencia del paciente frente a estos rituales, cómo son experimentados por ellos: para algunos absurdos, rechazables, egodistónicos, para otros necesarios, integrados, egosintónicos, para otros indispensables e indiferentes, simplemente presentes. Y en cuanto a la función de estos rituales, como posibles amortiguadores de angustia, como se verá en los diferentes casos: ya sea frente a los otros invasores, a los bordes del cuerpo o frente a los pensamientos que irrumpen en la conciencia.

Me planteo esta reflexión como necesaria, por la dificultad que se nos presenta a la hora de diagnosticar un paciente como "TOC" en algunos casos, no pocos, y sobre todo en los que predominan los rituales sobre las ideas obsesivas, y en

los que estos rituales son vividos de forma egosintónica, sin resistencia por parte del paciente. Esta dificultad está jalonada por las diferencias de criterio que existen entre la CIE 10 y la DSM 5.

Para la CIE 10, el diagnóstico TOC incluye a la neurosis obsesivo-compulsiva y, aunque no menciona la "egodistonia" entre las condiciones diagnósticas, sí aluden a ella con precisión: "El paciente reconoce que se originan en su mente" son reiteradas y desagradables" el paciente intenta resistirse a ellas... pensamientos obsesivos y actos compulsivos no son en sí mismo placenteros". Por otro lado, la CIE 10 refiere estas características tanto para las obsesiones como para las compulsiones: "Las obsesiones y las compulsiones comparten las siguientes características, que tienen que estar presentes todas" (1).

La DSM 5 define las obsesiones y compulsiones por separado y, aunque habla sobre el carácter egodistónico de las obsesiones (no en las com-

pulsiones), matiza: “en la mayoría de los sujetos causa ansiedad o malestar importante”, contemplando así esta “minoría” que se escapa a la generalidad. De las compulsiones destaca el elemento repetitivo sobre el egodistónico. Esto podría justificar la relación establecida entre el TOC y otros nuevos “trastornos relacionados” en los que predomina claramente el elemento compulsivo: acumulación, tricotilomanía, excoriación. Pero el elemento que más lo distingue y aleja de la clásica condición de egodistonia es la especificación “Con ausencia de introspección/ con creencias delirantes: el sujeto está completamente convencido de que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son ciertas”.

Les ofreceré 8 recortes clínicos breves. Estos pacientes presentan comportamientos, conductas, que se han considerado, en algún momento de su evolución, como rituales. Elijo el término ritual y no compulsión, porque este último remite con más fuerza al TOC y, como veremos, las conductas ritualizadas pueden observarse en otros cuadros clínicos.

Casos Clínicos

Caso 1

Paciente de 50 años. Desde la infancia en seguimiento con diagnóstico de autismo/psicosis infantil. En consulta toca de forma compulsiva los objetos que le rodean: estira los brazos y toca con los dedos la pared y vuelve rápidamente a retraerlos; continúa repitiendo este gesto, con la pantalla del ordenador, los papeles, la mesa, la pared de atrás, mi teclado. No puede explicar por qué lo hace: cuando le interrogo por este gesto, responde repitiéndolo. Cuando hace viento, no puede soportar ver los árboles moviéndose por la ventana de la consulta, sacudiendo las ramas: se descontrola y agita (le ha dicho a su hermana que a veces “ve como si hubiera una persona en el árbol”). El padre asegura que cuando se agita, se tranquiliza si lo abrazan. En su casa, no soporta que le cambien las cosas de sitio: tiene que comprobar que no le falte nada en la habitación.

Caso 2

Paciente de 45 años, desde los 7 atendido por “rarezas en la conducta”. Terminó el instituto: “la pasaban sin aprobar, aunque sabe leer y escri-

bir”. No tiene relaciones sociales. Diagnosticada de TOC desde los 14 años. Sus padres recuerdan: “tardaba una hora en ducharse y una hora en ponerse los calcetines, tenía que ser de una manera precisa”. Ella dice: “tengo que mirarlo todo para saber que eso está ahí... puedo pasarme una hora mirando”. Mira, revisa, se toca los bolsillos y comprueba que no se le haya caído nada: la tarjeta del metro, la Tablet, el móvil, dinero, papeles. Controla su habitación, comprueba que no le quiten nada. “Miro para saber que está todo en su sitio, que no me falta nada”. Estas conductas no causan angustia o conflicto, ni intenta refrenarlas o controlarlas: “soy muy ordenada e higiénica”, dice. Niega haber padecido ideas obsesivas asociadas a estas manías. Antes de iniciar el seguimiento en nuestro equipo, “pasaba horas delante del espejo, mirando su imagen”, y continúa haciéndolo: “miro mi imagen”, explica simplemente. Antes del ingreso que precedió a su seguimiento en nuestra unidad, presentó un episodio de agresividad hacia el padre. Este pasaje al acto no ha despertado culpabilidad en la paciente.

Caso 3

Paciente de 50 años de edad. Su padre consultó con un psiquiatra y neurólogo en la infancia: “cuando era niño se alejaba de la gente, se escondía”. Durante la educación primaria comenzó a relacionarse con niños. Se encuentra en seguimiento con diagnóstico TOC desde hace 25 años en diferentes centros. Desde la adolescencia refiere perfeccionismo, “lo quería todo simétrico, que no faltara nada, miraba el plato y la cuchara, que no hubiera un bicho, que estuviera en buen estado”. Pasa horas delante del plato, sin comer, mirando y comprobando. Ha llegado a perder peso y a ser ingresado por esta incapacidad para iniciar el movimiento y alimentarse. Desde la adolescencia las “manías” y controles, comprobaciones, han aumentado. Mirar a su alrededor antes de entrar en el cuarto de baño, “tengo que mirar dónde están las cosas, las esquinas de las repisas, los muebles, el borde de la puerta, para no chocarme, para que no se me meta algo en el ojo”. Estas comprobaciones lo han ocupado hasta llegar a orinarse en el umbral del baño sin poder entrar en él. Se sienta delante de un vaso de agua y no puede beber: “tengo que mirar el vaso, luego pensar en estirar el brazo, con cuidado, para



que no se me caiga”. Se tiene que rascar para coger las cosas, antes de estirar el brazo. Cuando se sienta en la silla (antes permanece de pie mirándola y rascándose la barbilla), mira cómo está sentado, que esté centrado, lo comprueba una y otra vez, dice, “para no caerme”. Comprueba su ropa, cómo está puesta, sus zapatos: ha dormido vestido durante años para no tener que corroborar que su ropa esté “bien puesta”. Si está en la calle: se detiene, se queda parado rascándose la cabeza, mira para atrás, comprobando su posición, lo avanzado, comprueba que no haya nadie detrás suyo, se toca el bolsillo para comprobar que no hubiera perdido el paquete de tabaco. Repite el gesto de rascarse la cabeza antes de comenzar con algún movimiento, cuando se propone iniciarlo, y carraspea antes de comenzar a hablar. El discurso se interrumpe con frecuencia, carraspea, vuelve a comenzar; piensa lentamente y se interrumpe. Se queja por quedarse “en blanco”, sin poder pensar. En ocasiones, cuando se lo interrumpe durante estas comprobaciones, o lo empujan en los momentos en los que está bloqueado, se agita: rompe lo que tiene a su alcance, (sillas, mesas, tira el plato) grita.

Caso 4

Paciente de 60 años, en tratamiento desde los 27 con diagnóstico de trastorno de ideas delirantes persistente, y desde hace un tiempo en seguimiento por otro psiquiatra con diagnóstico TOC. Recuerda el inicio del cuadro: “a los 17 años fumaba porros y pensaba que la gente se reía de mí y me miraban de forma rara”. Dejó de consumir porros, pero las “cosas raras siguieron”. Lo contrataron como auxiliar de limpieza en una empresa, y allí, una noche, “vi una raya del suelo, de las que separan las baldosas una de otra, y se me pegó” al principio pensé que se me quitaría, pero ya todo lo hacía con la raya” así le puse yo el nombre... pensaba que las mujeres me lo iban a notar y me aislaba, también pensaba que no era hombre, y que no era normal: veía a los demás perfectos y yo no me veía y pensaba que no estaba hecho del todo y me preguntaba qué es lo que yo era”. Describe esta raya en términos reales, no metafóricos: “la raya me pasa por las manos, cuando toco las cosas... camino raro porque voy pisando la raya, voy pisándola con los dos pies”. En otra entrevista: “cuando voy andando voy pisando mis pensamientos con la raya... me hace

sentir mal el cuerpo: no lo tengo cohesionado”. Dice: “todo lo que hago tengo que hacerlo con la raya, mis movimientos, mis pensamientos, desde que me levanto hasta que me acuesto, no se despegan de mí”. Dice de sus pensamientos: “la raya no deja que fluyan libremente” me impide abrirme a una conversación” pienso y hablo con la raya...la raya me está devorando el cerebro, me quita capacidad”.

Caso 5

Paciente de 57 años, en tratamiento desde los 27 años con diagnóstico de trastorno esquizofrénico. Su rutina diaria, doméstica, está plagada de rituales. Tiene que acostarse a las 7 de la tarde, explica: “porque después de acostarme tengo que levantarme y cerrar todas las persianas y ventanas, y controlarlas bien, y eso me lleva horas”. Interrogada por la razón de este control, dice: “tengo que cerrar las ventanas porque ellos hacen que me de golpes, que se me caigan las cosas de las manos... cierro las ventanas, pero ellos tienen poderes que pasan... por las noches pienso que soy la elegida de Dios y que va a venir a buscarme”. Estas mismas comprobaciones las practica, siempre de la misma forma, antes de cocinar, ducharse y salir de su casa, y siempre con la misma finalidad: evitar que “ellos” influyan para que se equivoque o se le caigan las cosas de las manos. Dice: “me da vergüenza decir estas cosas porque tengo una parte de cordura”. Sin embargo, ella vive estas precauciones con la certeza de ser necesarias: nunca se debate entre hacerlo y no hacerlo, no hay resistencia.

Caso 6

Paciente de 55 años, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. En una entrevista se recoge su malestar emocional en relación a la temática delirante. “El vecino me hace un buen marcaje... si me acuesto a las 9 me hacen la vida imposible... no me dejan hacer lo que yo quiero, estoy condicionado... Tengo que hacer cosas que les guste a las voces, no lo que me gusta a mí sino lo que les gusta a ellos y así me dejan en paz... Mi cabeza no funciona y eso les molesta a ellos y me atacan... no puedo tener un mal pensamiento... entonces vienen las voces, los ruidos...” (...) “pienso: si no me toco me va a ocurrir algo malo... de pequeño

no tocaba las cosas: pensaba que se iban a morir mis padres” por eso aparecieron las voces, para que no se murieran mis padres”. “Cuando a mi cabeza no le gusta como he hecho el movimiento, lo hago otra vez “. “me tengo que levantar en el minuto 52, que es el que me viene bien, no puede ser entre el minuto 1 y el minuto 30, no puedo porque marco ese día del mes y ese día va a pasar algo”. “Toco las puertas, toco lo que mi cabeza quiere que toque... todo son protocolos”. “Mientras no me vea nadie mejor”.

Caso 7

Paciente de 34 años. Comienza a los 16 años con fantasías omnipotentes y mágicas: haber vendido su alma al diablo a cambio de ciertos poderes, potencias que pudiera adquirir. Desde el comienzo la paciente no cree en la realidad de este contrato, sino que lo vive en el campo de la fantasía, sin compartirlo por considerarlo como un pensamiento absurdo. Tiende a dudar de todas sus afirmaciones: dice y rectifica, de forma compulsiva revierte sus afirmaciones: “tengo que decir el lado bueno y el lado malo”. Culpa patológica frente a cualquier pensamiento o fantasía de tipo agresivo (que mueran sus padres, que muera su hermana): se castiga nombrándose como una psicópata, asesina en serie, y se proyecta en el futuro como una “indigente”. En una entrevista dice estar angustiada frente a la idea, intrusiva, egodistónica y recurrente, de que su sobrino pudiera morir. Dice: “tengo que repetir en la cabeza, cada vez que pienso eso, las palabras: Nunca - Amén, y así me calmo hasta que vuelve a aparecer la idea y vuelvo a repetirlas, Nunca - Amén”. Interrogada acerca de estas palabras, despliega una serie de asociaciones que ella supone como “significativas”. Las asocia con las creencias religiosas de su padre (“es demasiado religioso”), su soledad (“él dice que nadie lo comprende”) y su relación con ella: “él quería, desde pequeña, que yo compartiera estas cosas con él, la semana santa y la religión, y lo intenté, pero me aburría”. No se considera “religiosa”: estas imágenes que irrumpen en sus síntomas (el diablo concediéndole poderes, la palabra Amén) las relaciona con elementos idealizados de su padre, de los cuales ella se ha desmarcado. Al cabo de la entrevista habla de la fragilidad de su padre, su deterioro físico, y la cercanía de su muerte, y cómo esto le angustia.

Caso 8

Paciente de 65 años, en seguimiento discontinuo desde hace 20 años. Desde el inicio del cuadro (coincide con el inicio de su vida en pareja), comienza con ideas intrusivas de suciedad, contaminación, limpieza: tiene que ducharse, limpiar la casa, todo lo que toca. Esto le ocupa horas, y a veces evita salir de su casa “para no tener que ducharme después”. Interrogado sobre la compulsión por limpiar, dice: “tengo que limpiar las marcas que dejan los dedos en los interruptores” es como si borrara las huellas que dejo, como si no quisiera dejar huellas”. Cuando le pregunto por esto, dice: “nunca tuve hijos por este miedo a dejar huellas”. Habla de la partida de su padre de su casa, cuando se divorciaron: “yo quería ocupar su lugar”. Continúa hablando de las huellas, que un amigo imprimió en él: el gusto por la lectura. En otra entrevista, que coincidió con el alta hospitalaria de su mujer después de una intervención quirúrgica y la estancia del paciente en el hospital para cuidarla, dice: “me apareció una manía nueva: ahora, cuando leo un libro, es como si quisiera estudiarlo, retenerlo, tengo que leerlo 10 veces” cuando miro un documental en la TV tengo que verlo 10 veces, vuelvo atrás y miro el nombre del experto” sé que se me va a olvidar al final, pero no quiero que se me escape nada, no quiero perder nada”. Cuando le pregunto por este miedo a perder algo, recuerda la intervención de su mujer, y dice: “no estuve muy preocupado”, y agrega: “si ella se fuera de mi lado yo no podría vivir, soy muy dependiente de ella, mi vida la he hecho en torno a ella”.

Análisis de los casos

Hasta aquí los 8 recortes clínicos. Agrupo los 8 casos en tres bloques para su análisis.

Los 3 primeros casos comparten algunas características

- recibieron atención desde la infancia, por “razas”; a lo largo de su desarrollo han requerido, hasta el presente, de los cuidados de su entorno familiar, social o institucional; no han desarrollado actividades laborales ni relaciones sociales o de pareja.
- Los pacientes nunca han referido pensamientos incómodos, intrusivos, desagradables, que



quisieran repeler, y niegan haberlos experimentado nunca. No se observan ideas obsesivas como tales.

- En cuanto a las conductas ritualistas: las comprobaciones nunca han remitido a una idea más que a la relación de su cuerpo con lo inmediato de su entorno: medir la distancia en relación a los objetos que los rodean y asegurar su posición en relación a estos (que se caigan o se pierdan). En el 3º caso: asegurar la posición de los muebles del cuarto de baño y su ojo; la comida, la cuchara y su boca; el agua derramada y su mano; la ropa, los objetos que se le caen de los bolsillos; su cuerpo en la silla.
- El miedo lo refieren siempre a su cuerpo amenazado, y a la relación de este con los objetos a su alrededor: perder objetos que llevan pegados al cuerpo, o que un objeto externo lo penetre. Es un miedo vivido como real, no fantaseado. Las comprobaciones que los paralizan apuntan a asegurar su cuerpo y su posición en el espacio.
- Estas peculiaridades en la relación vivida entre el cuerpo y los objetos, se manifiesta también el “fenómeno del espejo”, que se observa en el 1º y 2º caso: extrañeza frente a su imagen en el 2º caso y proyección de su imagen en el árbol en movimiento y como cuerpo desorganizado, en el 1º.
- Estas comprobaciones no las viven como marcadas por una duda o resistencia, que los pudiera empujar a repetirlas. No se trata de asegurarse de haberlo comprobado o no, sino de quedarse pegado a la primera comprobación para poder iniciar el movimiento por única vez (entrar en el baño, comenzar a comer, sentarse por fin en la silla). No hay repetición y duda, sino bloqueo hasta asegurarse. La comprobación es egosintónica: no hay conflicto ni resistencia.

Los casos 4, 5 y 6

- Corresponden a pacientes psicóticos sujetos a rituales. Estos rituales funcionan como una pantalla, un límite construido a modo de defensa entre el paciente y los otros invasores. Estos rituales ensanchan un espacio intermedio, una frontera más allá de los bordes de sus cuerpos.
- Estos rituales no son vividos como absurdos: las conductas son vividas como necesarias,

ajustadas a la situación de amenaza: cerrar las ventanas y todos los controles asociados, en el caso 5, levantarse de la silla después del minuto 30 y todas las precauciones tomadas en su casa para no despertar las voces y las injurias de los vecinos, del caso 6.

- En el caso de “la raya” (Caso 4); cuando comienza a sentirse observado y comentado por los demás a los 17 años, irrumpe la raya como una forma impuesta, externa, caprichosa, de hacer y de pensar. La raya funciona como un límite real e impuesto, a sus movimientos y pensamientos.
- Los rituales funcionan para estos pacientes dilatando el espacio comprendido entre ellos y las paredes o las ventanas; entre ellos y las miradas de los demás, o sus voces y comentarios que les llegan desde un afuera proyectado.
- No hay ideas obsesivas relacionadas con los rituales. En su lugar encontramos pensamientos percibidos desde afuera, ajenos, no subjetivados: voces, comentarios interpretados, miradas amenazantes, sabotajes malintencionados que vienen desde el exterior.
- No hay resistencia frente a estos rituales; no hay egodistonia, sino certeza de necesidad.

En los casos 7 y 8

- Los rituales no apuntan a asegurar un borde que coincida con la piel del paciente (como en los 3 primeros casos), ni tampoco a ampliar un espacio de seguridad invadido por los otros, como en el segundo grupo.
- Los pacientes viven el ritual como una defensa para alejar un pensamiento angustiante. Funcionan como una defensa frente a estas ideas, que son percibidas como propias: les pertenecen.
- Los rituales, aquí sí vividos como absurdos, vergonzantes, exagerados, tienen otra función para el paciente: aliviar la angustia asociada a una idea, fantasía, premonición o imagen que aparece en la conciencia, también con egodistonia.
- En estos dos pacientes, tanto las ideas como los rituales tienen un dinamismo que no se ve en los otros casos: aparecen nuevas ideas y nuevos rituales.

En cuanto a la relación entre las ideas o temores y las conductas ritualizadas

- En el 1.º grupo el ritual se presenta sin pensamiento, de forma automática frente a un temor estereotipado: el ritual refuerza el borde del cuerpo y su relación con los objetos a su alrededor.
- En el 2.º grupo, se observa una relación lógica entre el ritual y las ideas: son ideas delirantes, percibida como ajenas, impuestas desde afuera por otros. La relación entre los rituales y estas ideas es comprensible, una consecuencia lógica, una defensa delirante a la altura del delirio.
- En el 3.º grupo, sí observamos ideas obsesivas, egodistónicas, relacionadas con los rituales. Esta relación se presenta en principio como velada, ilógica, y si se supone alguna relación entre la idea y el ritual es porque ambas se presentan encadenadas y cronológicamente relacionadas: los rituales siguen a las ideas. El ritual se presenta, en principio, como ilógico o exagerado. Sin embargo, los pacientes llegan a establecer una asociación, una relación ahora sí lógica, y sólo a la luz de su historia (antes velada), entre las ideas y los rituales. Los pacientes viven esta nueva relación entre la idea obsesiva, el ritual y su historia, como significativa.

En cuanto a la egodistonía/ egosintonía

- En el 1.º grupo, los rituales son egosintónicos: no entran en conflicto con el paciente, y este no se resiste a ellos. Forman parte del funcionamiento habitual de forma rígida.
- En el 2.º grupo: no hay egodistonía, los rituales se asumen como necesarios, aunque aparece cierto pudor en relación a no dejarlos ver, ocultarlos o disimularlos: los otros podrían juzgarlos como absurdos, exagerados, o no entender. La “distonía” se juega entre el paciente y los semejantes, que podrían juzgar los rituales como absurdos.
- En el 3.º grupo, los rituales son egodistónicos, hay resistencia por parte del sujeto, voluntad de rechazo, son vividos como absurdos y exagerados. Tanto las ideas como los rituales delatan un conflicto “dentro” del sujeto: es el sujeto mismo el que no entiende.

