

68
69

SISO • SAÚDE

Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental

INVIERNO
2020

- 
- EDITORIAL • LA OTRA PSIQUIATRÍA • ORIGINALES Y REVISIONES • A PROPÓSITO DE...
 - IN MEMORIAM • LIBROS • EVENTOS • ARCHIVO SISO
 - NORMAS DE PUBLICACIÓN •



A.G.&C

SISO SAÚDE

Nº 68-69 · Inverno 2022

BOLETÍN DA ASOCIACIÓN GALEGA
DE SAÚDE MENTAL - AEN

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

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

COMITÉ ASESOR EXTERNO

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

ANNA MIÑARRO
Psicóloga clínica- psicoanalista.
Talaiar Salut. BCN

KEPA MATILLA
Psicoanalista, doctor en psicología,
psicólogo clínico

IRIA PRIETO
Psiquiatra
Equipo Asertivo Comunitario de
Camden-Londres

RAMÓN ESTEBAN
Psiquiatra
Valladolid

PRESIDENTE: Ramón Area Carracedo

VICEPRESIDENTA: Irene Martínez Montero

SECRETARIA: Carmen Armas Barbazán

TESOUREIRO: Raimundo Mateos Álvarez

VOGAIS:

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

COMITÉ DE PUBLICACIÓNS:

DIRECTORA: Chus Gómez Rodríguez

VOGAIS:

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

COMISIÓN DE CONTROL E GARANTÍAS:

Fernando Márquez Gallego

RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN:

Raimundo Mateos Álvarez

IMAXE DE PORTADA:

Autoría: Eugenio Calandrini

Título: Mirador da Caracola.

(Costa da Vela.

Cangas do Morrazo)

PRODUCCIÓN EDITORIAL:

Edicións Positivas

Dep. legal: V.G. 109/84

ISSN: 1130-1538

SUMARIO

EDITORIAL

- 9 *Editorial*
Ramón Area Carracedo

LA OTRA PSIQUIATRÍA

- 13 *LA LOCURA: EXPERIENCIAS Y TESTIMONIOS*
XVIII Jornadas de La Otra Psiquiatría
Presentación: “Cuadernos de internamiento. Poesía y otras empresas”
Isabel Cerdeira Gutiérrez
- 21 *“Un delirio”. Julio Fuentes*
Presentación y análisis de Francisco Pereña
Testimonios; AEN
Roberto de Benito
- 35 *Una psicosis melancólica: los efectos de un análisis*
lacaniano en mi estructura psicótica
Silvia García Esteban

ORIGINALES Y REVISIONES

- 43 *Historia del óxido nítrico: del gas de la risa a los “whippits”*
Raquel Fraga Martínez
Sandra Rodríguez Ramos
David Simón-Lorda
- 55 *La promoción del sujeto sin punto de referencia: lazo social,*
discurso capitalista y autodesignación
Manuel Fernández Blanco

- 61 *Las demandas a Salud Mental de los padres posmodernos.*
Eva Rivas Cambroneró
Javier Camacho Rubio
- 107 *Neurosis actuales y biopoder*
Ana Castaño
- 127 *Psiquiatras en la penumbra: J.M. López Nogueira (1932-1983)
y la psiquiatría en Galicia.
España durante el franquismo y la transición*
David Simón-Lorda
Sandra Rodríguez Ramos
Raquel Fraga Martínez
Cristina Pernas Pereiro
- 143 *Psiquiatría social*
Ramón Area Carracedo
Federico Menéndez Osorio
- 163 *Cuando la locura toma la palabra.
Sobre los orígenes del activismo en primera persona*
Rafael Huertas
- 181 *Trastorno mental común: ¿es posible un nuevo trato?*
Ramón Ramos Ríos

A PROPÓSITO DE...

- 193 *De cerca nadie es normal*
Esteban Morilla
- 199 *Hay soledades y soledades*
Virginia González Díez
- 203 *Mis historias, las de mi familia y las de mi comunidad
no caben en un diagnóstico psiquiátrico*
Miguel Otero AKA Miguel Bustión

Mikel Munárriz

LIBROS

- 231 *La reforma psiquiátrica en España hacia la salud comunitaria*
(Los años 70 y 80: dos décadas claves.
Conversaciones con protagonistas)
BEGOÑA OLABARRÍA
MANUEL GÓMEZ BENEYTO
Chús Gómez
- 237 *El giro*
STEPHEN GREENBLATT
Juan Martínez Sigüenza
- 243 *Por qué se escribe? Cincuenta escritores*
FERNANDO MARTÍN ADÚRIZ
Ángela González
- 245 *La historia del silencio (Del Renacimiento a nuestros días)*
ALAIN CORBIN
Enrique Gómez Crespo

EVENTOS

- 249 *Nada ha sido fácil , tiempos de extinción, tiempos de silencio.*
Una exposición
Xulio M. Sigüenza
- 261 *Pensar en grupo.*
Zoraida González Cornide

281	<i>Mi visita a Toén en 2009</i> Aa Hernández
289	<i>Arte Espida Proyecto Global</i> Andrés Díaz
291	<i>Arte Espida. Noticias de prensa (enlaces) e imaxes</i>

ARCHIVO SISO

297	<i>Del comité de empresa a la empresa del comité</i> Santiago Lamas
301	<i>Boletín da Psiquiatría Pública Galega, nº0, Primavera 1982</i>
325	<i>Boletín da Psiquiatría Pública Galega, nº1, 1982</i>
381	<i>Boletín da Psiquiatría Pública Galega, nº2, Primavera 1983</i>
471	<i>Boletín da Psiquiatría Pública Galega, nº3, Inverno 1984</i>

501	NORMAS DE PUBLICACIÓN
-----	-----------------------

Logo de tres períodos electorais como xunta directiva da AGSM é o intre de facerse a un lado e deixar que outros tomen a cargo a nosa asociación. Gustaríanos que as cousas se tivesen desenvolvido dun xeito distinto e que o relevo acontecese ao través do que prevén os estatutos, cunha nova candidatura elixida nunha asemblea concorrida e chea de debates e discusións. Porén, as cousas non sempre suceden como un desexa e, logo de rematar o mandato da xestora, a AGSM finalmente pasará a ser dirixida pola AEN, á espera de que xurda novamente o pulo por constituír de xeito pleno unha asociación profesional multidisciplinar en Galiza.

Ás análises das razóns deste atoamento nunha asociación de longa historia e unha actividade importante nas últimas décadas están suxeitas, como non podía ser doutro xeito, a interpretacións e opinións diversas. Non imos expoñer as nosas polo miúdo, queda fóra das intencións que debe ter este editorial e sería falar dende unha posición que xa non nos corresponde. Unicamente cómpre facer un convite á reflexión dos asociados e que este intre non permaneza na anomia, nese non-pensar que caracteriza algúns finais de percorrido da nosa época. Se algo hai da morte simbólica neste proceso cómpre revisar erros, impulsos, inconscientes, dogmatismos, impulsividades varias, esforzos e claudicacións no traballo, ideoloxías das diferenzas irreconciliábeis e, por riba de todo, a relación persoal co poder e esoutras dobreces que atracan a construción dos espazos do común.

En todo caso, toca confiar e permitir ese optimismo necesario no vivir. Ás veces, as marcas na realidade desencadean os acontecementos e agardamos que esta sexa unha desas ocasións nas que así sucede.

A saúde da asociación non é especialmente mala. Comezaron a aumentar o número de socios, organizábanse periodicamente actividades formativas, a súa voz era relevante na interlocución coa administración, os movementos en primeira persoa e a propia AEN. Ademais, son tempos onde é necesario un discurso progresista na saúde mental, desta volta para recoller a demanda que aparece no social e que corre o risco de ser transformada pola burocracia en pura imaxe, sen substancia, sen modelo e sen rigor. Nestes últimos anos algo se moveu no noso campo en relación a un malestar da poboación pero que, desta volta, demanda un xeito distinto de asistir e non unicamente a posta en marcha dos recursos necesarios. Porén, asistimos a un baleirado ideolóxico do psicosocial que leva camiño de ser un novo nicho ecolóxico onde o contido teórico e as experiencias asistenciais se ignoran sen moito pudor.

Non quixéramos ser demasiado pesimistas neste último editorial pero, ás veces, temos a impresión de estar somerxidos nunha repetición da historia. Se con aqueles outros fondos europeos se ergueron paseos marítimos que en pouco melloraron a vida das persoas, cómpre ser coidadoso con esta presunta inversión no psicosocial e, xusto aí, o discurso profesional é imprescindíbel.

As despedidas son actividades sociais onde se establecen límites interacionais e se condensa simbólicamente a relación mutua. Goffman falaba de ritos de acceso para significar os saúdos como a entrada nunha relación e as despedidas como unha fin da mesma. Algúns autores como Searle califican as despedidas como actos de fala baleiros ao entender que non posúen un contido proposicional sendo unicamente un peche do canal comunicativo. Pola contra, Duranti afirma que nun saúdo ou nunha despedida se definen identidades e sempre se impregna do contexto social.

As despedidas foron, até o de agora, escasamente estudadas e non existe unha clasificación tipolóxica das mesmas. Coido que, en xeral, son de catro clases.

A primeira de todas é o *adeus* que pronunciamos con moita frecuencia pero, ao tempo, é tamén a expresión máis ambigua. É un pau para toda culler que serve para aqueles que arelan non cruzarse nunca máis, como para aqueles outros que agardan impacientes o vindeiro reencontro.

A segunda clase de despedidas son aquelas que inclúen o verbo *ver* como, por exemplo, *até máis ver* ou *vémonos*. Encádranse dentro da cortesía positiva e tenden a fomentar a solidariedade.

A terceira clase de despedidas adoitan ter como elemento semántico central os significantes da familia léxica do coidado: *Cóidate moito*, *Saúde (e república)*, *dálle unha aperta á túa filla*, *bicos* ou *que teñas un bo día*. Nelas, faise explícita a afectividade que se entrega ao despedido como se fose un agasallo.

A cuarta clase de despedidas son aquelas que están presididas por unha marca temporal e forman parte, con carácter xeral, da existencia profesional tanto nun contexto asistencial (a axenda, as citas, as consultas, as revisións) como no eido asociativo (*Vémonos nas xornadas da agsm* ou *Quedamos en Trasalba*).

As tipoloxías descritas e os exemplos elixidos de fixo que resoan en moitos de nós. Desta volta, despedirnos é tamén despedirnos de nós mesmos ou, polo menos dun anaco do que fomos, do que somos e do que seremos.

Talvez, e con este pensamento, sexa precisamente unha expresión moi galega o único xeito honesto de facelo: *adeus, meu*.

Ramón Area
Presidente AGSM-AEN

La locura: experiencias y testimonios

Presentación: “Cuadernos de internamiento. Poesía y otras empresas”

Isabel Cerdeira Gutiérrez

Trabajadora Social, Socióloga, Psicoanalista

Correspondencia: icerdeira.gutierrez@gmail.com

Agradezco a los organizadores en particular a José María Álvarez y Cristina Catalina la invitación a participar en las jornadas en este insigne Hospital Río Hortega de Valladolid que me recuerda los años 72-75 trabajados junto al equipo de psiquiatría dirigido por el profesor Benito Arranz y los psiquiatras Vicente Mira y Fernando Colina, desde la codirección de la escuela de trabajo social de la que era profesora, con los juzgados para la ley de peligrosidad social del que era titular el juez Rubén. Sanción comportamientos: prostitución (jóvenes), drogas y homosexualidad. Hoy tenemos el *Manual Diagnostic and Statistical* como instrumento clasificatorio y codificador cuya versión de 2013, el DSM5, excluye ya estas conductas. El diagnóstico como emblema, camisa de fuerza, alianza con la farmacología. Dice la novelista y ensayista Esmé Weijun Wang, nacida en Michigan de padres taiwaneses, en su obra testimonio *Todas las esquizofrenias* que “Un diagnóstico es reconfortante porque te proporciona unos parámetros –una comunidad, un linaje– y, si hay suerte, un tratamiento o una cura” (2022, 15). Y abre el texto con la afirmación “La enajenación nos asusta porque somos seres que anhelan siempre una estructura y un sentido”.

Al respecto y en relación con el motivo del congreso: dar la palabra, señalar tres puntos críticos. El primero, sobre los diagnósticos, la palabra del paciente, su estatuto como sujeto. El mismo significante paciente ya esta cargado de

unas connotaciones estigmatizantes. Hablar, la función simbólica por excelencia, uno de los puntos clave en el así considerado enfermo mental, su dificultad en la simbolización, sus balbuceos con el lenguaje y la metaforización. No es solo que su enfermedad se dice, toma espacio, reconocimiento con la palabra y, por lo tanto, hay que dejarle hablar, sino que es esta operación de la palabra lo que le resignifica, cura, conecta con su enfermedad y le da lugar en el mundo, al tiempo que expresa su ser y construye su existencia. La enfermedad es este corte, esta carencia. Fundamental la escucha, pero, sobre todo, parte activa del profesional, el llevarle a decir, a caminar por lo que puede ser el desierto del lenguaje o su atravesamiento donde entra y habita, hace sus circunvalaciones, desplazamientos y detenciones.

El grito del bebé, primera forma del lenguaje, que le asusta y oye recordando el anterior. El habla tranquilizadora de la madre, el balbuceo, la langue (Lacan) y, finalmente, la palabra, la lengua. Hablar legitima y legaliza, más allá de nombrar y decir una enfermedad. Camino para recorrer, caminos fallidos. Anna Pagés en *Queda una voz. Del silencio a la palabra* (2022), sitúa al sujeto en “el punto exacto en el que, por un azar, se articula la palabra con la voz”, punto fugaz para que nos demos cuenta de la tragedia que nos habita, “sin lengua frente a la voz y sin voz frente a la lengua”. También cita a Lacan, para quien la voz es un lugar de la enunciación que permite localizar la propia subjetividad. Dedicar un último capítulo a las voces de la locura, lo titula “Voces imparables”. “Las palabras pueden sostenerse durante un tiempo hasta que, llegado el momento definitivo del desencadenamiento de la locura, se caen a pedazos, desgarradas, hasta hundirse en el vacío del silencio que las guarda en su seno. No faltan las palabras, se acostaron a descansar, tapadas con un plumón de invierno, sepultadas por su propio peso” (p. 152). Y cita a J. M. Álvarez y a F. Colina de su pionero libro *Las voces de la locura* (2016) “que las voces de la alucinación son formas de subjetividad que no están al alcance de todos”, como acabamos de ver en la exposición de Roberto Martínez de Benito que nos ha precedido. Señalando el doble desprendimiento de la cadena significante y del significado que se da de bruces con el universo imposible de simbolizar, hipotetizan entre el *xenópata* que soporta en sus entrañas al Otro del lenguaje y el *psitacista* que vive sin el Otro y de ahí su oquedad tan característica. Para estos autores que consideran la esquizofrenia como una enfermedad de la modernidad, “se necesita tiempo

para escribir sobre la historia de la subjetividad del hombre de hoy, un tiempo necesario para averiguar cuál es la locura por excelencia”(p.131).

El segundo punto son los internamientos. Además de la palabra, salida, está el movimiento, cuyo primer paso es la alteridad, el otro, están los otros y los otros espacios que pueblan esos otros y sus relaciones e interconexiones. El movimiento para alcanzarlos, salir, posición activa de orientación en el mundo, círculo de relaciones y de atravesamiento. El enfermo tiene esta falla, fracasa, se detiene, se encierra, cuidado con encerrarle de nuevo. Segundo punto del tratamiento para tener en cuenta, el caminar hacia fuera. Internar es encerrar, cómo reaprender en esa renuncia que es ya el limitarse en la relación con el otro y los espacios. Aquí traigo de nuevo el testimonio de Esmé Weijun Wang. Con diagnóstico “trastorno psicoafectivo”, en Yale, universidad de la que hacía parte, ingresada en el hospital psiquiátrico de la universidad, pensaba en el suicidio y su comportamiento era errático. En entrevista a *El País* (Patricio Prou, 02/04/2022) afirma “No me pusieron correas, pero lo harían en la siguiente ocasión por haberme tomado una sobredosis. Una enfermera... me aseguró que mi médica acudiría al hospital, todavía estoy esperándola”. Un semestre más tarde la expulsaron. “Un mundo presidido por la esquizofrenia puede ser –pese a todo– uno habitable y que dé cabida a la creación artística y a los reconocimientos. Es difícil expresar con palabras el horror que supone ser ingresada contra tu voluntad”. Y en su libro citado, *Todas las esquizofrenias*, en el que dedica todo un capítulo a “Internada”, señala: “Después de varios años sigo siendo de la opinión de que ninguna de mis tres hospitalizaciones involuntarias me ayudó. Más bien creo que estar retenida contra mi voluntad en una unidad psiquiátrica me ha dejado las cicatrices más visibles de mis traumas” (p. 131).

Y un hecho que acaba siendo trágico en el internamiento, que ya en sí es ruptura, es la pérdida de identidad en el sentido real de la experiencia. Esmé lo significa en toda lucidez: “Siempre me esforzaba en hacerles ver a los médicos que estaba cuerda y les pedía que me dieran el alta, pero, cuanto más me empeñaba yo en asegurarles que estaba cuerda, más lo dudaban ellos”. “...un rasgo fundamental de la experiencia de estar internada en un hospital psiquiátrico es que no van a creer en nada de lo que digas. Consecuencia: se creerán cosas sobre ti que no se ajustan en absoluto a la verdad” (p.118).

Esta es una experiencia traumática, corroborada en distintas latitudes. En el libro que hoy presento, bajo el título *Bordes*, está expresada esta des-inscripción y lo que puede llegar a suponer, su insistencia, con inscripciones que “no se ajustan”. Son las encapsulaciones de los discursos de distintos órdenes, no importa explicar, decir, se acaba callando.

Tercer punto, las incapacitaciones. O lo que es lo mismo la privación de identidad. El carné de identidad, reconocimiento social, lugar simbólico en el mundo es más importante de lo que parece. Esta privación de representación, esta anulación del reconocimiento, fallas que ya afectan al existente enfermo mental, habría que invertir las, lugar en la familia, lugar en el trabajo,... darles doble carné de identidad, y se les retira su representación de sí mismos y se borra la posibilidad de reconocimiento del otro. Sólo casos muy extremos y realmente peligrosos y cuidando en lo posible no eliminar la representación social, el nombre, significante de la autonomía. Ser el sujeto de, incluido su suicidio. Fallo definitivo de llegar al otro, hacer parte de, compartir la ley simbólica de pertenencia y también la ley social. Tres puntos, tres niveles afectados de ser considerado enfermo mental, el ser uno mismo, el otro, lo social. Incapacitado o fuera del sistema, subhumano, submundo. Sin palabra, fuera de la palabra, fuera del espacio, fuera de la representación. En América la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (la ADA) tenía un carácter de discriminación positiva, como aquí las incapacidades físicas y en general, preferencias en alojamientos y residencias en universidades, apoyo, designación de un coordinador de discapacidad, pero ha cambiado. “En lugar de ofrecerles ayuda, es más habitual que las instituciones que otrora les acogieron presionen a los estudiantes con enfermedades mentales para que se vayan –cuando no los obligan directamente– como fue mi caso” (Esmé W. W., p. 90). La ADA protege o no a los estudiantes dependiendo de las universidades, parece ser que en la actualidad estas temen “las demandas de responsabilidad civil o penal”, ante el aumento de suicidios y de tiroteos en masa.

Cuadernos de Internamiento. Poesía y otras empresas, es un trabajo realizado en el contexto de un internamiento involuntario de un mes, iniciado en el onceavo día, después del fracaso de una huelga de hambre no reconocida. Supone una cesión, segunda opción, al mandato de internamiento y un

posicionamiento que cuenta con este hecho inevitable. La edición está a cargo de Xoroi Editions, a la que agradezco el cuidado de la presentación, verdadera “performance” de estilo con el hecho del encierro. El prólogo lo realiza José María Álvarez y no me voy a detener en él, invitándoles a su lectura que supone una magistral lección de psiquiatría. No sin agradecerle la lectura cuidada del texto y su comprensión, así como el haberse mantenido en su contexto, un trabajo de escritura, sin cuestionar ni ir más allá de los hechos que no pretende el libro y suponen otro orden de intervenciones y responsabilidades. Acordando el decidido arranque de su título “Palabras sobre el pétreo silencio de un internamiento” y los puntos con los que lo abre, “pérdida de libertad”, “desconcertante injusticia”, “deseo de lucha”, “palabras entrecortadas y vivas”. La realidad va más allá de la injusticia, pero no es un libro autobiográfico, aunque se juegue la subjetividad, ni se trata de una denuncia o rendimiento de cuentas, aunque ciertos hechos impactan por su exceso de realismo del que queda prueba de denuncia sin tener más medios que pudieran alcanzarla o ir más allá. Agradezco también el valor que da al texto situándole, como dice la escritora iraní exiliada Naeimed Doostdar en mi anterior libro *Exilio, mujeres, escritura*, para mí la escritura es en primer lugar un trabajo. “Como decía, clínicos e historiadores coincidimos ahora, más que nunca, en esta reivindicación de la palabra del paciente, de la narración en primera persona de sus experiencias y del análisis del pathos desde dentro. Isabel Cerdeira, con *Cuadernos de internamiento*, escrito en prosa poética, se suma también a este digno y necesario proyecto” (p. 18). El valor interroga al pathos que hace parte de una historia increíble, que toca otros órdenes, como el de la justicia, que por un lapsus aparece entre los dibujos del libro junto a MARTILLO. También la colega Teresa Morandi hablaba del valor para los otros.

Sigue una presentación que recoge por mi parte una aproximación a los espacios abordados. El corte que supone un internamiento injusto, las distintas formas que le dan existencia, los destellos de vida que se vislumbran alrededor, pasajes sufrientes y vitales de las personas internadas: *Inmovilidad*, *El pánico de los hombres*, *Acabamiento*, *La queja*, *Dónde está Dios*, *El ejército de los deshumanos*, *El salón deportivo*, *Guadarrama tiene historia*, *La vulnerabilidad*. El dolor sin más ante una irremediable suspensión de las libertades.

El vuelo de la escritura que no deja designar lo que es la ausencia: *Llenarse de palabras, Lanzarse al vacío*. También un trabajo crítico y algunas palabras sobre su significado, un abrazo al psicoanálisis: *Sin derechos, nunca tuvieron que existir, Experimentos médicos, El deseo condensado*. Subjetividad y el paso de los días, su diferencia igualitaria, su detención: *No tener ningún elemento causa, Cuando se pierde el objeto*. Los significantes atravesados, encierro, internamiento, sobre la violencia institucional, salir al aire los dilemas del sueño.

Finalmente, un apunte literario que viene de la mano del psicoanalista francés, presidente de la federación europea para el psicoanálisis (FEP) de la que hago parte, Jean Marie Fossey, a quien consulté también para el prólogo, que le impidió la dificultad de la lengua. Señalando que el texto era una escritura metafórica de la experiencia del internamiento, me hacía participe de una poesía de Paul Verlaine que había escrito en la cárcel en 1880, mandato del juez de dos años de encierro por el disparo en la muñeca a su compañero Rimbaud.

El cielo está sobre el techo (Sagesse, 1880)

“El cielo está, sobre el techo,
tan azul, tan calmado!
Un árbol, sobre el techo
acuna su palma.
La campana, en el cielo que vemos
suavemente tintinea.
Un pájaro sobre el árbol que se ve
canta su queja.
Dios mío, Dios mío, la vida está allí,
simple y tranquila.
Este pacífico rumor
viene de la ciudad.
Qué has hecho, ay tú aquí
llorando sin cesar,
Di, que has hecho, tú aquí,
de tu juventud?

(Traducción propia)

El cielo, el árbol, la campana, el pájaro, lo que alcanza al exterior y el exterior que le alcanza, no hay figura humana, salir de ese interior cerrado

que no cesa de llorar y preguntarse por la causa, “tú aquí”. Verlaine es un poeta simbolista y me hace pensar en esa mirada al exterior que recoge y convierte en símbolo en, por ejemplo, *Hoy me voy*.

... No es tiempo de espera
en este lugar no hay ninguna existencia que se consume
ni llave que abra ninguna puerta,
levanto la mirada y alguien como para protestar
pasa arriba del césped con su vestimenta otoñal,
ladeando su bolso de piel marrón
como diciendo aún, aún se habita el tiempo
aún, aún puedes ganar y puedes perder más,
el coche negro se desliza veloz
y aquí me quedo quieta
como la mano que parapetó este podio
invisible soy para todos y
aún así puedo sentir una nueva ausencia.

La escritura en la habitación cerrada desde la ventana con persiana, también cerrada, mirando al exterior. La necesidad del afuera viene en salvamento, no es suficiente la escritura, separarse de lo que acontece y alcanzarlo, hasta fijarlo como objeto que significa, simbolismo obligado. Encuentro casualmente que la escritora tunecina Tezer Özlü, acechada por encierros, en su libro *Las frías noches de la infancia*, lo concluye con un deslizamiento simbolista.

Y para terminar leo del libro, *Lapsus*, para simbolizar esta presentación que es también un lapsus.

Gracias.

Valladolid, 4 de junio de 2022

**“Un delirio”. Julio Fuentes.
Presentación y análisis de Francisco Pereña
Testimonios. AEN**

Roberto De Benito

Psiquiatra. Psicoanalista
Hospital Santa Isabel. León

Correspondencia: romarben@gmail.com

Buenos días. Ante todo regocijarme por volver a estar juntos.

Por supuesto agradecer a la organización de La Otra su invitación.

El libro sobre el que voy a desarrollar el comentario es el primer título de la colección Testimonios editado por la AEN.

Esta colección, que tiene como propósito, en estos tiempos de una clínica sin sujeto, devolver la dignidad al sujeto hablante, constructor de su destino y no mero objeto reducido a la neurotransmisión o el genoma –entre otros– y abocado a la psicofarmacología y la discapacidad. Devolver la palabra al sujeto del pathos, no debemos dejar de tenerlo en cuenta, supone del otro lado una escucha, escucha que en este caso sostiene un psicoanalista –Pereña– al que Julio acude, descreído ya de su profesión y tras haber visitado a otros psiquiatras y psicólogos. Descreído, como dice Pereña, no en posición de militancia, de crítica, sino en la posición de un descreído de la vida.