Conclusión

El rasgo, clásico, egodistonía/ egosintonía es un elemento que facilita la precisión y la estabilidad diagnóstica en el tiempo. No es un elemento cuantitativo ni dimensional, sino estructural y categorial, y refleja la relación entre el sujeto, sus pensamientos, su cuerpo y los otros.

Contacto

Nicolás Vucínovich Roca ✉ comansechive@yahoo.com
Unidad Salud Mental Comunitaria Oriente, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Cueva de la Pileta, s/n • 41020 Sevilla

Bibliografía

- *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE 10*. Editorial Panamericana, Madrid, 2000.
- *Madrid, 2014. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5*. Editorial Panamericana, Madrid, 2014.

- Recibido: 8/10/2022.
- Aceptado: 12/12/2022.

Puedo leer.

I can read.

Una biblioteca es (...) una luz perenne contra la oscuridad.

Federico García Lorca. *Medio pan y un libro* (discurso de inauguración de la biblioteca en su pueblo natal, Fuentevaqueros, en 1931).

La conversación no sólo les permite hablar, sino escuchar y ser escuchados, confrontarse a la diferencia y sopena, y no menos importante sentirse sujetos de la palabra en todas sus dimensiones.

Silvia García Esteban.

“Hombre diagnosticado de trastorno depresivo persistente o distimia. En casa ya no saben qué hacer con él, no soportan su apatía, su aletargamiento, la familia está desesperada. No sale de casa, no se interesa por nada. Son ya cuatro años así. Desde que se jubiló. A ver si allí se os ocurre qué hacer, si recupera algo de contacto social.”

Las primeras semanas hablamos de qué le pasaba, de cómo se sentía, de lo que necesitaba, de lo que echaba en falta.

Después vi que en ese lugar las conversaciones se hacían circulares, y los círculos eran cada vez más pequeños, de un recorrido más corto. Se encendían y se apagaban pronto. A veces casi ni llegaban a encenderse del todo. Como en el fuego de una cocina, no se encendía ni la circunferencia completa.

Poco a poco fui viendo que llegaba el silencio, y que era incómodo para ambos. A pesar de la melancolía expresada, de la poca energía, yo percibía una fuerza bloqueada, que necesitaba un lugar por donde circular.

En uno de esos espacios en blanco por fuera y negro por dentro le pregunté qué estaba leyendo. Me dijo que no era capaz de concentrarse, que le costaba leer. Que antes había leído mu-

cho. Pero ahora con la depresión y la ansiedad no podía leer.

- Qué libro es ese que estás intentando leer entonces.

- Es “...”, me lo ha buscado mi hija.

El título me hizo pensar en un libro de autoayuda, luego lo comprobé y efectivamente era así.

- Y las novelas, ¿te gustan las novelas? Como te gusta tanto la historia, puedes probar con una novela histórica. En la biblioteca encontrarás.

- Buscaré por casa, pero no sé. A la biblioteca no voy a ser capaz de ir.

A partir de ese día fui preguntándole por sus lecturas y fuimos conversando sobre ellas. Las historias de esas novelas nos fueron trayendo su propia historia. La de lo que le ha gustado, lo que ha hecho, lo que le interesa, lo que le preocupa fuera de él y no sólo dentro; las lecturas nos trajeron la vida de otras personas y a través de ellas pudo empezar a contarse de otra manera; leer, y hablar de leer nos alejó la patología y nos acercó el resto del mundo. Un mundo al que empezamos a mirar como un lugar en el que era posible ser de más maneras, escucharse de otro modo.

Unas semanas después me contó que había conseguido salir de casa para ir a la biblioteca con su hija a coger una novela.

Seguimos hablando sobre sus lecturas, recorriendo círculos más grandes y que no llegaban a cerrarse sino a dibujar otras formas y a encontrarse con otros trazos.

Hoy me ha dicho que me quería contar algo que se le había ocurrido, una nueva idea. He visto en sus ojos un brillo similar al que veo cuando me habla de alguno de los personajes de las novelas que lee.

- La semana pasada quise hacer mis paseos un poco más largos, así que llegué hasta la *Avenida de Las Angustias*. Me gustó porque había bancos y me llamó la atención la de gente mayor sola que se sienta en los bancos. Hubo una persona que, al mirarla, me entraron ganas de sentarme a su lado. Nos pusimos a hablar, y me encantó escucharle. Al día siguiente volví por la misma avenida, y le busqué, pero no le encontré. He decidido que voy a empezar a sentarme al lado de

gente que esté sola y escuchar sus historias. Si no me encuentro bien, me levanto y sigo mi camino. Lo voy a intentar. No sé si seré capaz.

- Cuánto se parece lo que te ha pasado con los libros y lo que te ha pasado con esta idea de los bancos, ¿no?

- Pues sí, tengo ganas de encontrarme personas que me hagan querer sentarme y quedarme a escuchar.

Y yo pensé en los libros, las bibliotecas, las avenidas con bancos... en el deseo que puede despertar en los espacios compartidos. Compartidos con personas que habitan, reparan y construyen historias que alimentan más libros, más bibliotecas, más avenidas con bancos. Cuidemos cada parte de este recorrido.

Elvira Martín.

24 de octubre del 2022, Día internacional de las bibliotecas.



HISTORIA

Hace ya algún tiempo: José Sanchís Banús (1893-1932). Mucho más que las “Reacciones paranoides de los ciegos”.

*Some time ago: José Sanchís Banús (1893-1932).
Much more than “Paranoid reactions of the blind”.*

Sonsoles Pacheco Larrucea. Enfermera. Centro DAP de Psicología y Psiquiatría. Bilbao.

Reda Rahmani El Ouachekradi. Psiquiatra. Sección de Historia de la AEN. Osakidetza-Red de Salud Mental de Bizkaia.

Juan Medrano Albéniz. Psiquiatra. Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Osakidetza-Red de Salud Mental de Bizkaia. IIS BioCruces-Bizkaia.

Oscar Martínez Azumedi. Psiquiatra. Sección de Historia de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Sección de Historia de la AEN.

Iñaki Markez Alonso. Psiquiatra. Ekimen Elkarte. Sección de Historia de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Sección de Historia de la AEN.

Luis Pacheco Yáñez. Psiquiatra. Sección de Historia de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Sección de Historia de la AEN. Osakidetza-Red de Salud Mental de Bizkaia. IIS BioCruces-Bizkaia.

Resumen: Se realiza una biografía sobre José Sanchís Banús, fallecido apenas cumplidos los 39 años y quien fuera uno de los más brillantes psiquiatras españoles del primer tercio del siglo XX; a la par que se encuentra entre los escasísimos clínicos cuyo nombre ha servido para etiquetar a un síndrome psiquiátrico, como es el de las “Reacciones paranoides de los ciegos”, o “Síndrome de Sanchís-Banús”. Pero, además de su aportación más conocida, Sanchís Banús se ocupó de numerosos temas psiquiátricos y también se dedicó a otras actividades al margen de la Medicina, entre ellas la política, llegando a ser diputado socialista del Parlamento español.

Palabras clave: José Sanchís-Banús, Síndrome de Sanchís-Banús, Reacciones paranoides de los ciegos, Delirio paranoide de los ciegos, Epilepsia climatérica, Psiquiatras españoles.

Abstract: We present a biography of José Sanchís Banús, who died at the early age of 39. He was one of the most brilliant Spanish psychiatrists in the first third of the 20th century, and one of the very few clinicians whose name has been used to label a psychiatric syndrome, such as the “Paranoid reactions of the blind”, or “Sanchís-Banús Syndrome”. But Sanchís Banús dealt with numerous other psychiatric issues and also devoted himself to other activities outside Medicine, including politics, becoming a socialist member of the Spanish Parliament.

Key words: José Sanchís-Banús, Sanchís-Banús syndrome, Paranoid reactions of the blind, Paranoid delusion of the blind, Climacteric epilepsy, Spanish psychiatrists.



José Sanchís Banús (JSB) fue uno de los psiquiatras españoles más brillantes del primer tercio del siglo XX, a pesar de fallecer prematuramente a los 39 años¹⁻¹². Perteneció al grupo de la



José Sanchís Banús.
Wikipedia. https://es.wikipedia.org/wiki/José_Sanchis_Banús

“escuela madrileña” de Psiquiatría denominado “generación de Archivos de Neurobiología”^{10,13} o “generación de la preguerra”¹⁴; colectivo que desarrolló su mayor actividad durante la llamada “Edad de Plata” de la ciencia y cultura en nuestro país¹⁵, la cual es considerada una de las épocas más brillantes de nuestra especialidad¹⁶. Escasamente conocido

hoy en día, apenas existen textos fácilmente accesibles sobre su vida y su obra¹⁷, siendo Concepción Pérez Salmón su biógrafa más completa, tras realizar un tesis doctoral sobre él¹⁸ y varios trabajos sobre algunos de sus artículos¹⁹⁻²³.

Nacimiento y familia

JSB nació en Valencia el 3 de junio de 1893, como hijo y nieto de médicos en una familia burguesa de ideología liberal. Su padre, José Sanchís Bergón (1860-1926), se dedicó fundamentalmente a asistir a pacientes con patologías neuropsiquiátricas, siendo subdirector del manicomio provincial y director del valenciano “Hospital de Santa Ana para niños coreicos y nerviosos” -uno de los primeros hospitales infantiles españoles-; aunque también destacó en el desarrollo de la Higiene pública y la medicina social como fundador y presidente de la “Asociación Valenciana de la Caridad”. Además, fue médico de Sanidad Militar, Académico de la Real Academia de Medicina de Valencia y fundador y presidente de la Federación Nacional de Colegios Médicos de España (que dio origen a la actual Organización Médico Colegial); al margen de Inspector-concejal de Sanidad Municipal, Alcalde de la ciudad de Valencia e hijo adoptivo predilecto de dicha ciudad^{18,24,25}.

Su madre era Eugenia Banús Martínez (1862-1929), hija de José Banús Castellví (1833-1901) -catedrático de Instituto- y de Antonia Eugenia Martínez Pérez (1838-?), abuelos maternos, por

tanto, de nuestro protagonista²⁴; mientras que los abuelos paternos eran José Sanchís Barrachina (1831-1911), también médico y general de Sanidad Militar y Desamparados Bergón Rodrigo (1834-?)^{18,24}. JSB fue el tercero de cuatros hermanos (Josefa, Eugenia, José y M^ª Amparo) y con ellos convivió su primo Jaime, afecto de epilepsia y adoptado por los padres^{18,24}. Se ha señalado que su madre padeció un trastorno mental y también se recoge que sus dos primeras hermanas ingresaron en órdenes religiosas¹⁸. Se casó en Alcoy, en 1919, con (Régula) Aurora Pérez González y tuvieron cuatro hijos: José (1921-1986), Aurora (1923- 2001), María (1925-?) y Celia (1929-1934)¹⁸. A propósito de su fallecimiento comentaremos más aspectos sobre su familia, ya que su viuda volvió a contraer matrimonio²⁶.

La época de estudiante

Realizó los estudios secundarios en el “Instituto General y Técnico” de Valencia entre 1902-1908 y en los cuales obtuvo excelentes calificaciones^{18,25}, logrando el premio extraordinario en Ciencias. Una anécdota nos puede dar una idea del carácter que ya entonces se había forjado en nuestro autor. Su curso preparatorio para ingresar en Medicina estaba compuesto de tres asignaturas: Física, Historia natural y Química. Sanchís Banús obtuvo matrícula de honor en las dos primeras, pero notable en la tercera. Como consideró que esta última calificación era injusta interpeló al catedrático de la asignatura, señalándole su intención de volver a presentarse en septiembre para mejorar la nota, de la siguiente manera: “...y creo poder afirmarle, sin jactancia, pero sí de un modo claro y rotundo, que el tribunal me calificará con matrícula de honor...” (Pérez Salmón C., 2009. pág.: 15)¹⁸, como, efectivamente, así fue.

Comenzó la licenciatura de Medicina en el año 1908 en la Universidad de Valencia, finalizándola en 1915 con matrícula de honor en todas las asignaturas de la carrera, a excepción de un sobresaliente en lengua francesa y un notable en lengua alemana, por lo que obtuvo el premio extraordinario de licenciatura^{18,25}. En junio de 1916 se doctoró en la Universidad Central de Madrid con un trabajo dedicado a su padre¹⁸ y titulado “Estudio médico-social del niño golfo”²⁷, en el que desarrollaba tanto aspectos relacionados

con la inteligencia, medida con la escala de Binet-Simon, como de la delincuencia infanto-juvenil y por el que consiguió la calificación de sobresaliente y premio extraordinario del doctorado^{2,8,28,29}. Un extenso análisis de la tesis doctoral se encuentra tanto en un trabajo de Rafael Huertas³⁰, como en otro de su biografía²².

Además estudió la licenciatura de “Ciencias”, especificando uno de sus amigos y colega que fue exactamente en “Ciencias Químicas”², aunque resulta confuso averiguar si se licenció también en Valencia, a la par que en Medicina y doctorándose posteriormente en Madrid, o si realmente cursó la licenciatura en esta última ciudad^{4,8,18,24,25,31-34}. Al margen, Pérez Salmón¹⁸ indica que el hijo de JSB señaló que su padre también realizó la carrera de “Maestro Nacional” y un peritaje en “Electricidad”, sin que hayamos podido confirmar estos extremos.

Sanchís Banús como psiquiatra

En la época en que se doctoró en Medicina, la especialización postgraduada -conocida entonces como “Neuropsiquiatría”- no existía de manera reglada y tampoco había cátedras universitarias de estas dos materias^{7,34}, por lo que lo habitual era formarse de manera autodidacta acudiendo a algún servicio hospitalario³². En el caso concreto del hospital Provincial de Madrid, los pacientes con patologías psiquiátricas -llamados comúnmente “dementes”- estaban ingresados en salas diferentes a los pacientes con enfermedades neurológicas, y al cabo de un tiempo solían ser derivados a los “manicomios”, que eran los otros lugares donde también se formaban los neuropsiquiatras.

Tras acabar la carrera JSB había comenzado a frecuentar la cátedra y el Instituto de “Medicina Legal”, ambos dirigidos por Tomás Maestre (1857-1936) y contiguos al laboratorio de “Farmacología experimental” de Teófilo Hernando (1881-1976)²⁵, y por recomendación de este acudía también a las sesiones del servicio de Neurología del hospital Provincial, dirigido por Nicolás Achúcarro (1880-1918)^{4,8,18,25,29}. En 1917 fue becado por la Junta de Ampliación de Estudios para acudir al Instituto Pasteur (París) con el Dr. Fourneau¹⁸ y a Marburg (Alemania)^{7,29,34-36}. Poco después de doctorarse, JSB estuvo a punto

de ganar la cátedra de “Terapéutica” de la Universidad de Cádiz. Tras dichas oposiciones, en las que tuvo una brillante actuación, T. Hernando -presidente del tribunal que juzgó las mismas- lo nombró profesor Auxiliar de “Farmacología experimental”, en 1918^{37,38}. Sobre el episodio de Cádiz hay algunas discrepancias^{3,4,8,18,34}, destacando la versión de Dionisio Nieto (1908-1985)⁸ quien señala que JSB no se presentó a las pruebas tras disuadirle de ello el propio Hernando, asegurando que esto se lo comentaron personalmente tanto Hernando como JSB; opuesta a la versión de otros autores^{3,4,18}, que señalan que sí opusió a la cátedra. Frente a ellas parece más fiable la del propio JSB confirmando el hecho² y refiriendo que previamente y sin tener predilección por la asignatura, pero sí una buena preparación en Química, compró varios libros sobre la materia y: “...me los metí en la cabeza con sorprendente exactitud...y allí me fui a las oposiciones... Estaba Hernando en el Tribunal. Contra mí se presentaba Muñoz del Olmo, auxiliar que había sido de Hernando...Pasó lo que era de esperar; mis ejercicios, elocuentes y papagayescos. Los de Muñoz, secos, precisos, mostrando a cada momento que “había hecho las cosas”. Aún me aterrorizo hoy al pensar que hubo quién me votó para la cátedra...” (De Castro, 1932. pág.: 5)².

En 1919 se celebró una oposición para médicos de la Beneficencia Provincial de Madrid, cuyo destino sería el hospital Provincial. Entre los ciento treinta opositores que aspiraban a once plazas se acabaron cubriendo solo seis y JSB obtuvo el número dos, adjudicándose las mismas por orden de puntuación a Fernando Enríquez de Salamanca, José Sanchís Banús, Jacinto Segovia, Julio Bejarano, Díaz Gómez y José Torre Blanco^{8,18,39}. El año del examen varía según los diferentes autores^{4,8,18,25,28,29,34}, pero existe un testimonio de otro de los opositores que también obtuvo plaza³⁹ y tanto él como el propio JSB relataron el desarrollo de los ejercicios². JSB fue adscrito a la sala dirigida por Achúcarro^{8,25}, a la par que fue médico de guardia del hospital y docente de Neuropsiquiatría en el servicio del profesor Gregorio Marañón^{8,33} y en el de Patología General, dirigido por Juan Madinaveitia (1861-1938) y en cual se realizaba una especie de enseñanza “libre” de la Medicina^{2,4,7,8,34}. Algún autor señala que JSB fue discípulo, además, de Luis Simarro Lacabra (1851-1921)⁴⁰ y de Pío del Río Hortega



(1882-1945)^{41,42} y aunque no hemos encontrado otras referencias a estos magisterios es muy probable que mantuviera estrecho contacto con ellos -especialmente con don Pio-, dado que Simarro fue uno de los maestros de N. Achúcarro y este, a su vez, lo fue de P. del Río Hortega⁴⁰. Pérez Salmón señala también como maestro a Enrique Fernández Sanz (1872-1950)^{18,23} refiriendo que, tras leer la tesis doctoral, JSB acudió a visitarle porque además de amigo de su padre²⁴ era un eminente psiquiatra que llegó a dirigir el manicomio de Leganés, siendo catedrático supernumerario de Patología Médica³³ -profesor auxiliar según otros⁴² y miembro de la Real Academia Nacional de Medicina^{33,42}. Con el tiempo, Fernández Sanz se convertiría en su mentor respecto a las teorías psicoanalíticas, ya que fue uno de los primeros psiquiatras españoles que se ocupó de estos temas²³.

Fallecido Achúcarro y tras jubilarse Rafael del Valle Aldabalde (1857-¿1936 o 1937?), JSB comenzó a dirigir el departamento neurológico^{2,25,34}, manteniendo este puesto hasta su fallecimiento. D. Nieto⁸ y Enrique González Duro⁴³ señalan que el “Departamento de observación de Dementes” se encontraba ubicado en la parte baja y posterior del hospital, con dos salas mal cuidadas y celdas de aislamiento para pacientes agitados. Estaba dirigido por el doctor Francisco Huertas, quien parece que apenas se ocupaba del mismo y por ello se propuso que JSB se encargase también de los enfermos psiquiátricos. En 1926 se llegó al acuerdo de dividir el departamento de “Dementes” en una sección de mujeres, dirigida por JSB y otra de hombres, insuficientemente llevada por el doctor Huertas. Sanchís Banús convenció al entonces presidente de la Diputación Provincial de la necesidad de reformar las salas del antiguo departamento y construir una “Clínica Psiquiátrica” dentro del hospital, cosa que consiguió en menos de dos años y la misma estuvo funcionando hasta el cierre del H. Provincial⁸.

A pesar de que el estudio de las “Reacciones paranoideas de los ciegos” -de lo que nos ocuparemos después- sea su aportación más conocida, JSB abarcó muy distintos campos de la Psiquiatría, ya que al margen de sus tesis doctoral -dedicada a ciertos aspectos de la infancia, como se ha señalado- se ocupó de muchos otros temas, con artículos como “Sintomatología y formas

clínicas de la Esquizofrenia”, trabajo que parece que formó parte de un número monográfico en el que también participaron Gonzalo Rodríguez Lafora (1886-1971), Miguel Prados Such (1894-1969), José Miguel Sacristán Gutiérrez (1887-1957) y Belarmino Rodríguez Arias (1895-1997) y que fue publicado en 1925 en la revista “Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades”, dirigida entonces por JSB^{1,3,18,34}. En la misma línea está el texto sobre “Diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva”, publicado originalmente en 1928⁴⁴. Este último trabajo fue la base de la ponencia que la “Asociación Española de Neuropsiquiatras” (AEN) encargó conjuntamente a JSB y a JM. Sacristán para su tercera reunión, celebrada en Bilbao en 1928, pero, por el motivo que fuera, ambos publicaron sus aportaciones por separado⁴⁵. A modo de homenaje, el texto original de JSB aparece recogido en la “Anthology of Spanish Psychiatric Texts”, de la “Asociación Mundial de Psiquiatría”⁴⁶.