Poco sabemos de datos biográficos y muy poco tienen de valor ciertamente para dilucidar su escrito, testimonio de cómo se construye un delirio, primeramente de filiación –de carácter teológico, como dice Pereña–, luego francamente persecutorio –paranoico enmarcado en la política– para, finalmente dar cuenta de su fracaso como obturador del vacío primigenio en el que se situaba desde siempre Julio, dando lugar a ese vacío radical que es la melancolía.

Más allá de la tipología y el contenido del delirio este caso es un ejemplo del modelo de polos de la psicosis desarrollado por José M^a Álvarez y Fernando Colina, y como tal lo utilizo para ejemplificar este tema en el Master de Psicopatología y Psicoanálisis de la Universidad de Valladolid.

Volviendo al escrito éste data del año 1993 ó 1994, pero no lo entrega a su analista sino hasta un momento muy próximo a su muerte, cuando tras unos años regresa al consultorio:

“Siempre quiso traerlo pero no tenía ánimos y la vergüenza era un obstáculo añadido”

Quería escribir un anexo pero ni pudo, ni la muerte se lo permitió.

La proximidad de la muerte –como en el caso de tantos psicóticos– le abre a la vida, al deseo de vivir, en su caso a la manera maníaca, porque ya nunca caerá en la melancolía, le anuncia a su analista seria y contundentemente. Éste le advierte como en otras ocasiones “la impaciencia nos pierde”. Debe ingresar unos días, tras los cuales vuelve más calmado.

Se empeña en acudir a las citas, pese a los evidentes avances del cáncer pulmonar que padece. Un día llama por teléfono para anunciar que los médicos le han aconsejado, dado su estado inmunológico, que no salga. El analista se compromete a acudir a su casa, pero cuando llama a la siguiente semana, Julio le pide que no vaya. No quiere que le vea en el calamitoso estado que le producen los fuertes dolores y la incontinencia. Fallece dos días después.

Pese a que son poco esclarecedores, como decía antes, los escasos datos biográficos, que no llegan a conformar una historia subjetiva, sí voy a proporcionar algunos, salpicados a lo largo del libro. No constituyen una historia subjetiva porque, como a muchos psicóticos les sucede, hay una desconcatenación de la secuencia del recuerdo, una atemporalidad que invade el relato y como dice Pereña, una falta de suficiente mentira (en referencia a los recuerdos encubridores freudianos) que permitan conformar el relato de algo semejante a lo que sí puede hacer el neurótico (la novela familiar, el mito).

Sabemos que nació en 1952 (está al pie de la foto que pueden ver) y que falleció en 2014, quizás en verano, pues una entrada de una especie de diario –que se encuentra en los anexos del libro– data del 4 de julio de 2014.

Cuando acude al consultorio del analista, nada sabemos de su infancia,

salvo un recuerdo [...] “cuando, de niño, revoloteaba alrededor de ellas y les levantaba la falda para intentar descubrir, tras ella, el secreto de su hechizo”.

Habla de una hermana, puntal de su vida y único referente de su vida familiar, pero con la que tenía frecuentes broncas a cuenta del afán controlador sobre él. Es también una forma, vía la irritación, de salir de su vacío.

La madre, ya enferma, no había contado para Julio como transmisora de vida.

El padre había muerto, de forma inesperada, durante un ingreso que marcó su desalojo como heredero y médico del hogar familiar; fracaso e inutilidad como médico por su postura sumisa con el Jefe de Servicio del hospital en el que ingresó el padre.

La medicina no era su opción, sino la filosofía, pero esa decisión precisaba de la anuencia del padre. Por ello la decisión estaba llamada al fracaso, porque ¿cómo curar a personas que se sienten más vivas que uno mismo o salvarlas si la decisión es errónea de principio a fin? ¿Cómo dar la vida al portador de muerte?

Son preguntas que plantea Pereña, quizás en base a las sesiones que mantuvo con él.

Sus recuerdos como médico se reducen a la atroz culpa por la muerte de una mujer por un infarto de miocardio, por más que fuera incongruente, y las huidas del hospital durante su etapa de residencia, que había iniciado en el campo de la neurología. Cambia esta especialidad por la de psiquiatría, al no poder transitar por los cuerpos de la vida, del deseo o de la curación, y suponer que allí podría encontrar donde acoger su sensibilidad enfermiza, porque el otro camino es la enfermedad. Obviamente, solo consiguió avivar la herida de su sensibilidad trágica, arrastrándose durante años ante los más variados jueces –la enfermera, la vecina, el médico del pueblo, el alguacil– como en *El proceso* kafkiano, preñado de una intensa culpa.

Sabemos, también, de un episodio de intensa vergüenza, que dice que le marcó la vida.

Debía presentar una sesión clínica y para sorpresa de todos y de él mismo, fue incapaz de hablar; la tensión del momento se resuelve cuando los asistentes de la última fila empiezan a salir hasta quedarse solo en la sala. Así queda marcada su nueva condición de enfermo.

Más episodios de vergüenza y humillación sufridos en sus ineptos y torpes encuentros con mujeres, cuerpos vivos que anhelaba, pero un anhelo al que su propio cuerpo muerto no podía responder.

Cada vez, en su papel de psiquiatra, se siente más impostor, ya que incapaz de mentir no puede ser como el resto de sus compañeros, ocupar el lugar de “poder atroz” que ellos ocupan ante los pacientes; pacientes a los que siempre gustará de acercarse, y que según recoge Redero le tenían bien considerado.

Pereña señala que una constante en Julio es que siempre estuvo del lado de los pacientes.

Pero la culpa y el cuerpo muerto, junto a una sensibilidad que no conoce descanso, están ahí. Toma pastillas y se lesiona gravemente el cuerpo, como si en ese odio a su cuerpo muerto quisiera matar su muerte –dice Pereña– y así se presenta en su hospital, casi muerto, a modo de despojo desesperado como última llamada del superviviente.

Reanuda en este momento su largo periplo de enfermo.

Esa desesperación le infundirá la fuerza para el episodio maniaco que relata en su escrito.

Llega a la consulta del analista en 2004. Así le describe:

“Es un hombre enjuto y severo. Su pena es la ruina de su cuerpo, reducido a un movimiento apenas perceptible, silencioso, como si se deslizara por los pasillos sin hacer ruido, con el propósito final de pasar desapercibido. Se le ha concedido la incapacidad para su trabajo de psiquiatra.”

Voy a pasar, ahora, a un necesariamente sucinto resumen del escrito de Julio Fuente, pues abarca veinticinco páginas.

Voy a hacerlo sobre sus palabras, más que en referencia al análisis del delirio que hace Pereña, pues aunque éste no se coloca en el lugar de tapar la palabra de Julio, si aprovecha para hacer teoría sobre el delirio tanto el particular de Julio, como sobre el delirio en general. Es muy interesante de leer, pero hoy no tenemos tiempo más que de hablar del propio caso.

Julio organiza su exposición en torno a las fases que Klaus Conrad describe en su libro sobre *La esquizofrenia incipiente*: trema, apofanía, apocalipsis, consolidación y residuo, termino este último que no se corresponde con el de “estado residual”, por más que Conrad en su descripción sí emplea la palabra residuo.

Quizás podamos aventurar que el término para Julio es más afín a su propia situación, que en términos analíticos podríamos trasponer a desecho. Comencemos, pues.

TREMA

Octubre de 1990. Viaje por Nepal y la India.

Claroscuros de sensaciones, saturación de imágenes contrapuestas.

En la última semana siente cierta desinhibición y mayor familiaridad con los compañeros de viaje que hasta entonces le habían sido ajenos.

Una noche en el desierto de Rajastán la pasan todos en común dando lugar y oportunidad a las confianzas y confidencias que solo esa situación promueve.

Al final una fotografía en común, en la que destaca

“la perfecta adecuación del sentimiento de mi imagen con la del camellero del desierto, antes de que el revelado lo confirmase”.

Preludio, ya, de la vivencia delirante posterior.

Llega a Madrid un viernes y al día siguiente acude a una reunión del Campo freudiano.

Estaba previsto que los diversos grupos lacanianos se integraran en una nueva institución: la Escuela Europea de Psicoanálisis.

Percibe un ambiente de ebullición, zozobra y mal disimulada emoción que compara con la ***“tensa espera de un examen en la que se anticipa el temor de la exclusión”.***

Habla con “Ana” sorprendida de su presencia allí tras tan largo viaje. Él, conocedor de la habilidad de ella para olfatear los entresijos del poder, piensa que tras su sorpresa y expectación latía la esperanza de que él formara parte de alguna instancia decisoria.

Nota en esos momentos por vez primera

“una peculiar alteración perceptiva en el entorno que consistía en un solemne e ingrávido enlentecimiento de los movimientos de las personas que me rodeaban, y la sospecha de que, de algún modo, de mí provenía la fuerza causal de tales movimientos”.

Se siente impelido suavemente a unirse a una pareja –uno de los componentes es José M^a (Redero) y el otro una mujer–. Fue como si unas personas,

unidas por una secreta afinidad, se encuentran al azar y descubren en ese momento, maravillosamente sorprendidos, que una brisa les empujó allí:

“Un aura, un soplo divino nos rodeaba y nos adornaba con la gracia de los elegidos. Una nube de etérea luz nos aislaba del mundo de las utilitarias Anas”.

Esta inicial etapa es lírica

“Hay un sutil misterio feérico, bucólico, pastoril”.

En la siguiente reunión del Campo freudiano se siente hipersensible y alerta.

Se presenta un caso clínico que escucha intensamente concentrado. El ponente parece haber usado cierto exceso interpretativo en la cura. El fantasma del enfermo consistía en sentir cómo, de niño, uno de sus cuidadores le instilaba unas gotas hirvientes en los oídos descarnados y sangrantes.

A Julio le parece *“sentir en lo psíquico”* una sensación similar, que se transmitía a la sala por y a través de su especial sensibilidad.

Se despertó un movimiento de dolor y reprobación general por la impericia del analista principiante, *“catalizado por mi poder de medium del inconsciente del paciente”*.

A lo largo de la reunión se fue haciendo más patente ese sentimiento de *“significación personal”*:

“Conciencia de tensa expectación con la que el mundo de alrededor me aguardaba”.

Su poder mental había despertado a aquellos analistas experimentados, surgiendo algo indefinible, retoño de una flor nueva, surgimiento de una vieja promesa, que sentía a través de ellos. Había piezas, en esta fase inicial, que se armarían en un instante fulgurante.

José M^a le enseña la foto de su hijo recién nacido, que algo más tarde interpretaría como una alusión *“a mi condición de príncipe heredero de la ‘cábala’ psicoanalítica”*.

La frase de G al final de la reunión, –no hay Otro del Otro– la recibe como un mensaje de ultratumba, un ensalmo, que le permitirá escapar de la *“muerte del laberinto”*.

Al día siguiente come con toda la familia en la casa materna. La excitación

va en aumento. Un motivo nimio le hace estallar en un ataque de cólera. Coge el coche y se va a Ávila. Como dice Pereña, ahora puede rechazar a su familia.

APOFANÍA

Al día siguiente se hizo la luz, mientras leía un texto de J.A. Miller en relación al “acoplamiento” de los distintos grupos lacanianos en España, leyéndolo –como todo lo laciano– con gran interés.

Explica en el texto la relación de sucesor y yerno de Miller, por su matrimonio con Judith.

Tenía la especial conciencia de la importancia que tenía para él todo aquello, pero también de la *importancia que él tenía para ellos*.

En un momento de la lectura el parentesco (padre-hija-yerno) junto con la asociación entre Freud y su hija Anna cobraron movimiento propio. En un instante coaguló una certeza:

“Los próceres del psicoanálisis (Freud, Lacan) no sólo transmitían a sus descendientes (Anna, Judith) un conocimiento sobre el sexo, sino que lo adquirían a través del comercio sexual con ellas, y, siendo ellas las albaceas de sus hallazgos, también lo eran del secreto de su origen”.

Ese secreto se transmitía a los adeptos –vía la experiencia de la iniciación sexual–, pero él había podido conjeturarlo sin haber sido iniciado; se había producido un salto generacional, más allá de las escuelas y puesto en contacto directo con los fundadores del psicoanálisis, reconociéndose por tanto como su sucesor. Empero carecía de la experiencia iniciática sexual de los adeptos. Piensa en las “mujeres asequibles” para aquellos “experimentos sexuales” iniciáticos, incluyendo “las lacanianas”.

Pero se abre una grieta en la pétrea certeza: ¿y si es alguna de sus anteriores compañeras sexuales la elegida, y no él? ¿O si lo fuera cualquiera de las personas con las que ellas habían mantenido contactos?

Aparece un descoyuntamiento vertiginoso de imágenes y pensamientos ya por completo autónomos respecto a la voluntad.

En la última fase estas características se acrecentaron y la figura de elegido y la deriva a la infinitización de candidatos, los figuró como un *“laberinto en cuyo interior se introducía cada vez más mi yo-físico”*, cuyas

paredes se estrechaban y en el que el tiempo estaba apresado.

Este fue el núcleo y al tiempo la fractura del delirio y germen de su fracaso, pudiendo vivenciar la muerte psíquica como enterramiento en vida o el impulso incontrolable a la emasculación o al suicidio.

Puede salir del laberinto al recordar aquellas palabras –no hay Otro del Otro– que le funcionan como sortilegio, con la convicción del héroe que sale triunfante de una mortal prueba de iniciación, convencido definitivamente de ser el sucesor de Lacan y disponer de un extraordinario poder mental.

Su exultante triunfo, en comparación con las cotidianas caídas en la humillación y la vergüenza, traen de la mano un comportamiento irascible y pendenciero

Cree mantener una relación con una mujer, C, a la que lleva meses intentando entregar un sari que trajo de la India, pero que pareciera haberse volatilizado. Tarda meses en podérselo entregar. En este momento en el que ya no es precisa simbolización alguna, se puede actuar de manera directa, da por hecha su unión con C y lo pregona a los cuatro vientos.

Una tarde, en el trabajo, se celebra una conferencia a cargo de un alto funcionario de Sanidad. Para poner a prueba sus nuevos poderes mentales, se coloca en la puerta de la sala, intentando con su sola concentración psíquica modular las palabras del orador –en su flujo e intensidad– así como actuar sobre las luces de la sala –que apagaban a tenor de la exposición de diapositivas–. El júbilo de la coincidencia entre sus pensamientos y los hechos y la idea de poseer capacidades telepáticas y telequinéticas, hace que acompañe a “*su concentrado de pensamientos*” con vociferaciones y gritos. Se suspende el acto entre las miradas de estupefacción y enfado. Queda solo en la sala con dos de sus jefes y una compañera psicóloga. Le llevan al Hospital Clínico de Madrid. Allí se da cuenta de que ha sido engañado y secuestrado por orden del director de su hospital. Al entrar en la planta de psiquiatría todos se mueven como en la reunión del Campo Freudiano. Esos pacientes, creía, reconocían en él a aquel que en el futuro curaría todos sus males, compartiendo provisionalmente su destino. A la injusticia se une el oprobio: descubre, al despertarse que estaba atado –en cruz– en la cama, él que en su delirio se consideraba el “*Hijo perseguido*”.

Decide irse cuanto antes, sale tranquilamente mostrando su carné de

médico de Instituciones Penitenciarias, porque, ¿cómo encarcelar al carcelero?

Reemprende su vida cotidiana sin dar explicaciones. Los sentimientos persecutorios originados en el ingreso se diluyeron, pero reaparecerán más tarde y en forma más dramática.

Se va a París, siguiendo su delirio lacaniano. Sin embargo, las quimeras e ilusiones de semanas pasadas se diluyen.

No se acerca a Vincennes –sede del departamento de psicoanálisis– y se dedica a lo que cualquier viajero en esas circunstancias. El viaje fue un lenitivo para sus nervios, pero el regreso traerá una nueva y radical descompensación.

C era su mujer con la misma certeza de ser sucesor de Lacan, pues ambas cosas se habían revelado al mismo tiempo.

C y su hermana eran las que le habían iniciado eróticamente, como a sus predecesores.

Un día la llama por teléfono. El padre contesta, suavemente, que ha salido con su novio. Siente un agudo dolor que exterioriza un núcleo melancólico de larga prevalencia.

La pérdida enciende un fuego lascivo. Salidas nocturnas con exceso de alcohol y poco dormir. Pero no sentía fatiga, pese a ese derroche de energía, el cual reafirmaba sus sentimientos de fuerza interior.

Se acrecentó la actividad verbal y motriz vivenciando una “*embriaguez superficial y vana que era pura exterioridad*”.

Multiplicaba la asistencia a los eventos lacanianos. A la espera de, en la política del *UnoxUno*, dar por él mismo el paso de autodenominarse como heredero.

Por fin Miller acude a dirigir un seminario.

Durante el mismo no cesa de moverse por la sala en señal de que los mensajes que cree entrever hacia él son recibidos. Le lanza miradas de profunda complicidad. Se marcha en el momento en que consideró oportuno, creyendo indicarle el límite desde donde ya no podía enseñarle más.

Se impacienta y obsesiona por la oportunidad del momento en que revelarse como “*revelado*”.

Fantasea e intuye delirantemente como ocurrirá su reconocimiento de sucesor revelado.

El tiempo diluye las esperanzas.

Urge que le digan a G, en la sede del Campo Freudiano, que se encuentra allí. Inicia una persecución telefónica “suave pero firme”, que inquietó no poco a algunos lacanianos. Durante una de las charlas de G, se acerca a ella súbitamente entregándole un papel garabateado, cual rosa de reconocimiento que *“eternizaba nuestras figuras en el arquetipo del amor galante”*.

APOCALIPSIS

La actualidad estaba marcada por los prolegómenos de la guerra del Golfo –la madre de todas las guerras– y el asunto Juan Guerra.

Ve en un quiosco una fotografía en una portada que mostraba a Alfonso Guerra abandonando el escaño. Entrevé en su mueca crispada a aquel que espera un ataque del que ignora su procedencia. Sigue caminando, pero en un instante –como en la anamorfosis, señala– se le revela el significado de gesto del vicepresidente: el de alguien que guarda un secreto terrible que teme sea descubierto de un momento a otro. Por pura homofonía –dice– el secreto es el de su implicación en la guerra del Golfo como narcotraficante. Si Irak perdía la guerra, Guerra acogería en el país, previo golpe de estado, al dictador derrocado y los narcotraficantes de todo el globo, como la tierra de promisión.

Este nuevo núcleo surge con la misma instantaneidad del primero.

Por otra parte ese núcleo delirante inicial se disuelve en esbozos de explicación, por la proliferación (enjambre) de significantes,

“en el perpetuo movimiento de automaton que les es propio y marcarían desde entonces la deriva del delirio”.

Las calles se llenan de individuos gruesos, toscos, que lucen monumentales bigotes sobre rostros de encerada palidez, en contraste con el marcado negro de su pelo teñido. Eran los narcotraficantes o sus testaferros, especialmente visibles bajo la forma de taxistas.

Paralela y simultáneamente llegan hombres y mujeres alegres, desenfados y bellos, lacanianos, que advertidos del peligro que se corría acudían en masa prestos a enfrentarse a los narcotraficantes con su revolución pacífica. No eran inmediatamente reconocibles, pues la comunicación, muda, se establecía en base a una inmediata conciencia de similitud.

Se prepara en la ciudad el campo de batalla, pero mientras que las fuerzas del Mal eran omnímodas, las del Bien permanecían en la retaguardia siendo un refuerzo subsidiario a su pura acción personal.

Entre tanto conoce a una mujer maravillosa, Jeanette –guardarropa en una sala nocturna– que le cuenta las tribulaciones de su vida (separada, tres hijos, problemas con el alcohol...).

Le trata –dice– con una ternura razonadora ante la que su orgullo viril se rebelaba y ella aparentaba ofenderse por ello. Ella acrecentaba sus miramientos de mujer madura; él, que había empezado a sentir una “*primordial tristeza*” bajo la euforia que le envolvía, la cogía de las manos, suplicante, en escenas embarazosas con frecuencia públicas. A medida que se acrecentaban el agobio y la tristeza, la iba sintiendo como un símbolo de maternal fortaleza, a la que acudía con tanta premura cuanto que ella, inconscientemente, dejaba al trasluz una insaciable sed de incontaminado amor.

A las demandas amorosas de él, se añaden prontamente las de auxilio o consejo por la invasión progresiva de los narcos. Amenazas que como todas suelen ser nocturnas. El tono amable de ella ante estos requerimientos pasa a ser crispado o aterrorizado. Decide, en “*ese momento de razón dentro de la sinrazón*”, centrarse en Guerra y los narcotraficantes.

La historia con Jeannette resuelve transitoriamente su delirio de grandeza; retorna la conciencia a lo efímero, marca de un destino mortal en el que el sufrimiento revela lo que tiene de individual e incomunicable.

Un día harto de su deambular por *nighthclubs* y huyendo de las calles vacías y silenciosas, pero llenas de murmullos, se refugia en el aeropuerto de Barajas. Para él tenía el mismo status que embajadas o aguas territoriales: espacios innominados e irreales.

Desde allí, donde pasa numerosas noches, puede vigilar y a la par disfrutar de un ambiente cosmopolita y políglota –su pasión– hablando con las jóvenes viajeras o huir y refugiarse en París, si temía por su seguridad.

Una mañana, tras deambular toda la noche por el aeropuerto, la policía le retiene. Aparecen su hermana, A, y D, avisados por la policía para que se hicieran cargo de él. Percibía que el plan Guerra había sido abortado y que sus compinches huían salvando libertad y bienes. D. intentaba retenerle, mientras él intentaba explicar a los guardias civiles lo que estaba sucediendo. Consiguen dejarle en casa, pero nada más marcharse, vuelve a

Barajas, produciéndose allí el acmé de las distorsiones visuales respecto al espacio y las figuras de los traficantes, entre otras alteraciones.

Siente una conexión eléctrica simpática entre sus nervios y las luces de los paneles de anuncio de los vuelos, señal de que llegaba el punto culminante de la acción. Él provocaba el desarreglo del mundo exterior con su fuerza mental sobreexcitada e hiperestésica. Percibe que el vicepresidente se dirige a las pistas de aterrizaje para huir y corre desesperadamente solicitando ayuda para abortar la fuga. Eufórico por la derrota de Guerra y de los traficantes y haber huido ileso, se dirige en taxi al Hotel Palace. Para él, lugar idóneo para recibir el agasajo tantas veces diferido. Le interesaba familiarizarse con el lugar, además de sonreír con complacencia a los conspicuos lacanianos. Se queda hasta la noche, ensayando sus poderes telepáticos con Roca y Paloma San Basilio.

Vuelve al día siguiente, el del estreno, esperando las cámaras y los focos. Llama a sus amistades para anunciar que aparecerá en televisión. Las cámaras aparecen pero para grabar un acontecimiento diplomático. Un policía le insta de buenas maneras a que se vaya.

Regresa por la tarde tocando el claxon y lanzando tarjetas de visita. Eufórico e impaciente porque en los periódicos den cuenta de los recientes sucesos y por el retraso en su reconocimiento como elegido.

Se cuela con un cortejo nupcial. Dos o tres individuos se abalanzan sobre él y le reducen. Le ponen a recaudo de la Policía Nacional, que lo lleva a un calabozo estrecho donde vuelve a sentir la claustrofobia del laberinto. Grita y finalmente es llevado a urgencias, donde le recibe el Dr. V., psiquiatra de guardia, *“al que ve como una especie de marioneta que gesticulaba y hablaba de forma ridículamente sincopada, con un exagerado amaneramiento”*. Accede a ingresar, aunque con unas condiciones que no se le concederán.

CONSOLIDACIÓN

Se acostumbró a su nuevo alojamiento –dice– con sorprendente facilidad. Relata sobre todo el ambiente de la planta de psiquiatría, de sus usos, de la visita médica, etc. Sus observaciones son muy pertinentes y perspicaces; de obligada lectura.

Respecto a él mismo dice que los primeros días se encontraba comba-

tivo y sarcástico. Iracundo e irritable con los familiares y amigos que le visitaban, instándoles a que hicieran gestiones en el mundo lacaniano para que le liberaran.

Poco a poco, a lo limitado del espacio se añadió la dilatación de la dimensión temporal, que paradójicamente vino a reforzar el tiempo anterior de frenesí vigil y pleno de acontecimientos: la disolución de la temporalidad.

Como efecto una insensibilidad moral, ahora reforzada por la inmersión en el olvido. Este lugar de la nada, le arrebató de la tiranía del delirio, dejándole a cambio **“los brotes de la herida de una historia amputada”**. La parte del delirio sobre Guerra y los narcotraficantes desapareció rápidamente, permaneciendo latente el lado lacaniano, efloreciendo en las facetas femeninas, que en su multitud intercambiable intentaban dar cuenta del misterio de la feminidad: requebraba sin cesar a toda joven, enfermera, enferma, jóvenes mujeres que pasaban por el pasillo. Su actitud hacia las mujeres no era diferente de la que cuando niño **“le llevaba a levantarles la falda para descubrir tras ellas el secreto de su hechizo”**.

Varado en esa atemporalidad, se refugiaba en la contingencia de lo fáctico, lo más cotidiano del funcionamiento de la planta.

No se consideraba loco y, sin embargo, no le resultaba incongruente su estancia allí por lo que dejó de preguntarse por la causa, hundiéndose en la feliz ignorancia.

Así, hasta que apareció, en los márgenes de la conciencia, un profundo malestar proveniente de lo físico: la terrible distonía de los neurolépticos, que

“se aferra con crueles garras a cuello, tronco y extremidades e instila su veneno en el fondo del corazón. Este indecible malestar tenía tal carácter impersonal y difuso, que solo podía representarlo en su cuerpo a través de la imagen de los otros”.

Conforme se suponía que estaba mejor –ya le dejaban salir a la calle– **“mi metamorfosis en piedra se aceleraba”**.

Le dieron de alta a las tres semanas con una dosis baja de haloperidol, que retiró nada más llegar a casa, sabedor de que era la causa de sus males.

Durante unos días persistió un estado beatífico, levemente eufórico.

Salió rumbo a un local nocturno, pero pronto le vencieron la fatiga y el aburrimiento, indicando el final de los tiempos felices, de los tiempos de

vino y rosas.

A la mañana siguiente y con una velocidad similar con la que aparecieron las certezas del delirio, tomó conciencia de la realidad, de su locura y con *“eso, caí en la melancolía, conciencia de la vanidad de las alegrías y locuras del mundo (...) junto a su fiel compañera, la Vieja Señora, el Otro absoluto”*.

RESIDUO

Durante algunos meses quedó anclado en una tristeza esencial.

Solo conocía como fugaz alivio *“el paseo solitario del anónimo caminante que ha dejado de estar agobiado por el peso de la historia aunque lo siga estando por el del mundo”*.

Al cabo de este tiempo, reanudó dificultosamente su vida laboral. Renegó del alcohol y otros estimulantes y siguió, sin cuestionarlas, las prescripciones médicas.

Se volvió más solitario y se acostumbró a desconocerse.

“A sufrir menos las urgencias del amor y a aprestarse a recibir sus previsibles ternuras”.

Unas últimas palabras para finalizar en relación a la fórmula salvadora pronunciada por G. Ese *no hay Otro del Otro*, cuando acudía con el analista, descubrió que era una forma de incluirse en el delirio de lo que llamaba el “psicoanálisis lacaniano”, ese resto delirante que aún permanecía, borrado ya el delirio persecutorio. Al fin entendió de esa frase el fondo delirante y autorreferencial:

“No hay Otro del Otro... más que yo”.

Muchas gracias.XVIII Jornadas La Otra Psiquiatría. La locura. Experiencias y testimonios. Valladolid, 3 y 4 de junio de 2022

Una psicosis melancólica: los efectos de un análisis lacaniano en mi estructura psicótica

Silvia García Esteban

Agente de apoyo entre iguales y formadora en salud mental desde la experiencia en primera persona.

Correspondencia: silviaenpropiavoz@gmail.com

En esta pequeña intervención quería dar testimonio, pues de eso se trata en estas Jornadas, de los avatares y transformaciones que ha producido un análisis lacaniano en mi estructura psicótica.

Hablaros de ese saldo de saber qué se ha producido después de 28 años de trabajo analítico y compartirlo con todos vosotros.

Uno no llega a este mundo y deviene sujeto automáticamente, la condición de sujeto se tiene que adquirir y para ello se tienen que dar una serie de condiciones.

Las personas nacemos cuerpo y llegamos al mundo siendo ese cuerpo que se encontrará con un Otro. El encuentro con ese Otro es una contingencia, es profundamente azaroso, pero determinará en gran medida nuestros avatares en la existencia.

Ese Otro primordial puede sostenernos, puede darnos un lugar mejor o peor, pero un lugar en su deseo y ahí tener la posibilidad de convertirnos en sujetos.

Pero también puede dejarnos caer, puede no tener un deseo vital donde podamos habitar y convertirnos en objetos de goce de ese Otro. Incluso puede tener un lugar oscuro para nosotros, aunque ser objeto de goce ya es bastante oscuro, y tener malas intenciones como un anhelo de muerte de ese ser que llega al mundo.

Todo esto desde un lugar inconsciente por supuesto, pero con unas consecuencias devastadoras para aquel que es marcado con este supuesto destino.

El no lograr alojarte en ningún deseo vital te verá confrontado a un profundo desamparo, esa *Hilflosigkeit* de la que nos hablaba Freud, un abismo al que tendrás que encontrar una solución y donde la psicosis vino a auxiliarme.

No sin antes tratar de buscar con desesperación un lugar, que en la condición humana no está garantizado. Durante mucho tiempo he sentido como en mi más tierna infancia me encontré con una montaña de roca maciza y me ví a mi misma horadando un lugar en esa roca, se me viene la imaginarización de rascar con las uñas esa mole dura para encontrar un pequeño espacio donde habitar, pero fue un continuo fracaso. No había lugar posible para mí.

Y mi defensa como respuesta a esta situación fue la psicosis, que me permitió la supervivencia en este mundo, hoy estoy convencida que sin ella ese cuerpo no hubiera sobrevivido, que me hubiera muerto si no llego a encontrar esta solución, que aunque terrible, no deja de ser una solución, una defensa frente al desamparo y a ese rechazo sin resquicios que yo me encontré en mi infancia.

Sentir un Otro amenazante en el lugar de un Otro que te acoja, que es un poco la función de ese Otro primordial entre otras, sentir la sensación de un peligro en esa familia que me tocó en suerte, sentir que frente a la pregunta sobre ese Otro, la gran pregunta: ¿qué quiere de mí?, la respuesta era sin soslayos: mi muerte, requirió de un invento a la altura de las circunstancias para poder asegurar mi supervivencia.

Después de muchos años de análisis he llegado a la conclusión de que la causa de mi psicosis viene dada por la conjunción de una hostilidad muy grande de ese Otro primordial y el desamparo al que me arrojó esta condición. Aunque si bien todos en alguna medida somos arrojados a la existencia, sin duda unos más que otros.

Poder hacer esta construcción me ha llevado muchos años de trabajo, pero también me ha permitido reconciliarme con mi estructura, que, aunque es cierto que en muchos momentos me ha causado mucho sufrimiento, también fue imprescindible para sobrevivir en circunstancias muy adversas.

La psicosis entonces estaría ubicada del lado del auxilio y la defensa y no del lado del daño, porque el daño se sitúa en un momento anterior a esa insondable decisión del ser que yo he podido rescatar y situar.

Esto no disfraza tampoco que esta herida primigenia es incurable, que es un dolor que siempre está ahí, bajo la amenaza de un agujero que forma parte de mí, con el consiguiente peligro de que se vuelva a abrir y me empuje a un nuevo desencadenamiento, pero que nunca es azaroso y que gracias al análisis estoy mucho más protegida de esta catástrofe subjetiva que es un desencadenamiento.

En la infancia ya llegaron los primeros síntomas en lo que yo llamo ese primer tiempo de mi psicosis, con la brújula de la vida perdida, fobias múltiples, aislamiento, incapacidad de relacionarme con mis pares y una comprensión absoluta por parte de mis padres y de los otros que me rodeaban.

Recuerdo una escena infantil, yo era bastante pequeña, estábamos en Murcia con unos tíos, en un restaurante. En esa región hay un plato típico que es un arroz negro, cuando llegó a la mesa me aterrorizo y me pongo a llorar desconsoladamente, era un llanto de crisis, de terror, de que algo que no debería estar ahí de pronto estaba y la respuesta de mi madre fue pegarme. Ella no se hacía ninguna pregunta, no se las hacía entonces ni se las hace ahora evidentemente, sobre lo que me pasa y si tiene oscuras certezas.

Otro de mis síntomas era un insomnio permanente, cuando llegaba la hora de dormir me venían pensamientos sobre la muerte, sentía que me iba a pasar algo, que me iba a morir. Años más tarde descubriría en mi análisis que era el terror a que ese Otro viniera a matarme, un terror a ese Otro disfrazado de un miedo difuso a la muerte.

Hacerme un cuerpo y un yo tampoco fue tarea fácil. Tuve que construirme un cuerpo desde la psicosis con muchas dificultades y con ese rechazo del Otro, transformada en una posición de desecho, yo era aquello que el Otro rechazaba: o sea un desecho. El Otro me lo dejó claro con sus palabras, esas que recortan el cuerpo: todo lo que se decía de mí era malo: eras muy fea cuando naciste, no parabas de llorar, tu padre estuvo a punto de tirarte a una papelera porque eras insoportable, no parecías de nuestra familia de lo cariñosa que eras y nosotros no somos así.

Y la invención que yo fabriqué frente a esto fue un delirio de indignidad, esta fue mi elección inconsciente, si el Otro me rechazaba era porque era

un ser que había hecho algo terrible y que no merecía vivir, aunque nunca pude determinar eso tan terrible que había hecho, con lo cual me coloqué en una posición melancólica que me acompañaría desde entonces, pero después del análisis con muchos matices y bastante neutralizada.

En realidad, ese delirio de indignidad y esa posición melancólica fueron un intento de explicación de esa hostilidad que yo me encontré a mi llegada al mundo, el delirio da cuenta para mí de una explicación mitológica de esa hostilidad y también supone una decisión inconsciente.

En mi análisis he podido cernir eso que Lacan llama la insondable decisión del ser. Pude recordar una escena infantil en la que yo estoy detrás de una cortina llorando, pero nadie viene a auxiliarme, sigo llorando hasta que se hace de noche y nadie acude a mi llamado, entonces frente a ese desamparo decido y se cristaliza mi posición, comienzo a golpear mi cabeza contra la pared. Es decir que frente al desamparo tomo el camino del autocastigo y la culpa. Ese es el momento en el que en lugar de culpar al Otro, pues tenía razones suficientes para hacerlo, en esta elección forzada decido de manera inconsciente y para sobrevivir tomar esta posición.

Aunque todo lo que me rodeó no fue malo, encontré una figura del amor que fue mi abuelo materno. Estoy convencida de que esa figura me protegió de alguna manera y me hizo buscar otras figuras del amor y no conformarme con esos otros terribles que me dieron la vida. De alguna forma su afecto me hizo no rendirme y no perder la esperanza, seguir buscando y no claudicar, y esto ha marcado firmemente mi posición subjetiva.

Aunque mi madre también se encargó de boicotear este vínculo, cuando yo me acercaba a ella y le decía que mi abuelo me decía que yo era su nieta favorita, cosa que me pacificaba bastante, ella siempre me decía, claro porque eres la única nieta (el resto eran varones). No era sólo su incapacidad de amarme, ni de darme un lugar, sino que trataba de dinamitar cualquier vínculo que me diera amor o dignidad.

A los once años de edad, esa persona tan importante para mí muere y también por una contingencia se instaura un segundo tiempo de mi psicosis, que me lleva a una profunda devastación. Frente a su muerte, me dejan sola en casa de una vecina de mi abuela, con la única presencia de su hijo de casi 18 años de edad que abusa sexualmente de mí.

Cronológicamente tenía 11 años, pero con una psicosis en ciernes que me coloca en una posición mucho más infantilizada.

Es una experiencia que a partir de ese momento se repite más veces, pero que en ese día se produce un anudamiento entre la muerte, la sexualidad y un goce violento que no soy capaz de simbolizar, o más bien que me confronta a un real imposible.

La incapacidad de asumir esa escena hace que mi yo quede disociado y se divide en dos, un yo en el que la escena traumática queda encapsulada y otro yo en el que no queda ni rastro de esa escena y con el que me manejo en la vida, aunque muy precariamente. Mi yo resquebrajado, no conoce la existencia de ese otro yo en el que ha quedado el trauma.

Una disociación que aparece en el momento en el que yo desencadeno, una alteridad dentro de mi propio yo y que afecta a mi pensamiento, mi cuerpo y mi imagen.

También aparece una culpa delirante, yo soy culpable de la muerte de mi abuelo y no soy capaz de llorar una lágrima por su muerte, ni de hacer un duelo, que tendré que hacer muchos años después en el trabajo de mi análisis, donde por fin podré llorar su muerte y donde también podré poner palabras a esa sensación de abandono que siento ante su partida. Ese sentimiento de que el único vínculo que me protegía me deja sola frente a la desolación en la que vivo.

La conexión entre estos dos yos y la escena completa aparece en el análisis muchos años más tarde en un momento en el que digo “no sé porque a veces dejo que los otros abusen de mí”.

La escena del abuso me vuelve a confrontar al desamparo de una manera radical.

Todos estos acontecimientos me hacen llegar a la adolescencia con mucha precariedad, sin un yo propio y con un vacío que me recorre entera, desorientada y con una precariedad simbólica muy marcada. No tener un yo propio significa que soy un conjunto de pensamientos sin entidad, que me voy pegando a los otros en una identificación imaginaria para tener algo parecido a un yo en algún lugar, pero de una forma bastante fallida.

Mi yo, si es que pudiera llamarlo así, es como una cáscara de huevo quebradiza y frágil, y en muchas ocasiones soy objeto de burla de los otros, quiero ser como los demás pero no lo consigo, me invade un vacío que lo inunda todo y voy sobreviviendo en un mundo que no comprendo, haciendo como sí, refugiándome en el silencio en muchas ocasiones.

Es indudable que todo este recorrido del que ahora doy cuenta es fruto

del trabajo de mi análisis, que me ha permitido poder colocar cada una de las piezas en su sitio y comprender mi historia, un trabajo muy poderoso de disección de cada uno de los acontecimientos que han marcado mi existencia y que llevo haciendo desde que tengo 20 años sin desfallecer.

Si echo la vista atrás me parecen casi imposibles los logros que he sido capaz de hacer a pesar de esa psicosis infantil que luego se transformó en una melancolía, que siempre me ha habitado y me ha causado hondos pesares.

Encontrar una escucha psicoanalítica fue realmente un acontecimiento subversivo en mi vida y que la transformó por completo.

Recuerdo una de las primeras intervenciones de mi psicoanalista porque simboliza un punto de partida, me dijo: “Silvia, tienes derecho a existir” y ese fue mi punto de partida porque yo estaba convencida de que no tenía ese derecho justamente porque no era un sujeto todavía.

El Psicoanálisis lacaniano me ha permitido nacer como sujeto, he pasado de no tener deseo alguno donde habitar, a poder nacer de un deseo nuevo que fue el deseo de mi analista.

He podido entender la culpa como piedra angular de mi subjetividad, como el lugar posible que encontré para dar respuesta a esa encrucijada en la que me tocó nacer y he aceptado mi psicosis, haciendo mi duelo, sabiendo ahora que fue la defensa que encontré a mano y que a pesar de todo me salvó la vida.

Es muy diferente vivir esta estructura, que para mí siempre ha estado asociada a un dolor insondable, como una defensa, que, como un castigo o una mala contingencia, aunque creo que hay una parte de duelo que nunca se acaba de hacer.

El análisis no solamente ha sido para mí un lugar en el que poner a trabajar este agujero en la estructura, también ha sido un lugar que me ha ofrecido un saber y que me ha sacado de esa precariedad simbólica en la que vivía. Mi formación en la teoría psicoanalítica y adoptar a Freud como padre simbólico no ha sido sin consecuencias.

Eso no significa que el análisis haya sido un camino de rosas, ha sido un camino muy difícil, pero mi analista me ha dado la fuerza para no desfallecer en esta batalla. Hemos pasado por desencadenamientos muy duros, con disociaciones del yo, incapacidad de salir de la cama, sensaciones de no poder andar casi de la desvitalización tan grande del cuerpo, esa sensación de que todos los significantes se te caen al suelo y tienes que volver a

tejer y a reconstruirte, y toda clase de torturas que os podáis imaginar.

Pero el camino de mi trabajo analítico me ha enseñado a entenderlos, a obtener un aprendizaje de ellos, de cada uno de ellos he salido más fuerte y con la construcción de un saber que me ha servido para mi vida. Después de un desencadenamiento y su elaboración ya no vuelves a ser la misma, hay un avance en el saber, en tu posición subjetiva que te transforman.

Ahora sé qué los provocan: cuando la hostilidad del Otro es muy fuerte me siento en peligro, es decir que lo que los provoca es la repetición de esa encrucijada que se dio en mi infancia y poco a poco he ido estando sobre aviso de ello y eso me ha servido para protegerme.

He aprendido que los síntomas psicóticos en mí aparecen cuando la realidad se me hace insoportable, que vuelven a estar al servicio de defenderme de lo que no puedo soportar y en esa medida puedo aceptarlos. También el avance de mi cura ha hecho que a veces en pequeños momentos de crisis se haya producido cierto viraje en los polos de mi psicosis, pues, aunque siempre tendré una estructura melancólica, frente a la invasión que a veces vivo, he logrado tener ciertos momentos delirantes un poco “paranoicos” y eso ha supuesto un alivio bastante grande. Porque sin duda la melancolía es lo que me causa más sufrimiento. Que el mal esté fuera y no dentro es un alivio y una consecuencia de mi trabajo terapéutico.

La melancolía es la peor de las posiciones, lo que me causa más sufrimiento, pues como sabemos no es la tristeza sino que es la mortificación, la sensación de tener un cuerpo muerto, la culpa que lo devora todo, la culpa de existir y frente a la que muchas veces no hay defensa, esa sensación de muerte que lo invade todo.

Gracias a mi análisis he conseguido un anudamiento, un cuerpo vivo que ya no es un desecho, he logrado apartar esa posición melancólica a un rincón para que no me moleste mucho y mantener dentro de un orden la culpa a raya.

He construido un *synthome* con el que poder encontrar un lugar digno para mi vida, he transformado ese maltrato infantil que recibí en algo nuevo que me une a la existencia y que es la razón por la que estoy hoy aquí. Transformar ese daño recibido en una causa digna, la profesionalización en salud mental formando profesionales combatiendo el estigma y luchando por el respeto de los derechos humanos de las personas psiquiatrizadas, teniendo el activismo como nudo central. También llevo a mis compañeros la literatura

dando lugar a su voz y a todo lo que tienen que decir.

La gran tarea de hacer algo útil con tanto dolor, el acto de alzar la voz y paliar tantos años de silencio, contemplarme como un sujeto de pleno derecho y no sentirme menos que nadie.

Ha sido un trabajo ingente, colocando piedra a piedra de mi subjetividad, haciendo mil invenciones sin rendirnos nunca, porque el trabajo de un análisis con la psicosis requiere de muchas invenciones, de un analista que esté dispuesto a inventar con nosotros ese lugar propio de estar en el mundo.

Me siento en deuda simbólica con Lacan, que no dejó de buscar un tratamiento posible para la psicosis. A mí, mi análisis me ha salvado la vida, ha cambiado ese oscuro destino que parecía inexorable y me ha dado una oportunidad de una vida digna.

Eso no significa que a veces no tenga sufrimiento, que a veces la angustia se vuelva a descontrolar y me lleve a situaciones muy difíciles, donde las voces pueden llegar a aparecer, desgraciadamente vivimos en un mundo muy hostil, pero ya no me dan miedo porque son una solución cuando la angustia no para de crecer. Tampoco tengo miedo a enloquecer, sé que igual que vienen se van, y que muchas veces la forma de manejarlas es aceptarlas y reducir la angustia pues están ahí por algo.

El Psicoanálisis me ha dado la oportunidad de una vida digna, me ha dado la posibilidad de ser madre de dos hijas maravillosas y sanas y romper así la cadena del estrago materno que yo recibí, me ha permitido reconciliarme con el mundo, reparar mi lazo social y tener vínculos maravillosos con el Otro, pero sobre todo me ha permitido alzar la voz y que nunca más tenga que avergonzarme de quién soy.

Hay dos cosas que siempre dice mi analista de mí: una, que nunca me rindo, la otra que siempre quiero saber, esto unido a que he tenido la suerte de tener una analista que siempre ha estado sosteniéndome me ha dado la posibilidad de vivir y de querer vivir. La melancolía forma parte de mí, pero no me interesa porque donde yo quiero estar es en la vida. y esa es mi batalla de cada día.

Silvia Garcia Nieto

Historia del óxido nitroso: del gas de la risa a los “whippits”

History of nitrous oxide: From laughing gas to “whippits”

*Raquel Fraga Martínez***

*Sandra Rodríguez Ramos***

*David Simón-Lorda**

* Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saúde. 32003. Ourense. España
Grupo de Investigación Salud Mental, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO.

** Médico Residente de Psiquiatría, Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO), Sergas. Ourense, España.

Correspondencia: raquel.fraga.martinez@gmail.com

1. RESUMEN

Resumen:

El óxido nitroso, es una sustancia que, también conocida como gas de la risa o gas hilarante, desde que fue sintetizado a finales de siglo XVIII, tuvo un uso recreacional, para ser luego usado como anestésico. En los últimos años se ha ido ubicando como una de las drogas más populares del mundo. Los usuarios comúnmente inhalan el gas de botes de aluminio perforados conocidos como “whippits”, “bulbs” o “nangs” que están diseñados para su uso en dispensadores de nata montada. El óxido nitroso perturba principalmente el metabolismo de la vitamina B12, y causa síntomas neuropsiquiátricos (neuropatía, psicosis, depresión, manía...). Repasamos la historia del uso y abuso

de esta sustancia, insistiendo en la necesidad de aumentar la conciencia sobre las posibles secuelas del uso indebido del óxido nitroso y abordar las limitaciones actuales de los informes y la facilidad de acceso de los consumidores a los productos de óxido nitroso.

Palabras clave: óxido nitroso, adicciones, historia de la anestesia, neuropsiquiatría, vitamina B₁₂ .

Abstract:

Nitrous oxide, also known as laughing gas, is a substance that, since it was synthesized at the end of the 18th century, had a recreational use, to be later used as an anesthetic. In recent years it has been ranking as one of the most popular drugs in the world. Users commonly inhale the gas from perforated aluminium canisters known as “whippits”, “bulbs” or “nangs” that are designed to use in whipped cream dispensers. Nitrous oxide mainly disturbs the metabolism of vitamin B₁₂, and causes neuropsychiatric symptoms (neuropathy, psychosis, depression, mania...). We review the history of the use and abuse of this substance, underlying the need to increase awareness of the possible sequelae of nitrous oxide misuse and address current reporting limitations and consumers ease of access to nitrous oxide products.

Keywords: nitrous oxide, addictions, history of anesthesia, neuropsychiatry, vitamin B₁₂ .

2. INTRODUCCIÓN

El óxido nitroso (N₂O) comenzó a usarse en ámbito lúdico (gas de la risa o gas hilarante), para ser luego una sustancia conocida por su uso como agente anestésico fundamentalmente en el campo de la odontología y también de la obstetricia. No obstante, en los últimos años se ha ido ubicando como una de las drogas más populares del mundo, detectándose del mismo modo una reaparición de su consumo en Europa.

Repasaremos la historia y las implicaciones clínicas del empleo del óxido nitroso, mediante una revisión bibliográfica de textos clásicos y artículos publicados hasta la actualidad.

3. DISCUSIÓN

3.1. HISTORIA

La mayoría de los científicos, atribuye la primera síntesis de óxido nitroso al químico Joseph Priestly en 1772, de manera azarosa, al intentar reproducir un experimento de un clérigo inglés llamado Stephen Hales. En sus pruebas, Priestly expuso varios metales al ácido nítrico, reproduciendo años más tarde el turbio humo rojo descrito por Hales, decidiendo referirse a él como “aire nitroso” (1).

En esa época, la idea de que el aire estaba compuesto por varios elementos era muy reciente y el óxido nitroso era considerado un gas peligroso. Se había afirmado que era “el principio del contagio” y que incluso podía “diseminar la peste” (2). No obstante, el médico británico Thomas Beddoes estaba convencido de que algunos de estos gases guardaban el secreto para curar enfermedades, sobre todo la tuberculosis. Funda por entonces un instituto de investigación biomédica en Bristol, conocido como el “Instituto Neumático” (1799–1802) y contrata a un joven científico británico, llamado Humphry Davy, para que le ayudara a estudiar las cualidades fisicoquímicas de estos gases y averiguar si ofrecían algún tipo de propiedad curativa (3). Davy, en 1799, logra optimizar la adquisición del gas mediante un equipo que fue diseñado por Watt (impulsor de la máquina de vapor) en 1796 (3). Esto tiene su relevancia ya que muchas de las técnicas y herramientas desarrolladas por Watt para el “Instituto Neumático” todavía se utilizan en la medicina moderna. Poco después, lo prueba en sí mismo y descubre las propiedades narcóticas del óxido nitroso, experimentando euforia y alegría, lo que le lleva a acuñar el término “gas de la risa” o “laughing gas” (1). De la misma manera, pone a prueba el gas con pacientes e inicia una serie de demostraciones científicas y conferencias que resultaron ser tremendamente populares. Publica en 1800 *Researches Chemical and Philosophical: Chiefly Concerning Nitrous Oxide*, donde describe por primera vez las propiedades anestésicas del gas (3). El “Instituto Neumático” se convierte en un hospital normal cuando estalla el tifus en 1800 y Davy se traslada al “Instituto Real” en 1801, comenzando años más tarde otras investigaciones en el campo de la electricidad y electrólisis (3). Inventa en ese momento la lámpara Davy para evitar las explosiones causadas por la ignición de gas grisú en las minas de carbón.

A finales del s. XVIII, el gas ya consistía en un entretenimiento público. Los efectos del óxido nítrico inhalado (sensación de euforia intensa y efímera, efectos psicodélicos, sentimientos de disociación y cambios leves en la percepción de la imagen corporal) la convirtieron en una droga recreativa común durante el transcurso del s. XIX. Se usaba en las “fiestas del gas hilarante” entre las clases altas. Varios carteles y canciones de la época representaban estos estimulantes efectos del óxido nítrico (3) (Ilustración 1):



ILUSTRACIÓN 1. “Laughing gas. New comic song”, 1830 (3)
(Adquirida de la plataforma Creative Commons).

*“Poor Jeremy Jones . . .
He was thin as a leaf,
And his flesh was worn from his bones with Grief . . .
A wag who heard of poor Jeremy's case,
Told him he'd very soon alter his Face;
Invited him home and while there, alas!
He swallowed a Bladder of Laughing Gas”.*

En esta línea, es conocida la impresión satírica titulada “Living Made Easy. Prescription for Scolding Wives” de 1830, que muestra a Davy administrando una dosis de gas hilarante a una mujer (4). Otros carteles, anunciaban su empleo en exhibiciones públicas, y será en una de ellas, dirigida por el exestudiante de medicina Gardner Q. Colton, dónde se da comienzo a la historia de la anestesia inhalatoria, fracasando en cierta manera, la corriente neumológica existente.