Por otro lado, JSB realizó diversos estudios sobre las patologías mentales orgánicas, como el publicado en 1920 sobre la “Epilepsia climática”⁴⁷, que fue considerada como una nueva entidad nosológica por parte de algunos discípulos^{1,4,18,48}, aunque otros autores indican que solo pretendía individualizar el cuadro⁴². En cualquier caso, parece que el trabajo recibió elogiosas críticas en revistas como “L’Encéphale”, “Annales Médico-psychologiques” o “Journal of Nervous and Mental Diseases”, llegándose a señalar que fue referenciado en el capítulo de “Epilepsia” del tratado de Neurología de Max Lewandowsky (1876-1918)^{3,18,32,34}. También estudió la “Corea de Huntington”, respecto a la cual Román Alberca (1903-1967)¹ y Santiago Giménez-Roldán⁴⁹ señalan que describió por primera vez en España su presentación en varios miembros de una misma familia, concretamente en el pueblo soriano de Berlanga de Duero; publicando sus observaciones en 1923, aunque había aportado una nota preliminar un año antes^{1,49}. Asimismo publicó, en 1922, un estudio sobre “Las secuelas mentales tardías de la encefalitis epidémica letárgica”⁵⁰, tema que ya había sido abordado de manera novedosa por su padre en 1920²⁴. Ese mismo año, 1922, dedicó un estudio a “La Psiquiatría en la novela española contemporánea”⁵¹ y más tarde publicó una par de trabajos historiográficos, algo

muy infrecuente en aquella época²⁰; uno en 1927 sobre “*La enfermedad y muerte del príncipe D. Carlos, hijo de Felipe II (Estudio de Psiquiatría histórica)*”^{1,20,52} y otro sobre “*El hechizo de Carlos II, Rey de España*” en 1928^{1,18}.

Asimismo, JSB fue uno de los primeros psiquiatras españoles en adscribirse a las ideas psicoanalíticas freudianas^{19,23,32,43,48}, lo cual le propició una notable fama al realizar aportaciones peculiares para la época, como parece que fueron sus trabajos “*Acerca de los trastornos nerviosos originados en la mujer por la práctica sistemática del coitus interruptus y su patogenia*” (1923), o “*El problema de la esterilización de la mujer desde el punto de vista psiquiátrico*” (1927)^{1,18,34,53}; señalando R. Huertas y Enric Novella⁵³ la exposición de estas ideas en un pleito canónico de nulidad matrimonial, en el que declaró como perito que: “...la práctica del coitus interruptus impuesta por el marido había ocasionado en la mujer severos problemas neuróticos directamente derivados de la ansiedad producida por una libido insatisfecha y reprimida...” (Huertas R, Novella E., 2013. pág.: 6)⁵³.

Como síntesis de su obra, Antonio Rey³⁴ señala la realización de 38 trabajos en revistas médicas -al margen de su tesis y varios libros- publicados entre 1920 y 1930, lo que supone una media de unos cuatro trabajos al año, mientras que su biógrafa¹⁸ refiere que realizó 53 artículos científicos, incluyendo trabajos de investigación científica dirigidos a un público más general pero posteriormente publicados en revistas especializadas, al margen de 277 reseñas de artículos de otros profesionales, en su mayoría extranjeros.

Por otro lado, JSB colaboró desde sus inicios con la revista “*Archivos de Neurobiología*”, cofundada en 1919 por JM. Sacristán, G.R. Lafora y J. Ortega y Gasset (1883-1955) y que se convirtió en un referente de la Psiquiatría española⁴⁵. En relación con uno de los directores de la misma, Pérez Salmón cita una anécdota¹⁸ -al parecer reseñada por Gonzalo Moyá (1931-1984) en su libro sobre G.R. Lafora- respecto a cuál pudo ser la causa del distanciamiento entre este y JSB, quienes hasta entonces mantenían cordiales relaciones. En 1923, G.R. Lafora tuvo que irse a Argentina a dar unas conferencias^{18,33}, motivo por el cual dejó sus pacientes privados a cargo de JSB, pero a su

regreso Lafora le acusó de haber desviado varias personas a su propia consulta. Según se relata, JSB se indignó y le retó a duelo, no aceptando Lafora el mismo. Sea como fuere, parece que desde entonces JSB no volvió a publicar trabajo alguno en “*Archivos de Neurobiología*”¹⁸.

En 1924 participó en la fundación de la “Asociación Española de Neuropsiquiatras”, siendo elegido vicesecretario de una junta provisional presidida por Manuel Saforcada Ademá (1877-1968)^{45,54}. También formó parte desde su creación, en 1931, del “Consejo Superior Psiquiátrico” de la Dirección General de Sanidad^{8,33,55}. Además fue uno de los fundadores, más tarde redactor-jefe y luego director^{1,3,8,18,28,29} de la revista “*Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*”, en la cual publicó la mayor parte de sus trabajos y a la que lamentablemente apenas hemos podido acceder. Según relata uno de los fundadores de la misma², la primera redacción de la revista estuvo ubicada en el mismo edificio donde se encontraba la del diario “*El Socialista*” y en el cual también vivía Indalecio Prieto Turo (1883-1962), varias veces ministro del Partido Socialista durante la II República.

JBS estuvo también encargado del proyecto -aunque el mismo nunca se concluyó para tal fin³⁴- del nuevo manicomio de Alcalá de Henares. Hacia 1926 esta ciudad cedió un terreno con el fin de construir un edificio que sirviera para mejorar la atención que se dispensaba a los pacientes psiquiátricos en el hospital Provincial de Madrid, que en el mejor de los casos eran derivados al manicomio privado de Ciempozuelos. La Diputación provincial aceptó la donación, dándosele a la institución el nombre provisional de “Colonia Asilo de La Milagrosa” y encargó la gestión del proyecto a JBS y a D. Nieto⁸, quienes planearon inicialmente abrir unas 1.700 camas. Tras numerosos avatares, se colocó la primera piedra del nuevo establecimiento en 1932, aunque en el entreacto se habían añadido más de setenta camas al servicio psiquiátrico del H. Provincial, para paliar la deteriorada asistencia a los pacientes. En 1934 estaba construida ya la mitad del edificio y en 1935 se habían completado dos fases de la construcción, quedando por ultimar la tercera de ellas. Pero llegó la Guerra Civil y parte de los locales comenzaron a utilizarse como cuarteles, destinándose finalmente el edificio a actividades militares^{8,43,56,57}.



Otro campo de su interés fueron los aspectos legales de la Psiquiatría. Gracias a la directa colaboración de JSB con el eminente jurista Luis Jiménez de Asúa (1889-1970), se incluyeron los términos “enajenado” y “trastorno mental transitorio” en nuestro Código Penal de 1932^{11,58,59} y también se pudo promulgar la primera ley de Divorcio española, en marzo del mismo año^{19,53}.

Algunos autores refieren que la muerte de JSB, en 1932, impidió que este obtuviera la primera cátedra de Psiquiatría española que se iba a convocar por oposición al año siguiente y respecto a la cual se daba por descontado que la ganaría^{9,17,60}, reseñándose que cuando falleció se encontraba escribiendo un “Tratado” de Psiquiatría, quizás para presentarlo en dicha oposición^{18,37}. Una vez muerto JSB se dijo también que la cátedra sería para JM. Sacristán, pero este no pudo presentarse por no estar doctorado cuando salió la convocatoria⁴⁵ y finalmente quien ganó cátedra fue Antonio Vallejo Nágera (1889-1960), catorce años después de convocarse por primera vez⁶¹.

Numerosos psiquiatras han sido señalados como discípulos suyos, siendo los primeros D. Nieto que tuvo que exiliarse tras la Guerra Civil, desarrollando una gran carrera profesional en México^{7,62}; José M^a Aldama (1900-1970)^{7,42}, director del manicomio de Cádiz y más tarde jefe del servicio de Neuropsiquiatría de la Casa de Salud de Valdecilla, y R. Alberca, quizás el más propio de todos ellos. Alberca fue catedrático de Psiquiatría en Valencia desde 1950 y al igual que su maestro también tuvo especial interés en los aspectos legales de nuestra especialidad^{6,8,63}, al margen de desarrollar más extensamente el “delirio de los ciegos”⁶⁴. En mayor o menor medida otros muchos fueron considerados también discípulos de JSB y entre ellos^{1,3,4,7,10,29,32} destacan, por ejemplo, Francisco Llaveró Avilés (1906-2007), que fue catedrático de Salamanca; Ángel Garma Zubizarreta (1904-1993), considerado el primer psicoanalista ortodoxo español; Luis Rojas Ballesteros (1906-1974), quien alcanzó la cátedra de Granada y Bartolomé Llopis Lloret (1905-1966), psiquiatra en el olvido, pero autor del mejor estudio existente sobre la “Psicosis pelagrosa” y el más prolífico en español sobre la noción de “psicosis única”^{12,44}. Y parece justo incluir también entre los mismos a Pedro Laín

Entralgo (1908-2001), porque, aunque apenas se dedicó a la Psiquiatría, estuvo asistiendo regularmente al servicio de JSB antes de ser catedrático de Historia de la Medicina en Madrid⁶.

Las “Reacciones paranoides de los ciegos”

Exactamente con este título apareció la que sin duda acabó siendo su aportación psiquiátrica más conocida, denominada posteriormente como “síndrome de Sanchís Banús”. Fue descrito por primera vez en 1924, cuando presentó una comunicación científica de dos casos en la Academia Médico-Quirúrgica⁶⁵, publicada primero en España ese mismo año y más tarde, en 1926, en la revista suiza “*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*”(citado por Lázaro¹⁰). En su trabajo príncipes español JSB expuso dos pacientes con ceguera adquirida y sin antecedentes psicopatológicos, que desarrollaron un delirio de persecución en el primer caso, y un delirio celotípico en el segundo, con tentativas de suicidio en ambos pacientes. JSB hipotetizó que, en ocasiones, la ceguera podría actuar por un mecanismo psicogenético sobre ciertas personas predispuestas, las cuales al encontrarse con una dificultad que no podrían superar reaccionarían con un delirio paranoide⁶⁵. Aunque el artículo fue publicado en la revista “*Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*” -cofundada por JSB, como hemos señalado- el formato descrito en el mismo es claramente de una presentación académica oral, ya que comienza de la siguiente manera: “Señores académicos...” y tras finalizar su intervención se describen las interpelaciones de los doctores Gonzalo R. Lafora y Sánchez Herrero, empezando la de este último como “He de felicitar al Sr. Sanchís Banús por su exposición tan brillante...”⁶⁵. JSB señala en esta comunicación que se trata de una nueva entidad psiquiátrica y reclama la paternidad de su descripción, en analogía con el “Delirio paranoide de los sordos”, descrito en 1915 por Emil Kraepelin (1856-1926)^{18,21,66}: “...*No hay en toda la Medicina empresa más difícil que la de establecer una nueva entidad nosológica en el campo de la Psiquiatría...yo no creo haber realizado ningún descubrimiento sensacional describiendo por vez primera “las reacciones paranoides de los ciegos”, y que la traigo a esta Academia en primer lugar con el legítimo fin de recabar mi prioridad...*” (Sanchís Banús, J. 1924, pág.: 87)⁶⁵.

Prácticamente todos los autores consultados^{1,18,21,29,49,67} señalan a JSB como el primero que describió este síndrome, relatándose que el epónimo “*Síndrome de Sanchís Banús*” fue propuesto por en España por E. Guija Morales en 1927, quién aportó dos casos más^{4,18,21,34,67}. Posteriormente a la descripción príncipes se han venido presentando nuevos casos^{66,67,69-73} entre los que destacan los de Daniel A. Vidal⁶⁹, quién durante 14 años acumuló 362 pacientes con ceguera adquirida, de los cuales 12 manifestaron psicosis delirantes. No obstante, fue R. Alberca⁶³ quien mejoró la aportación de su maestro, presentando su trabajo en el II Congreso Mundial de Psiquiatría, celebrado en Zurich en 1957. Alberca delimitó tres formas posibles en los estados paranoides de los ciegos -tras excluir los casos en que la psicosis aparecía antes de la ceguera y también aquellos en los que pudiera tener otras causas- separando los casos en los que la ceguera es suficiente para la formación del delirio, de los que precisan una vivencia estresante añadida^{64,66,67,74}. Las formas son:

- 1º Casos en los que la psicosis se produce a la vez que la ceguera, existiendo o no un conflicto añadido.
- 2º Casos en los que la irrupción de un conflicto provoca la aparición de la psicosis en ceguerras de larga duración y en los que el carácter reactivo se ve acentuado por devenir de los síntomas psicóticos, en función de las fluctuaciones del entorno.
- 3º Casos en los que la psicosis surge tardíamente, sin la concurrencia objetivable de un conflicto.

Alberca incluyó las dos primeras en las llamadas “reacciones paranoides” y la tercera en las denominadas “psicosis de situación”^{64,66,67,74}. A estas últimas las consideró de peor pronóstico, ya que en las reacciones paranoides la vivencia delirante sería aguda, mientras que en las psicosis de situación sería crónica, pero también señalaba que ambas situaciones podrían imbricarse entre sí. Varios autores españoles indican que el síndrome se difundió internacionalmente gracias a que F. Kehrer lo citó, en 1928, en sus aportaciones al “*Tratado de las enfermedades mentales*” de Oswald Bumke (1877-1950)^{4,18,21,66,67}. No hemos podido acceder a la edición original del texto alemán y por tanto no sabemos si Kehrer

utilizó el epónimo de “síndrome de Sanchís Banús”, pero tampoco estamos seguros de que el año que se cita con más frecuencia (1928) sea el correcto. A modo de ejemplo sobre esto, tanto Pérez Salmón²¹ como Barcia y Sempere⁶⁷ señalan que Kehrer comentó el trabajo de Sanchís Banús en 1928, pero en otro trabajo Barcia (1931-2018)⁷⁵ refiere que este fue recogido como “síndrome de Sanchís Banús” en el “*Handbuch des Geisteskrankheiten*” de Bumke, ubicando en esta ocasión la edición del texto alemán en 1926. Finalmente, Giménez-Roldán⁶⁸, mucho más concreto, señala la página 13 de la 2ª edición original del texto de Bumke como el lugar donde aparece la referencia, situando el mismo en 1924. Es decir, la supuesta inclusión del síndrome, por parte de Kehrer en el texto de Bumke, se ha citado respecto a 1924, 1926 y 1928, lo que induce a confusión.

Por otro lado, en la primera traducción española del texto de Bumke -hecha por Emilio Mira López (1896-1964) de la 2ª edición alemana y cuyo prólogo lo realiza precisamente Sanchís Banús- aparece una breve nota a pie de página del traductor (pág.: 575)⁷⁶, señalando que JSB había descrito dicho varios casos de reacciones paranoides en los ciegos en España. Esta primera edición española no está fechada en el original, pero Ramón Sarró Burbano (1900-1993), autor de la segunda traducción en nuestro país (de la 5ª ed. alemana)⁷⁷, indica en su texto que la de E. Mira corresponde a la segunda alemana, de 1924 (precisamente la citada por Giménez-Roldán⁶⁸), y que fue editada en España en 1926.

Sea como fuere, el “síndrome de Sanchís Banús” aparece citado como tal en varios textos españoles del siglo XX, tanto de patología clínica^{78,79} como psiquiátricos^{74,75,80}. Sin embargo, parece que las reacciones paranoides de los ciegos apenas están referenciadas en la literatura mundial -aunque lo mismo sucede con el delirio de los sordos, de Kraepelin⁶⁶, quizás porque realmente la presentación de cuadros psicóticos en los ciegos es muy rara, siendo mucho más frecuente que aparezcan cuadros depresivos severos^{66,69,81}. En cualquier caso, el nombre de JSB ha quedado ineludiblemente ligado al del “delirio” o “reacciones” paranoides de los ciegos, al menos en los países de habla hispana, siendo muy pocos los clínicos españoles que pueden identificarse con un epónimo en el ámbito de la Neuropsiquiatría^{68,82}.



Otras actividades profesionales

Durante unos pocos meses, debido a su prematuro fallecimiento, fue profesor del “Instituto de Estudios Penales”, creado en marzo de 1932 y dirigido por L. Jiménez de Asúa, quien llegó a ejercer desde 1962 -a pesar de que más bien era un cargo simbólico- las funciones de presidente de la II República en el exilio^{8,32,83}. El Instituto surgió sustituyendo, en cierta manera, a la “Escuela de Criminología” y tenía entre sus funciones la formación de funcionarios de la administración de Justicia y la formación del profesorado de Derecho Penal⁵⁹.

Según Pérez Salmón²⁰, JSB también fue miembro del consejo de redacción de las revistas “*El Siglo Médico*” y “*Los Progresos de la Clínica*”, coincidiendo con Gregorio Marañón (1887-1960) en dichas tareas. Por otro lado, presidió el Colegio Oficial de Médicos de Madrid durante los años 1928 y 1929, dimitiendo por voluntad propia al no poder dedicar el tiempo necesario a dicha actividad⁴¹. Asimismo, fue uno de los fundadores de los Laboratorios IbyS, en 1919³⁸, cuyo germen surgió en 1918 en Madrid, tras reunirse una serie de científicos -la mayor parte de ellos discípulos del premio Nobel Santiago Ramón y Cajal (1852-1934), entre ellos Jorge Francisco Tello (1880-1958) y el propio hijo de Cajal, Jorge Ramón Fañanas (1885-¿1936?)- con objeto de fundar un laboratorio español dedicado a fabricar sueros y vacunas que no dependiese de la industria extranjera. El primer embrión se llamó “Instituto de Inmunoterapia THIRF” y al año siguiente se fundó el “Instituto de Biología y Sueroterapia IBYS”, por otro grupo de profesionales relacionados con los primeros, entre los que se encontraba JSB y que buscaron el apoyo de un empresario llamado Nicolás M^a Urgoiti, quien en 1929 fusionó los dos laboratorios, manteniendo el nombre de “Instituto de Biología y Sueroterapia IBYS”³⁸.

Su paso por la política

Sanchís Banús no solo ocupó su vida con la Psiquiatría, sino que se dedicó también a muchas otras actividades, destacando entre ellas la actividad política. Se adscribió al Partido Socialista en 1925 a través de la Asociación Socialista Madrileña, de la cual llegó a ser su presidente en 1932. Fue fundador del sindicato médico de la UGT y en 1931 resultó elegido diputado del

PSOE por Madrid en las elecciones a las Cortes constituyentes de la II República, siendo miembro de la Diputación Permanente de las Cortes desde febrero de 1932 hasta su muerte^{18,36,84}. Pérez Salmón¹⁸ añade a los cargos anteriores el de concejal del Ayuntamiento de Madrid, en las elecciones del 14 de abril de 1931. Sin embargo, quizás sea un error porque JSB no figura como tal en la lista de concejales emitida por el mencionado ayuntamiento en dichas fechas⁸⁵. Finalmente, esta misma autora¹⁸ menciona que Francisco Largo Caballero (1869-1946) -histórico dirigente del partido Socialista en 1932 y posterior Presidente del Gobierno español en la Guerra Civil- pensaba proponerle como presidente nacional del Partido Socialista en el congreso de octubre de 1932, pero el fallecimiento de JSB hizo imposible verificar esta circunstancia.

Fallecimiento

JSB falleció repentinamente el 22 de julio de 1932, en Ibi (Alicante), a la edad de 39 años, mientras se encontraba de vacaciones en una casa propiedad de su familia política. Murió, al parecer, de las complicaciones de una afección hepática aguda y una miocardiopatía previa^{8,24,48} y sin que la familia tuviera recursos económicos para pagar el entierro¹⁸, del cual se tuvo que hacer cargo el propio partido socialista; señalando algún autor³ que incluso a los familiares no les quedó ni el seguro de vida, cuya cuota había dejado de satisfacer meses antes. Aunque su consultorio privado le reportaba altos beneficios económicos, muchas de sus consultas eran gratuitas y además JSB entregaba dinero al partido donde militaba, al margen de colaborar con numerosas asociaciones de carácter humanitario^{3,18}. El entierro fue laico, a pesar de que su mujer era católica y las dos hermanas religiosas de JSB querían enterrarlo bajo este último rito. Sin embargo, JSB había expresado en vida sus deseos y parece que el suyo fue el primer entierro de dichas características que se celebró en Ibi (Alicante), lugar donde permanece su tumba^{18,86}.