No obstante, la difusión del gas en exposiciones itinerantes y espectáculos de circo continuó durante años. Una historia curiosa es la protagonizada por el marino mercante Samuel Colt (1814-1862). Por entonces, necesitaba dinero para patentar un revólver que había inventado en uno de sus viajes y se dedicó a producir óxido nitroso y a vender inhalaciones del mismo por la costa este norteamericana con una identificación falsa de médico. Se hacía llamar “The Celebrated Dr. Coult of New York, London and Calcutta” y progresivamente fue ganando éxito. Fue en 1835 cuando pudo patentar su revólver, que llegó a ser el elegido por el ejército norteamericano en la guerra contra México, convirtiéndose en un clásico del lejano oeste (2).

Tras 40 años en desuso, el óxido nitroso reaparece en el campo de la medicina en 1844. El dentista Horace Wells observó a un sujeto bajo los efectos del gas, lesionarse sin mostrar ningún tipo de reacción dolorosa (6, 7). Al día siguiente, Wells inhala óxido nitroso y le pide a un compañero (John M. Riggs) que le extraiga un molar mediante la administración del gas por parte de Colton. La cirugía se realiza de manera exitosa, sin dolor, suponiendo el primer uso del óxido nitroso como anestésico. Tras varios ensayos, decide hacer una demostración pública ante alumnos del Hospital General de Massachussetts, pero no tiene el éxito esperado (5). En base a la humillación recibida, Wells abandona finalmente su idea (6, 7).

El óxido nitroso había dejado de utilizarse después del aparente fracaso de Boston. No obstante, Colton va progresivamente introduciendo su uso en el campo de la odontología y en 1863 abre una clínica en Nueva York llamada la “Colton Dental Association” destinada exclusivamente a extracciones dentales con el gas (5). Asimismo, retoma las demostraciones públicas con óxido nitroso, pudiendo destacar una realizada en París en 1867 en el Primer Congreso Internacional de Medicina que da pie a la difusión del gas por Europa (5). Es aquí donde Colton explica su método al dentista americano, Thomas W. Evans quien lo introduce en Inglaterra en 1868. Ese mismo año, la firma Coxeter, comercializa los primeros cilindros metálicos llenos de óxido nitroso (3).

Las noticias del uso del óxido nitroso apenas tienen resonancia en España hasta 1866, momento en que dentistas catalanes deciden empezar a utilizarlo en sus clínicas. El primero en utilizarlo de forma rutinaria en pacientes es José Meifrén en 1868, tras aprender la técnica anestésica con el gas en París (6).

De manera coetánea, el médico Joseph Clover intentó aumentar la seguridad de la anestesia con éter, realizando una inducción previa con óxido nitroso. El instrumento más común, el llamado inhalador gas-éter (3), se convirtió en una práctica habitual y permaneció en los hospitales hasta la década de 1930.

Hasta 1870, el óxido nitroso aplicado a pacientes, se mezclaba con aire. Es el Dr. Edmund W. Andrews el primero en administrarlo junto con oxígeno, logrando una anestesia eficaz sin cianosis. Esto contribuyó a defender las propiedades analgésicas del gas, puesto que muchos opinaban que la analgesia debida al óxido nitroso era causada por la falta de oxígeno, traducida en la lividez manifiesta del paciente. La analgesia combinada de oxígeno y óxido nitroso tuvo muy buena aceptación en EE.UU., gracias además de al diseño la primera máquina de anestesia que proporcionaba oxígeno y nitroso en proporciones variables (3). A partir de entonces, son numerosos los estudios dirigidos en este sentido y que han sentado las bases del uso de este gas hasta la actualidad. Por último, es reseñable el hecho ocurrido en 1881: el obstetra ruso Klikowitsch utiliza por primera vez la combinación de óxido nitroso con oxígeno durante un parto en San Petersburgo, aunque la sustancia más popular en la época era el cloroformo, popularizado por Simpson en 1847 (8).

La incorporación del óxido nitroso como anestésico, anunció un nuevo paradigma en la medicina en los inicios del S. XX. En cambio, a nivel recreacional, perdió popularidad. Su uso como droga quedó limitado a un papel marginal en los festivales.

3.2. ACTUALIDAD

El óxido nitroso en la actualidad se emplea en la industria alimentaria como mezcla y agente espumante en la producción de nata montada y como un refuerzo de combustible en la industria del motor. En la práctica clínica, está disponible como un suministro controlado de oxígeno (en una mezcla 50/50) (9). Esta proporción está muy aceptada en el ámbito del intervencionismo pediátrico, haciendo posible la inducción suave de la anestesia bajo mascarilla. El inicio rápido de acción y la breve resolución del efecto, además de la ausencia de nefro y hepatotoxicidad ayuda a convertirlo en una opción atractiva para su uso infantil. En cuanto a su uso en obstetricia, hay países donde su empleo es casi inexistente y otros donde su administración se realiza de manera habitual.

En los últimos años ha resurgido el uso recreativo del gas, posicionándose como una de las drogas más populares del mundo. Su presencia es ahora lugar común en festivales, fiestas universitarias e incluso en las esquinas de las calles de algunos países, en una proporción mayor que la cocaína o éxtasis (9). A pesar de esto, aflora la impresión de que la población (incluyendo a los médicos) desconoce la magnitud del abuso y los riesgos asociados al consumo de esta sustancia. Además, otras propiedades que atraen a los usuarios de drogas recreativas son: la legalidad, accesibilidad y asequibilidad (10), la ausencia de síntomas de abstinencia física, el buen perfil de seguridad y el inicio de acción rápido, así como la temprana compensación del efecto (9).

Los usuarios comúnmente inhalan el gas de pequeños botes de aluminio a presión conocidos popularmente con el término “whippits”, “bulbs” o “nangs” (Ilustración 2), originalmente diseñados para la industria alimentaria como dispensadores de nata montada (dadas las cualidades insípidas, incoloras, inodoras, no inflamables y bacteriostáticas del gas). El método de uso más común consiste en abrir los cartuchos perforando el extremo con un dispositivo metálico conocido como “cracker” (9). Después, se captura el gas

que se escapa, en un contenedor grande o en un objeto inflable como un globo, preparando de esta manera el óxido nitroso para la inhalación.



ILUSTRACIÓN 2. Botes de aluminio a presión conocidos con el término “whippits” (Adquirida de la plataforma Creative Commons).

3.3. EFECTOS ADVERSOS

El óxido nitroso a altas concentraciones puede producir hipoxia (más fácilmente, cuanto menor es la fracción inspirada de oxígeno inhalada). Es más hidrosoluble que el oxígeno por lo que lo desplaza y disminuye su volumen. Esto ocurre más fácilmente en consumidores por métodos alternativos al globo, pudiendo producir graves quemaduras en vías respiratorias (10). Consecuentemente, puede precipitar convulsiones en personas con epilepsia, o arritmias en personas con enfermedad cardiovascular. Excepcionalmente, se han descrito casos de neumomediastino, barotrauma o enfisema subcutáneo (9).

A diferencia del consumo esporádico, el abuso crónico de óxido nitroso perturba de manera dosis dependiente el metabolismo de la vitamina B₁₂ (cobalamina), pudiendo causar polineuropatía (11). Los primeros informes de casos típicamente involucraban a profesionales de la salud que tenían fácil acceso a la sustancia dentro de su entorno de trabajo, presentados con características clínicas que comprenden disestesia y parestesias en manos y pies, debilidad distal en extremidades, alteración del equilibrio, dificultad para la marcha y pérdida de psicomotricidad fina (12)

Los síntomas psiquiátricos documentados se han asociado de alguna manera con deficiencias de vitamina B₁₂. Dicho déficit puede debutar con un cuadro sutil de cambio de comportamiento hasta con síntomas psiquiátricos floridos (psicosis, manía, depresión...), sin necesidad de manifestar previamente los conocidos síntomas hematológicos y neurológicos.

Se ha hipotetizado que los síntomas psicóticos puedan deberse a una acción antagonista no competitiva en el receptor NMDA, que conduce a una disminución de la neurotransmisión excitadora en el sistema nervioso central. También actúa como un agonista parcial del receptor opioide mu, modulando la actividad de la dopamina a nivel del sistema mesolímbico, aunque no hay consenso en la literatura. Esto puede explicar el potencial adictivo del óxido nitroso y el riesgo de psicosis (13). En estudios de series de casos, el síntoma más común en la presentación fue el delirio paranoide (principalmente el de tipo persecutorio). Se ha demostrado la comorbilidad a nivel de trastorno mental y de comportamiento entre los usuarios, objetivándose una mayor probabilidad de casos de depresión mayor, así como de intentos de suicidio (13).

3.4. EPIDEMIOLOGÍA Y REGULACIÓN LEGAL

Se trata de la séptima droga recreativa más usada del mundo y su uso está aumentando según el Drug World Survey (14) siendo uno de los cinco inhalantes más frecuentes mundialmente. Las tasas de prevalencia de abuso van del 12% al 20% entre los jóvenes. A pesar de los efectos secundarios graves notificados que incluyen psicosis y mieloneuropatía, especialmente en el cerebro en desarrollo, sólo una minoría de consumidores conocen los efectos secundarios (15).

Aunque el uso con fin intoxicante está prohibido en algunos países, incluyendo España (16), su uso generalizado en la industria alimentaria genera importantes dificultades para restringir su disponibilidad, lo que hace que su control sea muy complejo (9). En base a esto, los estudios poblacionales son comúnmente muy limitados. La fabricación encubierta del N₂O puede dar lugar a consecuencias imprevistas, como el aumento de concentraciones de impurezas peligrosas en el gas suministrado, mientras que las restricciones en el suministro de botes y globos pueden cambiar el abuso recreativo hacia cilindros más grandes y bolsas herméticas mucho más peligrosas (17).

4. CONCLUSIONES

El óxido nítrico, sintetizado por primera vez en 1772, comenzó a usarse en ámbito lúdico, para ser luego empleado como anestésico y en la actualidad como una droga recreativa popular entre los jóvenes. En este contexto, se objetiva un aumento de casos informados de polineuropatía y psicosis entre consumidores habituales.

En base a esto, es prioritario que los servicios de Salud Mental y Atención a Drogodependencias fomenten la educación hacia la población general y el resto del sistema sanitario sobre la actualidad del abuso de esta sustancia, informando de las secuelas que llega a producir. Asimismo, un mayor control del mercado junto con una legislación más restrictiva en el ámbito de la venta a minoristas podría contribuir a reducir el abuso del óxido nítrico.

5. BIBLIOGRAFÍA

- (1) BUSLOV A, CARROLL M. “Frozen in Time: A History of the Synthesis of Nitrous Oxide and How the Process Remained Unchanged for Over 2 Centuries”. *Anesth Analg*. 2018. Jul;127(1):65-70.
- (2) MILLER RD. *Miller Anesthesia*. Madrid: Elsevier, 2005; 13.
- (3) SMITH WDA. *Outpatient Anaesthesia with particular reference to Nitrous Oxide. Collected reprints on the history of nitrous oxide and oxygen anaesthesia*. London; 1968; 3; 755
- (4) SEYMOUR R. *Prescription for Scolding Wives*. Living Made Easy. Londres, 1830.
- (5) FRANCO GRANDE A, ÁLVAREZ ESCUDERO J, CORTÉS LAÍÑO J. *Historia de la Anestesia en España 1847-1940*, Madrid: Arán ediciones, 2005; 275-277.
- (6) TORRES MORERA L.M. *Tratado de Anestesia y Reanimación*, Madrid: Arán ediciones, 2001; 10.
- (7) LYONS AS, PETRUCELLI R.J. *Historia de la medicina*, Barcelona: Ediciones Doyma, 1980, 529.

- (8) FRANCO GRANDE A, CORTÉS LAÍÑO J, ÁLVAREZ ESCUDERO J. *Historia de la anestesia-analgésica obstétrica en España durante la segunda mitad del siglo XIX. Su estudio a través de las tesis doctorales. Progresos de obstetricia y ginecología*. 2007; 50; 292-303.
- (9) RANDHAWA G, BODENHAM A. “The increasing recreational use of nitrous oxide: history revisited”. *British Journal of Anaesthesia* 2016;116(3);321-324.
- (10) KWOK MMK, DE LEMOS J, SHARAF M. “Drug induced psychosis and neurological effects following nitrous oxide misuse: a case report”. *BCMj*, 2019; 61 (10); 385-387.
- (11) THOMPSON A, LEITE MI, LUNN MP, BENNET DL. “Whippits, nitrous oxide and the dangers of legal highs”. *Practical Neurology*. 2015; jun; 15(3); 207-9.
- (12) BRODSKY JB, COHEN EN, BROWN BW JR, WU ML, WHITCHER CE. “Exposure to nitrous oxide and neurologic disease among dental professionals”. *Anesth Analg*. 1981 May;60(5); 297-301
- (13) SETHI NK, MULLIN P, TORGONICK J, CAPASSO G. “Nitrous oxide ‘whippit’ abuse presenting with cobalamin responsive psychosis”. *J Med Toxicol*. 2006 Jun; 2(2): 71-4.
- (14) WINSTOCK AR, FERRIS JA. “Nitrous oxide causes peripheral neuropathy in a dose dependent manner among recreational users”. *J Psychopharmacol*. 2020 Feb; 34(2): 229-236.
- (15) EHIRIM ESTHER M, NAUGHTON DECLAN P, PETRÓCZI A. “No Laughing Matter: Presence, Consumption Trends, Drug Awareness, and Perceptions of ‘Hippy Crack’ (Nitrous Oxide) among Young Adults in England”. *Frontiers in Psychiatry*. 2018; 8; 312.
- (16) Plan Nacional sobre Drogas de 2019.
- (17) JAY M. “Nitrous oxide: recreational use, regulation and harm reduction”. *Drugs and Alcohol Today*, 2008; 8; 22–5.

La promoción del sujeto sin punto de referencia: lazo social, discurso capitalista y autodesignación

Manuel Fernández Blanco

Psicólogo clínico. Psicoanalista
A Coruña

Correspondencia: mafeba@mafeba.es

Creo que está justificado sostener que Jacques Lacan adelantó en 1972 (hace ya más de 50 años), con la formalización del discurso del capitalista, las claves que permiten entender la promoción del sujeto autodeterminista, y la aspiración a la autodesignación, que constituyen el fundamento de la cultura *queer* y transgénero en la actualidad. Para desarrollar esta idea, me parece importante partir de los fundamentos de la conceptualización de la teoría del lazo social en la obra de Jacques Lacan.

Para Lacan, las diferentes formas de lazo social dependen del modo de inclusión en un discurso. Lacan formalizó, en el *Seminario 17*, cuatro modalidades discursivas: el discurso del amo, el de la histérica, el discurso universitario y el del psicoanalista.

Dos años después de dictar el *Seminario 17*, Lacan producirá un quinto discurso: el del capitalista, que ya había adelantado en el *Seminario 18* sin llegar a formalizar su escritura. Lo hará en la conferencia pronunciada en la Universidad de Milán, el 12 de Mayo de 1972, con el título “Del discurso psicoanalítico”. En esta conferencia expresa lo siguiente: “El discurso ¿qué es? Es lo que en el orden, en la disposición de lo que puede producirse por la existencia de lenguaje, tiene la función de lazo social”. Y, casi a continuación,

añade: “Y no hay treinta y seis posibilidades, hay solamente cuatro”. No deja de ser sorprendente el hecho de que Lacan, cuando introduce la escritura de un quinto discurso, diga que solo hay cuatro posibilidades de lazo social. Para pensar los nuevos lazos, tal vez resulte de interés explotar esta paradoja.

Lacan había expresado, en el *Seminario 17*, que “Solo es factible entrometarse en lo político si se reconoce que no hay discurso, y no solo analítico, que no sea del goce [...]”.¹ Esto es lo mismo que afirmar que el sujeto no puede hacer vínculo sino a partir de su modo de goce. No hay, por tanto, lazo social por fuera del síntoma. Como dice Jacques-Alain Miller, “No me parece difícil la pregunta ¿qué constituye el lazo social en su conexión con el síntoma? La resuelvo suprimiendo la conexión. Considero que el lazo social es el síntoma [...] si se plantea una exterioridad entre el lazo social y el síntoma, nunca se saldrá de allí”.²

El imposible que se juega en los discursos es su síntoma. Si bien la característica principal del discurso del capitalista es que intenta eliminar la barrera de la imposibilidad. Pero también podemos pensar que encuentra su imposible, su síntoma, en los límites de la autodesignación a la que aspira el sujeto del discurso capitalista, aunque solo fuese porque cualquier semblante fracasa a la hora de inscribir el goce.

Desde la perspectiva psicoanalítica, no hay ningún vínculo susceptible de establecerse entre dos seres humanos que no pase por la vía del síntoma.³ Cuando el sujeto se relaciona, su goce entinta el vínculo. Esta podría ser la posible contribución del psicoanálisis a las teorías del lazo social, ya fuesen contractualistas como la de Rousseau o no contractualistas como la de Hobbes. Por eso, si queremos interrogarnos por el destino del lazo social en el siglo XXI, tenemos que extender la pregunta a las modalidades políticas del goce en los sujetos contemporáneos, a las nuevas formas que adquiere el

1 LACAN, JACQUES: *El Seminario, libro 17, El reverso del Psicoanálisis (1969-1970)*, Barcelona, Paidós, 1992, p. 83.

2 MILLER, JACQUES-ALAIN Y OTROS: *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica (La conversación de Archon: “Matema de la nebulosa”)*, Buenos Aires, Instituto Clínico de Buenos Aires/Paidós, 1999, pp. 347-348.

3 Miller, Jacques-Alain: “Tres conferencias brasileñas sobre el síntoma” (Tercera conferencia: “El amor sintomático”, en *El síntoma charlatán*, Barcelona, Paidós/Campo Freudiano, 1998, p. 52.

cifrado del síntoma en la actualidad. El síntoma reúne en sí lo hetero-erótico y lo autoerótico, lo que pasa por el Otro y la satisfacción autística del goce que no se entrega al vínculo. El síntoma como mensaje incluye al Otro, pero su satisfacción prescinde del Otro. Por eso el síntoma posibilita el lazo y lo impide al mismo tiempo. Freud, hombre de su época, ponía el acento en el carácter del síntoma como formación de compromiso, lo que suponía su aspecto de cesión de goce. Pero ahora el síntoma es menos freudiano y se presenta, a menudo, sin el auxilio del enigma y la división subjetiva. Se trata de un síntoma que no rinde cuentas al Ideal (prácticamente inexistente) ni se oculta ante el Otro de la represión. Esto tiene efectos sobre la función de la castración.

En el *Seminario 18*, Lacan expresa que el “[...] arreglo entre el goce y el semblante que se presenta como castración [...] se muestra, de alguna manera, inepto.”⁴ Esto es así por estructura, ya que el intento de capturar el goce en la palabra siempre produce un resto. Pero la castración tiene un tratamiento diferente en el discurso del capitalista. El discurso del capitalista se basa en el rechazo de la castración. El sujeto antideterminista del discurso capitalista se postula pretendiendo dirigir sus propias identificaciones, por eso la ideología *queer* le viene como anillo al dedo. Se trata de un sujeto que pretende decidir todo, sin deberle nada al Otro.

Como hemos dicho, Lacan presentó su escritura del Discurso del Capitalista en la Universidad de Milán, el 12 de Mayo de 1972. El 12 de mayo de 2002 (30 años más tarde), Jacques-Alain Miller acudió a Milán al acto de creación de la *Scuola Lacaniana di Psicoanalisi*. Miller improvisó una conferencia sobre el tema de las jornadas: “Los psicoanalistas en la ciudad”. Tres días más tarde, en su curso en París que se desarrollaba bajo el título *Le désenchantement de la psychanalyse*, continuó con las reflexiones iniciadas en Milán que fueron publicadas bajo el título de “Intuiciones Milanesas”.⁵

Lacan anunció, en 1972, que el discurso del capitalista “marcha sobre ruedas, no puede marchar mejor, pero justamente marcha demasiado rápido,

4 Lacan, Jacques: *El Seminario, libro 18, De un discurso que no fuera del semblante* (1971), Buenos Aires, Paidós, 2009, p. 154.

5 Miller, Jacques-Alain: “Intuiciones Milanesas I y II”, *Cuadernos de Psicoanálisis*, 29, pp. 21-45.

se consuma, se consuma tan bien que se consume”. Treinta años después, J.A. Miller expresó que el S1, el significante central de la identificación, que comanda el discurso del amo, es pre-postmoderno. Es el discurso del amo pre-postmoderno.

$$\begin{array}{ccc} S1 & \rightarrow & S2 \\ \hline & & \\ \$ & & a \end{array}$$

Miller aclara como Lacan, apenas había aislado el significante central, el significante amo, “lo pluralizó, lo multiplicó, haciendo oír en la expresión S1 el valor de enjambre, para decir que no hay solo uno. Hay varios y nada asegura, por el contrario, que no sean caóticos, aunque el enjambre se desplace agrupado. Se trata de una constelación de significantes más que de la unicidad del discurso del amo. Y luego Lacan esbozó, junto a este matema del discurso del amo, el matema del discurso capitalista, modificación de aquél, donde es el sujeto tachado el que se instala en el lugar de este S1.”⁶

$$\begin{array}{c} \$ \\ \hline S1 \end{array}$$

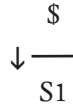
Miller aclara que en el discurso capitalista, con esta escritura, “[...] no se trata tanto de una promoción de la histeria como de la promoción del sujeto sin punto de referencia.”⁷

De algún modo, el sujeto del discurso capitalista sabe que la verdad es inherente al discurso. No hay verdad última. La verdad es un lugar que varía y que, diferentes elementos, pueden venir al lugar de la verdad. Del mismo modo, hay tantos padres como S1. Cualquier significante capaz de abrochar sentido y goce cumple esa función por eso hemos pasado del monoteísmo del Nombre del Padre al politeísmo de su función.

6 Miller, Jacques-Alain: “Intuiciones Milanesas II”, p. 41.

7 Ibid.

El sujeto sueña, entonces, con poder comandar sus propias determinaciones, sus S1.



En esta lógica, su aspiración más radical es la de poder decidir y elegir todo sin limitaciones y abolir cualquier determinismo, incluido el sexual. Se trata de un rechazo radical, en la línea de la ideología *queer*, a ser encasillado en cualquier categoría. Este rechazo va acompañado del deseo del sujeto de autodesignarse, al margen de cualquier definición establecida. Esto supone la abolición del límite de la imposibilidad. Un transexual masculino puede ser el padre de los hijos a los que da a luz.⁸ O, como ha reflejado Éric Laurent: “Muchos apuntan a la diversidad de situaciones trans, especialmente entre sujetos que se consideran no binarios. Un paciente de MtF dice: ‘Soy una mujer y tengo un pene. Por tanto, es el pene de una mujer’. Quiere utilizarlo en sus relaciones sexuales [...]”⁹.

Vemos como la ruptura del binarismo no se circunscribe a la identidad de género, se produce en el campo del lenguaje en tanto tal. Con la ruptura del sentido derivado de la oposición signifiante, la metáfora pierde su lugar frente a la metonimia. Con la abolición de la oposición signifiante, saltan las barreras que establecían que una madre no es un padre, o que una mujer no tiene pene. Por eso, esta mujer trans, puede usar su pene como el pene de una mujer y nombrar el goce que de él obtiene en femenino. Aunque siga siendo, a nivel corporal, un goce fálico, independientemente de cómo se le nombre.

El sujeto, “sin punto de referencia”, sueña con poder autodesignar su identificación sexual en base al uso performativo de los semblantes. Este sujeto

8 Fernández Blanco, Manuel: “Cuando mi padre estaba embarazado de mí...”. Disponible en Internet: https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/opinion/2021/04/25/padre-embarazado-mi/0003_202104G25P17995.htm

9 Laurent, Éric: “Edad de la razón, ¿edad de inclusión?”, disponible en Internet: Edad de la razón, ¿edad de inclusión? – ESCUELA LACANIANA DE PSICOANÁLISIS (elp.org.es)

ignora, como ha señalado Daniel Roy, que una identificación sexual sostenida en un semblante “siempre es sintomática, en la medida que los semblantes convocados fracasan en la inscripción del goce en juego, goce sexual siempre en exceso en la economía del propio cuerpo: la identificación sexual señala la discordancia entre los semblantes y el goce.”¹⁰ Por eso el “transito” puede resultar fallido.

Como expresé al inicio, estas notas son una invitación a pensar el auge del fenómeno trans, y en general la pretensión autodeterminista del sujeto actual, apoyándonos en la formalización que Lacan hizo de su “quinto discurso”: el discurso del capitalista. Lacan, en su conferencia de Milán, comienza diciendo que hay confusión, en nuestros días, entre lo que se hace público y lo que se hace basura (juega con la homofonía con *poubelle* –cubo de la basura en francés–). Afirma, hace ya más de cincuenta años, que hubo un tiempo en el cual lo público no era lo mismo que lo privado y que, cuando uno pasaba de la exposición de lo público a la de lo privado, se sabía que era un develamiento, “pero ahora –dice Lacan en 1972– eso no devela nada, porque todo está develado”. Lacan afirma en ese momento que el discurso capitalista “es algo locamente astuto, pero destinado a estallar”. Esto puede hacernos pensar que el nuevo estatuto de sujeto que postula este discurso puede ser, usando un significante actual, poco “sostenible”. Pero una posible consecuencia, que Lacan también pronosticó, podría ser un retorno de la religión. Un retorno de la religión en sus peores versiones: las más fundamentalistas.

10 Roy, Daniel: “Cuatro perspectivas sobre la diferencia sexual”, *Carretel* 15, p. 156.

Las demandas a Salud Mental de los padres posmodernos

Javier Camacho Rubio

Psiquiatra.

Instituto de Psiquiatría y Salud mental. Gregorio Marañón. Madrid

Eva Rivas Cambronero

Psiquiatra de niños y adolescentes

CSM Moratalaz. Instituto de Psiquiatría y S. Mental Gregorio Marañón. Madrid.