A la muerte de Sanchís Banús y tras una polémica oposición, su puesto en el Hospital Provincial de Madrid fue ocupado paralelamente por G. R. Laforra, quien dirigió el servicio de mujeres, y por José M^a Villaverde Larrar (1888-¿1936?) encargado del

de hombres^{60,87}. Parece que ambos conservaron a gran parte de los colaboradores de JSB, lo que fue muy alabado, dada la costumbre en la época por la cual los nuevos titulares se deshacían de los ayudantes del precedente en el puesto^{8,18}.

Para su biografía¹⁸, lo temprano de su muerte, pocos años antes de la Guerra Civil, fue una circunstancia que contribuyó decisivamente a que apenas se difundiera su obra hasta el último cuarto del siglo XX; si bien es sabido que esto mismo sucedió con la mayoría de los psiquiatras españoles republicanos, como E. Mira, JM. Sacristán, Wenceslao López Albo (1889-1944), M. Prados Such, D. Nieto y tantos otros. Pérez Peña⁸⁸ señala un hecho que nos resulta patético, a propósito de la actuación del “Tribunal de Responsabilidades Políticas” con nuestro autor, tras acabar la Guerra Civil. Esta institución le abrió un expediente, en diciembre de 1939, por su militancia política y le consideró en paradero desconocido, al no tener constancia oficial de que había fallecido. Tras ello procedió a la incautación de sus bienes, embargándole a su viuda un “hotelito” en Madrid, que el Partido Socialista le había donado a Aurora en 1934 y donde vivía con un compañero de militancia, con el que se había casado en 1936. A pesar de todo, dado que su nombre no figuraba en el Registro General de Defunciones y aunque el Colegio de Médicos de Madrid medió en el pleito -dejando constancia de que Sanchís Banús había fallecido- no fue hasta 1944 cuando se logró confirmar oficialmente su muerte, gracias al Juez Municipal de Ibi (Alicante), quien certificó que el óbito había sucedido en 1932.

El segundo marido de Aurora fue Miguel Villalta Gisbert (1903-1942), diputado socialista, gobernador civil de Madrid en 1937 y que vivía en Alicante al final de la Guerra Civil. Ha sido objeto de una extensa biografía por el catedrático de Historia Contemporánea, Glicerio Sánchez²⁶, y en la misma se relata como consiguió que su mujer y los tres hijos de ésta embarcasen en el “Stanbrook”, un barco que el 28 de marzo de 1939 salió del puerto de Alicante muy poco antes de que el ejército sublevado tomase la ciudad. El pensaba irse horas más tarde, en el siguiente y último barco, el “Maritime”, aunque finalmente no pudo hacerlo y tuvo que ocultarse en casa de un familiar durante más de dos años y medio; pero fue

delatado y tras ser detenido en octubre de 1941, le ejecutaron en diciembre del año siguiente²⁶.

G. Sánchez²⁶ señala que el inmueble madrileño al que nos hemos referido anteriormente -parece que realmente era una vivienda unifamiliar con jardín, más que un hotel- había sido comprado por Aurora Pérez a la “Cooperativa Madrileña de Casas Baratas y Económicas” con el dinero heredado de su marido, si bien no figura el precio del mismo, ni la fecha de compra. Dado que, como hemos señalado, JSB murió casi arruinado, parece plausible la versión de Pérez Peña⁸⁸ de que realmente la vivienda le había sido cedida por el Partido Socialista.

Cuando Aurora se casó con Miguel en 1936 aportó tres hijos al matrimonio, pues Celia, la menor de los que había tenido con JSB, falleció en 1934. De ahí que pueda inducir a error el comentario de G. Sánchez al señalar que Aurora y Sanchís Banús habían tenido tres hijos²⁶, cuando en realidad fueron cuatro. La mujer de Miguel Villalta se exilió a Orán (Argelia) con sus hijos tras dejar Alicante y aunque no hemos podido averiguar más datos sobre su vida, hemos leído que el director de cine francés Christian Caroz realizó un documental, en 2007, sobre una hija de ella y JSB, llamada también Aurora⁸⁹. Parece que en la película -no la hemos podido visualizar- participaron el viudo de la hija y un nieto de esta, realizando conjuntamente un viaje a España para reconstruir parte de la vida familiar antes y durante la contienda bélica. Aunque no hemos encontrado datos fiables sobre el destino de los descendientes de JSB, la lectura de unas reseñas^{90,91} nos hacen pensar que, muy probablemente, el hijo de JSB -llamado también José Sanchís-Banús (1921-1986)- acabó exiliado en París como profesor universitario, poeta y militante socialista; estableciendo con el tiempo una intensa relación con Emilio Prados Such (1899-1962), poeta a su vez de la generación del 27, también exiliado tras la Guerra Civil y lector precoz de Sigmund Freud gracias a su hermano, el psiquiatra M. Prados Such, quien había sido compañero profesional de JSB⁹². Si esto fuera así, resultaría una curiosa manera de cerrarse un círculo familiar y profesional.

A su muerte fueron numerosos los sentimientos de pésame y necrológicas publicadas^{1,2,35,37,86,93-95}, incluida la del Gobierno y el



Congreso de la nación⁹⁶ y años después se fueron ampliando los homenajes^{3-6,8,39,48,97}. Madrid tiene dedicada una calle a nombre del “Dr. Sanchís Banús” y en Ibi, lugar de su fallecimiento

y donde están enterrados sus restos, hay un centro escolar y una plaza llamados “Sanchís Banús”¹⁸.

Contacto

Dr. Luis Pacheco Yáñez ✉ LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.eus 📞 946 006 920
Red de Salud Mental de Bizkaia, Osakidetza • c/María Díaz de Haro 58 • 48010 Bilbao

Bibliografía

1. Alberca R. *Necrología. In memoriam. José Sanchís Banús*. Archivos de Neurobiología. 1932. 12: 808-813.
2. De Castro LN. *A la memoria del Dr. Sanchís Banús*. España Médica (Revista mensual ilustrada). 1 de agosto de 1932. nº 623. pp.: 5-7. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/results.vm?a=5087684&d=creation&d=1932&d=08&d=01&d=1932&d=08&d=01&t=%2Bcreation&l=600&l=700&s=0&lang=es>
3. Bravo T. *Recuerdos de José Sanchís Banús. Conmemoración del X aniversario de su muerte*. Conferencia leída el 20 de octubre de 1942. Anales de la Sociedad Peruana de Historia de la Medicina. 1942; IV. Fasc. I: 43-62. Disponible en: https://books.google.es/books?id=TAGaAAAIAAA&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
4. Alberca Lorente R. *Discurso (Homenaje para la entrega del premio Sanchís Banús. Valencia, 30 de mayo de 1963)*. Revista Española de Oto-Neuro-Oftalmología y Neurocirugía. 1964; 23, 133: 205-214.
5. Marañón G. *Medio siglo de psiquiatría*. En: *Obras completas, Discursos*. Tomo II. Madrid: Espasa-Calpe, S.A. 1966. pp.: 291-296.
6. Laín Entralgo P. *Descargo de conciencia (1930-1960)*. Barcelona: Barral Editores S.A. 1ª ed. 1976. pp.: 83-84, 101-102.
7. Díaz Ferrón E. *Sanchís Banús y su tiempo*. Archivos de Neurobiol. 1976; 39, 4: 285-296.
8. Nieto D. *Personalidades de la Neurobiología. José Sanchís Banús*. Arch. de Neurobiol. 1982. 45; 5: 407-416.
9. Angosto T. *José Pérez-López Villamil o la pasión por el recuerdo*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 1985; 5, 15: 484-492. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14837>
10. Lázaro J (Edited by DM Beer). *The concept of “delusion” in Spanish psychiatry*. History of Psychiatry. 1996. vii: 113-135. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0957154X9600702506?journalCode=hpya>
11. Jiménez de Asúa L. *Principios de Derecho Penal. La Ley y el delito*. Buenos Aires (Argentina): Abeledo-Perrot S.A. 1997. pp.: 346-351. Disponible en: <https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2011/10/doctrina31748.pdf>
12. Lázaro J. *Estudio introductorio*. En: *Bartolomé Llopis. La psicosis única. Escritos escogidos*. (Edición de José Lázaro). Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología. Ed. Triacastela. 2003, pp.: 9-54.
13. Gracia Guillén, DM. *Medio siglo de psiquiatría española: 1885-1936*. Cuadernos de Historia de la Medicina Española. 1971; X: 305-339. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.ranm.es/ranm/es/consulta/registro.cmd?id=1090>
14. Martí C, Tortosa F, Carpintero H. *Germain, neuropsiquiatra*. Revista de Historia de la Psicología. 1989; 10, 1-4: 161-171. Disponible en: <https://www.revisahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/1989-vol-10-núm-1-4/>
15. Cortés Ibáñez E. *La Edad de Plata española*. En: VV. AA. *Zenobia Camprubí y la Edad de Plata de la cultura española* (Emilia Cortés Ibáñez, coord.). Universidad Internacional de Andalucía. Sevilla. 2014. pp.: 11-42. Edición electrónica disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=510532>
16. Alvarez Peláez R. *La Psiquiatría Española de la Segunda República*. En: VV. AA. *Un siglo de Psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934). Maestro de L'Infirmier. Certificateur*. I Congreso de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría. Madrid: Extra Editorial. 1995. pp.: 89-108.

17. Lázaro Sánchez J. *Pedro Laín Entralgo: de la Psiquiatría a la Filosofía de la mente*. En: VV. AA. *Ciencia y vida. Homenaje a Pedro Laín Entralgo* (D. Gracia Guillén, Ed.). Bilbao: Fundación BBVA. 2003. pp.: 151-182 (ver pp.: 153-154). Disponible en: <https://www.fbbva.es/publicaciones/ciencia-y-vida-homenaje-a-pedro-lain-entralgo/>
18. Pérez Salmón C. *La obra psicológica de José Sanchís Banús (1893-1932)*. Tesis Doctoral. (H. Carpintero Capell, dir.). Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. 2009. Disponible en: http://www.europeana.eu/portal/record/9200101/BibliographicResource_1000126631290.html
19. Pérez Salmón C. *La influencia de Freud en la sociedad española. El caso de la ley de divorcio de 1932*. Revista de Historia de la Psicología. 2000; 21, 2-3: 673-680. Disponible en: <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2000-vol-21-núm-2-3/>
20. Pérez Salmón C. *Estudios de psicohistoria en la obra del Dr. Sanchís Banús (1893-1932): la enfermedad y muerte del príncipe Don Carlos, hijo de Felipe II*. Revista de Historia de la Psicología. 2001; 22, 3-4: 489-495. Disponible en: <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2001-vol-22-núm-3-4/>
21. Pérez Salmon C. *El síndrome de Sanchís Banús. Una contribución española a la nosografía psiquiátrica del siglo XX*. Revista de Historia de la Psicología. 2002; 23, 3-4: 307-312. Disponible en: <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2002-vol-23-núm-3-4/>
22. Pérez Salmon C. *Sanchís Bergón-Sanchís Banús: Una tradición científica familiar*. Revista de Historia de la Psicología. 2004; 25, 4: 53-58. Disponible en: <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2004-vol-25-núm-4/>
23. Pérez Salmon C. *Sanchís Banús y el Psicoanálisis: Historia de una relación*. Revista de Historia de la Psicología. 2004; 25, 3-4: 519-526. Disponible en: <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/2003-vol-24-núm-3-4/>
24. Aguirre Marco CMP. *José Sanchís Bergón (1860-1926). Niños marginados y neuropsiquiatría social*. Valencia: Fundación del Ilustre Colegio de Médicos de Valencia y Excma. Diputación de Valencia. 2018. pp.: 5-40, 57-68, 89-91, 93-98. Disponible en: <https://www.comv.es/wp-content/uploads/2018/03/AF-LIBRO-SANCHIS-BERGON.pdf>
25. Barona JL. (1985) *José Sanchís Banús. Los fundamentos históricos de su pensamiento psiquiátrico*. En: VV.AA. *Estudios sobre la Medicina y la Ciencia valencianas. Siglos XVI-XIX*. Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia. Valencia: Cátedra de Historia de la Medicina. Universidad de Valencia. 1985. pp.: 33-44. Disponible en: http://digital.csic.es/bitstream/10261/90929/1/XXVIII_Med_Ccia_Valencia.pdf
26. Sánchez Recio G. *La República decapitada. El caso de la familia Villalta Gisbert (Alicante 1939-1942)*. Barcelona: Flor del Viento Ed. pp.: 76-77, 97-100, 135-136, 147-169, 221-228, 274, 279, 289, 333.
27. Sanchís Banús J. *Estudio medico social del niño golfo*. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad Central. Madrid. Original de 1916. Publicada en 2015. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/53773/1/531669118.pdf>
28. Universidad Complutense de Madrid. Biblioteca de médicos históricos. *Sanchís Banús, José. 1893-1932*. s/f. Disponible en: https://webs.ucm.es/BUCM/med/archivo/ficha_medico.php?id_medico=130
29. Díaz-Rubio García M. *José Sanchís Banús*. En: *Real Academia de la Historia. Biografías*. 2018. Disponible en: <https://dbe.rah.es/biografias/7369/jose-sanchis-banus>
30. Huertas R. *Niños degenerados. Medicina mental y regeneracionismo en la España del cambio de siglo*. Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Ilus. 1998; 18: 157-179. Disponible en: <https://digital.csic.es/handle/10261/14508>
31. Glick TF. *Sanchís Banús, José*. En: VV. AA. *Diccionario histórico de la Ciencia moderna en España*. (JM López Piñero, TF Glick, V Navarro Brotons y E Portela Marco, eds.). Vol. II (M-Z). Barcelona: Ed. Península. 1983. pp.: 299-300.
32. Rey A, Livianos L. *Sanchís Banús, José*. En: *La Psiquiatría y sus nombres. Diccionario de epónimos*. Madrid: Médica Panamericana. 1999. pp.: 238-239.
33. Valenciano Gayá L. *El doctor Lafora y su época*. Madrid: Morata S.A. 1977. pp.: 77-79, 82-83, 90-91, 96.
34. Rey A. *José Sanchís Banús (1890-1932): una aproximación a su obra psiquiátrica*. En VV.AA. *Aulas y saberes*. VI Congreso Internacional de Historia de las Universidades Hispánicas (Valencia. 1999). Valencia: Servei de Publicacions de la Universitat de València. 2003. Vol. II. pp.: 367-382.
35. El Socialista (Diario). *Una pérdida irreparable. Ha muerto en Ibi el camarada Sanchís Banús*. 23 de julio de 1932. nº: 7320. pág.: 1. Disponible en: <http://archivo.fpabloiglesias.es/index.php?r=hemeroteca%2FElSocialista&HemerotecaDAO%5Bpublicacion%5D=&HemerotecaDAO%5Bday%5D=23&HemerotecaDAO%5Bmonth%5D=07&HemerotecaDAO%5Byear%5D=1932&yto=>



36. Fundación Pablo Iglesias. *Sanchís Banús, José*. Diccionario biográfico. s/f. Disponible en: http://fpabloiglesias.es/entrada-db/6135_sanchis-banus-jose/
37. Bejarano J. *En memoria de Sanchís Banús*. El Socialista (Diario). 26 de julio de 1932. nº: 7322. pág.: 1. Disponible en: <http://archivo.fpabloiglesias.es/index.php?r=hemeroteca%2FElSocialista&HemerotecaDAO%5Bpublication%5D=&HemerotecaDAO%5Bday%5D=&HemerotecaDAO%5Bmonth%5D=07&HemerotecaDAO%5Byear%5D=1932&yto=>
38. Puerto J. *Los laboratorios IBYS: una excepción científica e industrial durante la Dictadura franquista*. En: VV. AA. *Histórias da saúde. Estudos do século XX*. Imprensa da Universidade de Coimbra. 2012; 12: 253-269. Disponible en: <https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/36777/1/Los%20laboratorios%20IBYS.pdf>
39. Torre Blanco J. *Siluetas de un hombre eminente. José Sanchís Banús*. Adelante (Diario). México DF. 1 de octubre de 1944. pág.: 3. Disponible en: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiCoXppaX1AhUPrxoKHQ5NCHI4RhAWegQIEhAB&url=http%3A%2F%2Fwww.cervantesvirtual.com%2FdescargaPdf%2Fano-iii-num-64-1-de-octubre-de-1944%2F&usq=A0vVaw1z45ztSqsPoRlalEKDLim>
40. Barona JL. *Nicolás Achúcarro (1880-1918). Clínica e investigación experimental*. En: *Achúcarro, Marañón, Negrín. Medicina y compromiso. Entre la experimentación y la política*. (Barona JL.). Madrid: Nívola Libros. 2001. pp: 27-44.
41. Albarracín Teulón A. *José Sanchís Banús: una esperanza frustrada*. En: VV. AA. *Historia del Colegio de Médicos de Madrid. 1898-1998*. Cap. XVIII. Madrid: ICOMEM. 2000. pp.: 295-312.
42. Izquierdo Rojo JM^º. *Historia de la Neurología clínica española (1882-1936)*. Tesis doctoral (Dir. P. Laín Entralgo). Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. 2015 (Original en 1977). pp.: 69, 74, 124-126, 130, 235. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/52056/1/5305377122.pdf>
43. González Duro E. *Historia de la locura en España. Del Reformismo del siglo XIX al franquismo*. Tomo III. Madrid: Temas de hoy. 1996. pp.: 138-139, 154-155.
44. Sanchís Banús J. *Diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva*. Arch Med Cir. 1928; 29: 607-624. (Texto no consultado por los autores). Citado por De la Portilla Geada N. *Psicosis única en la actualidad*. Salud Mental. 2010; 33: 107-109. Disponible en: https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART15550/psicosis_unica_en_la_actualidad.pdf
45. Pacheco S, Rahmani R, Medrano J, Martínez O, Markez I, Pacheco L. *Hace ya algún tiempo: José Miguel Sacristán Gutiérrez (1887-1957). Un psiquiatra en el olvido*. Norte de salud mental. 2022; 18, 67: 129-140. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8562242>
46. Barcia Salorio D. *José Sanchís Banús. (1890-1932). Differential Diagnosis between Schizophrenia and Manic-Depressive Psychosis*. En: VV. AA. *Anthology of Spanish Psychiatric Texts*. (J López-Ibor, C Carbonell, J Garrabé; Eds.). World Psychiatric Association. París: Groupe CPI. 2001. pp.: 227-262.
47. Sanchís Banús J. *Epilepsia climatérica*. Archivos de Neurobiología. 1920. 1; 3. Madrid: Ruiz Hermanos, eds. Disponible en: <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000205787>
48. Díaz Ferrón E. *Sanchís Banús y su tiempo (Conclusión)*. Archivos de Neurobiol. 1976; 39, 5: 395-408.
49. Giménez-Roldán S. *Historia de la enfermedad de Huntington en España: primeras observaciones*. Neurosciences and History. 2013; 1,2: 71-79. Disponible en: https://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV1N2201371_79ES.pdf
50. Sanchís Banús J. *Las secuelas mentales tardías de la encefalitis epidémica (letárgica)*. Archivos de Neurobiología. 1922. 3; 3. Madrid: Ruiz Hermanos, eds. Disponible en: <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000205762>
51. Sanchís Banús J. *La Psiquiatría en la novela española contemporánea*. Conferencia leída en el Ateneo de Madrid. Madrid: Imp. de A. Marzo. 1922. Disponible en: <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000205764>
52. Sanchís Banús J. *La enfermedad y muerte del príncipe D. Carlos, hijo de Felipe II (Estudio de Psiquiatría histórica)*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 1927; XXVI, 306: 493-511. Parcialmente disponible en: http://bibliotecavirtual.ranm.es/ranm/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1003270
53. Huertas R, Novella E. *Sexo y Modernidad en la España de la Segunda República. Los discursos de la Ciencia*. Arbor Ciencia, Pensamiento y Cultura. 2013; 189, 764: 1-9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4678959>
54. Lázaro J. *La reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatras*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1995; 15, 53: 295-308. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15428/15288>
55. Gaceta de Madrid. *Decreto y Orden del Ministerio de la Gobernación respecto a la creación y miembros del Consejo Superior Psiquiátrico*. 12 de noviembre

- de 1931. nº 316. pág.: 932. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1931/316/A00932-00933.pdf>
56. Romano J. *Un charla con el eminente psiquiatra Sanchís Banús*. Nuevo Mundo (Madrid). 1 de marzo de 1929. pp.: 34-35. Disponible en: <http://hemeroteca.digital.bne.es/issue.vm?id=0002142465&search=&lang=es>
 57. Martínez Azumendi O. *De visita al manicomio*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2011; 31,111: 555-569. Disponible en: <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16154>
 58. López-Ibor JJ. *Historia de la Psiquiatría española*. En: VV. AA. *Tratado de Psiquiatría*. (MG. Gelder, JJ. López-Ibor y N. Andreasen, Dirs.). Barcelona: Psiquiatría Editores S.L. Ars Médica. Tomo I. 2003. pp.: 29-36 (ver pág.: 36).
 59. Roldán Cañizares E. *Luis Jiménez de Asúa. Derecho penal, República, Exilio*. Madrid: Ed. Dykinson. 2019. pp.: 46, 188, 239, 352, Disponible en: <https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/28236>
 60. Villasante O, Rey A, Martí JV. *José M^a Villaverde: retrato de un desconocido*. Medicina e Historia. 2008; 1: 1-15. Disponible en: <http://www.fu1838.org/pdf/2008-1.pdf>
 61. B.O.E. *Orden de 25 de febrero de 1947 por la que se nombra Catedrático de la Universidad de Madrid a don Antonio Vallejo Nágera*. Boletín de 3 de marzo de 1947. nº: 62. pp.: 1534-1535. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1947/062/A01534-01535.pdf>
 62. Ferrándiz A, Lafuente E. *Dionisio Nieto (1905-1897): Contribuciones de un neuropsiquiatra exiliado español al estudio de las bases biológicas del comportamiento*. Revista de Historia de la Psicología. 1993; 14, 3-4: 205-212. Disponible en: <https://www.revistahistoriapsicologia.es/archivo-all-issues/1993-vol-14-núm-3-4/>
 63. Sáez JM, Marín JL, Cerón C. *Román Alberca Lorente (Alcázar de San Juan, 1903-Murcia, 1967)*. En: VV. AA. *Médicos murcianos de la Escuela Histológica Española*. (Marset Campos, Pedro, coord.). Murcia: Editum científica y Fundación Séneca. Agencia regional de Ciencia y Tecnología. Universidad de Murcia. Servicio de publicaciones. 2008. pp.: 141-170.
 64. Barcia Salorio D. *Román Alberca Llorente. (1903-1966). On the Paranoid Reactions of the Blind (Sanchís Banús Syndrome). (II World Congress of Psychiatry, Zurich, 1957)*. En: VV. AA. *Anthology of Spanish Psychiatric Texts*. (J López-Ibor, C Carbonell, J Garrabé, Eds.). World Psychiatric Association. Paris: Groupe CPI. 2001. pp.: 307-320.
 65. Sanchís Banús J. *Las reacciones paranoides de los ciegos*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 1924; 15, 149: 87-95.
 66. Carrión-Expósito L, Bancalero-Romero C, Hans-Chacón A, González-Moreno JM, Baena-Baldomero A, Ruiz-Doblado S. *Delirio paranoide de los ciegos (síndrome de Sanchís-Banús)*. Psiq Biol. 2012;19 (3): 95-98. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-delirio-paranoide-ciegos-sindrome-sanchis-banus-S1134593412000577>
 67. Barcia D, Sempere J. *Reacciones paranoides de los ciegos. Síndrome de Sanchís Banús*. Revista española de Oto-Neuro-Oftalmología y Neurocirugía. 1961; 23, 133: 143-154.
 68. Giménez-Roldan S. *Epónimos españoles en neurología clínica*. Neurosciences and History. 2017; 5, 1: 1-19. Disponible en: https://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV5N120171_19ES.pdf
 69. Vidal DA. *El delirio paranoide de los ciegos*. Alcmeon. 1994; 3, 4: 269-276. Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/3/12/a12_01.htm
 70. Moral Zafra E, Sánchez López MJ, Martínez Agudé N. *Delirio paranoide de los ciegos (síndrome de Sanchís-Banús)*. Presentación al XV Congreso Virtual de Psiquiatría.com. Interpsiquis. 1-28 de febrero. 2014. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?url=delirio-paranoide-de-los-ciegos-sindrome-de-sanchis-banus>
 71. Valdés J, Franch CM, Martínez C, Serrano A, De Santiago J, Ugidos A, Min J. *A case report: Sanchís Banús syndrome*. 24 th European Congress of Psychiatry. European Psychiatry. 2016. 33S: S534. Disponible en: <https://www.em-consulte.com/article/1047451/a-case-report-sanchis-banus-syndrome>
 72. García A, Russo de León R, López N, Ruiz D, Pérez V, Gil J y cols. *Síndrome de Sanchís-Banús. A propósito de un caso*. XXVV Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. 1-29 febrero. 2016. Disponible en: <https://psiquiatria.com/trabajos/1COMUN11CVP2016.pdf>
 73. Esteve M, García R, Forcelledo C. *Síndrome de Sanchís-Banús o reacción paranoide dels cecs. A propòsit d'un cas*. III Simposio de Psicopatologia y Psiquiatría 2020. Psicosom. Psiquiatr. 2020; 15: 96. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/356051158_Sindrome_de_Sanchis-Banus_o_reaccio_paranoide_dels_cecs_a_propostid%27un_cas
 74. Barcia Salorio D. *Delirios crónicos*. En: VV. AA. *Psiquiatría*. Tomo II. (J López-Ibor, D. Barcia Salorio y C. Ruiz Ogara, dirs.). 1ª ed. Barcelona: Ed. Toray. Barcelona. 1982: 895-909 (pág.: 903)



75. Barcia Salorio D. *Historia de la psiquiatría española*. En: VV. AA. *Imágenes de la psiquiatría española* (J López-Ibor, C Leal y C. Carbonell, Eds.). Barcelona: Glosa. 2004. pp.: 37-61 (pág.: 59)
76. Sanchís Banús J. *Prólogo de la traducción española*. En: *Tratado de las enfermedades mentales y Anatomía Patológica de las psicosis* (Bumke O, Klarfeld B.). 1ª ed. española. Trad. E. Mira. Barcelona: Francisco Seix. s/f (¿1926?). pp.: XI-XV (ver también nota a pie de página del traductor, en pág.: 575).
77. Sarró R. *La evolución de la Psiquiatría desde 1924 a 1946. Prólogo del traductor*. En: *Nuevo tratado de enfermedades mentales* (O. Bumke). 2ª ed. española. Trad. R. Sarró. Barcelona: F. Seix. 1946. pp.: XVII-XLVI (ver pág.: XVII).
78. Villacián JMª. *Parafrenias, Paranoia y Reacciones paranoicas*. En: VV. AA. *Manual de Patología Médica*. (M. Bañuelos, Dir.). Barcelona: Editorial Científico Médica. 6ª ed. Tomo II. 1948. 379-388 (ver pág.: 382).
79. Sarró Burbano R. *Enfermedades mentales*. En: VV. AA. *Tratado de Patología y Clínica médicas. Tomo IV. Enfermedades del Sistema Nervioso. Neurosis y Medicina psicósomática. Enfermedades mentales*. (Agustín Pedro-Pons, Dir.). Barcelona: Salvat Editores, S.A. 1ª ed. 1952. pp.: 1137-1244 (ver pág.: 1242).
80. Alonso Fernández F. *El proceso esquizofrénico frente a los síndromes paranoides de génesis psicológica*. En: *Fundamentos de la Psiquiatría actual*. Tomo I. Psiquiatría general. 2ª ed. Madrid: Paz Montalvo. 1972. pp.: 299-305 (ver pág.: 303).
81. Barcia Salorio D. *Trastornos delirantes crónicos*. En VV. AA. *Tratado de Psiquiatría*. (D. Barcia Salorio, Dir.). Tomo I. Madrid: Ed. Aran. 2000: 315-332 (ver pág.: 318).
82. Rey A, Livianos L. *Sanchís Banús, Delirio de los ciegos de*. En: *La Psiquiatría y sus nombres. Diccionario de epónimos*. Madrid: Médica Panamericana. 1999. pág.: 238.
83. Gaceta de Madrid. *Orden nombrando para la plaza de Profesor del Instituto de Estudios Penales a D. José Sanchís Banús*. Boletín de 22 de abril de 1932. nº 113. pág.: 565. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1932/113/A00565-00566.pdf>
84. Ignacio Cruz J. *Los diputados masones en las Cortes de la II República (1931-1936)*. En: VV. AA. *Masonería, política y sociedad* (JA Ferrer Benimeli, Coord.). Vol. 1. 1989. pp.: 123-188. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=961373>
85. Ayuntamiento de Madrid. *Lista de Sres. Concejales. Comisiones y Dependencias*. Madrid: Artes Gráficas Municipales. 1931. pp.: 7-9. Disponible en: http://www.memoriademadrid.es/doc_anexos/Workflow/2/140156/btm_634-7.pdf
86. El Socialista (Diario). *Una pérdida irreparable. Después de la muerte de Sanchís Banús*. 24 de julio de 1932. nº: 7321. pág.: 1. Disponible en: <http://archivo.fpabloiglesias.es/index.php?r=hemeroteca%2FElSocialista&HemerotecaDAO%5Bpublicacion%5D=&HemerotecaDAO%5Bday%5D=24&HemerotecaDAO%5Bmonth%5D=07&HemerotecaDAO%5Byear%5D=1932&yt0=>
87. Giménez-Roldán A. *Neuropsiquiatría y política: el enfrentamiento entre Gonzalo R. Lafora y José María Villaverde*. *Neurosciences and History*. 2014; 2,4: 140-148. Disponible en: https://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV2N42014140_148ES.pdf
88. Pérez Peña, F. *Depurados post-mortem*. En: *Exilio y Depuración Política (En la Facultad de Medicina de San Carlos)*. Cap. 10. Madrid: Edit. Visión Net. 2005. pp.: 323-326.
89. Caroz C. *Aurore*. Airelles Video. Airelles Production & Les Spectateurs Citoyens. Francia. 2007. 80 minutos. Referencia disponible en castellano en: <https://club.diaroinformacion.com/eventos/aurora/>
90. García Banús MªT. *Una vida bien vivida*. Transcripción: José Gutiérrez Álvarez. s/f. Disponible en: <https://www.vientosur.info/documentos/unavida bienvenida-nteresagbanus.pdf>
91. Editorial Pre-Textos. *Reseña de José Sanchís-Banús. Seis Lecciones: Emilio Prados, su vida, su obra, su mundo*. 1987. Disponible en: https://www.pre-textos.com/escaparate/product_info.php?products_id=481
92. García Díaz C. *Miguel Prados Such: Un psiquiatra reformista en el exilio (Málaga, 1894-Montreal, 1969)*. TSN. 11: 217-230. Disponible en: <https://transatlanticstudiesnetwork.uma.es/miguel-prados-such-un-psiquiatra-reformista-en-el-exilio-malaga-1894-montreal-1969/>
93. Juarrós C. *A la memoria del Dr. Sanchís Banús*. *España Médica* (Revista mensual ilustrada). 1 de agosto de 1932. nº 623. pág.: 2. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/results.vm?a=5087684&d=creation&d=1932&d=08&d=01&d=1932&d=08&d=01&t=%2Bcreation&l=600&l=700&s=0&lang=es>
94. Morales Díaz J. *A la memoria del Dr. Sanchís Banús*. *España Médica* (Revista mensual ilustrada). 1 de agosto de 1932. nº 623. pp.: 1-2. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/results.vm?a=5087684&d=creation&d=1932&d=08&d=01&d=1932&d=08&d=01&t=%2Bcreation&l=600&l=700&s=0&lang=es>

95. Zugazagoitia J. *Palabras de duelo. Sanchís Banús*. Avance (Diario). 31 de julio de 1932. Oviedo. nº 223. pág.: 1. Disponible en: https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/id/13d73929-497b-4d50-8042-726bf6ae5b89/1932_07_31.pdf
96. Ahora (Diario gráfico). *El sentimiento de la Cámara por el fallecimiento del señor Sanchís Banús*. 27 de julio de 1932. Madrid. nº 504. pág.: 5. Disponible en: http://www.memoriademadrid.es/doc_anexos/Workflow/3/151674/hem_ahora_19320727.pdf
97. PSOE Ibi. *22 de julio-88º aniversario de la muerte de José Sanchís Banús*. 22/07/2020. Disponible en: <https://www.psoeibi.com/2020/07/22/22-de-julio-88o-aniversario-de-la-muerte-de-jose-sanchis-banus/>
- Sanchís Banús J. *La Ciencia y la muerte: los progresos médicos de la guerra*. El Fígaro. 23/11/18. pág.: 62. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0026747197&search=&lang=es>
- Sanchís Banús J. *El viejo médico*. El Fígaro. 4/12/18. pág.: 13. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0026748012&search=&lang=es>
- Sanchís Banús J. *El Colegio de Médicos: un espectáculo lamentable*. El Fígaro. 15/12/18. pág.: 7. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0026748681&search=&lang=es>
- Sanchís Banús J. *Los manicomios en España: apostillas a un discurso*. El Fígaro. 21/12/18. pág.: 6. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0026749055&search=&lang=es>

Algunos trabajos del Dr. José Sanchís Banús accesibles informáticamente

Hemos localizado varios de los trabajos, de acceso libre, que nuestro autor publicó en un periódico (El Fígaro) de difusión nacional donde trabajó como redactor:

- Sanchís Banús J. *La Medicina en la guerra*. El Fígaro. 30/9/18. pág.: 10. Disponible en: <http://hemeroteca.digital.bne.es/issue.vm?id=0026743648&search=&lang=es>
- Sanchís Banús J. *La gripe en España. De la epidemia en el extranjero*. El Fígaro. 9/10/18. pág.: 9. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0026744241&search=&lang=es>
- Sanchís Banús J. *El cauce de la muerte*. El Fígaro. 19/10/18. pág.: 8. Disponible en: <http://hemeroteca.digital.bne.es/issue.vm?id=0026744875&search=&lang=es>
- Sanchís Banús J. *Los manicomios de España*. El Fígaro. 30/12/18. pág.: 13. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0026749586&search=&lang=es>
- Sanchís Banús J. *Los locos en el cinematógrafo*. El Fígaro. 5/1/19. pág.: 15. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0026749891&search=&lang=es>
- Sanchís Banús J. *En defensa del loco (Variaciones sobre el mismo tema)*. El Fígaro. 26/1/19. pág.: 4. Disponible en: <http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0026751020&search=&lang=es>

- Recibido: 18/9/2022.
- Aceptado: 5/12/2022.

Pedro Enrique Muñoz (1936-2022): Adelantado de la Psiquiatría Social en España. In Memoriam.

Pedro Enrique Muñoz (1936-2022): Advanced of Social Psychiatry in Spain. In Memoriam.

Nacido en Zamora en 1936, Pedro Enrique completó su formación en París con Paul Sivadon y se inició como profesional de la psiquiatría en Pamplona entre 1960 y 1982. En 1968 abandonó su labor en la Universidad de Navarra para, junto con otros colegas de departamento, incorporarse a la Fundación Argibide, finalmente constituida en noviembre de 1976. Esta Fundación, ubicada en Pamplona, tiene como objetivos la promoción de la salud mental y el desarrollo de la asistencia psiquiátrica. Junto con Vicente Madoz y Pilar Marticorena, Pedro Enrique, fue miembro fundador de la misma.

Se hizo conocido a partir de 1976, año en que publicó, junto a José Luis Vázquez Barquero, el estudio de epidemiología psiquiátrica del Valle del Baztán sobre el que ambos escribieron sus tesis doctorales. Tenemos que situarnos en una época oscura en lo político y muy precaria en cuanto al desarrollo asistencial y científico en nuestro país, especialmente en un área como la de la salud mental anterior a la Ley General de Sanidad y la Reforma Psiquiátrica de los años 80.

La Fundación Argibide contribuyó con su impulso a abrir luz en este incierto panorama, tanto por su modelo de atención comunitaria, como por este estudio pionero. En una época en la que aún no existía el Modelo MIR (y mucho menos el PIR) ambas aportaciones contribuyeron a que se convirtiera en referente para quienes iniciaban su formación, de una manera particular en el ámbito de la psiquiatría social. En el período final del Franquismo e inicio de la Transición, el estudio

del Valle del Baztán tuvo un impacto importante en el desarrollo de la salud mental en España.

Este estudio fue el primero en nuestro país que planteó una evaluación psiquiátrica de doble fase, junto a la validación de las versiones españolas del General Health Questionnaire (GHQ) y del Present State Examination (PSE). Poco después Pedro Enrique publicó otro estudio de prevalencia psiquiátrica centrado también en territorio navarro (en concreto, en la ciudad de Pamplona y en la comarca de la Ribera). Con estos trabajos se comenzaron a sentar las bases de la planificación basada en datos para organizar la atención psiquiátrica en nuestro país.

Aunque siempre se mantuvo vinculado a la Fundación Argibide, como presidente de su patronato, en 1982 se instaló en Madrid. Allí ocupó diversos cargos a lo largo de varias décadas: director general técnico del Instituto de Salud Mental (1982-1984); director de investigación del Instituto de Estudios sobre la Salud (1984-1985); comisionado para el Plan Regional de Drogas (1986-1987); director de estudios de la Consejería de Integración Social (1988-1992) y director del área de epidemiología, evaluación de servicios e investigación del Departamento de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid (2003-2010).

Supo manejarse con habilidad entre la práctica clínica, la investigación y la política madrileña, bregando por mantener su capacidad de trasladar la información científica a la planificación

sanitaria. Junto a su mantenida labor práctica en la administración y la planificación sanitaria, Pedro Enrique siempre mantuvo su compromiso con la investigación y la promoción de la salud mental. Fue docente de la Escuela Nacional de Sanidad y profesor asociado de Salud Pública en la Universidad Autónoma de Madrid.

En 1989 fundó la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica, de la que fue presidente hasta 1998. Así mismo, fue fundador de Psicost, asociación en la que ocupó la vicepresidencia hasta 2015. Psicost es una asociación de carácter científico, creada en 1994, al objeto de poner en marcha estudios multidisciplinares de evaluación de servicios en salud mental y discapacidad. La asociación se mueve dentro del ámbito de la Red Europea de Investigación EPCAT, que promueve metodología estandarizada para la comparación de servicios de salud mental a nivel internacional. Fruto de su trabajo esta asociación ha redactado informes y estudios en diversas regiones y Comunidades Autónomas, entre ellos los Atlas de Salud Mental de Gipuzkoa (2012) y de Bizkaia (2013), ambos llevados a cabo por el equipo de Luis Salvador Carulla.

Pedro Enrique fue un intelectual lúcido e independiente que, junto con colegas y colaboradores, contribuyó a solidificar fundamentos útiles para la salud mental pública, la psiquiatría social y la epidemiología psiquiátrica. Contribuyó también a un mejor conocimiento de algunos patrones de uso de servicios en salud mental y al desarrollo de sistemas de apoyo a las decisiones en la planificación de servicios psiquiátricos. Además, fue un pionero en la investigación de la ecología de la salud mental en áreas urbanas y rurales.

Siempre trató de aplicar el método científico a los problemas reales, siendo su actitud muy dispuesta para la enseñanza y el apoyo a colegas y estudiantes de postgrado. A sus seminarios en

los congresos de la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica acudieron varias generaciones de epidemiólogos y planificadores de salud de España.

En sus últimos años recibió un merecido reconocimiento con su designación como miembro del Colegio de Psiquiatras Eméritos de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Tras su jubilación en 2010 se centró en el estudio y la redacción de trabajos de notable profundidad y humanismo entendidos desde una concepción histórica y social. En 2016 publicó un texto de carácter fenomenológico titulado *Vivir en Tiempos de Confusión*, cuya anunciada secuela no alcanzó a publicar.

Algunos de nosotros le llegamos a conocer y tratar en seminarios y cursos de doctorado que también realizó en la UPV/EHU en los últimos años 90 del pasado siglo. Con él aprendimos más de un secreto de la epidemiología psiquiátrica y sus instrumentos. Particularmente nos resultaron útiles sus enseñanzas sobre la metodología de los estudios en doble fase, tal y como se habían llevado a cabo en el Reino Unido y luego él y Vázquez Barquero replicaron en España. Más humildes y de alcance local, nosotros nos limitamos a hacer lo mismo en contextos de Atención Primaria (Centro de Salud de Basauri y otros en las Comarca de Bilbao y Margen Izquierda). Y finalmente conseguimos sacar adelante nuestras tesis de doctorado, revisando la versión española del GHQ con ideas que se inspiraban, entre otras, en sus enseñanzas.