Correspondencia: evarivascambronero@gmail.com

*Este texto se redactó originalmente como guión para la clase impartida por
Eva Rivas el 24 marzo de 2022 en el contexto del curso:
las neurosis ordinarias, organizado por La Otra Psiquiatría.*

Para poner en contexto de dónde parto, explicaré en primer lugar que trabajo en un centro de salud mental de la Comunidad de Madrid. El equipo lo forman 5 psiquiatras de adultos y dos de niños, 5 psicólogos de adultos y dos de niños, 3 enfermeras y 2 trabajadoras sociales. Este equipo debe atender a una población de 170.000 habitantes de dos distritos del municipio de Madrid capital (Moratalaz con 95.000 habitantes y Vicálvaro con 70.000), con 32.000 habitantes menores de 19 años. Vicálvaro es un distrito con una población muy joven, con el mayor porcentaje de población menor de 18 años de la ciudad de Madrid y con una media de edad de 40 años. Es además el distrito con mayor porcentaje de hogares con parejas con hijos/as. De clase media o media-baja tiene además algunos barrios de realojo (El Ruedo en Moratalaz) y otros también con población en exclusión social (la Cañada Real Galiana). Los menores de edad constituyen

un porcentaje de la población mucho mayor en esos barrios con un nivel de pobreza importante y con dificultades de acceso a infraestructuras básicas. La Cañada Real Galiana con una población de 7000 personas tiene una media de edad de 26 años y un 29% de menores de 15 años (frente a un 20% del distrito en el que está incluido, Vicálvaro, y frente al 13% de menores de 15 años de la Ciudad de Madrid). Las principales carencias que sufre esta población tan joven en estos barrios son de regulación de las viviendas y de acceso a servicios y a infraestructuras básicas.¹

Para atender a esta población de 0 a 18 años contamos con un subequipo dentro del Centro de Salud Mental de profesionales dedicados a la atención de niños y adolescentes que son dos psicólogas clínicas, dos psiquiatras de niños y adolescentes, una enfermera y una trabajadora social a tiempo parcial. Para que os hagáis a la idea eso supone listas de espera largas, de más de entre 2 y 3 meses para primeras entrevistas y una frecuencia entre citas que para las psiquiatras está siendo bimensual y para las psicólogas algo menor.

El abanico de demandas es muy amplio en nivel de gravedad y tipo de cuadros clínicos dado que somos un recurso de atención de 2º nivel, la fuente de derivación son los pediatras y médicos de atención primaria de salud, además de otros especialistas, la urgencia y la planta de hospitalización del hospital Gregorio Marañón al que pertenecemos. Esto quiere decir que recibimos todo tipo de cuadros que los compañeros de atención primaria consideran que son de nuestra competencia. Desde los cuadros psicopatológicos más graves y complejos (esquizofrenias de inicio precoz o muy precoz, psicosis infantiles, cuadros afectivos graves, autismos, anorexias precoces y adolescentes, neurosis graves de la infancia y la adolescencia, síntomas de niños en el seno de familias multiproblemáticas...) hasta cuadros leves en ocasiones difíciles de diferenciar de las variadas conductas no normativas, muy frecuentes en la infancia. Ha habido que hacer una labor de pedagogía con los compañeros de pediatría respecto a qué demandas son las que los profesionales de salud mental debemos atender para tratar de ordenar qué es psicopatología y qué es un malestar subjetivo que pueden atender otros recursos más competentes para resolver ciertas demandas: por ejemplo, pediatría derivaba al principio demandas de las familias de valoración preventiva

en crisis familiares (separaciones parentales, duelos...) adolescencias difíciles pero no patológicas, que no deberíamos atender a no ser que hayan producido algún síntoma en los niños, y que deberían ser derivaciones no a servicios de salud sino a los Centros de Atención a Familias donde hacen asesoramiento, mediación y recomendaciones para este tipo de problemas. Tampoco deberíamos atender valoraciones por fracasos escolares o problemas de aprendizaje que competen a servicios educativos (orientación escolar) aunque siempre ofrecemos que nos los deriven si tras valoración psicopedagógica los profesionales de los servicios educativos consideran que factores psicopatológicos están en la base del mal rendimiento escolar. Las valoraciones de negligencia y maltrato o abuso hacia los niños competen a los servicios sociales y de protección a la infancia pero de nuevo muchas veces somos nosotros los que lo detectamos porque provocan sintomatología en los niños. Esta compartimentación del trabajo –servicios de salud, educativos, sociales– solo es posible de forma relativa porque en muchos casos, sobre todo en los más complejos se necesita de la intervención de varios recursos en coordinación, por lo que ésta es una tarea muy relevante en nuestra filosofía de trabajo como servicio de atención comunitario.

El título del artículo: “las demandas de los padres posmodernos” alude en primer lugar a las demandas, en segundo a los padres y madres, y por último a la posmodernidad, es decir a la época. Para poder enmarcar el problema y pensar luego los fenómenos que nos encontramos voy a abordarlo desde lo más general, la época, a lo más concreto, las demandas que recibimos en las consultas de salud mental de niños y adolescentes, pasando por la cuestión de las relaciones padres-hijos, es decir la “parentalidad”.

1° *La época:*

Michel Foucault en 1975 en una conferencia en Brasil² anuncia la irrupción de una nueva época en el mundo de la salud, una nueva época que se hace posible por un nuevo discurso, el de la biopolítica. Esta nueva manera de entender la salud trastocará los paradigmas que regían el mundo previo en el que no tenían tanta incidencia ni la ciencia y ni los gadgets de la tecnología. Hoy la ciencia es la gran protagonista del nuevo discurso sobre lo humano y Foucault advirtió que esto tendría consecuencias especialmente en el mundo de la salud mental. Y las ha tenido: afirmar hoy día que una

actividad terapéutica es válida solo es fácilmente tomado por verdadero si se viste con el lenguaje de la ciencia, lo que significa hacerse medir, cuantificar y comparar, aun cuando el objeto de estudio no sea medible ni cuantificable ni comparable. La subjetividad, con la que nosotros trabajamos, escapa de las previsiones científicas, y en cuanto nos separamos de la literatura científica y nos enfrentamos a la clínica nos damos cuenta de que nuestros pacientes no encajan en los diagnósticos de las clasificaciones, ni los tratamientos funcionan si no es porque un terapeuta en particular se hace cargo del sufrimiento del paciente y éste hace una alianza de trabajo con él, sea cual sea la técnica que use. Las técnicas psicoterapéuticas tienen, si se las estudia aisladas de quien la ejerce, una incidencia mínima en la evolución de los casos³. La psiquiatría con pretensiones científicas gestiona estas incómodas contradicciones creando en el tablero hueco para ellas por ejemplo al aceptar que la mayoría de los casos, y más cuanto más joven es el paciente, son “atípicos”, para ellos se han previsto en las clasificaciones de consenso que se han editado (CIE, DSM) las categorías “No Especificado”. Otra solución que la psiquiatría actual pone en marcha para afrontar sus contradicciones es el hecho de que hace pasar a un mismo paciente de una categoría a otra, o le etiqueta con varios diagnósticos “comórbidos” y para darles cabida se derogan las jerarquías diagnósticas (que daban cierta lógica a la clínica e impedían en el pasado por ejemplo diagnosticar TDAH en un niño en el que ya hubiera un diagnóstico de mayor jerarquía que por sí mismo explicara la clínica, como autismo, esquizofrenia o retraso mental...).

Como clínicos nos confrontamos con lo real, con la imposibilidad de acotar por lo simbólico la experiencia subjetiva de nuestros pacientes, con aquello que no se puede cifrar. Pero la época empuja a negar esa imposibilidad y resuelve la cuestión diciéndonos que llegará un momento en el que el avance de la ciencia consiga hacerlo. En una confianza ciega en el paradigma de las ciencias positivas, por mucho que haya voces que llaman a una apertura que tenga en cuenta el abordaje de la complejidad desde un punto de vista más amplio. Tenemos que tener claro que solo existe lo que se nombra, y que el lenguaje crea el concepto de forma que si empezamos a hablar de trastorno bipolar infantil empezará a existir, de la misma forma que cuando hemos empezado a hablar de trastorno del espectro autista su prevalencia ha subido de forma alarmante.

Hablemos de la época. La posmodernidad origina unas condiciones de sufrimiento que podríamos enumerar como exceso de nihilismo, de individualismo, de biologización. La posmodernidad es, en el fondo, un cuestionamiento a la pertinencia de los valores de la era moderna que erigió a la burguesía como la clase social dominante, y al estado de derecho y el orden republicano como el ideal de convivencia bajo la premisa de que la razón humana era el mejor aliado para organizar el mundo social y político. La era moderna trajo la fe en la ciencia, en el progreso y en la acumulación del saber. Pero la posmodernidad plantea una pérdida de fe en esas promesas, en gran medida inspiradas por el nihilismo y la visión pesimista que fueron en parte la consecuencia de los horrores de la Segunda Guerra Mundial. En ese sentido, la posmodernidad descrece de los “grandes relatos” modernos. Por el contrario, asume una postura irónica, relativizando lo que antes eran valores absolutos y abrazando el nominalismo, o sea, la visión de que todo en el mundo es necesariamente particular. De allí que la principal crítica a la posmodernidad tenga que ver con su falta de alternativas propuestas, lo cual la podría convertir en una suerte de callejón sin salida filosófico que propone la deconstrucción de los valores cuestionando la tradición y relativizando lo que previamente eran verdades innegables⁴. La humanidad siempre había confiado en que todo mejoraría en el futuro, se pensaba en un futuro mejor, más próspero, más amable y cómodo. La historia así lo había demostrado con el progreso de la tecnología y de las condiciones de vida desde la Edad de Piedra. La humanidad había hecho del planeta un mundo cada vez más domesticado y había sabido extraer de la naturaleza, con el avance de la tecnología, todo aquello que cubría las necesidades de la especie. Y cada individuo trabajaba o estudiaba para lograr que su futuro personal fuera efectivamente mejor que su presente. Pero a partir de los años 70 del siglo XX esta confianza se trunca y desde entonces se pierde la esperanza de que el futuro sea mejor. Esto es una característica de la postmodernidad quizás consecuencia de la caída de las verdades previas y de los grandes relatos que la definen. Siendo los jóvenes, los niños y los adolescentes, los que más proyectan su vida en el futuro, si en el sentir colectivo el futuro no puede sino empeorar ¿qué efectos sintomáticos tiene esto en ellos? No es de extrañar que se desencanten temiendo que sus esfuerzos no les sirvan para llegar a lo que nunca pasará de ser un sueño.

O peor aún, muchos dicen que no pueden siquiera soñar con un futuro, no pueden imaginarse a sí mismos en él. Un niño o un joven desencantado pierde algo de la esencia de la juventud. Ese desencanto hace que, antes de tiempo, abandone las insignias de la edad juvenil que se espera que enarbore: sería esperable que los jóvenes trabajaran para construirse un futuro, que siguieran los pasos de las generaciones que les precedieron, o que los contestaran regidos por nuevos ideales, por los que les mereciera la pena luchar. Pero sus síntomas son un eco de esa desesperanza y falta de futuro: búsqueda de la satisfacción inmediata en el presente, falta de planificación de un futuro que no sienten que depende de ellos, que no está en sus manos ya que por mucho que estudien puede que no consigan entrar en el mercado laboral en un puesto cualificado..., por no hablar del sentimiento que transmiten muchos de nuestros pacientes adolescentes de que esta vida no merece la pena ser vivida. Quizás cuando uno lo pasa mal la expectativa de que la situación mejore ayuda a luchar pero si esa expectativa no existe, nos encontramos muchas veces con ideas de muerte, e incluso tentativas de suicidio. Es escalofriante para los profesionales asistir a casos, ya hemos tenido dos en Moratalaz, que con 10 añitos de edad se han precipitado por la ventana para matarse.

Según un informe de la OCDE elaborado en 2019⁵ existen cuatro grandes tendencias globales que son propias de la época que vivimos. Estas serían: la amenaza del deterioro del planeta por el cambio climático, los desplazamientos forzados de la población, el aumento del individualismo y el desarrollo tecnológico. Las tres primeras abocan a esta pérdida de esperanza pero ni siquiera la cuarta gran tendencia, el desarrollo tecnológico, alivia este cambio en el pensamiento colectivo sobre el futuro, dado que hay una quiebra importante en la ilusión de que la tecnología lo mejore. Incluso tememos que la tecnología empeore nuestra salud física, nuestro entorno, nos deje sin trabajo o cause una retirada del disfrute de las relaciones presenciales a nuestros hijos. En una sociedad cada vez más preocupada por el futuro y también por la seguridad –la sociedad del riesgo– los padres viven en una constante ansiedad. Los informes de las instituciones internacionales nos muestran cómo: *muchas madres y padres han comenzado a tomar medidas adicionales para monitorizar a sus hijos de una forma más estricta que en ninguna época anterior. Teniendo en cuenta que las madres y padres*

consideran con frecuencia que existe un riesgo para los niños y, por tanto, necesitan protección, es comprensible que traten de hacer cuanto esté en sus manos para salvaguardar a los niños frente a los posibles males del mundo. En base a esto y según la interpretación de los padres actuales, el nivel de atención aceptado culturalmente implicaría mantener a sus hijos sometidos a una estrecha vigilancia en todo momento con el fin de cuidar de ellos y poder controlarlos. Se les llama madres/padres-helicóptero, aquellos que sobrevuelan constantemente las actividades de sus hijos para vigilarlas y controlarlas. Por otra parte, a diferencia de las décadas anteriores, esta mirada parental constante se ha tecnologizado.⁶

Constatamos que, comparados con los niños de generaciones anteriores, acostumbrados a jugar fuera de casa con sus amigos, a ir andando solos a la escuela o a pasear en bicicleta por el vecindario completamente fuera del alcance de sus padres, los niños actuales rara vez pueden disfrutar de una libertad e independencia similares⁷.

Además los avances tecnológicos más novedosos han permitido que los padres puedan «ejercer control a distancia, sin interacción». Para limitar el tiempo de consumo de pantallas hay aplicaciones que cortan la conexión del dispositivo del hijo a una determinada hora o pasado un determinado tiempo de consumo, de forma que no hay que estar ahí para pedir al hijo que deje la pantalla y encontrar con él una alternativa de ocio, ofreciéndole un plan más atractivo que, sobre todo, en los más pequeños, podría ser simplemente estar con ellos. Unos padres que le escondieron la Play Station a un paciente mío me pedían colaboración para hacer que el hijo, que usaba en exceso las pantallas, pensara que la consola se la había confiscado la policía, que por otro lado había estado en su casa un día que tuvieron que avisarla por el nivel de agresividad que desplegó el paciente. Se apela así a una autoridad mayor cuando se ha perdido el ascendiente sobre el hijo. Pero con la mentira, con el engaño, solo se puede perder todavía más ese ascendiente. Incluso si unos padres utilizan una aplicación de control, por ejemplo de las que hay para saber dónde se encuentra el hijo, debería ser siempre con conocimiento del menor controlado. Sin embargo a menudo los niños (entre 9 y 17 años) desconocen las prácticas de vigilancia de datos íntimos que llevan a cabo sus padres. En un estudio de 2018 (Sukk & Soo, 2018, p. 58) pese a que un 22 % de los padres y madres de Estonia admitía utilizar alguna tecnología de seguimiento

para controlar a sus hijos, solo un 13 % de los niños pertenecientes a las mismas familias estaba al tanto de esa vigilancia.

La conclusión es que los padres evitan hablar del tema con los hijos pero que además no tiene en cuenta los derechos y la privacidad del niño. Por lo tanto se plantea la importancia de valorar las consecuencias, por ejemplo, cómo esta tendencia socaba la confianza en las relaciones padres-hijos. Además muchos investigadores están planteando que los padres dependen excesivamente de las tecnologías y aplicaciones que por otro lado no alivian la inquietud de los padres sino que muy al contrario la incrementan dado que *las tecnologías no suplen la confianza en el otro que se obtiene de una relación y una comunicación fluidas.*

Nuestros padres trabajaban para que no nos faltase nada. Ahora que nuestros hijos lo tienen todo, los desvelos son para que a los hijos no les pase nada. Pero si no les pasa nada, si adolecen de experiencias, no necesitan ejercer la responsabilidad de autocontrolarse, cuidarse a sí mismos de los riesgos, tomar decisiones propias. Además, en muchos casos se les impide ser autónomos en la vida presencial, pero se les deja totalmente sin supervisión navegando por internet. Cuando miran el mundo a través de una pantalla, tienen la falsa percepción de que la experiencia de interacción con el que está al otro lado (amar, odiar, agredir, cuidar...) no tiene la repercusión en el otro, ni tienen tampoco en cuenta las consecuencias en uno mismo que suelen percibirse mucho más claramente en las relaciones presenciales.

La cuestión de la responsabilidad personal es un valor que se ha diluído en los niños actuales, esto es algo que fomentamos claramente los adultos: si cometen errores se atribuye a un mal externo, a que han fallado los profesores, los padres... o los genes (por ejemplo cuando suponemos que el TDAH u otro trastorno diagnosticable explicaría por qué se comportan de tal o cual manera). En niños medicados se echa la culpa a que “el medicamento ha dejado de tener efecto”, a que no es suficiente la dosis..., generalmente profesores y padres no contemplan como primera opción otros factores, por ejemplo que el niño tiene su voluntad propia y hay cosas que no quiere hacer, o que esté cansado a determinadas horas.

Pero la posmodernidad muestra otras contradicciones: queremos seguir creyendo en la inocencia de la infancia. Pero nos hemos cargado ese ideal

de la infancia inocente con la exhibición de los goces privados propia de esta época. Antes en la sociedad victoriana no es que no hubiera goces perversos, pero se escondían, se dejaban para el ámbito privado, mostrando en el ámbito público un correcto recato. Hoy en una sociedad que incita a consumir y a gozar mediante el consumo, lo que da pudor es mostrar que a uno le falta algo, que somos incompletos. No podemos hacer ver que no tenemos todo lo que queremos. Es más fácil para los sujetos mostrar un semblante duro de falsa autosuficiencia que hacer por ejemplo una declaración de amor en la que sienten que quedan en una posición de perdedor, de persona en falta, necesitada del otro. Esto no se puede mostrar bajo ningún concepto, para esto sí hay un pudor extremo. Por el contrario, se exhiben las distintas formas de goce: se cuelga en internet el plato que nos vamos a comer, la fiesta en la que estuvimos, pero también el vídeo de una pelea, las fotos de una borrachera o los cortes sangrantes autoinflingidos. Y los niños no escapan de esta necesidad, la exigencia de que los padres les provean del móvil, la ropa de marca o el objeto tecnológico de última generación da cuenta, no de un capricho excepcional para destacar sobre los demás, sino de una necesidad de tener lo que todos tienen. Ahora los niños tienen y saben todo, han visto de todo. El consumo de pornografía en internet se extiende a edades cada vez más precoces. Según un estudio de la Universidad Balear al menos uno de cada cuatro varones se ha iniciado en la visualización de pornografía antes de los 13 y la edad más temprana se anticipa ya a los 8 años⁸ y según un estudio reciente de la ONU citado por Ubieto los chicos de 12 a 17 años son el grupo que más porno consume en la red⁹.

Y sin embargo como recuerda Jaime Funes *lamentarse de que ven porno tempranamente no conduce a nada; nuestra obligación es pensar dónde y cómo les ayudaremos a descubrir la bondad de los besos y los abrazos*¹⁰.

En un momento en el que añoramos la inocencia de la infancia tendemos también a confundirla con fragilidad, y con la idea de preservar aquella, les evitamos experiencias como si fueran a romperse, habiéndose convertido en una generación de cristal: intolerancia a la frustración, impaciencia, dificultad para el esfuerzo sostenido (de nuevo manifestaciones que cuadran bien con el constructo TDAH). Los progenitores en constante

ejercicio de una vigilancia y evitación de posibles riesgos que les impiden experimentar a los niños la propia responsabilidad y autonomía, someten a los hijos también a mayor exigencia. La expectativa es que destaquen en un entorno educativo muy competitivo lo que para muchos es fuente de importante ansiedad.

En esta sociedad del rendimiento *la presión académica que reciben los estudiantes para sacar buenas notas va en detrimento del placer por estudiar, por aprender*¹¹, por vivir el periodo escolar con disfrute. Se pierde la función de socialización de la escuela sobre todo en niños que huyen de la misma al suponer para ellos un reto insalvable.

Fueron los mismos niños que durante el confinamiento pandémico mejoraron psicopatologicamente de forma sorprendente por el aval que el confinamiento daba a su deseo de permanecer en casa, en un entorno amable en contraste con la hostilidad que encuentran en el día a día de la actividad frenética del mundo escolar y extraescolar.

Aprender, adquirir saberes diversos, la cultura, tenían valor en sí mismos, pero hoy día el saber se ha degradado, se subordina al rendimiento. Estudiar antaño suponía una promesa de estabilidad y buena vida, sin embargo, hoy no las garantiza. Esto se concreta en la repetición de mantras como “esa carrera que te gusta no tiene salidas”, los jóvenes hipercualificados *se ven abocados a la búsqueda indefinida de trabajo o a la aceptación de puestos de trabajo precarios alejados de la dignificación del trabajador, que se convierte en consumible y desechable, en aras del rendimiento y el beneficio*.¹² Hablemos de experiencias y lazos con el otro.

La mitad de la población del planeta vive en ciudades. Pese a que la urbanización pueda ofrecer ventajas potenciales, también se corresponde con una disolución del sentimiento de conexión social y pertenencia a las comunidades locales y los vecindarios¹³, disolución que puede agravar la alienación social y la exclusión. La crianza en un entorno urbano también se vincula con un riesgo mayor de sufrir problemas de salud mental, así como de abuso de sustancias e inactividad física¹⁴.

Que la pérdida de lazos comunitarios produce problemas de salud mental lo demuestra el hecho de que tras el confinamiento general del inicio

de la pandemia hemos asistido a una avalancha de casos de anorexia y fenómenos autolesivos, que se han multiplicado por 4 desde 2019. Hemos constatado cuáles son las poblaciones vulnerables: si físicamente la población vulnerable fue la de los mayores, desde el punto de vista psíquico los vulnerables han demostrado ser los adolescentes, y de entre estos más las chicas: si en 2019, 6 de cada 10 ingresos en unidades psiquiátricas de adolescentes eran mujeres, durante 2020 y 2021 esta cifra ha subido hasta 8 de cada 10.

Ha habido un claro incremento de la demanda a los servicios de salud mental de niños y adolescentes. Pero no solo ha crecido la demanda en número de pacientes sino también asistimos a una mayor gravedad de sus trastornos, una mayor precocidad de fenómenos que antes eran propios de adolescentes mayores (pacientes cada vez más graves y más jóvenes) y un incremento de la cronicidad: (encontramos absentismos escolares prolongados y periodos de aislamiento en casa de meses de duración así como deterioro grave de los vínculos familiares...).

Confiábamos en que este fenómeno era coyuntural y transitorio, que pasada la pandemia y sus efectos volveríamos a las prevalencias previas. Pero tememos que lejos de ser transitorio, haya llegado para quedarse evidenciando un problema estructural de la sociedad contemporánea condicionado por la precarización de los lazos de comunidad (menor contención de las familias e institución escolar, pérdida de actividades grupales presenciales y redes sociales tradicionales) que se ha acelerado por las circunstancias de restricción obligada de los lazos comunitarios efecto del confinamiento pandémico.

La pandemia ha sido un espejo de aumento que ha reflejado la crisis de nuestra sociedad: desde que se inició se han resaltado con más fuerza los trastornos que observábamos ya antes y que tienen que ver con que se han fragilizado las instituciones comunitarias (familia, escuela, atención primaria de salud, servicios de proximidad, redes informales de apoyo, entrenadores, centros de día...) que eran las que sostenían a las poblaciones vulnerables: a los ancianos y a los muy jóvenes, y de entre éstos a los niños con trastornos graves o de estratos socioeconómicos bajos. Los niños de barrios muy desfavorecidos no pudieron suplir la educación presencial por

la online haciéndose muy evidente que para ellos existe dificultad de acceso a las nuevas tecnologías que paliaron los efectos del aislamiento en otras familias. Y en particular asistimos al daño que el confinamiento ha hecho a las mujeres adolescentes que ponen el cuerpo y la imagen de éste como campo de batalla de un conflicto subjetivo intensificado por la comparación con “las otras” retocadas de las redes sociales.

Si para cualquiera es difícil estar solo, para el adolescente lo es mucho más. Porque una de las principales tareas de la adolescencia es despegar del entorno de la familia y abrirse al mundo extrafamiliar.

Esa delicada transición, para ser realizada con éxito, ha de partir de una infancia bien acompañada, si la soledad enfrenta al púber demasiado pronto con el mundo, se precipitará a menudo en conductas de riesgo que van desde aceptar cualquier compañía y exigencia del grupo, hasta la victimización sexual a manos de partners en los que se pone la expectativa de que sean los salvadores de la soledad pagando el coste de la dependencia.

Las redes sociales digitales pueden ofrecer una ventana a ese mundo extrafamiliar, lo que resulta una interesantísima herramienta para sujetos en los que éste es difícilmente accesible (por lejanía, falta de disponibilidad). Sin embargo en muchos casos el adolescente que se expone a redes sociales digitales desde la precariedad de lazos sociales sostenedores en su vida cotidiana, se encuentra desarmado ante imágenes de felicidad-belleza-perfección que le confrontan todavía más con las propias fallas, y que le hacen sentir todavía más solo/sola.

El sentimiento de pertenencia a un colectivo permite al adolescente buscar identificaciones diferentes cuando las identificaciones familiares, que previamente le habían servido, caen. Y estar en comunidad con el grupo de pares, encontrarse con ellos en los espacios exclusivos de la edad a través de los rituales de paso de etapa ha sido la forma sancionada como válida de abrirse a ese mundo extrafamiliar, los ritos de paso sin embargo van desapareciendo, y esto se ha acentuado más, exageradamente, durante el confinamiento pandémico.