Pedro Enrique falleció en Sevilla, el 3 de marzo de 2022. Descanse en paz.

Ander Retolaza

Contacto

Ander Retolaza ✉ ander.retolaza@telefonica.net

Referencias Bibliográficas

- Salvador Carulla Luis; Bulbena Vilarrasa Antonio; Pedro Enrique Muñoz Rodríguez: un psiquiatra social en tiempos de confusión. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona)* 15 (2022) 218-219.
- Muñoz P.E., Vazquez Barquero JL. *Estudio epidemiológico psiquiátrico del Valle del Baztán*. Pamplona: SMEDA (Fundación Argibide); 1976.
- Muñoz PE, Noguera R. *Estudio epidemiológico psiquiátrico en la Ribera de Navarra y barrio pamplonés de la Txantrea*. Pamplona: SMDA (Fundación Argibide); 1978.
- Iruin A, Ruiz M, Salinas JA. *Atlas de Salud Mental de Gipuzkoa*. San Sebastián: Unidad de Comunicación. Hospital Universitario Donostia; 2013. Archivo: Atlas Gipuzkoa.
- Pereira C, Ruiz Salinas JA. *Atlas de Salud Mental de Bizkaia*. Bilbao: Osakidetza; 2013. Archivo: Atlas de Bizkaia.
- Vázquez Barquero JL, Muñoz PE, Jaúregui VM: The influence of the process of urbanization on the prevalence of neurosis. A community survey. *Acta Psychiatr. Scand.* 1982; 65:161-70.
- Muñoz PE: *Vivir en tiempos de confusión: el desafío de construir una identidad personal propia*. Madrid: Editorial Iatrós. 2016.
- Markez I: *Validación del GHQ-28 en una muestra ambulatoria y análisis de la labor de detección de morbilidad psiquiátrica por los médicos de atención Primaria de salud*. Tesis Doctoral. Univ. Del País Vasco/EHU. Leioa. Bizkaia. 1993.
- Retolaza A, Markez I, Ballesteros J: Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Atención Primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15, 55: 593-608. 1995.
- Retolaza A: *Análisis de Componentes Principales y Estructura Factorial del GHQ-60 en una muestra de pacientes de Atención Primaria. Una revisión de la composición de ítems y dimensiones del GHQ-28*. Tesis Doctoral. Univ. del País Vasco/EHU. Leioa. Bizkaia. 1999.

NOTA: Bastantes de los datos biográficos referidos en el presente texto han sido recogidos del obituario redactado por Luis Salvador Carulla y Antonio Bulbena Vilarrasa citado en primer lugar en las referencias.

La locura en Joyce: sobre su obra y la relación con su hija Lucia.

Madness in Joyce: above his work and his relationship with his daughter Lucia.

María Herrera Giménez. Doctora en Medicina. Psiquiatra, ETAC área 7, Murcia.

Carmen Llor Moreno. Doctora en Medicina. Psiquiatra. CSM San Andrés. Murcia.

Esteban Ferrández Miralles. Doctor en Psicología. Psicoanalista. CPM Murcia.

Resumen: Presentamos una revisión sobre Joyce a propósito del centenario este año de su obra fundamental, Ulises, así como estudiamos la relación que establece con su hija Lucia, diagnosticada de esquizofrenia, pasando la mayor parte de su vida en instituciones manicomiales.

Palabras clave: Locura, escritura, esquizofrenia paranoide.

Abstract: We present a review of the writer James Joyce on the occasion of the centenary this year of his fundamental work: Ulysses, as well as a more detailed study of the relationship he establishes with his daughter Lucia, diagnosed since her youth with paranoid schizophrenia, spending most of her life in mental institution.

Keywords: Madness, writing, Schizophrenia Paranoid.

Joyce se considera uno de los novelistas más influyentes del siglo XX, su nombre constituye un referente fundamental en el panorama de las letras. Su figura ha interesado a psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas de ayer y hoy.

Nace en Dublín el 2 de febrero de 1882, en el seno de una familia católica venida a menos. Con leer algunas páginas de sus últimas dos novelas (Ulises y Finnegans Wake), es fácil suponer que estamos ante un autor más bien raro. Al primer especialista de salud mental que le llamó la atención es a Jung (apodado cariñosamente “el gordo” por Joyce debido a su gran tamaño), quien afirma: “Escribe de una manera muy cercana a la esquizofrenia”. Es decir, ya con esto podemos pensar que su prosa ya era rara de por sí.

Jung conoce a Joyce y a su hija Lucia, quien le llega profesionalmente muy recomendada, para él era muy evidente que ambos estaban locos: Lucia recibe el diagnóstico de esquizofrenia paranoide así como Joyce el diagnóstico de esquizofrenia latente (concepto originario de Bleuler).

Es muy interesante, como veremos más adelante, la relación de la locura de Joyce a través de su hija Lucia, quien pasa más de la mitad de su vida ingresada en hospitales psiquiátricos.

A principios de años 70, Lacan se fijó en Joyce e hizo de él el referente de su nueva teoría en el seminario 23 llamado “El síntoma”. De esta forma el escritor irlandés y su obra se incorporan de lleno al discurso psicoanalítico. El interrogante

que corre a través del citado seminario es saber si Joyce está loco o no. Jose María Álvarez y Fernando Colina son dos autores que estudian la posible locura de Joyce a partir de la evidente esquizofrenia de su hija Lucía. Joyce y Lucía estaban locos, pero sus locuras, aunque diferentes, mantenían conexión fundamental que se puede estudiar a través de la visión, la mirada y el delirio de observación.

Se puede estar loco de forma e intensidad tan distinta como la que tenían Joyce y Lucía: tan distinta como una psicosis normalizada y una esquizofrenia paranoide tal cual. Si hacemos un recorrido por su obra apreciamos una evolución: los primeros relatos son muy visuales, muy descriptivos, muy realistas y costumbristas de la gente de Dublín. Sin embargo, con el transcurso del tiempo en su escritura apreciamos como lo visual va dando paso al sonido, es decir, va tomando mayor importancia el murmullo de los sonidos.

En toda su obra está presente la música irlandesa ya que pese a vivir en diversas ciudades europeas (Zúrich, Trieste, Roma, París, Pula) su obra está situada en el Dublín de su adolescencia y empapada de la cultura irlandesa. De esta manera lo imaginario va dando paso a lo simbólico y finalmente a lo real, es decir, al sonido como tal. Así, hace del lenguaje el gran protagonista del Ulises, donde lo importante es lo que piensan los personajes, no lo que hacen. Si en Ulises el protagonista es el día y la luz, en su última obra, Finnegans Wake, la protagonista es la noche, la oscuridad, el sonido y el sinsentido. Para esta última obra estuvo 17 años de intenso trabajo intentando reproducir lo que ocurre durante el sueño, es difícil conocer su argumento, incluso se discute a que género literario pertenece.

Era una persona fascinada por los sonidos, la fonética, capaz de componer melodías sonoras distintas mediante las palabras, se quedaba absorto ante su sonido para redactarlas. Conforme fue envejeciendo y sus ojos se llenaron de sombras más vivos se volvieron para él los murmullos, los ecos, los ruidos y los sonidos de las palabras. La perspectiva visual y descriptiva de sus primeras obras se oscurece a la par que su mundo se torna azabache y el sinsentido se adueña de sus escritos.

A lo largo de su vida sufre 13 intervenciones quirúrgicas por distintas complicaciones oftalmológicas (uveítis, cataratas, hipermetropía). Cuando no escribía Ulises pasaba el resto de jornada en la cama con compresas frías en los ojos. A medida que la oscuridad se hacía a su alrededor el mundo de los sonidos se intensificaba, las palabras perdían sonido y ganaban en sonoridad. Sus últimos años fueron muy duros: totalmente ciego y absorto en matices del murmullo, muy descuidado, no seguía ninguna de las indicaciones pautadas por sus médicos. Finalmente fallece en Zúrich el 13 de enero de 1941, a consecuencia de una úlcera de duodeno perforada, en un estado de evidente abandono y psicopatológicamente muy deprimido. Sus restos se entierran en el cementerio de Zúrich, cerca del zoológico. Nora siempre recordaba que lo que le gustaba y hacia gozar eran los sonidos. Cuando llevaba al cementerio a quienes lo visitaban decía:

“Aquí está enterrado mi Jim, le gustaban los leones una barbaridad. Me gusta pensar que yace ahí y lo pasa bomba escuchando los rugidos de los leones, los tigres y los elefantes...”

Nora fue su amante, compañera, cuidadora y madre de sus dos hijos. Él era un genio abstraído, ella una mujer muy terrestre. Para Joyce supuso un pilar fundamental en su existencia, le aportó el deseo, siempre renovado, siempre en movimiento. En 1904, el mismo año que se conocen, marchan de Irlanda, pasando la mayor parte de su vida en distintas ciudades europeas.

Eran una pareja cerrada muy estrecha, prácticamente autosuficiente, establecen una relación muy especial, en la que permanecen unidos desde el primer encuentro, pegados el uno al otro. Estando juntos toda la vida se casan muy tarde, poco antes del matrimonio del primer hijo (Giorgio). Ante este hecho ambos hijos caen en la cuenta de que son ilegítimos, bastardos, aquí Lucía se descompensa y sufre su primera crisis. A partir de aquí la relación con la madre se torna definitivamente muy tensa y violenta: la golpea e insulta de forma constante.

Joyce y Nora tienen una relación tan estrecha y cerrada que apenas dejan espacio a los dos hijos que tienen: Giorgio y Lucía. De hecho, algunas de

las dificultades más notorias de la pareja surgen cuando se separan bien por motivo de algún viaje o por el nacimiento de los hijos.

Otro aspecto a destacar es en relación a la celotipia, Joyce conoció muy de cerca el tormento de los celos. Estos eran de una envergadura tan intensa que incluso dudó en varios momentos si Giorgio era su hijo pues consideraba que tenía el color de los ojos distinto. Ante las crisis y desestabilizaciones que sufre incorpora al hogar a su hermano y protector Stanislaus, dos años menor, otro de sus pilares fundamentales para preservar su salud mental.

Estos celos se plasmarán en su creación literaria, así como la infidelidad femenina es otro de los grandes temas desarrollados por Joyce en sus novelas, esto lo encontramos muy bien reflejado en el personaje de Molly Bloom del Ulises.

De la cerrada y estrecha relación con su pareja, Nora, tan necesaria para él, y de cómo se trastocó psicopatológicamente con el nacimiento de sus dos hijos (incluso cuando nace Lucia se desestabiliza y debe ingresar en el mismo hospital en que Nora ha dado a luz), se deduce que algo tocante a la función paterna hace aguas en Joyce.

Según la interpretación de Lacan el hecho de que Joyce se dedicará a “hacerse un nombre” es una consecuencia de esa carencia paterna que padecía. Joyce tenía una particular relación con el lenguaje motivo de su tormento y fuente de su creación.

La creación es una de las salidas posibles para apaciguar las tormentas interiores. Los escritores tienen la capacidad de exorcizar para sacar fuera los demonios internos de la creación. En palabras de Margarit Durás “sólo la escritura te salvará”. A Lacan le parecía más riguroso explicar el arte por el síntoma.

A Joyce le interesaban pocas cosas: aparte de su obra y de su familia. Era sumamente meticuloso y estaba absorto totalmente en la redacción de sus novelas y poemas, es decir, gozaba de manera especial cuando escribía. Ponía toda su libido en la escritura: cuando escribía Ulises sólo existía éste. El elemento genuino y característico que para Joyce constituye su síntoma es el potencial creativo en el que se encuentra un equilibrio

inestable. Su síntoma lo impulsa a la creación, así Joyce consigue a través de sus obras el equilibrio vital o cordura.

Si alguien se dedica tanto a algo es por algo. Escribe mucho porque busca una función en la escritura, que le aporte equilibrio. La escritura lo equilibra, es su tabla de salvación, descomponer el lenguaje, desde la correcta gramática se va hacia Lalange: donde prevalece el sonido y las resonancias: donde nada quiere decir nada.

ULISES: se puede considerar una novela sinfónica más que narrativa, le daría fama universal y posicionaría su nombre en el firmamento de las letras. Esta novela encumbra el lenguaje como protagonista absoluto, la atmósfera del lenguaje y la palabra toma fuerza en la novela y hace de los tres personajes principales meros portadores de una estructura de lenguaje omnipresente, como si se trataran de ventrílocuos a través de los que el lenguaje habla de forma permanente. Realmente no cuentan los personajes sino el lenguaje.

Su argumento se basa en la historia de un hombre cualquiera que sucede a lo largo de un día cualquiera (16 de junio de 1904) en Dublín. Realmente ésta fecha es muy significativa en su biografía pues es este día el que conoce a Nora, su pareja. Se trata de un retrato de la condición humana a partir de gente vulgar, antihéroes por excelencia en donde se plasma directamente el proceso del pensamiento (flujo de conciencia). Crea un monólogo interior que es el pensamiento directo, el pensamiento próximo a la sensación pura. Es de destacar el capítulo último, 18, el monólogo interior de Molly Bloom: lo que una persona piensa antes de dormir, las palabras que pasan por su cabeza.

Joyce consigue transportar al lector a una atmósfera de palabras en la que el sujeto se perfila como un ser intervenido por el lenguaje. Se trata de “el hombre hablado”, el lenguaje habla a través de los tres protagonistas. Lo importante es lo que piensan los personajes, no lo que dicen. Los recursos lingüísticos que Joyce utiliza en Ulises se multiplican exponencialmente en Finnegans Wake. En esta novela encontramos de un modo más intrincado e intenso un uso menor de concesiones al lenguaje, un rico acrecentamiento de diversos idiomas que Joyce conoció y suaves



lloviznas de vocabulario que sólo él conocía personalmente.

La sintaxis de FW es tan inestable como la dicción, las oraciones cambian de rumbo sin dirección, finalizan antes de terminar, se escapan de la lectura. Estos recursos se ponen al servicio del lenguaje del sueño o de alguien cuando esta dormido con lo cual Joyce provocó una regresión deliberada a los aspectos del lenguaje infantil y lúdico. Ha recuperado algo del placer del niño en jugar con las palabras que acaba de aprender, porque son demasiado hirientes.

En *Finnegans Wake* resulta casi imposible su traducción. Es una historia simbólica o fonética del mundo. Según el dramaturgo Samuel Beckett “aquí la forma es el contenido”. Pone en relieve lo más real de la lengua.

Durante su proceso creativo no dejaba al azar ningún elemento de la composición. Era un virtuoso de las técnicas narrativas. Tenía muchas facetas raras: entre ellas su relación con el lenguaje era pintoresca, embebido en un goce que lo atrapa por completo, hechizado por la dimensión sonora de la palabra. “ya tengo las palabras, lo que busco es el orden perfecto de la frase”. Es decir, buscaba resultados sonoros. Él no inventaba nada, lo entresacaba de lo que había oído alguna vez. De tal manera que Jose María Valverde, uno de los traductores principales al castellano, llega a afirmar: “Joyce fue un gran oído y un gran olfato”.

Su experiencia vital y su composición literaria están muy relacionadas. Juega con las palabras, puede palparlas, gozarlas, alargarlas, descomponerlas y comprimirlas, las deforma, les busca ecos y resonancias, como los niños embebidos en el montaje de un mecano. La vista de Joyce nunca fue buena: le recomiendan gafas y se las pone diez años después, es decir, se va quedando ciego, por lo que durante este tiempo absorbió muchos olores y sonidos (más que visiones reales).

De esta forma podemos destacar cuatro características que enmarcan o delimitan la pintoresca relación de Joyce con el lenguaje:

1. el embeleso que le suscitan las palabras.
2. la insistente presencia del runrún del lenguaje (siempre dando vueltas en su mente).

3. el horror y el tormento en que le someten algunas de esas palabras.

4. el tratamiento que da al significante inquietante mediante la deformación fonética.

Esa presencia del lenguaje tan excesiva y desasosegante invita a considerar la posibilidad de alguna forma de experiencia en la que la palabra se le impone y le domina. Para él el lenguaje es muy real e hiriente, más real de la cuenta, hasta el punto incluso que lo puede tocar y palpar. Entraba en éxtasis y componía sonidos. Quería “Hacer del lenguaje un arcoíris donde cada palabra es una gotita que refleja un prisma de mil colores”. El lenguaje le hacía sufrir, le duele, pero al mismo tiempo le daba la vida y le hacía soportable la existencia. Resucitaba por la actividad de la escritura, que era toda su vida. La palabra era la causa material de su goce. Absorto en la redacción de *Finnegans Wake* lanzaba sonoras risotadas. Hipnotizado por estos sonidos pasaba días torturado por una palabra. Estaba siempre pendiente de obedecer las leyes fonéticas y a los fenómenos semánticos y a los fenómenos semánticos de las lenguas que combinaba.

De esta manera desvirtúa el lenguaje: de su aspecto real e hiriente. Todo su trabajo: consiste en reducir el lenguaje en sonido. En este campo era infatigable: buscaba una precisión exquisita, podía pasar años de discusión con su editor por una coma (como le sucede en *Dublineses*). Su trabajo es hacer sonido del lenguaje. Debe reducir la parte hiriente del lenguaje para mantenerse a flote. Se trata de un trabajo creativo que le da un nombre.

Tenía pánico a los truenos, al reproducirlos en *Finnegans Wake*. los reduce a meros ruidos, pone por escrito el trueno, es decir, hace algo con las palabras de algo que le angustia. “Doy vueltas a los fonemas hasta que no me molestan”. La pintoresca relación con el lenguaje que tiene con el lenguaje se puede especificar respecto a dos aspectos cruciales:

1. El efecto traumático que ocasiona el lenguaje en el sujeto.

Y a su vez:

2. El goce que proporciona la lengua.

Estos dos conceptos dan cuerpo al lenguaje de lalange: evoca al termino laleo, se refiere a la etapa previa de utilización del lenguaje, periodo caracterizado por la emisión de sonido vocálicos, en este periodo se aprecia el goce la mera emisión.

Es la etapa en el que el niño goza y juega con los sonidos, constituye la materia que dará cuerpo al lenguaje, cuando a través de la educación se introduzcan normas gramaticales y sintácticas que dotan a cada lengua de un orden necesario para entenderse.

“Disfrute pleno del fonema que no quiere decir nada”.

Con este término se devalúa la comunicación y triunfa el sinsentido. Según Lacan: “el lenguaje está hecho de lalange”. Inconscientemente es un saber hacer con la lengua.

La educación no extingue por completo lalange. De manera que esa cámara de resonancia pervive más allá de la primera infancia y nutre de inspiración a algunos artistas. A Joyce la escritura le servía para introducir un cierto límite a los ecos amenazantes y a la reverberación infinita de esos ecos de lalange.

Si admitimos con Lacan que el síntoma impulsa a la creación, Joyce representaría el prototipo de quienes consiguen, a través de su obra, un relativo equilibrio vital. Lalange es el fundamento de *Finnegans Wake* y de una parte del *Ulises*.

La intervención de Joyce es rebajar lo real al lenguaje. Es una intervención original suya, es una clave que encuentra y de esta forma le va bien. Da con esta clave creativa, una solución singular que le hace funcional, así se hace un nombre. De esta forma con la escritura de FW debilita mediante el sinsentido y la homofonía los efectos de la imposición de las palabras. Por tanto, vemos como el lenguaje de Joyce dista mucho de estar al servicio de la comunicación o del sentido. Así se nos presenta como alguien traumatizado por su encuentro con la lengua, poseído por el lenguaje y sometido al permanente cuchicheo de las palabras, como si habitara en una vivienda llena de ecos. Joyce como salida debe desnaturalizarlo, reducir las vertientes hirientes del lenguaje, disminuir la vertiente real, impositiva e intrusiva. Él realiza esto mediante “la digestión

de palabras”, es decir: “Hacer palabras con los sonidos”.