En *La desaparición de los rituales*¹⁵ el filósofo Byung-Chul Han señala cómo en los rituales sociales se hacía comunidad aun sin comunicación y

que sin embargo en la pandemia se pasó a una comunicación sin comunidad: durante la pandemia hemos asistido a un exceso de comunicación sin comunidad mediante dispositivos electrónicos. Los rituales construyen comunidad y dan estabilidad a la vida. Los niños, más que nadie, necesitan rituales. Para ellos es muy importante el ritual de fin de curso, el del cumpleaños, el de la comunión... constituyen umbrales que dan acceso a un estatus que es reconocido ampliamente por los iguales. Los niños y niñas construyen constantemente rituales: los juegos tienen siempre ese ritual de elegir a los compañeros de equipo, de repartir los roles, rituales que crean un lenguaje propio del contexto de juego (“cruz y raya”, “estoy en casa”...). Además existen los rituales cotidianos como el de acostarse con una determinada canción o un cuento, el ritual de la comida: rítmicamente a ciertas horas, sentarse a la mesa, esperar que se sirva, antiguamente agradecer los alimentos o vestirse para la cena...

Muchos adolescentes durante el confinamiento perdieron totalmente la ritmicidad en el sueño y en la comida. Es muy habitual que nos consulten por insomnio, y cuando preguntamos a qué hora se acuestan, a qué hora consiguen dormirse, a qué hora se despiertan al día siguiente nos percatamos de que no se trata de insomnio sino de un desplazamiento del patrón de sueño en sujetos que se quedan despiertos y activos en internet hasta la madrugada y luego duermen por el día rompiendo toda posibilidad de compartir de forma presencial con la familia, la mesa, el espacio o el tiempo. Internet no se apaga nunca, por lo que la noche no implica un repliegue de la actividad como sucedía en tiempos pretéritos. La autodeterminación pues, se erige en la única que condiciona si uno se va a dormir o se queda conectado y en vigilia. Encontramos muchas chicas con conductas anoréxicas que dicen que prefieren comer solas en su cuarto viendo series y lo que sorprende es que, de hecho están haciéndolo así desde hace mucho tiempo sin que la familia haya reclamado suficientemente el espacio común de la mesa con ellas.

Llegada la adolescencia si el sujeto no tiene un ritual simbólico al que agarrarse para saber cuál es el siguiente paso a dar, en su obligada autode-

terminación huérfana de consignas, pueden darse los dos extremos: o bien inhibirse y replegarse en su habitación (huyendo con pavor de exponerse a la eclosión de la experimentación en sus compañeros y refugiándose en relaciones exclusivas a través de la pantalla) o, en el otro extremo, dejándose llevar por el grupo de iguales lanzándose a la experimentación sin límite y sin otra razón que “porque los demás lo hacen” y con el riesgo que esto supone.

LOS PADRES

Los padres, tanto en uno como en el otro escenario, asisten al fenómeno y se encuentran inermes, perdidos sin la armadura que permitían concepciones más colectivas de cómo acompañar y educar, qué esperar de una determinada edad... No entienden que con todo lo que les han dado los hijos no les correspondan y no sean felices. Y entran en la rueda de intentar comprar felicidades de mercado para ellos.

Cuando finalmente no se consigue revertir la desmotivación hacia el proyecto de estudios, el tedio, el aburrimiento, el desistimiento vital en sus diversas formas (TDA, depresión) o se entra en conductas que lo intentan atajar de manera disfuncional (transgresiones, autolesiones, anorexias, consumos de sustancias o de tecnología de manera evasiva y abusiva), entonces los padres recurren a la ciencia, acuden a las consultas en un acto de consumo, que conlleva la exigencia de encontrar el diagnóstico y el tratamiento eficaz, como si la complejidad de los factores condicionantes se pudiera desvanecer con un juicio clínico y una pastilla que venden en la farmacia o un tratamiento estándar. Esta es la expectativa de los que nos consultan y nuestra primera labor es desmontar la ficción que se ha creado respecto del derecho a la salud, incluso respecto de que esto sea un problema de salud, con la connotación que el término salud tiene respecto de lo corporal, el sistema nervioso, los neurotransmisores...

La vida de la nueva infancia se juega en gran medida detrás de una pantalla donde no hay que esperar, donde todo está cuando y donde se quiere, a golpe de clic: ya no hay que esperar para ver la programación infantil, ni para conseguir ninguna otra cosa. Desde luego la paciencia no es una virtud

que hoy se practique. Las cosas se consiguen con un click y nos pasamos de consumidores a objetos de consumo sin percibirlo: nuestro tiempo, nuestros datos son codiciados por las grandes empresas tecnológicas que desarrollan una ingeniería muy eficaz para conseguirlos. En esto los niños se han convertido en una suculenta población diana para las empresas de ocio. Los videojuegos gratuitos que se descargan contienen sistemas muy estudiados para fidelizarlos, ampliar el tiempo de consumo, y mantenerlos conectados o pendientes de diversos refuerzos de la atención que prestan a ellos.

En la actualidad los niños existen, como todos, a través del consumo que realizan, y si no se les permite consumir, cuando los adultos no satisfacen sus demandas inmediatas de consumo, reaccionan con violencia.

Como nos señala Byun Chul Han para los mismos padres *la idea es que todo se puede comprar por lo que hay que rendir para conseguir el dinero para comprar la felicidad. Los síntomas están ligados al querer “poderlo todo”, a la imposibilidad del no, de los límites, más que a las prohibiciones o al deber. El imperativo del rendimiento como nuevo mandato de la sociedad del trabajo posmoderno, genera adultos agotados, cansados, hartos de una continua guerra consigo mismos que toma rasgos destructivos. En este contexto surgen trastornos como el burnout, depresión, déficit de atención, hiperactividad, fatiga crónica... son enfermedades ligadas al exceso y no a la falta, no existe el no, nada es imposible si conseguimos el dinero para comprarlo.*¹⁶

Y luego se habla de conciliación. El adulto agotado duda de sí mismo, no tiene energía para decir que no a sus hijos, dando la opción al niño de fantasear con que puede decidir todo, de forma que cuando el hijo no acepta sus propuestas el adulto claudica. David Le Breton señala cómo la frase “no quiere” cuando los protagonistas la dicen aludiendo al hijo, *representa una forma moderna de la fatalidad, justificando de antemano que los padres no insistan en materia de prohibición y ratifica el poder del niño hacia ellos.*¹⁷

Cito a Josep Moyá Ollé¹⁸ que, para explicar uno de los factores del aumento de los trastornos de conducta, analiza el debilitamiento de la autoridad, –en el marco de la pérdida de legitimidad del patriarcado, es decir de la función paterna. Este autor siguiendo a Jose Antonio Marina, plantea que *las instituciones actúan autorizando a un numero de personas a ejercer la potestad correspondiente al puesto que ocupan. El Estado autoriza a los jueces y éstos*

a los policías. Todos tienen un poder conferido, recibido. Están autorizados, tienen la autorización para ejercerlo, son autoridades. Pero se trata de una autoridad conferida por el cargo, el puesto, la posición... Una persona, por el hecho de ocupar un cargo recibe una autorización para ejercer el poder. Y hereda parte del capital simbólico de la institución a la que pertenece. Así en épocas pasadas, el docente recibía una autorización y una autoridad de la sociedad. Pero, en este momento, el prestigio de la institución escolar es bajo. Y esto hace que la fuerza institucional que reciben los docentes sea escasa, lo que les produce con frecuencia un sentimiento de desamparo o de impotencia. A estas reflexiones extraídas del texto de Jose Antonio Marina La recuperación de la autoridad¹⁹ cabría añadir que tampoco las familias, los padres, se sienten autorizados a ejercer su función educativa. Google ha sustituido los consejos de los padres, de forma que cuando los hijos quieren resolver algún problema o tienen alguna duda recurren al Gran Saber que les proporciona la pantalla. Entre preguntar a Google y preguntar a los mayores, la mayoría de los hijos recurren a Google, que además suele estar más disponible. Además hoy los niños acceden a la información con más facilidad que los adultos por su mayor soltura de manejo de internet y dispositivos electrónicos.

Esto ha contribuido a cambiar la relación entre las generaciones, se ha perdido la asimetría de los niños con respecto a los adultos en cuanto al acceso al saber, que era una de las condiciones sobre las que se asentaba el respeto a los mayores.

Por eso Moyá continúa: *En consecuencia, la autoridad de los padres es un ente que es preciso conquistar día a día pero que nunca viene dado a partir del lugar que los padres ocupan en cuanto tales. En este marco no ha de sorprendernos el elevado número de demandas de consulta que realizan los padres en los dispositivos de salud mental que se concretan en preguntas del tipo: ¿qué tenemos que hacer para que nuestro hijo nos haga caso? ¿cómo hemos de intervenir cuando se niegan a dejar el videojuego porque ha llegado la hora de cenar? ¿qué estrategias hemos de poner en marcha para que estudie o haga deberes?*

Porque si antes para realizar la tarea de padre/madre se confiaba en el saber de las generaciones precedentes (preguntando a las abuelas), o se guiaba uno por cómo le habían educado sus propios padres (para replicarlo o contrariarlo), al haber caído los ideales paternos hoy estamos huérfanos

de certezas y apelamos a la nueva autoridad, la ciencia, los médicos y psicólogos, los psicopedagogos: de ahí el éxito de la literatura de divulgación educativa, los libros de cómo educar a los hijos, “cómo hacer que mi hijo me obedezca”, y títulos de este estilo que son el correlato de la gran demanda de los padres actuales en las consultas: pautas, quieren que les demos pautas de actuación.

Para muchos de mis pacientes absentistas escolares el hecho de que un día los padres no se opusieran a que se quedaran en casa en vez de ir al colegio les abre la puerta a quedarse más días, quizá al principio una queja somática, un dolor de tripa o de cabeza justificó la comprensión paterna, pero esto finalmente termina fijando un absentismo o una imposibilidad de asistir al colegio que ya se hacen muy difíciles de reconducir. Otro ejemplo es el miedo a dormir solo, que es contemplado con horror por unos padres que quieren evitarle al hijo todo sufrimiento y por tanto lo meten en la cama hasta edades cercanas a la adolescencia bien entrada. Sin darse cuenta de que los niños leen el mensaje interpretando que si mis padres no me dejan dormir solo será que hay algo de lo que realmente hay que tener miedo.

En los debates sobre la crisis de la institución de la familia y su repercusión sobre la clínica, se sostiene desde concepciones tradicionalistas y también desde las posmodernas que en algún tiempo o en algún lugar existió o existe la familia perfecta, en la que cada integrante ocupa su lugar, produciéndose de este modo las condiciones ideales para la transmisión de los valores fundamentales. Pero es un hecho que ni en el pasado la familia funcionó como una institución idílica ni las nuevas y variadas conformaciones familiares funcionan como se esperaría de un exponente del ideal de la libertad.

En cuanto a los síntomas que se derivan de unas y otras familias: como nos recordaba Rosa López en las Jornadas sobre la Familia de la Sección de Psicoanálisis de la AEN celebradas en 2015: *Pensemos que un síntoma, es en su sentido más genérico, aquello que no anda y que inevitablemente se interpone como obstáculo en el camino de búsqueda del ideal. Pero tras ese ideal que, a primera vista, parece específico de cada sujeto, reconoceremos siempre los imperativos sociales de una época. El sufrimiento humano por excelencia surge en aquellas situaciones en las que el sujeto se reconoce incapaz de responder al ideal del sexo, de*

la paternidad, o del trabajo que cada cultura promueve²⁰. Partiendo entonces de que los hijos hacen síntoma en cualquier tipo de familia veamos cuál es la especificidad de la familia contemporánea, lo que quizá nos dé alguna clave para entender los nuevos síntomas.

En comparación con épocas pretéritas hoy es el hijo el que forma la familia. Antes un hombre y una mujer formaban pareja y decidían luego tener hijos. Ahora sin el establecimiento de la pareja conyugal el nacimiento del hijo es lo que constituye una familia. A lo largo del último siglo la institución familiar ha virado, de estar fundada sobre la relación de matrimonio de la pareja parental a estar sustentada sobre la relación de filiación: Es el hecho de tener un hijo lo que sostiene en muchos casos un vínculo familiar inestable. Esto lo podemos comprobar cuando nos fijamos en que es cada vez mayor el número de hijos que nacen hoy fuera del matrimonio o de la pareja: alrededor del 60%. En contrapartida la mayor parte son reconocidos por sus padres²¹. El matrimonio puede ser una institución obsoleta, pero la paternidad permanece²².

Hoy no podemos considerar que un tipo de familia es mejor que otra, y eso es lo que ha cambiado, (antes sí se consideraba que el tipo de familia con padre, madre e hijos nacidos dentro del matrimonio era el modelo de familia aceptada). Ahora, aunque las familias con un padre y una madre sean la mayoría, ya no constituyen un modelo, no se considera mejor que otras conformaciones familiares. Y por otro lado como dice Caroline Elia-chef: “no es en las familias heterosexuales donde se ven las cosas menos raras”²³. Así pues, el modelo de familia del siglo pasado no era mejor, era diferente. Y por tanto vemos una clínica en los hijos que ha variado.

Podemos pensar que el cambio se debe a la increíble diversidad sociológica de las familias actuales, y de la demasiada variabilidad de tipos de padres y de hijos que las componen. Pero como recuerda Daniel Roy²⁴ lo que pasa desapercibido es que el significante “familia” ya no sabemos a qué remite. Más allá de que se base en la filiación o en la alianza, no es un significante dado a priori o inscrito en lo simbólico. En cada sujeto el hecho de tener una idea de la familia como institución reguladora, o sea la existencia de la función simbólica de la familia, permitirá que se modulen las satisfacciones paradójicas –disfunciones– de cada grupo familiar concreto,

y cuando no existe esa modulación por lo simbólico frecuentemente viene a primer plano la función imaginaria de la familia: los hijos tratan de encajar su particular conformación familiar a la imagen que tienen de lo que para ellos es la familia ideal, así por ejemplo cuando la pareja de la madre trata de ordenar las conductas, el hijo le espeta: “¡no puedes regañarme porque no eres mi padre!”, o “no hablas como una madre” rechazando en la madre algo que sin embargo exhiben sin pudor ellos mismos, apelando a un cierto tipo de lenguaje perdido, en el imaginario de lo que deben pensar que es una madre modelo. Es por esta inconsistencia de la familia postmoderna que se necesitan ayudas a la parentalidad y tratamientos conductuales para reconducir las disfunciones. Antes la familia velaba, en el sentido de ocultaba, por su estatuto simbólico, las formas de goce de sus miembros, por ejemplo el hecho de que tuvieran una vida sexual en el seno de la misma: los hijos negaban la idea de sus padres como protagonistas de la escena primaria, los padres no contemplaban el que los hijos pudieran hacer uso de su sexualidad en pareja bajo el techo del domicilio familiar por el hecho de ser de la familia, pero todo esto hoy es muy distinto.

María, hija adoptiva en edad adolescente inicia una deriva de autolesiones y restricción alimentaria que rápidamente se le va de las manos y lleva a sus padres a sentir que ya no pueden o no saben cuidarla. Tras un ingreso les han recomendado los expertos, que sí saben cómo cuidarla, que tras las comidas haga un reposo estricto de 30 minutos, durante ese tiempo le prohíben incluso escribir en el teclado del ordenador o cruzar las piernas. La madre que observa esas conductas durante el reposo prescrito se lo señala, María protesta, la madre la levanta la voz, terminan discutiendo y la paciente espeta a su madre un “estoy así por vuestra culpa” que lleva al padre a responder en espejo “nos has jodido la vida”. Tras esto, al día siguiente en el instituto donde tiene una crisis de ansiedad, un profesor que intenta ayudarla le dice “si no se te pasa llamaremos a tus padres” y ella sale corriendo, huye y termina trasladada a urgencias. Cuando la paciente me cuenta la escena me dice: “cuando nos enfadamos decimos cosas que no queremos decir”, lo reconoce en sí misma pero escuchar esas cosas del padre no lo soporta. No quiero cuestionar el protocolo TCA pero le señalo que en tanto ella dice “si no fuera porque pueden ingresarme de nuevo no comería nada”, los padres que no saben cómo ayudarla, van a seguir al pie

de la letra lo que les recomiendan y que tenemos que convencerlos de que ella puede cuidarse sin necesidad de esa férrea vigilancia.

Ya no se habla de familia sino de parentalidad, un neologismo de finales del siglo XX. Ser padre define un estatuto legal, simbólico. El término parentalidad desborda ese estatuto, hablar de parentalidad pone el acento en la relación del niño con sus padres. La adquisición del rol parental dependiente de la historia personal y la vivencia de hijo del progenitor, ha llegado a un equilibrio normalmente cuando los hijos llegan a la edad de latencia, habiéndose resuelto muchas de las cuestiones identificatorias que hicieron crisis cuando el niño nació, obligando a los padres a sus primeros retos y forzándoles a una identificación con sus propios padres. Pero esto se hace difícil cuando ha cambiado el ideal de rol parental tan radicalmente.

Eric Laurent en una conferencia que se puede encontrar en YouTube sobre “Los niños y la parentalidad contemporánea” plantea: *El niño de hoy nace en un mundo que ya no está estructurado por el a priori del amor del padre, según el rol del padre en el mundo occidental con su doble vertiente: aquel que es amado y que es a la vez el que priva de goce. Esta particularidad de la época fragiliza su construcción quedando el niño contemporáneo confrontado a formas de goce adictivas de las que da muy bien cuenta la clínica. Se ve en las adicciones que conciernen a todos los circuitos pulsionales: el oral (anorexia-bulimia, las sustancias), el anal (retención-expulsividad: la agresividad), lo escópico (videojuegos, pantallas múltiples), y lo vocal (el objeto voz con la intolerancia a los mandamientos en general)*. Laurent añade que el comodín TDAH subsume una *clínica ligada a la imposibilidad de habitar un cuerpo y de fijarlo a una imagen* en la que también estaría implicada la fragilidad actual del padre. Ante esta fragilidad de la ley del padre caemos en un exceso de autodeterminación: Manuel Fernández Blanco en una conferencia para el Ateneo de Palencia en febrero de 2022 planteaba que no hay límites a la autodeterminación y ponía como ejemplo la ideología queer para la que cada cual determina si es hombre, mujer, si es ambas cosas o si fluye entre una y otra identidad. Debemos platearnos también por qué en los últimos años la mayoría de peticiones de cambio de sexo que plantean los adolescentes son de mujer a hombre, habida cuenta de que en la clínica vemos que muchas chicas optan por ser chicos como una solución para escapar de la degradación

que de la mujer hace la sociedad patriarcal. Una paciente me decía “si las mujeres cobran un sueldo de mierda, y tienen trabajos de mierda, yo voy a ser un hombre”. Cuando en el pasado la salida era la militancia feminista, identificándose a un ideal simbólico (de lucha por los derechos, de reivindicación social...) hoy en muchos casos se realiza una identificación imaginaria al varón. Otra paciente, sin ir al instituto desde hace más de un año amedrentada por fantasías de ser víctima de posibles compañeros agresivos considera que siendo chico estará algo más a resguardo de los abusos y en su reclusión se plantea el proceso de cambio de género.

LAS DEMANDAS

Qué nos piden, qué quieren de nosotros, cómo podemos ayudarles, de qué sufren.

Los padres ¿sufren de que los niños sufren? ¿o sufren de que sus niños no sufren? Voy a desarrollar 5 tipos de demandas que realizan los padres posmodernos a los servicios de salud mental.

1) Nos consultan padres que padecen de la falta de padecer de sus hijos, los padres nos piden que nos ocupemos de hijos que no lo demandan, hijos que no se preocupan por estudiar, que no se responsabilizan de sus conductas, que no cumplen con el ideal o que buscan soluciones fallidas sin que esto les haga sufrir. Soluciones como aislarse cuando deberían salir (encerrándose en casa para jugar a videojuegos sin pausa), dejar de comer cuando deben crecer, comer compulsivamente cuando deberían adelgazar, autolesionarse cuando deberían empezar a cuidar ellas solas de su cuerpo... Y esto los hijos, las hijas, lo hacen, paradójicamente, encolerizados por el hecho de que los padres se ocupen de ellos, generalmente limitándoles. Las expresiones sintomáticas, además, consiguen un efecto contrario al que los hijos buscan conscientemente: promueven con estas conductas disfuncionales que los padres se ciernan sobre ellos en una vigilancia y supervisión de la que dicen querer escapar... A más autolesiones encontrarán más vigilancia, a más anorexia más alimento, a más consumo de tecnología más prohibición.

En este escenario inserto en el marco de una sociedad que busca en la ciencia médica la solución a todos los malestares, la mirada adulta poco acogedora y flexible interpreta fácilmente la variada fenomenología adolescente como sintomatología. Pero como nos recuerda Jaume Funes *en cuanto tenemos posibilidad de ejercer la paciencia y la esperanza permaneciendo al lado del adolescente, comprobamos muchas veces que todo es provisional y todo puede acabar siendo diferente*²⁵. Porque además, como subraya este autor, las características clínicas de los adolescentes que atendemos recuerdan de muchas maneras las de los pacientes adultos considerados «límites»: extrema sensibilidad a la crítica y al rechazo, las manifestaciones de ira y rabia, las demandas de atención, la intolerancia a la soledad, la impulsividad, la necesidad de ser valorado y sentirse dominante sobre el otro, la fragilidad de la identidad. Este autor considera que se puede considerar el «funcionamiento intrapsíquico del adolescente» como «funcionamiento límite» y no, por supuesto, como un verdadero «estado límite» correspondiente a las clasificaciones clásicas de trastornos mentales.

El fenómeno de las autolesiones por ejemplo, fenómeno epidémico, de surgimiento como tal hace no más de un par de décadas, debemos interpretarlo no solo en clave psiquiátrica sino sociológica. En Europa se estima que el 27,6% de los adolescentes se han autoinfligido autolesiones al menos una vez en su vida y específicamente en cuanto a la autolesión no suicida se ha observado un aumento en su incidencia²⁶. No todas las autolesiones son un exponente de psicopatología. Tal y como lo explican los propios pacientes, la autolesión no suicida, generalmente en forma de cortes superficiales autoinfligidos en la piel, se realiza con el objetivo de aliviar de forma inmediata malestares propios de la adolescencia como son la rabia, la frustración, también la ansiedad o la culpa. Pero solo deberíamos considerarlos síntomas de un trastorno cuando los ponemos en el contexto del resto del funcionamiento psíquico mermado, alterado. Lo que sí parece es que la autolesión es exponente de un cortocircuito pulsional que ataja eficaz pero transitoriamente un displacer intenso que se hace insoportable y para el que no se está dispuesto a buscar una salida mentalizada, ni que para la cual se necesite a los demás. Pedir ayuda, pedir perdón, pedir compañía, son exponentes de la falta que no se quiere mostrar, la autoeficacia inmediata está más de moda. En la epidemia de autolesiones además

vemos un fenómeno de identificación colectiva que se ha confirmado con el aumento de las autolesiones tras la exposición excesiva a redes sociales durante la pandemia. La epidemia de autolesiones contiene muchos fenómenos en sí misma. Y conviene desbrozarlos bien en cada sujeto, pero dada la deriva que actualmente toma todo, terminará siendo una categoría más del DSM: el trastorno por autolesiones. Debemos promover una reflexión sociológica sobre el fenómeno, que es desde luego contagioso, llamativo y para los padres muy alarmante. Esto los hijos lo saben.

2) Hay otra demanda contemporánea que nos desborda en los servicios de salud mental infantil: los padres separados en conflicto quieren que el psiquiatra arregle los estragos que el conflicto parental ha producido en el hijo sin pasar por intentar resolverlo o siquiera entenderse con el ex para evitarle al hijo el conflicto de lealtades y la violencia que bebe por estar en medio del fuego cruzado entre los progenitores.

En *Una breve historia de la adolescencia*, David le Breton²⁷ alude al hecho de que “*hoy los niños tengan que sufrir más de los atolladeros narcisistas en los que están enredados los padres que de las rigideces educativas de antaño*”. Aquí se hace extremadamente patente lo que Lacan aludía como la inexistencia de la relación entre los sexos, es decir el malentendido, el desencuentro, la imposibilidad de la relación entre los dos miembros de la pareja parental. Se abre un escenario en el que el amor ha dado paso a su hermano gemelo, el odio. Dos caras de la misma moneda, son pasiones puestas en acto entre dos sujetos condenados a relacionarse por haber tenido un hijo en común, circunstancia que impide la distancia que enfriaría el conflicto. Los resentimientos se alimentan cada vez que hay que ocuparse de la mínima cuestión: quién paga una excursión escolar, qué psicoterapeuta se elige, quién se ocupa de comprar la equipación de una actividad extraescolar... La diferencia de estilos educativos que se da en toda pareja y que, se sobrelleva cuando hay amor, se vive desde este escenario como una agresión franca dirigida por la parte contraria al trabajo de crianza realizado con el hijo durante el periodo que le corresponde a cada progenitor. Los jueces de familia terminan siendo en muchos casos los que deben decidir cada una de las mínimas cuestiones en litigio: si se cambia de colegio, si se atienden por uno u otro psicólogo las manifestaciones conductuales del hijo, si se

compra tal o cual equipación y quién lo hace... Todo está judicializado en estos casos. Los profesionales recibimos niños que absorben diariamente un nivel de tensión y violencia entre las dos figuras de referencia insoponible. Cristina no habla en sesión, mantiene el silencio durante meses, coartada por la idea de que todo lo que pueda decir va a ser utilizado por uno de los progenitores para acusar al otro, como suele suceder, finalmente hace un intento de suicidio por sobreingesta de medicación y tras este paso al acto vomita en una sesión todo el resentimiento hacia la violencia que vive en sus padres: “se quejan de mí y no se ven ellos mismos”. Algunas veces mediatizados y aleccionados para quejarse de su mamá o su papá, dependiendo de los casos. Pablo con 8 años llegó a decir, inducido por su padre, que se suicidaría si tenía que vivir con su madre. Fue llevado por su padre a las consultas de los psicólogos y las urgencias de pediatría de medio Madrid para que allí contara lo que su padre le dictaba antes de entrar con el objetivo de recabar informes con los que acusar a la madre. En colaboración con el Centro de Atención a la Infancia de servicios sociales conocimos la maniobra de este padre que urdió un sistema acusatorio hacia la madre para el que trató de instrumentalizarnos pidiéndonos informes que utilizaba como pruebas del supuesto daño que estaba haciendo la madre a Pablo. Sin embargo se destapó su plan y el juez, tras consultarnos cuál sería el efecto en el niño, le retira las visitas al padre. Es entonces cuando Pablo recuperó una convivencia feliz y tranquila con la madre.

Otras presentaciones del daño que el conflicto produce en los hijos:

-adolescentes que reaccionan agresivamente hacia uno de los progenitores por identificación al otro,

-niños inhibidos en su posibilidad de hablar en sesión, B me decía cuando quería darle el alta, “cuando venga con mi madre te contaré una cosa... que hoy, que vengo con mi padre, no puedo contarte...”. En este caso se hace muy evidente que sobre la misma realidad se pueden tener muy diferentes versiones, incluso radicalmente opuestas. Borja durante el periodo de latencia desarrolla un síntoma hipocondriaco leve por el que yo le mantengo en entrevistas, en vez de darle el alta al comprobar que el mayor conflicto no es la sintomatología del niño sino el desencuentro radical entre los padres. Tiene algunos miedos a dormir solo y fija algunas

sensaciones corporales como amenazas a su salud que vive como graves. Este es un rasgo de identificación a una madre ansiosa que siempre se ha mostrado muy temerosa de que pueda sufrir una grave crisis epiléptica, por lo que le hace portar allá donde va una mochila con medicamentos, no le da permiso para acompañar a sus compañeros a algunas excursiones o a hacer las actividades habituales en los niños de su edad. El padre, que como el paciente tuvo crisis febriles en la primera infancia, y que conoce perfectamente las necesidades de atención médica de su hijo, me explica que éstas son pocas y que en ningún momento ha necesitado tantísimas precauciones. Me señala este exceso en la madre. La madre sin embargo siente que el padre no le protege como debería. Argumenta por ejemplo que no le abre la puerta del dormitorio -donde el padre duerme con su nueva mujer- cuando Borja se angustia por la noche. El padre por su parte señala que la madre acoge al hijo en su cama cuando ya no debería hacerlo por la edad que tiene... Este niño, identificado al síntoma materno durante la infancia (con su hipocondría), pasa en la pubertad a diluir ese síntoma y a reaccionar con agresividad verbal ante las consignas solícitas de la madre, cosa que ésta vive como una identificación de Borja al estilo maltratador hacia ella del padre y éste como una respuesta normal hacia el exceso de control que ejerce la madre sobre Borja, que por otro lado es un excelente alumno y funciona sin problemas en la escuela y en otros entornos sociales.

Cuando intentamos devolver el conflicto al espacio de pareja en el que debería estar, retirándolo del foco que se pone en las manifestaciones del hijo como paciente de salud mental, nos encontramos con un muro: madres justificadas en que no pueden exponerse al desprecio y descalificación de los padres, y ellos, los padres, en el convencimiento de que hablar con ellas no merece el esfuerzo porque están locas. Esto deja al profesional que constata la situación endemoniada en la que se sitúa al hijo, inerte para ayudar a éste, porque además desde la posición de terapeuta del hijo si se acepta el caso se da el mensaje de que es el hijo quien tiene un síntoma que se debe reconducir, desresponsabilizando a los padres que no quieren dejar de hacer “todo lo que esté en su mano”, salvo entenderse con el coprogenitor.

Tanto nos enredan con peticiones de informes, incluso convocándonos a juicios, metiéndonos en el mismo conflicto de lealtades que al niño, (que

si escuchamos al otro progenitor es que estamos en su bando, que si ellas no les van a avisar de las citas...) que hemos tenido que dotarnos de un protocolo de padres separados en conflicto, que nos ampara para recibir al paciente sin tener que estar persiguiendo a uno y otro progenitor ya que son los padres los que tienen la obligación de informarse mutuamente de las citas, y para el que solo cuando expresamente uno de los dos se niega a que recibamos al hijo y nosotros vemos que en el mayor beneficio del menor éste debe acudir a tratamiento, lo seguimos recibiendo, poniendo en conocimiento de la fiscalía de menores que así lo hacemos aun cuando uno de los progenitores no lo consienta.

3) Los hijos supervivientes de enfermedades graves crónicas que han necesitado múltiples intervenciones médicas desde la infancia o conseguidos tras múltiples tratamientos de fertilidad. Cuidados como tesoros, algunos son tiranos desde bebés. Con cuatro años, Iris es el tesoro y a la vez la tortura de su madre. Hija única conseguida tras múltiples tratamientos de fecundación in vitro, fue siempre muy exigente con ella, demandaba su presencia para comer, para dormir, para todo, y si no la obtenía al instante lloraba desconsoladamente, pero si la tenía al lado le gritaba y le levantaba la mano ante cualquier pequeño deseo que no se cumpliera inmediatamente. Su padre y madre conviven y se llevan bien (relativamente, como se puede llevar alguien con su pareja). La madre considera que el padre no la atiende suficientemente cuando delega su cuidado en él, que se duerme la siesta y no la vigila, que desiste a la primera si no come o que la permite no ir a la cama a su hora si no quiere dormir. Por eso no sale de casa y se ocupa ella en primera persona de todo. Agotada como está lo considera sin embargo su obligación y no cesa en su función maternal que tanto le costó conseguir.

4) Nos encontramos con demandas de suplir la función parental: por ejemplo se lleva al hijo al psiquiatra para que éste le pregunte al hijo qué le preocupa, sin antes habérselo preguntado los propios padres. Atendí a Andrés porque la madre sospechaba que tenía un problema con su autoimagen, en la prepubertad había cogido peso y en verano le veía que se cubría el cuerpo inmediatamente nada más salir de la piscina, la madre interpreta que ocultándolo, Andrés sorprendido al oír esto en la entrevista le explica que era porque tenía frío.

Nos encontramos que hay padres que traen un escrito o un dibujo alarmante sin haber preguntado al hijo qué significación tiene: encontraron en los chats del teléfono del hijo que éste había colgado unas fotos de autoleSIONES, o unos escritos sobre el deseo de morir, o una expresión de la sexualidad que no se esperaban. Los padres van al psicólogo o al psiquiatra antes de preguntar al hijo nada al respecto. Piden además que el profesional no revele que han sido ellos quienes han leído o visto esas manifestaciones. A Pedro le han confiscado el móvil porque lo usa en exceso y ha suspendido los exámenes. Ultimamente se porta mal en clase y le sancionan con frecuencia. La madre me explica que miró los textos de sus conversaciones en el móvil y en una con la chica que le gusta ésta le decía que la vida es una mierda y que pensaba a veces en morirse, él le responde que él también lo piensa. Ahora la madre sabe algo que no puede decir que sabe porque le miró las conversaciones y eso le va a enfadar al hijo. Me pregunta cómo debe actuar, si debe darle importancia o no, ella misma dice que quizás fuera solo por solidarizarse con esa amiga, pero si no le preguntamos sobre el tema no podremos saberlo. Le recomiendo a la madre que hable con él, que le diga que está muy preocupada por él y que en su preocupación cometió el error de buscar en el móvil lo que debería haberle preguntado a él. Siempre fue un niño comunicativo, pero ahora, en la adolescencia, no les cuenta nada, se ha vuelto hosco, reservado e irritable con ellos. Ella se echa a llorar, al abuelo materno le han diagnosticado un cáncer que ya no pueden extirparle y ella oculta en casa su dolor, manteniendo el semblante sin romperse, pero sin paciencia para guiarle. Es un abuelo que ha constituido un referente para Pedro desde que era pequeño, pero nadie le ha hablado de lo doloroso que es para toda la familia la expectativa de perderlo, cosa que por otro lado Pedro sabe que es lo que va a suceder. Todos se ocultan unos a otros las preocupaciones y es la psiquiatra la que debe calmar las manifestaciones de éstas, quieren delegar en mí cosas que les corresponden a ellos y no pasar por el trago de decir las cosas que hay que decirse una vez que los niños son lo suficientemente mayores para ser tomados en cuenta a la hora de explicitarlas.

5) Los padres también sufren de que sus hijos no rinden como deberían en la escuela, de que “no se concentran”, de nuevo los niños muchas veces no sufren por ello. En la sociedad del rendimiento, todos los cuadros psiquiátricos quedan condicionados por el ideal del hijo que rinde, ideal que

puede verse frustrado fácilmente ante cualquier sintomatología. Natalia, con 6 años consulta por mutismo selectivo, a lo largo de la entrevista la madre, angustiada por los suspensos en la evaluación, en un momento de la entrevista me dice esta frase: “Natalia no tiene tiempo”. No la dejo pasar de largo por esta afirmación, le pido que me explique (la niña tiene 6 años). Y la madre explica que todas las tardes las pasa con la niña repasando, estudiando, haciendo tareas escolares, por lo que ésta no tiene tiempo de jugar. Ambos padres, inmigrantes de un país del este de Europa, fueron de niños buenos estudiantes, pero muy tímidos, rasgo que comparten con Natalia, ésta disfruta de las relaciones con niños si éstos toman la iniciativa, pero habla muy poquito en clase o no habla en absoluto por lo que ha suspendido en 1º de primaria las asignaturas troncales: lengua e inglés (por no haberse podido evaluar la expresión oral) y matemáticas. Las mates no se le dan muy bien, todavía no ha cogido la lógica de la suma, sin embargo lengua es su fuerte, empezó el curso sabiendo leer y escribir, la madre lo sabía pero la profesora no, y cuando ésta cita a la madre y le dice que su hija no sabe leer (porque no se lo demuestra en clase) la madre en vez de desmentirlo se pone a reforzar lo escolar hasta el punto de no dejar ni un solo momento en las tardes para el juego. De forma que al día siguiente, en la jornada escolar, Natalia pasa las horas en clase imaginando juegos, distrayéndose. Es una niña con una asombrosa habilidad para el dibujo y el modelado de figuritas de plastilina, formas de expresión que muestran una gran capacidad de atención sostenida y con la que muchas veces compensa su dificultad de comunicación oral.

Ante la falta de rendimiento las razones que antes se valoraban en primer lugar, se niegan, buscándose primero la posibilidad del TDAH curable con pastillas. Muchos padres y profesores no asumen que ciertos niños no alcancen a comprender las matemáticas, que otros no consigan al ritmo de los demás la comprensión lectora, que otros incluso tengan una capacidad intelectual precaria... En suma, muchos tienen razones para no rendir, pero los adultos acuden demandando una solución médica porque todas esas razones les señalan la falla del niño ideal y como usuarios consumidores de salud demandan un tratamiento que mejore ese rendimiento mermado, en la expectativa creada por la sociedad contemporánea de que se puede consumir el tratamiento (terapia, fármaco...) que solvente cualquier falla. Víctor, 14 años,

CI 70 y una inquietud psicomotriz importante, está ya en la etapa de educación secundaria. En tratamiento con un metilfenidato de liberación inmediata las primeras horas de la jornada está más tranquilo, en las últimas empieza a enredar en clase y los profesores le tienen que estar frenando, regañando para que no hable, no interrumpa, no se levante, los profesores le dicen a la madre que hable con la psiquiatra y me diga que el efecto del medicamento se pierde a esa hora, pero por supuesto y como yo preveía y le expliqué a ella, aunque se le cambie por uno de liberación sostenida se mantiene el problema. Se trata de un caso en el que durante años se ha trabajado con la madre la aceptación de una condición intelectual que no le permite, ya en la enseñanza secundaria, alcanzar el nivel de discurso de las clases, por lo que se desconecta, se impacienta, enreda... Pero sorprendentemente cuesta cada año que los profesores consideren este factor fundamental en las conductas del niño. Es como si el significativo TDAH todo lo envolviera y se apelara a él para resolver todos los problemas, participando activamente muchos profesores en la medicalización de los problemas de la infancia. Esto se agrava desde que el hecho de aportar un diagnóstico de TDAH permite implementar privilegios educativos (más tiempo en los exámenes por ej) lo que ha provocado un aumento de peticiones de diagnóstico. Paradójicamente, tener un CI límite no te permite esos privilegios educativos, pero sí tener un TDAH.

Otros niños simplemente se apartan radicalmente de representar la realización del deseo materno y paterno, no se identifican con él.

El constructo TDAH viene a subsumir las fallas del niño ideal de la sociedad posmoderna: el niño que no rinde suficientemente, que no obedece suficientemente, que no se adapta a los escenarios sedentarios, que no comparte objetivos con los adultos, que no está motivado, que no desea lo mismo que ellos. Sin plantearse que en muchos casos son los adultos los que no han transmitido ese deseo.

Jaume Funes²⁸ escribiendo sobre los problemas de los adolescentes en la institución escolar plantea que antes de cualquier reflexión debemos hacer dos renuncias: la 1ª considerar el buen adolescente como el buen estudiante porque tener determinados conflictos con la institución escolar puede ser un indicador de buena salud mental; la 2ª atribuir las dificultades y las tensiones vitales entre adolescencia y escuela a dificultades o trastornos psíquicos,

aunque buena parte de esas tensiones comporten padecimiento psíquico.

Otro ejemplo paradigmático de lo que nos encontramos bajo el diagnóstico de TDAH: paciente atendido por neuropsiquiatría y tratado durante años con psicoestimulantes en base a un diagnóstico de TDAH, que es dado de alta cuando cumple los 14 años por cumplir la edad que ya no es atendida por pediatría, en vez de pasar al neurólogo de adultos, se lo derivan a salud mental dado que nosotros atendemos hasta los 18 años. Me encuentro con un paciente que lo es solamente porque muestra bajo rendimiento escolar. Cuando me quedo a solas con él le pregunto cuál es su problema y me contesta “el TDAH, la concentración”. Le digo que me explique con sus palabras qué siente él, cuáles son las dificultades que tiene. “Me desconcentro cuando no me interesa o cuando es muy difícil lo que está explicando el profesor... soy un poco vago”, siempre fue un poco movido pero eso no le ha producido problemas, ahora en la adolescencia, se pone a hablar con los amigos en clase lo que le lleva a muchas llamadas al orden, pero en la asignatura de física y química él mismo se sienta en 1ª fila para poder atender mejor y no caer en charlar con los colegas que le distraen. En esos momentos puede concentrarse. Le pregunto si siente que tiene algún déficit o es algo que él pueda controlar, afirma que lo puede controlar. Le quito la medicación. Le digo que tiene en sus manos su propio destino.

Otra niña, de 10 años derivada por TDAH a instancias del colegio, viene con gesto serio, yo diría asustada, esperando la confirmación de una calificación de déficit que ya le está pesando mucho. Algo tímida e hiperprudente, observadora, no suele tomar la iniciativa de participar, se piensa mucho cada una de las tareas que realiza y cada una de las frases que dice. Sus padres reconocen compartir el rasgo de timidez de la niña lo que no les ha impedido dar el valiente paso de emigrar desde su país y así salir de una ciudad en cuyas calles sentían una inseguridad paralizante. En la entrevista a solas su latencia en las respuestas es seguida de reflexiones muy elaboradas. Me impresionó la madurez de esta niña que solo necesitó una entrevista a solas tras la que se le señaló como cualidad y no como déficit su rasgo reflexivo. Con esta devolución surgió una sonrisa cómplice es su carita previamente apagada y la recuperación en los padres de la confianza en ella.

Podríamos seguir enumerando circunstancias diversas que se califican

de TDAH, entre ellas está muy frecuentemente la ansiedad que en niños es entendida como hiperactividad.

CÓMO HACER CON ESTAS DEMANDAS

¿Qué aporta la teoría psicoanalítica? ¿Cómo maniobrar como psicoanalista en la institución de Salud Mental? El analista es un instrumento pero cuando se trata de niños, el niño se sirve menos de él que el adulto, el analista es menos instrumento, tiene que tomar más iniciativas. J.A. Miller lo compara con un GPS que a la vez es un instrumento pero da órdenes²⁹

Si un psicoanalista se modera a la hora de tomar en cuenta la información que viene del entorno cuando trata con adultos, sin embargo cuando se trata de niños esta consigna debe flexibilizarse, ¿por qué? J.A Miller plantea que es porque hay algo en el niño que todavía no se ha precipitado: el ideal del yo todavía no se ha introyectado³⁰. Esto puede explicar hasta cierto punto esta percepción de que los niños no sufran con ciertos síntomas por los que sí consultan sus padres, hasta que se construya ese ideal del yo debemos tomar ese papel directivo sin dejar de interrogar su posición en las cosas que les pasan.

Si la institución, como decía Chus Gómez en su intervención en el curso neurosis ordinarias, de la Otra Psiquiatría, impartida en febrero de 2022, es el lenguaje que envuelve al sujeto, si una institución nombra a todas aquellas formas de lo que da cuerpo al Otro (escuela, familia, Estado, hospital, CSM) ; si también es, como recordaba ella, todos aquellos dispositivos inventados para limitar el goce, y en tanto da cuerpo al Otro, es también una modalidad de lazo social; debemos maniobrar incluídos en la institución, para pasar del rol que asumimos, que a veces es el del padre de la ley y el orden, como psiquiatras, psicólogos... a otro que no represente a quien pretendiendo normativizar convoca la contestación o incluso la transgresión adolescente. Agujereando ese semblante de aliado de los adultos, interrogando el síntoma como una expresión de un malestar subjetivo, apelando al paciente por muy pequeño, muy rebelde o muy inmaduro que sea sobre su propio deseo, preguntándole de qué sufre él, se abre la posibilidad de darle la vuelta a situaciones enquistadas en las que el síntoma con

su etiqueta diagnóstica parecía inamovible y abocaba a una identificación con el niño deficitario, que en sí misma puede causar la elección de vías muertas en la construcción de las identificaciones.

Las dos herramientas terapéuticas que aporta el psicoanálisis para que un profesional maniobre tanto en la institución de salud mental como en la consulta privada son la transferencia y la interpretación.

Un capítulo a tratar sería la transferencia en los niños, cómo construirla cuando son los adultos los que les llevan a la consulta del psiquiatra o del psicólogo. Al consultar apelan a un lugar de supuesto saber sobre lo que le pasa al niño buscando una solución médica, científica, certera y simple. Una solución que por su propia naturaleza considera que algo se ha impuesto al niño y lo ha trastornado, una solución que no tiene en cuenta que, por mucho que efectivamente haya factores que lo condicionan, es el propio sujeto el que se deja trabajar por dichos factores y elabora una respuesta sintomática propia y personal. Que con los mismos factores otro sujeto elaboraría otra respuesta sintomática, y que, por tanto, debemos de buscar tratamientos que tengan en cuenta la idiosincrasia de cada niño, y de cada familia. Debemos tratar sujetos, personas, y no solo trastornos. Y sin embargo, para poner al sujeto a trabajar, para implicarle en la búsqueda de sus propias fórmulas de solución, debemos mostrarnos en falta, revelar que no sabemos qué le está pasando pero que podemos ayudarle a buscar la respuesta que solo él puede encontrar en sí mismo aunque todavía no sabe que la tiene. Solo bajo esta condición el niño se va a preguntar qué razones tiene para comportarse así, o qué alternativas hay para relacionarse con los demás de otra manera. Pero en esto también hay que implicar a los padres, colaboradores imprescindibles cuando estamos hablando de desidentificar a los hijos con etiquetas que les justifican y les desresponsabilizan. Si estamos de acuerdo con Javier Carreño y Kepa Matilla, cuando sostienen *si la neurosis es algo, es pura identificación*³¹ corremos el riesgo de promover neurosis de destino no ya al estilo de las de la mujer maltratada sino al del niño diagnosticado, a veces el diagnóstico también es una violencia sobre el sujeto.

Decía también Chus Gómez: *Las instituciones no orientadas por el psicoanálisis desresponsabilizan al sujeto, lo tratan como usuario, consumidor, lo tratan de todo menos de sujeto responsable: deciden por él, saben lo que le conviene, y en*

definitiva le dirigen la vida... y cuando el sujeto encima es un niño se redobla el trato hacia él como objeto. Objeto a tratar, a adiestrar, a reconducir. Es por esto que en el caso de los niños es en el que más empeño debemos poner para darle el lugar de sujeto activo en lo que le pasa. Los psicoanalistas usamos la palabra sujeto para subrayar que a las personas que nos consultan debemos reivindicarlas, más que como pacientes pasivos, como los que deben emprender la acción de su recorrido terapéutico y también para poner en valor lo subjetivo frente a lo objetivo.

Si lo esencial en el tratamiento de un neurótico es que pase de la queja a la demanda, de sujeto pasivo a activo, nos encontramos en la clínica con niños que son ellos mismos los que ante una dificultad pasan a la acción pero de forma que crean más alarma, el niño víctima de abuso se convierte en agresivo y abusador de compañeros, el hijo de una madre deprimida en un hiperactivo que no la deja adormecerse en su posición depresiva...

Irene plantea ya en la primera consulta una razón de su malestar: su madre pasaba los ratos que no trabajaba bebiendo en el bar en vez de acompañar su infancia. Ahora que tiene 14 años amenaza con suicidarse, se realiza cortes con cuchillas, no come durante días. Le ofrecí un ingreso y lo aceptó encantada. La madre al alta del ingreso me dice que “le viene grande” hacerse cargo de su hija, ésta le afea que ahora quiera ejercer de madre –demasiado tarde–. La madre reconoce que nunca la guió acompañándola para que comiera variado y saludable, ella misma ha comido siempre bastante mal, y ahora teme que le “coja manía por pedirle hacer cosas que nunca antes le ha pedido” como regularle el uso del móvil, comer, levantarse para ir a clase: no se ve como para conseguir que se levante a las 8 AM para ir al instituto. En casa se quitan la autoridad abuela y madre a gritos y en medio Irene se ha plantado y ha empezado a gritar más que nadie: amenazando con el suicidio, con la anorexia... Un ingreso terriblemente agitado por el pulso conductual que ha echado al personal del hospital durante 20 días pasa en el día 21 a ser tranquilo, porque ahora quiere el alta que obtendrá dos días más tarde. La madre sabe que volverá a las andadas nada más salir de allí, la propia Irene le ha dicho “lo que tengo no me lo van a curar aquí” y yo refuerzo esa idea, ¿a qué se refiere con “lo que tengo?” , Irene alude así a su diagnóstico, no es una enfermedad que

se cura ni con pastillas ni con ingresos, es una enorme queja que hay que gestionar ocupándose de ella desde el reconocimiento por parte de la madre de las limitaciones como cuidadora que ha tenido y la promesa de intentar cuidarla en lo sucesivo sin pretender que la hija no se disguste, porque para cuidar hay que decir que no a muchas cosas, asumiendo que el hijo se disguste porque no se le satisface, sin gritar, no sirve, sino la consistencia de esa promesa de cuidado, el cumplimiento de los pactos, recuperando el peso de la palabra y por la convicción de que estar al lado del hijo no es darle la razón en todo pero sí brindarle su tiempo y su deseo.

El trabajo con las madres y padres es una gran parte de nuestra tarea pero es prioritario permitir al niño establecer una transferencia y una producción simbólica bajo transferencia. Espontáneamente los niños han buscado representar simbólicamente su realidad por muy difícil que ésta fuera. Los más pequeños expresan sus fantasías, deseos y experiencias de un modo simbólico por medio de juguetes y juegos. La función del juego, que podemos usar como una herramienta en la consulta, es la de elaborar las situaciones excesivas para el yo –traumáticas–, cumple una función catártica y de asimilación lenta mediante la repetición de los hechos diarios y los cambios de roles, por ejemplo haciendo activo lo que se ha sufrido pasivamente³². Ejemplo de esto son los niños que tienen dificultades en el colegio y juegan a ser maestros severos castigando y regañando a muñecos-alumnos que se equivocan y no aprenden. El juego del escondite y el cucu-trás son la forma de elaborar la posible desaparición de los que se aman y es el primer juego que observamos en el bebé.

Pero los niños de hoy pasan gran parte de su tiempo usando videojuegos en los que el argumento ya está dictado, y que además están pensados para captar su atención de forma absorbente y creciente. Entonces se refugian e instalan en los circuitos pulsionales adictivos a los que aludía Eric Laurent, en la medida en la que el contexto social oferta objetos con los que se busca una satisfacción autista de la pulsión para la que no se requiere a los demás. Necesitar a otro para satisfacerla tiene la contrapartida de verse obligado a ceder algo de goce al sentirse en falta, posición difícil para el que ha experimentado la anestesia de los goces autistas que procuran los objetos tecnológicos. Por eso es imprescindible ofrecer un lazo transferencial a partir del

cual se tome conciencia de la propia falta y luego se intente restañar de otra manera. El objetivo es que el niño, al igual que el sujeto adulto, establezca en el síntoma la metáfora descifrable de su conflicto subjetivo.

Para el psicoanálisis una de las cuestiones fundamentales es tratar el síntoma como la producción que habla de la verdad del sujeto, por lo que tratar de anularlo mediante una terapia que apunte a extirparlo o silenciarlo hemos comprobado que sólo contribuye a desplazarlo. Valga como ejemplo el de aquella paciente de 12 años que fue traída por su madre al centro de salud mental por una conducta de arrancarse el cabello tirando de él por las noches, de forma que todas las mañanas la madre se angustiaba al ver los cabellos arrancados sobre la almohada y en el suelo bajo la cama. La paciente no veía en ello mayor problema, era la madre la que sufría viendo que la hermosa cabellera morena de la hija iba dejando áreas de calvicie que podían llevarla a un aspecto desmejorado, enfermizo. En este caso se pudo ir comprobando la dificultad de la madre de desprenderse de la preocupación por el aspecto externo de la hija como coagulación de su propio conflicto de tal manera que cuando la imperiosidad de la angustia de la madre me lleva como psiquiatra a pautar a la niña una medicación indicada para la tricotilomanía, ésta tiene su eficacia haciendo desaparecer este síntoma, la niña no se arrancó más el cabello, pero la pulsión, que no se satisface, se desplazó a otra manifestación conductual con el mismo efecto en el aspecto de la hija y por tanto en la economía de intercambios de angustia madre-hija: la niña empezó a rascarse compulsivamente los granitos de su incipiente acné facial de modo que su aspecto aparecía evidentemente sintomático al que la miraba.