En relación a las voces o alucinaciones en su biografía destacan dos aspectos psicopatológicos:

1. hay un supuesto periodo de alucinaciones auditivas que Joyce experimenta durante uno de los episodios más críticos de la locura de Lucia. Pasa 6 o 7 noches sin dormir salvo algunos ratos en los que le asaltaban pesadillas que volvían a despertarle, durante el día tenía alucinaciones auditivas. Aunque no existe constancia de que fueran alucinaciones estas desaparecen cuando por prescripción médica retorna a la escritura de FW.
2. la presencia parásita de la voz del padre en la garganta y en el cuerpo de Joyce. En una carta fechada en 1932 dice textualmente “me parece que su voz entró en mi cuerpo o en mi garganta” “últimamente más que nunca cuando suspiro”. A un amigo le menciona que la voz del padre se le impones incluso después de la muerte.

Al realizar una revisión global de toda su obra literaria vemos como son temas comunes: la figura del padre, la patria, los celos y el incesto. Toda la argumentación de Lacan respecto a la posible locura de Joyce y a la función que desempeñó en él la escritura partió de la hipótesis de la “carencia paterna “que le afectó. Compensó algo de su locura haciendo un trabajo o un equilibrio, realmente se trata de un “reequilibrio” para poder hacerse un nombre. Este reequilibrio consiste en retocar la parte hiriente del lenguaje (o demasiado real).

Joyce compensaba la carencia paterna mediante la escritura, sin embargo, su hija Lucia se enfada porque ella consideraba que él no le daba nada: a lo que Joyce le responde en una ocasión: “Que te puedo dar yo si no tengo para mí mismo?”. De ahí la imperiosa necesidad de hacerse un nombre incluso un nombre que lo sobreviviera. Es la única manera que encuentra para compensar la carencia paterna.

Si Joyce supo hacer algo con esa carencia paterna que le afectó su hija Lucia se hundió de lleno en la locura. En ocasiones ella culpaba al padre de lo que sucedía.



Lucia permaneció en la Francia ocupada ingresada en un psiquiátrico mientras su familia huyó a Suiza en diciembre de 1940. Al mes de fallecer su padre en Zúrich, un amigo íntimo de la familia, Nino Frank, se traslada a París para comunicarle el fallecimiento personalmente. Para sorpresa de éste Lucia le espetó: “¿Qué hace ese idiota bajo tierra? ¿Cuándo piensa salir? Está vigilándome todo el día”. Aquí observamos la importancia de la mirada, el delirio de observación.

Lucia nace el 26 de julio de 1907, su padre ya había decidido que se llamaría Lucia, “la luz”, patrona de los ciegos y defensora de los enfermos de la vista. A partir de los 35 años pasa prácticamente todo el tiempo en el psiquiátrico, fallece en Inglaterra con casi 80 años internada en un manicomio.

En la relación entre padre e hija destaca todo lo relacionado con la mirada, eje en torno al cual gira la clarividencia que Joyce atribuye a su hija y el delirio de observación que ella experimenta.

“El cegato de Joyce ve a través de los ojos de su hija a quien no deja de mirar”.

De alguna manera los ojos medio ciegos del padre no dejaron de mirar permanentemente a la hija, aun cuando yace en la sepultura a miles de kilómetros. De esta forma vemos como se articula la ceguera progresiva de Joyce con la clarividencia de Lucia. Cuanto más ciego está Joyce más clarividencia tiene Lucia. Siempre consultaba a Lucia que es lo que iba a pasar “sus intuiciones son sorprendentes”.

La vida de Lucia no fue fácil, siempre emigrando, cambiando continuamente de escuela, de casa y de hotel, saltando de un idioma a otro, saliendo y entrando de distintos manicomios. Con 7 años había vivido en 4 casas distintas, con 13 años había vivido en 3 países diferentes. Lo más constante en su vida errante fue el amor de su padre, su locura y la presencia de una mirada de la que no se puede escapar. Fue la musa principal de su padre mientras escribía *Finnegans Wake*.

Joyce se culpaba de que tanto trasiego había contribuido al sufrimiento de su hija-

Lucia era muy retraída, con muchas limitaciones en las relaciones personales. Tenía una relación

con el dramaturgo Samuel Beckett, secretario personal del padre, que no terminó como ella esperaba.

Barajando los posibles motivos del origen de su locura estarían:

- Decepciones amorosas.
- Fracaso en su carrera profesional como bailarina, en la que ella había depositado muchas expectativas.
- Matrimonio entre el padre y la madre en 1931 (4/7/1931) (coincide con la fecha del nacimiento del padre de Joyce). Esto significaba que ella y su hermano eran ilegítimos o bastardos.

Joyce confiaba plenamente en la clarividencia de su hija Lucia, nunca pensó que estaba loca. Contra todas las opiniones para él su hija poseía el increíble don de la clarividencia.

La llamaba “Cassandra”: “no hago nunca nada sin consultar con ella”.

La locura de Lucia se vuelve manifiesta y sufre un progresivo agravamiento en el mismo periodo en la que la salud de los ojos de Joyce empeora considerablemente y que él se encamina a la noche llamada *Finnegans Wake*. Joyce miraba a su hija y veía a través de sus ojos y Lucia estaba perdida en la mirada del padre. Si existe algo verdaderamente loco en Joyce es esta convicción “todo lo que ella haga o diga es lo que le guía”.

Joyce estaba convencido de que algo tenía que ver con los problemas de su hija “cualquiera que sea la chispa o el don que poco ha sido transmitido a Lucia y eso ha encendido el fuego en su cerebro”. Veía a su hija “la maravilla natural de un ser fantástico con su propio lenguaje privado”. Entre ellos se establece una fuerte identificación y un singular paralelismo entre la capacidad creativa del artista, que en aquel momento trabajaba en *Finnegans Wake*, y el estado mental de ella.

Su biógrafo, Richard Ellman enfatiza: “Joyce tenía una extraordinaria capacidad para seguirla en sus saltos mentales que dejaba a otras personas absolutamente perplejas”. Esta relación entre el estado mental de Joyce y de Lucia fue señalada primeramente por Jung: “los veía como

a dos personas que van cayendo al fondo del río, pero donde Joyce sabe nadar gracias a su arte su hija Lucia se ahoga”.

Según Lacan el escritor atribuye a Lucia algo que está en la prolongación de su propio síntoma (de su mente se traslada algo a la mente de su hija). La prolongación del síntoma de las palabras impuestas del padre florecería en la telepatía de la hija (no la locura, sino el sentimiento creativo). Partimos del supuesto de que Joyce y Lucia estaban locos y sus locuras quedaban en conexión. Según datos que conocemos a Lucia Joyce se le podría diagnosticar de esquizofrenia paranoide y al padre de una forma discreta o normalizada de psicosis o locura.

Jung estaba convencido de la locura de ambos, una locura distinta y de profundidad desigual. También daba por hecho que entre ambos existía una identificación. Joyce estaba tan estrechamente identificado con su hija que admitir que estaba enferma era admitir que estaba enfermo él también (es decir, que tenía una psicosis latente). Jung da por seguro que Joyce presenta una psicosis latente, concepto inspirado en la esquizofrenia latente de Bleuler (se refiere a casos leves con síntomas discretos).

Los datos clínicos a tener en cuenta para emitir este diagnóstico: su relación con el alcohol, su carácter paranoide (querulancia, litigante, celo-

tipia), los episodios depresivos, las “epifanías”: manifestaciones o revelaciones. Y lo más importante: la firme convicción de que su hija no era una loca sino una clarividente.

Gracias a la escritura Joyce logra establecer un reequilibrio forjándose un yo cuya solidez palió la falta del eslabonamiento del registro imaginario. Joyce remonta gracias a su genio creador (es decir, un loco que se salva gracias a su capacidad creadora). A través de su obra Joyce se convierte en un escritor famoso, se hace un nombre en el mundo de las letras con lo que inventa una solución para mitigar la carencia inicial de la que parte.

Las discrepancias sobre el diagnóstico de Joyce son notorias (se opina que no le sucede nada, o se barajan los diagnósticos de TP esquizoide o esquizofrenia...) del mismo modo es uniforme las coincidencias respecto a Lucia.

Considerando que Joyce y Lucia están locos ponemos sobre la mesa una concepción amplia de la locura, la cual incluye estados críticos, graves, moderados y ligeros. Así se puede estar loco de forma muy variada, desde rozando la aparente normalidad (psicosis normalizada donde la sintomatología es atenuada) hasta llegar a la locura de atar, a la locura manifiesta. Joyce y Lucia estaban locos y sus locuras estaban conectadas.

Contacto

María Herrera Giménez ✉ mariapsiqui@hotmail.com
Avenida de la Fama 3 • 30033 Murcia

Referencias bibliográficas

- James Joyce. *Ulises*, Editorial Lumen. 2022.

- Jose María Álvarez y Fernando Colina. *Estudio sobre la psicosis*. Segunda reimpresión. Editorial Xoroi. 2018.

- Jaques Lacan. Seminario *El síntoma*. Editoril Paidós. 2006.

- Richard Ellmann. *James Joyce*. Editorial Anagrama. 1991.

• Recibido: 15/09/2022.

• Aceptado: 05/12/2022.

En recuerdo a Mikel Munárriz Ferrandis, Presidente de la AEN (junio 2015 - junio 2022). Navegar por el Mediterráneo “es lo que mejor hago”.



Foto: Toni Camarena.

Nació en Bilbao en 1957 y ha fallecido en Castellón en diciembre de 2022. Mikel es, ha sido y será un referente en el desarrollo de la Salud Mental; una persona honesta, comprometida, solidaria, inteligente, afectuosa y generosa con todas las personas que le han rodeado en el ámbito profesional y en el personal. Muy familiar, siempre habló de su mujer y sus dos hijas con respeto y admiración, compartiendo su afición por la navegación en nuestro bello Mediterráneo. Como él dice en su breve biografía de presentación para la candidatura de 2015: “*me gusta esta tierra, su lengua y sobre todo su mar. Navegar por él es lo que mejor hago*”.

Escribir algo sobre Mikel encierra un grave riesgo: resulta un atrevimiento para cualquiera que lo intente porque son muchas las facetas personales y profesionales a destacar, y todas ellas extensas e intensas. Es muy difícil no incurrir en el error de destacar unas sobre otras, o dejar de nombrar algunas que para muchos han sido fundamentales. Por esto y por el propio talante de Mikel, incorporamos su voz, que es la más autorizada, junto a la de algunas personas que le han acompañado durante su trayectoria profesional y personal. Con la seguridad de que dejamos personas que han sido muy significativas para él y para las que siempre será un referente.

Tuvo un lugar muy destacado como *tutor en la formación de residentes* de Castellón, sobre todo en sus primeros años, transmitiendo siempre confianza a pesar de las dificultades y siendo un tutor formativo, pero también cuidador y afectivo. Batalló por la formación clínica y en rehabilitación. Todos los que hemos trabajado con él

en la asistencia alguna vez sabemos de primera mano lo que es *trabajar en equipo* y que todas las opiniones son valiosas y consideradas.

Mikel por carácter y vocación ha cuidado todos los aspectos relacionales. De ahí su *defensa de un modelo integrador y de trabajo colaborativo*; no es sólo que haya creído, se haya formado y haya formado a otros en ese modelo. Es que, siempre que ha podido, lo ha llevado a la práctica y ha favorecido que creyéramos a su alrededor en esa visión, en ese modelo. Las juntas de la AEN tanto valenciana (2008 a 2015) como la estatal (2015 a 2022), se han formado con profesionales de la salud mental y de otros ámbitos relacionados con ella, de todas las categorías y disciplinas que pudieran aportar y enriquecer la posición de la AEN/ Profesionales de Salud Mental. Se han integrado abogadas, trabajadoras sociales, educadores, personal de enfermería... que intervienen en este campo. El trabajo interdisciplinar a su lado ha sido un hecho, no palabras vacías sin contenido en la práctica.

Mikel ha sido un *feminista* adelantado a su época, capaz de trasladar a la práctica algunas acciones concretas que en su momento eran novedosas. Una de sus primeras actuaciones al llegar en 2008 a la Presidencia de la AEN Valenciana fue proponer que nos dejáramos de os/as y pasáramos a hablar y escribir en femenino. Éramos bastantes mujeres en la junta y nos despertó una amplia sonrisa; lógicamente, aceptamos.

Desde todos los ámbitos en los que ha trabajado (asistencial, juntas de la AEN, como investigador, docente y, durante estos últimos años, con

cargos de representación en la administración autonómica de la Comunitat Valenciana, desde la Oficina de Salud Mental de la Conselleria de Sanidad y colaborando estrechamente con el Comisionado de la Presidencia de la Generalitat para el Plan Valenciano de Acción para la Salud Mental, Drogodependencias y Conductas Adictivas) Mikel ha impulsado la participación de las personas afectadas por sufrimiento psíquico. En fechas recientes, destacó que *vamos a tener que hacer frente a personas a quienes el impacto de la pandemia les ha pillado en mayor vulnerabilidad*. Se refería a muchos grupos de riesgo, no solo las personas mayores, también otros grupos etarios, las personas sin trabajo, quienes viven con alojamientos precarios, en la calle o en prisión. Como coordinador de la Red Asistencial de Salud Mental de Castellón le tocó exigir y asumir la atención psiquiátrica en los centros penitenciarios ya que carecían de ella desde enero de 2018. *El objetivo sería ser capaces de detectar junto a los servicios sociales y las redes comunitarias quiénes son las personas vulnerables que sí necesitan intervención más propia de los necesarios recursos de salud mental*. Hacia quienes padecen la enfermedad, también a sus familiares y entornos, apoyando y cuidando.

Desde hace una década en la AEN valenciana ha promovido jornadas, asambleas de usuarios, introduciendo su voz en la junta de la AENPV, desde la importancia que siempre tuvo para él la polifonía de voces, siendo esta voz imprescindible. Son muchos los ejemplos, pero quizá hemos de destacar la “Guía PARTISAN, promoción de la participación y autonomía en salud mental”, como una acción relevante que refleja su vocación y carácter. Y, más recientemente, desde el lugar que ha ocupado en la Administración sanitaria del País Valenciano, ha podido convertir en una realidad tangible uno de sus sueños: *“vamos a contar con personas con experiencia propia como compañeras de trabajo”*. (En “Comparar la mirada. Siete años desde la AEN”, *Rev. AEN*, 141, junio de 2022). En algún Departamento de Salud ya contamos con *“técnicos por experiencia”* incluidos en los equipos de salud mental.

Como investigador estuvo siempre más interesado en la investigación cualitativa que en la cuantitativa, en la epidemiología, en escuchar los discursos y conocer las subjetividades de

una manera organizada de las que siempre sacaba conclusiones ricas. También investigador del CIBERSAM, profesor de la Universidad Jaume I de Castellón en el Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, donde compartía dirección y coordinaba el Máster de Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria. De nuevo hemos de utilizar sus palabras tan recientes que aún nos resuenan *“... la noble palabra ciencia nos han puesto difícil atribuirnos ese adjetivo. Abriendo la mirada, y sin despreciar lo que puede aportar la investigación basada en los números y la estadística, nos manejamos bien con las palabras, los relatos y los testimonios, con el mestizaje metodológico, con las formas de conocimiento riguroso que hay al costado de las ciencias naturales. ¡Qué remedio tenemos si nos hemos de manejar con la subjetividad!”*

En los últimos años compaginó su trabajo como psiquiatra en la Unidad de Salud Mental de Burriana, con la Presidencia de la AEN y la Oficina de Salud Mental, destacando su capacidad para estar en cada sitio como si fuera el único, seleccionando con meticulosidad los ritmos y los momentos de cada uno. Estuvo implicado en la Planificación del Plan de Acción de Salud Mental 2022-2026, que acaba de presentarse. Tres años como coordinador de la Oficina autonómica sin abandonar a sus pacientes de Burriana, donde este año había iniciado el proyecto de trabajo con expertos en primera persona que se inició hace cuatro años en otros Departamentos de Salud. Su labor como coordinador autonómico se caracterizó por la escucha y el diálogo, intentando desarrollar el modelo comunitario de salud mental, tan precario en la Comunitat Valenciana. Creemos que es justo reconocer su papel y agradecer el esfuerzo por la reciente e importante dotación de personal en nuestras unidades de salud mental, y por ir completando la red de recursos hacia una mayor equidad territorial y la creación de nuevos recursos de carácter comunitario.

Sin esconder su activismo cívico, en sus iniciativas y en la AEN, el compromiso más allá de un perfil técnico-profesional, supo atraer la escucha de la Administración hacia otros actores como las personas con enfermedad mental, sus familias y los colectivos del movimiento en primera persona no representados; preocupación por la nada



discreta presencia de la industria farmacéutica y otros grupos privados con sus intereses económicos que favorecen otros modelos no comunitarios; fomento de un discurso público alejado de nuestra perspectiva cuyos valores y principios ahora son usados como reclamos publicitarios o con un sentido opuesto al que se propusieron: estigma, atención comunitaria, participación, derechos, biopsicosocial, ciencia, recuperación, autonomía, equidad, atención temprana... Mikel decía que comienza a apreciarse el hartazgo ante tanto revuelo mediático con discurso vacío, mientras van surgiendo profesionales jóvenes con deseos de participar en una alternativa solvente y rigurosa.

Supo señalarnos que *“Es osado decir que disponemos de un modelo alternativo (...) se hacen patentes las dificultades para alcanzarlo. Hay que combinar el desmantelamiento de las instituciones que subsisten casi 50 años después de que proclamásemos su cierre con la crítica honesta*

a la vía muerta en la que se encuentran muchos de los dispositivos que deberían sustituirlas (...) porque fueron mezquinamente dotados. No es la misma comunidad, ni la misma psicopatología, ni la misma encomienda social, como muestra lo que la “opinión pública” nos encarga después de la pandemia. Hay un desarrollo de nuevas intervenciones (...) El diálogo con la experiencia en primera persona y los logros en la conquista de los derechos de los últimos años han de estar en todas nuestras propuestas”.

Y en todas esas experiencias, siempre estarás tú, Mikel, acompañándonos.

**María Fuster, Alicia Meseguer, Ana Sánchez,
M. José Marqués, Francisco Pérez, Iñaki Markez.**





ACTUALIZACIONES



La reforma psiquiátrica en España hacia la salud mental comunitaria. Los años 70 y 80: dos décadas claves. Conversaciones con protagonistas.

Begoña Olabarria, Manuel Gómez Beneyto.

Xoroi Edicions • Barcelona, 2022.

ISBN: 978-84-125592-5-5

Una lección de memoria colectiva

Hay mucho que agradecerles a Begoña Olabarria, a Manuel Gómez Beneyto y a los 24 profesionales entrevistados por regalarnos este libro imprescindible; libro que debiera de ser de “lectura obligada” para las jóvenes y no tan jóvenes generaciones que se han formado y se están formando, puesto que beben, la mayoría sin saberlo, de todo el proceso de cambio realizado por ellos, contra viento y marea, y por otros muchos que, pese a haber participado no figuran, pues es obvio que es imposible reunirlos a todos. Tanto a los que están como a los que podrían haber estado: gracias por vuestra transmisión y por haber contribuido a mejorar lo que era indigno e insoportable en tantos ámbitos en el trato y en el tratamiento de los desheredados de esta tierra nuestra y de este oficio, hasta hace bien poco tiempo, si bien queda mucho por hacer.

Son 24 testimonios de colegas psicólogos clínicos y psiquiatras de diferentes CCAA que, de una manera u otra, y con mayor y menor peso, vivieron de modo activo su participación en lo que se denomina la Reforma psiquiátrica ocurrida en dos décadas claves: los años 70 y 80; tiempo en el que tuvo lugar la mayor transformación hasta la fecha realizada en la atención a la salud mental en España. Gracias a Begoña y a Manuel por el coraje de embarcarse en esta diría, titánica tarea de rescate de memoria colectiva, pues se corre el riesgo de perder la voz de algunos de sus protagonistas. La memoria es frágil, cambiante, en construcción y remodelación continua, y la vida efímera...

Simone Weil afirmaba “la destrucción del pasado es quizá el mayor de los crímenes”, a lo que añadido lo que Carmen Sáez de Buenaventura dice en la página 763 del texto: “ni más ni menos; se hizo lo que se pudo” como resumen de lo que fue su experiencia en esos tiempos de cambio difíciles, llenos de entusiasmo e imprescindibles, complejos y muy relevantes.

Estamos ante un libro de casi 900 páginas, en donde están intrínsecamente trenzados lo político, lo social, lo cultural con lo clínico y con la ética en sentido amplio, como lo están hoy, aunque se predique generalmente lo contrario, pues este oficio al que nos dedicamos, no es ni aséptico ni desideologizado...Es un libro que retrata como era este país en los años 70 y 80, de dónde veníamos y hacia donde se quería ir... un libro en el que el marco político e ideológico de sus protagonistas, de izquierdas todos ellos es fundamental, como lo fue en lo social en este país que aspiraba a ser un lugar mejor para todos, que salía de una dictadura dura y terrible de la que nadie salió ileso, para bien o para mal... un libro que habla de apertura, de efervescencia cultural, de periodismo de raza con implicación para promover el cambio y dar voz a los que no la tenían o eran ninguneados desde comienzo de la historia, de sindicalismo, de la creación de una formación reglada MIR y PIR, de los primeros movimientos sociales, de mejoras laborales y salariales, de complicidades y alianzas con otros profesionales que habían empezado su reforma en otros países: Italia, Inglaterra, Francia y que



colaboraban desinteresadamente con su saber, aportando su experiencia para contribuir a modificar las posiciones hegemónicas discursivas del tardofranquismo que reinaban tanto en lo académico como en lo político asistencial impregnado de miseria existencial y de ignorancia. Un libro que transmite la riqueza extraordinaria a todos los niveles de ese tiempo, que contrasta con la cadavérica pobreza discursiva actual. Un tiempo donde lo colectivo, la crítica, el debate, la confrontación de ideas, el activismo inconformista y la implicación política, fueron algunas de las muchas virtudes necesarias para realizar el cambio. Habla también de un trabajo duro, plagado de conflictos para mejorar la asistencia, para restablecer los derechos de los ciudadanos, con costes personales y profesionales muy duros, como despidos y exilios forzosos o sanciones, a los que hicieron frente con coraje, valentía y sin victimismo, hoy muy impensables, para llegar a donde estamos.

Se narran también las dificultades, los errores, las contradicciones, las luchas, algunas afrentas y disparidades, los fallos, la gran diferencia de implantación del modelo comunitario que se proponía, según las diferentes CCAA...de lo que quedó a medias...de lo que no se pudo...también de lo que pudo haber sido y no fue...del relevante papel de la AEN, sus avatares e implicación para que todo esto fuese posible. De todo esto y mucho más nos hablan sus protagonistas, además también de cómo estamos hoy, y de hacia donde parece que empuja el escenario actual.

Lo he leído con gusto, porque es un tema que me ha interesado desde siempre; conozco a muchos de sus protagonistas, directa o indirectamente, y eso es un aliciente para su lectura. Con algunos me he formado en los años 90 y lo que aquí se cuenta me resulta familiar, fue la atmósfera que envolvía esos años de entusiasta formación. Con esta filosofía de la que dan cuenta en sus relatos, sobre este modo de hacer compartido y respetuoso con los derechos humanos, lo más justo y equitativo posible, me he ido formando; me han transmitido y enseñado parte de lo que se de este oficio, con ellos he compartido un momento fundamental de mi vida, profesional y personal. Mis años de residencia en el Rebullón fueron muy enriquecedores, me atrevo a afirmar que nuestra formación está a años luz de la actual

de modo general en este país...y la atmósfera que transmite este texto era la que nos rodeaba a nosotros como residentes impregnados en la filosofía del modo de hacer de la psiquiatría del sector francés.

Todos los testimonios comparten, más allá de las esperables diferencias, derivadas de las diferentes posiciones subjetivas, cuestiones comunes en mayor o menor medida: militancia política, entrega, ilusión, utopía y lucha. Sabemos que psiquiatría/psicología clínica y conflicto, van de la mano, porque cada vez que se quiere mejorar algo, la mejora se produce por la vía del conflicto con gran resistencia para el cambio, tanto por parte de los distintos colectivos como de lo social y de lo político, porque sobre la locura siempre planea la sombra de la sospecha...Los distintos conflictos relatados (Asturias, Conxo, Miraflores, las clínicas Ibiza, Bétera...) y las derivadas que de ellos resultaron en lo clínico asistencial, en lo legislativo y en lo formativo, constituyen eso que se denomina la Reforma Psiquiátrica.

Reforma psiquiátrica que, en España, es de una extraordinaria complejidad, término polisémico, de gran amplitud y contenido; que puede considerarse incompleta en los objetivos alcanzados, muy avanzada en cuestiones relativas a la mejora de la asistencia y de legislación y pobre en producción teórica sobre lo clínico asistencial, con una vertiente por tanto muy pragmática quizás porque la decadencia asistencial era de un calibre que ensombrecía todo lo demás y a la que había que atajar de inmediato, lo que se planteaba como una tarea compleja que iba a precisar del esfuerzo y del sacrificio de muchos; en muchos lugares los cambios tardaron muchos años en producirse e incluso algunos conflictos se mantiene cronificados en nuestros días.

Todos estos conflictos tuvieron de escenario los hospitales psiquiátricos donde se concentraba el grueso de la atención psiquiátrica y psicológica en condiciones lamentables; el poder psiquiátrico de entonces se dedicaba básicamente a la atención privada y a ocupar los cargos académicos apoyados por el régimen franquista. Los conflictos estallaron por lo mismo, por un deseo decidido de decir basta, como relata Alicia Roig en su entrevista. Ilusión, desafío al poder establecido, valentía, apoyo mutuo y posicionamiento político

activo son algunos de los rasgos de los integrantes de este colectivo psi implicado, que iban en la línea de democratizar la atención psicológica y psiquiátrica y de que fuera una realidad el respeto por los DDHH como líneas gruesas claves. A su vez la universidad era un lugar políticamente muy activo en el empuje democratizador que era ya un clamor y que participó en las denuncias de los colectivos profesionales de los hospitales psiquiátricos. Los documentos fundamentales que vertebran toda esta articulación para el cambio fueron el Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) y la Ley General de Sanidad (1986) y de su análisis se habla ampliamente en todas las entrevistas desde distintos ángulos.

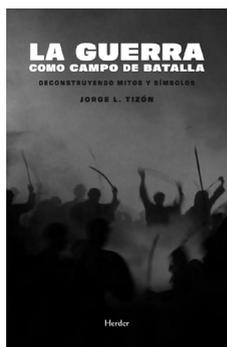
Hay que hacer memoria para hacer historia, y eso exige lectura y relectura, escritura y reescritura, pues sabemos del carácter problemático de nuestra relación individual y colectiva con el pasado, porque somos sobre todo seres históricos, narrados y narradores de relatos, con los que construimos el mundo, nuestro singular mundo y el compartido; relato compartido que precisa de “una política de la justa memoria”, porque estamos ante una historia compleja que precisa aún de muchas vueltas para estar bien narrada, y este es un buen intento, pues también hay mucho relato que la minimiza, la desdibuja o la ningunea, pretendiendo dejarla en mera anécdota...en una historieta de nostálgicos hippies de los 80, demasiado politizados...frente al tiempo actual del todo “ciencia y técnica” que avanza “hacia el progreso” imparabile, desentendida de otros saberes más que necesarios, chata e infectada de lo médico a ultranza...en un tiempo de discurso capitalista feroz que fagocita subjetividades y promueve el individualismo, la píldora, y el psicologismo ramplón y barato de protocolo, con recetas de quita y pon, sin mucho constructo teórico más bien de tipo pedagógico conductual.

La memoria, que ni es objetiva, ni presume de eso, sí aspira a una cuota de verdad, a un buen tratamiento simbólico de lo acaecido, que es tan imprescindible para la buena salud de una cultura democrática como lo puede ser un buen conocimiento. Estamos por tanto en un relato coral, que aspira a una cierta verdad esclarecida entre todos los participantes, con sus luces y sombras, sobre un tiempo compartido que ha sentado las bases en las que estamos, y que amenaza desde hace tiempo con desintegrarse a pasos agigantados, una forma de destrucción lenta, sin prisa, pero sin pausa...favorecido por intereses mercantilistas. Es por tanto el texto un ejercicio de memoria histórica construida del relato de parte de sus protagonistas, todos ellos relevantes en la historia de la atención a la salud mental en este país.

Quizás haya una cierta obligación ética de transmisión generacional, que infunda y enriquezca, el sentido de lo que fue y supuso este periodo, como Manuel y Begoña dicen en el estupendo prólogo que inaugura el texto. Es muy deseable, que el libro esté vivo leyéndose. Produce una cascada de reflexiones, nos mira, nos lee y nos interpela...Siempre es posible dar un paso más. Es más, hay que darlo. Habéis hecho mucho. Queda mucho por hacer, gracias a tod@s por creer en lo imposible.

Chús Gómez.

Ourense, 23 de octubre de 2022.



La guerra como campo de batalla. Deconstruyendo mitos y símbolos.

Jorge L. Tizón.

Herder Editorial • Barcelona, 2022 • 424 págs.

ISBN: 9788425449628

Jorge L. Tizón, recorre diferentes guerras y los contextos pre, intra y postbélicos para repetidamente situarnos en el siglo XXI, en situaciones próximas, con ideología fascista o con crecimientos por vías democráticas. Hoy como ayer, a lo largo de más de un siglo: Describe y sistematiza los mitos y símbolos, tan enclavados en nuestra cultura, que sobredimensionan y embellecen el belicismo en nuestra sociedad mientras favorecen la explosión de las guerras. A pesar de sus justificaciones y de los mitos belicistas embellecedores, la guerra es una de las empresas humanas más antihumanas y que más nos empobrecen a nivel personal, social y ecológico. Por eso, para entender la guerra y poder evitarla, hay que comprender y contrarrestar los fundamentos económicos, políticos e ideológicos de la reiteración de los conflictos y de sus defensores y embellecedores. También hay que conocer sus símbolos y mitos, sus representaciones mentales y las emociones que llevan a ella. Porque, como proclama el acta fundacional de la UNESCO, ‘las guerras nacen en la mente de los hombres’.

El autor nos conduce por muchas guerras, siempre ofensivas, aunque se disfracen de guerras preventivas, defensivas, frías, convencionales o con otros adjetivos para detallarnos muchos de sus efectos y consecuencias. Nos lleva por la guerra civil española, la Primera y Segunda Guerras Mundiales, las guerras coloniales o algunas de las guerras actuales para conocer aspectos de ideologías belicistas (autoritarismo, racismo, militarismo, supremacismo...), al tiempo que ofrece reflexiones sobre la violencia humana en unos u otros contextos.

Accede a las motivaciones para ir hacia las guerras, si es preciso reflexionando con la correspondencia entre Freud y Einstein, indagando en las mitologías o en el conocimiento científico. Todo es útil para acceder a las emociones o las pulsiones y, si es preciso, deteniéndose en los miedos tan presentes en la guerra como recursos adaptativos, de defensa y supervivencia ante situaciones de amenaza o peligro. Pero también como instrumento de control político y social que, con el paso del tiempo, ha visto multiplicado su poder, por el psicopoder. El autor desarrolla una vía peculiar en torno a la *psicopolítica* que “amablemente nos consuela de nuestros trabajos sin fin y *depresiones* consecutivas para que el entramado de dominación sea convenientemente introyectado como la mejor de las *hictopías*, en la cual la *libertad* lleva a la autoexplotación”. Solo aplicable aún a una parte de las clases medias en nuestro país y a un reducido porcentaje a nivel mundial. La amenaza del miedo directo, no solo el miedo introyectado. Las guerras y el recuerdo de las guerras siguen presentes en nuestra cultura y más de ochenta años después del fin de la guerra civil continúan con su papel descollante en el temor biopolítico reinante.

Hay otra parte, otro amplio capítulo dedicado a los símbolos bélicos y la omnipresencia de los mitos como simbología psicológica. Mitos del patriarcalismo o la guerra como ritual de sacrificio, guerra vivificante e identitaria, matrona de héroes y de sacrificios por la nación, selección natural, las metáforas de la guerra. Sin dejar de lado el abordaje de la perversión en relación a la guerra, la guerra y el belicismo como estado

pervertido de la mente social, con perversión de la democracia, y de la melancolía y los duelos que precisarán de la necesaria reparación.

Leemos que no hay guerras justas ni convenientes. Tampoco la guerra es “la continuación de la política por otras vías” pues ocasiona daños directos sobre las personas, sobre la humanidad y, por eso, es la manipulación por otras vías. La guerra como la *antipolítica* si es que la política es el cuidado del bien público, del arte de negociar, pactar, el arte de lo posible. En la guerra predomina la ocultación, la mentira, el antihumanismo y antirracionalismo. Tizón nos presenta una situación donde “el primer muerto en la guerra

es la verdad”, además del brutal derroche de energía y materias primas que acompaña a los negocios ocultos, corrupciones, manipulación de instituciones y pérdidas humanas por miles o millones, mientras queda arrasado el territorio. Como empresa criminal que es, la guerra debe ser ilegalizada y sus iniciadores y perpetradores, tratados como criminales de guerra, aunque como señalara Freud “todo lo que promueve el desarrollo de la cultura trabaja n también contra la guerra”, aunque no estemos seguros.

I.M.

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Vol. 42, número 142 • Julio - Diciembre 2022

Sumario

Editorial

La prevención es la revolución pendiente en salud mental.
Jordi Artigue Gómez.

Artículos

Estudio relacional de las necesidades de soporte según los servicios de lugar de vida utilizados. *David Lascorz, Anna Tomás, Bibiana Ruiz, Marisa García Durán, Carol García, Marisa Rosa, Víctor Pérez.*

El estadio del espejo: antecedentes y fenomenología. *José Manuel García Arroyo.*

Las personas con trastorno mental grave en un programa de alojamiento supervisado por un Equipo Comunitario Asertivo. *Francisco Rodríguez Pulido, María de los Ángeles Rodríguez García, Enrique González Dávila, Manuel E. Méndez Abad.*

Proyecto Ágora: un cambio de mirada hacia lo dialógico en salud mental.
Marina Minondo Romero, Fernando Cantón Álvarez, Sergio Sánchez Sánchez.

Dossier: Actualidad y desarrollos de la psicoterapia de grupo psicoanalítica en los servicios de salud mental

La medicalización del sufrimiento subjetivo. *Rosa Gómez Esteban.*

Clínica Grupal Operativa: ¿Un paradigma alternativo para otra clínica del sujeto, de los grupos y de las instituciones de salud mental? *Rosa Gómez Esteban.*

Una experiencia en grupo de madres y padres, paralelo al de niños. *Enrique Tomás Ger Gómez.*





Niños en psicoterapia de grupo: el discurso grupal del juego terapéutico. *Ángela de la Hoz Martínez.*

Aplicación del grupoanálisis en la práctica clínica comunitaria. *Luis Granell Ninot, Pilar Roig Bermúdez de Castro, Isabel Oñoro Carrascal, Miguel Solano Parés, María del Mar Soler Sánchez, José Miguel Sunyer Martín.*

Empezar, continuar y terminar. Las etapas de un proceso terapéutico grupal. *Emilio Irazábal Martín.*

El encuadre “corredor terapéutico” en psicoterapia grupal operativa: revisión del concepto y hallazgos. *Victoria de Felipe García-Bardón, Elena Vázquez Ramo.*

Notas sobre psicoterapia de grupo operativa y clínica institucional en el hospital de día de salud mental. *Lola Lorenzo, Laura Mantrana, Natividad Carrión.*

Vicisitudes de la pertenencia grupal en la rehabilitación de pacientes psicóticos. *Antonio Tarí García.*

Crítica de Libros

A vueltas con el autismo.

Alberto Lasa Zulueta. El autismo: Una perspectiva integradora y psicodinámica.
Fernando Colina.

Una guía para caminar entre obstáculos.

Marcelino López Álvarez. Mirando atrás para seguir avanzando. Una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención en salud mental.

Ander Retolaza.

Arranque de la Reforma: dos décadas de un gran proyecto colectivo en España.

Begoña Olabarría, Manuel Gómez Beneyto. La Reforma Psiquiátrica en España. Hacia la salud mental comunitaria.

Mariano Hernández Monsalve.

Mujeres vaciadas y vueltas a llenar.

María Huertas Zarco. Nueve nombres.
Rosana Corral-Márquez.

Rollo May y su búsqueda incesante por conciliar vida exterior e interior.

Robert h. Abzug. Psyche and Soul in America: The Spiritual Oddissey of Rollo May.
Francisco Balbuena Rivera.

Tal como éramos. Memoria e historia.

Andrés Porcel-Torrens, Margarita Medina-Garibo. Recuerdos del presente. Historia oral de la psiquiatría en Valencia (1960-2010).

José M. Bertolín-Guillén.

Los manicomios en la historia social y política iberoamericana.

Andrés Ríos Molina, Mariano Rupertuz Honorato. De manicomios a instituciones psiquiátricas. Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX.

Rafael Huertas.

Páginas de la Asociación

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 19, número 1 - 2022

ARTÍCULOS ORIGINALES

¿Por qué una psiquiatría social?

Ander Retolaza

La desigualdad de género afecta seriamente a la salud mental

Andrea Cabezas-Rodríguez y Amaia Bacigalupe

Indicación de no-tratamiento para personas con malestar

Beatriz García Moratalla

Housing First: Orígenes y principios rectores del método. Una propuesta comunitaria en el campo de la Salud Mental, las adicciones y la exclusión social

Cosme Sánchez Alber

Una reflexión sobre la asistencia en Salud Mental con enfoque de género y a la diversidad sexual

Élida Grande

10 BÁSICOS 10: Psiquiatría social

PUNTO CRÍTICO: “La terapia electroconvulsiva”

Introducción

David González Pando

Terapia electroconvulsiva en Psiquiatría: usos recomendados y otras consideraciones

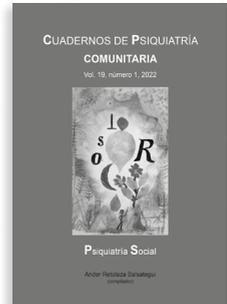
Luis Jiménez Treviño

Terapia electroconvulsiva: una mirada crítica

David González Pando

INFORMES

Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026): análisis de situación



Normas de publicación

La revista *NORTE de salud mental* considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella.

En general, no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse, siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas” (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores, previa a su publicación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de Norte de salud mental y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

Requisitos de los trabajos a publicar

Se enviarán al Consejo Editorial de *NORTE de salud mental*: revistanorte@ome-aen.org

Primera página. Incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página. Figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo y palabras clave, en castellano e inglés. Habrá de 3 a 8 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los artículos Originales de investigación deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas incluidas hasta 6 figuras o tablas. Las Notas clínicas no superarán las 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las Revisiones podrán contener un máximo de 15 páginas.

Referencias bibliográficas. Se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas, inicial y final, de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una “comunicación personal”.

Las tablas y gráficos se enviarán en documento adjunto, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de “Normas de Vancouver”).

Artículos de revistas

• Artículo normal

Se mencionan hasta los seis primeros autores y se agrega la expresión “et ál.” si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et ál. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencias, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

- Autor institucional

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.

- Sin nombre del Autor

Cancer in South Africa (Editorial), *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

Libros y otras monografías

- Indicación de autores personales

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- Indicadores de directores de edición o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

- Indicación de una organización como autor editor

Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington (DC): The Institute; 1992.

- Capítulo de un libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh Jh, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995 p. 465-78.

- Actas de congresos

Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology*. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- Original presentado en un congreso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.

MEDINFO 92. *Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics*; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

- Tesis doctoral

Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization*. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Otros trabajos publicados

- Artículo de periódico

Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

- Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future (videocasette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

- Diccionario y obra de consulta semejantes:

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Trabajos inéditos

- En prensa

Leshner AL. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997.

Material electrónico

- Artículo de revista en formato electrónico:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* (serial online) 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1 (1): (24 pantallas). Accesible en:

URL: www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.html

Solicitud de Ingreso

Para ser miembro de una asociación autonómica, se solicita al tiempo la incorporación a la AEN/PSM. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios y Socias tras su recepción.

La cuota anual será de 100 euros. Profesionales en formación y no-facultativos (enfermería, trabaj. sociales, terapeutas, educadores sociales,...) será del 50%. Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la revista *NORTE de salud mental*, libros, Cuadernos Técnicos y otras publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios y socias de las Asociaciones en sus respectivas Autonomías.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Magallanes, 1 sótano 2. 28015 Madrid.

Tel.: 636 725 599 / Fax: 91 847 31 82 • Correo-e: aen@aen.es

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA/PROFESIONALES DE SALUD MENTAL (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

D./Dña profesional de la Salud Mental,

con título de

Centro de trabajo

y domicilio en Población

C.P. Provincia Teléfono Correo electrónico

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Autonómica:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado o asociada.

Nombre Dirección

Banco/Caja de ahorros Sucursal

IBAN/Cuenta nº Población

Ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría/Profesionales de Salud Mental.

En el de 20 Firma:

Revista de:



Asociación Extremeña
de Neuropsiquiatría
(AExN)