Así pues, el síntoma neurótico, tanto en el adulto como en el niño, es un síntoma que habla y por tanto escucharlo es función del terapeuta psicoanalista, independientemente de la edad del sujeto. La particularidad es que la infancia es una etapa de elección sobre el deseo. En el niño la pregunta es sobre el deseo de la madre. Ha de pasar de ser el objeto de deseo de la madre a soportar que la madre desee otras cosas por fuera de él y forzándose de esta manera una identificación a aquel que suscita el deseo de la madre, en muchos casos el padre, pero no solo. En la infancia se cristalizan muchos síntomas. A la pregunta ¿qué desea mi madre? El niño tiene

que dar respuesta por la voz de la neurosis.

Rosine y Robert Lefort en *Diálogos sobre la clínica de la Infancia*, son interrogados sobre la posibilidad del psicoanálisis con niños (la cuestión es periódicamente planteada a lo largo de la historia) siendo la contestación de ellos en la pág.5 del texto: “el psicoanálisis es una cuestión de palabra, ¿por qué no va a ser posible para los niños?, desde que nace el niño está inmerso en el mundo de la palabra”.

Esthela Solano señala:³³ “...nadie pone en duda que un niño pueda comenzar un análisis pero el debate está en hasta dónde puede ir el sujeto niño en su experiencia analítica”. Ella plantea que las posiciones divergen en cuanto a:

1) lo que hay que analizar

2) lo que les es permitido a los niños analizar, ya que para ellos el encuentro con el otro sexo queda aún por venir.

Añade que el análisis de un niño puede conducir perfectamente al sujeto al desciframiento del síntoma si se dan las condiciones de posibilidad, que para ella serían: de parte del niño la subjetivación necesaria del síntoma (que el síntoma quiere decir algo para él), y de parte del psicoanalista dejarse tomar por el sujeto como causa del deseo de desciframiento.

El síntoma es lo que, para un sujeto, testimonia de su encuentro con lo real, independientemente de la edad o del desarrollo. Lacan señaló que el periodo de la infancia es decisivo porque en ese momento precoz se cristalizan para el niño los síntomas. Y diferencia el efecto de sentido del síntoma y, por otra parte, la relación con lo real.

Lacan ordena la clínica infantil en dos textos:

–Uno de 1938: *Los complejos familiares en la formación del individuo*. Donde propone pensar el padre (nominación), y la madre (cuidados) como funciones.

–Otro de 1969: *Dos notas sobre el niño*, para responder a Jenny Aubry a la pregunta ¿Cómo aplicar a la clínica del niño la teoría del inconsciente estructurado como un lenguaje?

En *Dos notas sobre el niño* Lacan elabora la concepción de que el síntoma

del niño está para responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar y distingue dos tipos de síntomas infantiles:

1. El síntoma del niño como respuesta a lo que hay de sintomático en la pareja de los padres y en ese sentido representa la verdad de la pareja parental. Sería el caso más complejo pero también el más abierto a nuestras intervenciones: el caso de neurosis

2. El síntoma del niño cuando depende de la subjetividad de la madre. El niño ocupa aquí el lugar de objeto del fantasma materno y su función es la de revelar la verdad de ese objeto situándose como síntoma de la madre, se plantea que el niño psicótico cumple esta función.³⁴

Estas consideraciones con implicaciones de diagnóstico estructural del paciente infantil son interesantes en el sentido de que ponen en juego los elementos que nos encontramos en la clínica de niños y adolescentes: hay una demanda, generalmente de los padres (aunque a veces la demanda proviene de escuela, educadores u otros agentes sociales); un objeto de la demanda, que hay que promover como sujeto, a saber, el niño; un deseo que hay que esclarecer, en los padres y en el niño; y finalmente, una subjetividad a rectificar que puede ser la de los padres, la del niño o ambas. Quizá haya que barajar todas las posibilidades a priori dando luego lugar a que aquel que se vaya identificando como sufriente, susceptible de rectificación subjetiva porque realice un viraje hacia la demanda de saber, sea el que vaya adelante con el tratamiento. Esto sin perder de vista que el niño generalmente necesita más insistencia por parte del analista en su lugar de sujeto ya que, en todas las demás instancias en las que se mueve –familia, escuela, asistencia médica, pedagógica... el lugar de objeto (de cuidados, enseñanza, exploraciones y tratamientos o entrenamientos, respectivamente) ha sido demasiado subrayado.

Trabajamos en la institución de salud mental y es allí donde hemos de ir horadando concepciones científicas sobre las patologías infantiles que cierran la posibilidad del trabajo individualizado con el sujeto enfermo de lenguaje. Cuando la demanda viene ya rigidificada por uno de estos diagnósticos –el ejemplo príncipes es el TDAH– se hace difícil tratar de no res-

ponder en la forma esperada. Son las nuevas demandas dirigidas al Otro de la ciencia lo que dificulta el trabajo analítico, dado que el que demanda no busca el saber en el otro (terapeuta) sino que lo trae ya aprendido de los medios inundados por el discurso pseudocientífico (prensa, televisión, internet...). Los padres vienen ya aleccionados sobre la hiperactividad de su hijo. “Dra., no necesito que me explique qué le pasa, ya he encontrado en internet todo sobre los niños hiperactivos, sólo quiero que le recete usted el remedio que internet dicta como el indicado”. Lo peligroso no es que los padres lo vean así, sino que los niños asumen esta etiqueta cómodamente como causa-justificación de sus dificultades. La demanda es pues delegada a una instancia extrasubjetiva (familia, agentes sociales, profesores...), es el “pregúntaselo a mi madre”, como respuesta a la pregunta del terapeuta al niño en las primeras entrevistas ¿por qué vienes? El compromiso del psicoanalista en la institución de salud mental sería neutralizar esa demanda que obtura la búsqueda de la causa y anula al sujeto de la representación, del deseo y de la responsabilidad. De ahí la necesidad en la insistencia con el sujeto niño sobre su sufrimiento particular para diferenciarlo del de sus padres: ¿tú qué crees que te pasa?, ¿qué es lo que a tí te preocupa? Sólo si le consideramos sujeto y responsable en alguna medida de lo que le pasa habrá posibilidades de desactivar la instalación en un cómodo lugar de “soy hiperactivo”, o “soy anoréxica” que cierra la posibilidad de encontrar alguna otra respuesta ante el drama subjetivo que cada uno ha tenido en su infancia cuando ha tenido que enfrentar una particular encrucijada en el triángulo edípico o en el lugar que en la cadena de filiación y en el deseo de los padres ha ocupado.

Como con el adulto, el psicoanalista tendrá que tener en cuenta la capacidad de rectificación subjetiva del paciente y su posibilidad de transformar la petición de curación y de certificación de la razón que esgrime el sujeto en la acusación al otro, en una demanda de saber sobre su implicación en su síntoma.

Y es aquí donde hay que hacer una distinción específica de la atención a la población infanto-juvenil: no es lo mismo un adolescente –que ya tiene que asumir que tiene que buscar su propio recorrido sobre lo que le pasa, a pesar de que se le reconozca en ocasiones un entorno familiar particular-

mente difícil de afrontar- que un niño para el cual, en muchas ocasiones, nos hemos encontrado con la necesidad de abrir un espacio de análisis dedicado a los padres. Es una más de las dificultades a debatir: ¿cuándo dar pie a que la demanda por el hijo derive en una demanda propia de tratamiento en los padres?, ¿hay que acoger esa demanda trabajada en el seno del establecimiento de una cierta transferencia con el terapeuta del hijo o hay que derivarla a otro profesional para diferenciar los lugares del padre y del hijo? Una vez más nos encontramos que no hay fórmulas estándar ni aplicables en todos los casos. Tendrá que valorarse en cada caso cómo tratar la cuestión. En nuestra experiencia ha habido casos en que la escucha del niño se ha podido incluso interrumpir a favor de la escucha de la madre/padre cuando se ha entendido que eran verdaderamente éstos los que tenían una demanda de tratamiento que podía haberse reflejado en el síntoma infantil de su hijo.

Como hemos expuesto, nuestras premisas serían:

- a) existe un psicoanálisis posible para el niño,
- b) el niño es sujeto responsable en la enunciación,
- c) del niño puede surgir una demanda de saber sobre el síntoma

Y en base a estas premisas planteamos investigar cómo responder a distintas preguntas en relación a la práctica del psicoanálisis aplicado a la clínica de la infancia y la adolescencia:

1) Cómo resolver el problema de la distancia temporal entre las entrevistas. En la institución de salud mental, el volumen de la demanda es tal que resulta muy difícil citar a los pacientes con una frecuencia semanal o quincenal. Quiero aquí recordar experiencias terapéuticas de éxito con sesiones espaciadas como por ejemplo el caso Piggie de Winnicott. Se trataba de una niña que vivía a varias horas de Londres y que sus padres traían a las sesiones con el psicoanalista al cabo de semanas o incluso meses del encuentro anterior, haciéndole llegar sus padres entretanto alguna carta al Dr. Winnicott sobre el estado de la paciente. La eficacia con la que en cada sesión la interpretación pueda haber modificado la posición que ocupa el niño en relación a su propio deseo, el de sus padres o educadores sólo se puede constatar a posteriori. Pero postulamos que la palabra del otro, en el sujeto infantil o adolescente va a ser escuchada y que su potencia depende de la medida en

que esta palabra viene a abrir la posibilidad de encontrar en el otro terapeuta alguien que da paso al despliegue del discurso propio del niño. Alguien al que le interesa cómo el niño ve y siente las cosas que pasan en su vida, y que no sólo escucha la versión de los adultos.

2) Por eso es importante la forma: ¿A quién se recibe en la primera entrevista? ¿Sólo a los padres?, ¿Sólo al niño? Quizá sea útil recibir en primer lugar al niño con sus padres para que éstos expongan su demanda para sacar luego a los padres a la sala de espera y escuchar al niño a solas para tener su versión particular a partir de la cual organizar las siguientes entrevistas. ¿Qué sucede en sucesivas entrevistas?, ¿ha de atenderse siempre a los padres?, y en ese caso ¿antes o después de hablar con el niño?

Si atendemos a los niños mensualmente o incluso con menos frecuencia es importante tener la devolución de la observación que los padres hacen de los avances del niño con la oportunidad de introducir algún cuestionamiento de las posiciones rígidas que los padres puedan tener con respecto al hijo y que estén fijando el síntoma. Aquí también habrá que considerar la edad del paciente. Generalmente en los adolescentes se puede y debe hacer un tratamiento de separación en el que el acudir él solo a las entrevistas evite la presunción de alianza padres-terapeuta que impediría la transferencia.

Debemos inventar fórmulas que permitan el trabajo continuado en los casos que lo requieren. Una fórmula sería el trabajo grupal. Hemos constatado que en la adolescencia la dinámica de grupo brinda la posibilidad de cuestionamiento por parte del sujeto de sus propios circuitos de angustia y repetición vía la constatación del circuito de angustia y repetición del compañero de grupo. Juega también un papel la potencia que gana la interpretación cuando viene de la palabra del grupo y no solo del terapeuta que puede identificarse imaginariamente con el adulto del entorno familiar o escolar del paciente. En los grupos de niños en edad de latencia hemos encontrado la vía para separar el tratamiento del niño del de algunos padres. Es el caso de un niño de 8 años que fue derivado por una conducta compulsiva de rascado: se rascaba “sin querer” detrás de las orejas de forma que se llegaba a hacer sangre. Los padres consultaron alarmados por este síntoma en su hijo al que lo demás describían como un niño bueno, educado, estu-

dioso y amable del que no se podía tener queja..., excepto por el síntoma de rascado y porque era un niño que no comía bien. Comía muy poco y tardaba exasperantemente. Se trataba de nuevo de un síntoma desplazado: previamente a rascarse las orejas habían conseguido evitar que se mordiera las uñas echando en ellas una sustancia aversiva. Pero claramente se trataba de un síntoma que molestaba el equilibrio familiar que pretendía instalarse en la apariencia de una educación exquisita a la que el niño respondía dócilmente. El niño inició tratamiento grupal en el que empezó a desplegar en correlación al discurso de otros chicos su rivalidad para con su hermano, entre otras cuestiones que también estaban fuera de lo que de un niño bueno podría esperarse. Entretanto la madre relató sus dificultades cuando niña para cumplir con el mandato de comer que a su vez le hacían sus padres, fue una espina en la armonía familiar que ante sus asombrados ojos se reeditaba en la alimentación de su hijo a pesar de que, como ella insistía en decirme, nunca había hablado a su hijo de su propio síntoma alimentario. El hecho de que el niño se permitiera, gracias a la terapia grupal pelearse de vez en cuando con su hermano fue disolviendo su necesidad compulsiva de rascarse las orejas hasta hacerse sangre, de forma que finalmente se le pudo dar a él de alta para empezar a tratar a la madre en escucha analítica facilitada por la transferencia instalada en la constatación de que su propia historia influía en la respuesta de su hijo hacia el mismo objeto de intercambio que ella había rechazado de niña: la comida.

Para terminar cito a Daniel Roy que plantea que si queremos interpretar al niño del siglo XXI,³⁵ tenemos que preguntarnos ¿cómo se sitúan los niños ante lo que hace síntoma en la civilización? Allí donde había ideales imposibles de soportar para el sujeto, hay ahora manifestaciones en el cuerpo y excesos imposibles de soportar para el otro (padres, profesores, educadores). Pero también el problema se complica porque el Otro mismo, (los padres, profesores, educadores), se encuentra infiltrado de este exceso y sin recursos para afrontarlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnóstico social 2017- *Así somos Vicálvaro* diario.madrid.es, disponible en internet consultado 19/23/22.
2. VILÁ F. “La salud mental, los jóvenes y el mundo del mañana”. En CRUZ D, MOLLEJO E, GONZALEZ F *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones, AEN 2021 Estudios* 64 pag 131.
3. FERNADEZ LIRIA A, RODRIGUEZ VEGA B, “Las psicoterapias en la red comunitaria de salud mental. La óptica de las narrativas” *Revista AEN vol39 (136)* pg177-188 2019.
4. Etecé editorial, *Posmodernidad*. Disponible en <https://concepto.de/posmodernidad/#ixzz7OHl5pQ6j>.
5. Investigación e Innovación en el ámbito educativo. EDUCACIÓN E INFANCIA EN EL SIGLO XXI: EL BIENESTAR EMOCIONAL EN LA ERA DIGITAL Edición: Tracey Burns y Francesca Gottschalk. Disponible en https://fundacionsantillana.com/wp-content/uploads/2021/02/174781_EDUC-E-INFANCIA-SXXI-BIENESTAR-EMOC_150.pdf.
6. Investigación e Innovación en el ámbito educativo. EDUCACIÓN E INFANCIA EN EL SIGLO XXI: EL BIENESTAR EMOCIONAL EN LA ERA DIGITAL. Edición: Tracey Burns y Francesca Gottschalk disponible en https://fundacionsantillana.com/wp-content/uploads/2021/02/174781_EDUC-E-INFANCIA-SXXI-BIENESTAR-EMOC_150.pdf.
7. Investigación e Innovación en el ámbito educativo. EDUCACIÓN E INFANCIA EN EL SIGLO XXI: EL BIENESTAR EMOCIONAL EN LA ERA DIGITAL. Edición: Tracey Burns y Francesca Gottschalk. Disponible en https://fundacionsantillana.com/wp-content/uploads/2021/02/174781_EDUC-E-INFANCIA-SXXI-BIENESTAR-EMOC_150.pdf.
8. BALLESTER L, ORTE C *Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales*, presentada por la Universitat de les Illes Balears y la red Jóvenes e Inclusión en Madrid.

9. UBIETO JR (ed) *Bullying, una falsa salida para los adolescentes*. Ediciones NED, 2016. Barcelona.
10. FUNES J, “De los malestares en el instituto a las dificultades educativas en consulta”. En *Adolescencias*. Cruz D, Mollejo E, Gonzalez F. *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*, AEN 2021. Estudios 64. pag.181.
11. CORREA URQUIZA M, MARTINEZ HERNÁEZ A, MARTORELL POVEDA M.A. “Mundos vitales y malestar emocional en el tránsito adolescente: una mirada desde la antropología fenomenológica”. En Cruz D, Mollejo E, Gonzalez F. *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*, AEN. 2021. Estudios 64, pag 62.
12. UBIETO JR Y PÉREZ ALVAREZ M. *Niñ@s Hiper. Infancias hiperactivas, hieprsexualizadas, hiperconectadas*. NED Ediciones 2018.
13. Informe OCDE. 2016.
14. PATTON, G., SAWYER, S., SANTELLI, J., ROSS, D., AFIFI, R., ALLEN, N., VINER, R. (2016). “Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing”. *Lancet (Londres, Inglaterra)*, 387(10036), 2423-78. doi:10.1016/S0140-6736(16)00579-1.
15. BYUN CHUL HAN. *La Desaparición de los Rituales*, Ed Herder 2021 pag 45
16. NAVARRO LN. *Estrés y enfermedad en la sociedad del rendimiento* en https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Estres_y_enfermedad_en_la_sociedad_del_rendimiento_Luis_Nocete.pdf
17. LE BRETON D. *Una Breve Historia de la Adolescencia*. Ed. Nueva Visión. 2014. pag. 69.
18. MOYÁ OLLÉ JOSEP “LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LOS ADOLESCENTES”. En *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*, AEN 2021 Estudios 64, pag 224.
19. MARINA, J.A. *La recuperación de la autoridad*. Ed Versátil Barcelona 2009.
20. LOPEZ R. “La Proporción Familiar no Existe”. En Roman N, Chacón L y Fernandez C. En *La Concepción psicoanalítica de la estructura familiar en la época contemporánea. Actas de las Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN*. 2015. Ed. AEN 2019.

21. LAURENT E, conferencia *Los niños de hoy y la parentalidad contemporánea* (disponible en YouTube).
22. UBIETO JR (ed.) *Del Padre al Ipad. Familias y redes en la era digital*. NED ediciones 2019, pag 33.
23. MILLER JA *De la infancia a la Adolescencia* , Paidos, 2020 pag 145.
24. ROY D, *Padres exasperados -Niños terribles*. Disponible en francés: https://institut-enfant.fr/wp-content/uploads/2021/01/PARENTS_EXASPERES.pdf
25. FUNES J, “De los malestares en el instituto a las dificultades educativas en consulta”. En *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*, AEN 2021 Estudios 64 pag 176.
26. BRUNNER R, KAESS M, PARZER P, FISCHER G, CARLI V, HOVEN CW, ET AL. Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(4):337-48.
27. LE BRETON. *Una Breve Historia de la Adolescencia*. Ed Nueva Vsión 2014.
28. FUNES J, De los malestares en el instituto a las dificultades educativas en consulta. En *Adolescencias. Nuevos retos, nuevas transiciones*, AEN 2021 Estudios 64 pag 171.
29. MILLER JA “Interpreta al niño”, en *De la Infancia a la Adolescencia*. Paidós2020 pag 30.
30. MILLER JA “Interpreta al niño”, en *De la Infancia a la Adolescencia*. Paidós2020 pag 34.
31. CARREÑO J, MATILLA K, DE LA PEÑA “La Clínica y diagnóstico” *Today Cuadernos de psiquiatría comunitaria* n° 18 enero 2022.
32. ABERASTURY A. *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*. Ed.Paidos 1962, pags 41 y 42.
33. SOLANO E. “Los dos síntomas del Niño”, *Carretel* n° 1, Julio 1998, pag. 34.

34. LACADEE P. “Dos Referencias esenciales de J. Lacan sobre el síntoma del Niño”. *Carretel* n°1, Julio 1998.
35. ROY D. El niño del siglo y sus psicoanalistas, introducción. En *De la Infancia a la Adlescencia*, Miller J.A. y otros, Paidós. 2020.

Neurosis actuales y biopoder

Ana Castaño

Psiquiatra. Psicoanalista.
CSM Moratalaz-Vicálvaro

Correspondencia: anakapicua@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

“Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época”. J.Lacan¹

Para comenzar me gustaría presentarme compartiendo un poco de mi historia, mi recorrido, así transmitiré mejor lo que me causa. Inicié mi andadura como estudiante de medicina en una universidad muy neoliberal, la Autónoma de Madrid, atravesada por una identificación paterna; en espera de la convocatoria MIR, que ese año se retrasó bastante, decidí trabajar en una comunidad terapéutica “Peña Retama”, teniendo mi propio despertar al encontrarme con el psicoanálisis de orientación lacaniana, comenzando mi formación con Jorge Alemán en Serie psicoanalítica y posteriormente en la ELP.

Fue un acontecimiento en tanto, a partir de ahí, hubo un antes y un después. Cambié mi decisión de ser médico internista por la de ser psiquiatra, comenzando mi trayectoria con Valentín Corcés en el Hospital Psiquiátrico de Madrid, antiguo “Alonso Vega”. Estábamos en pleno auge de

1 *Función y Campo de la palabra y el lenguaje, Escritos 1, Siglo XXI Ed.*

la reforma psiquiátrica y participé muy activamente en la desinstitucionalización del manicomio clásico. Fueron tiempos apasionantes de apostar por lo comunitario y de muchas enseñanzas de los sujetos psicóticos, Leopoldo Panero entre otros.

Comienzo un recorrido apostando por el psicoanálisis aplicado en la Institución, dirigiendo un servicio de salud mental en un barrio popular de Madrid, más allá de la M-30, del extraradio, como me gusta nombrarlo por lo que implica. Llevo más de dos décadas en este empeño, no exento de obstáculos, al no tener autonomía organizativa y estar a expensas de un Otro que exige protocolos y evaluaciones de corte científicista.

Hubo un tiempo que desde la psiquiatría biológica, predominante en el sector, nos llamaban “nido de lacanianos”, un supuesto insulto que nos engrandecía. Ahora los tiempos son otros, y como os comentaré más adelante, entró “El Caballo de Troya” para incomodar nuestra zona de confort.

Orientada por el psicoanálisis, y más concretamente por las enseñanzas de una izquierda lacaniana, inicié mi andadura política como consejera estatal de salud en un partido emergente, que apostó por quebrar el discurso hegemónico del bipartidismo. Durante ese tiempo, apasionante, aprendí de las dificultades para formalizar lo instituyente de una experiencia, como en ocasiones nos ocurre con el acto clínico, y constaté la imposibilidad para dar lugar a “lo singular” que nos es común a todo ser hablante, en un proyecto político de cierto calado.

Hubo pequeños logros como impulsar la escucha frente a la medicalización y promover una ley de salud mental basada en la defensa de los DDHH, en ir más allá del estigma. Participé en el grupo Atocha por una defensa de la salud mental comunitaria en el sistema nacional de salud. No nos olvidemos que lo comunitario permite un lugar, a día de hoy, para el porvenir del psicoanálisis.

Mi conclusión de este recorrido es que, en ocasiones, es necesario ensamblar un modo de práctica clínica con la acción política. Ahora más que nunca, cuando la salud mental está en disputa hegemónica.

Obtuve una enseñanza por parte de colectivos, particularmente de los GAM, grupos de apoyo mutuo, constituidos en primera persona, que politizan su experiencia, como señalan los feminismos tomando a Kate Millet y el lema “lo personal es político”.

Sumando estas últimas experiencias ahora me interesa explorar el psicoanálisis y la comunidad desde lo singular, con la intención de ir más allá del estigma.

LA NEUROSIS:

“El cientificismo de la época” nos lleva a nombrar y clasificar sin tener en cuenta la plasticidad del sujeto, que por suerte, siempre deja un resquicio inclasificable, ordinario. Es importante señalar que este resquicio no solo afecta a las psicosis, sino que hoy en día, las neurosis son también No todas. Lacan en el *Acta de Fundación* (1964)² nos señala: “...la clínica psicoanalítica es una clínica en movimiento... donde lo nuevo de un caso, no hace serie y nos pone a pensar, nos sorprende, en el sentido de lo inesperado que irrumpe...”

En el conciliábulo de Angiers³, Jacques Alain Miller señala dos momentos en la clínica: un momento nominalista, donde recibimos al sujeto en su singularidad, siendo justo eso lo inclasificable por excelencia, y otro momento estructuralista, en el que situamos los síntomas en el contexto de una estructura, lo que nos va a orientar en la dirección de la cura. En la clínica actual, los tiempos son otros, y si bien no conviene sorprenderse demasiado, lo que va de la mano de la experiencia, tampoco es bueno precipitarse en catalogar una estructura⁴.

Para moverse en este difícil equilibrio es necesario tener un saber referencial, un modelo psicopatológico que nos permita situar algunas coordenadas.

Mis referentes son el descubrimiento freudiano y el inconsciente estructurado como un lenguaje de J. Lacan. En mi opinión, para tensionar el concepto de neurosis actuales, es necesario detenerse, aunque sea someramente, en lo que sabemos de las mismas.

Mediante la asociación libre y la *talking cure*, la cura por la palabra, Freud fue encontrando las formaciones del inconsciente, constatando la existencia

2 *Acta de fundación, Otros Escritos*, J. Lacan, Editorial Paidós, 2012, Buenos Aires

3 *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*, JAM y otros, editorial Paidós, 1999, Buenos Aires

4 *La Psicosis Ordinaria*, JAM y otros, Editorial Paidós, 2004, Buenos Aires

de una sexualidad infantil, una auténtica revolución que llega hasta nuestros días, culminando sus estudios con los mecanismos de defensa en los que un sujeto se expresa. En su texto “Las neuropsicosis de defensa”⁵ habla de estos probables mecanismos como respuestas sintomáticas frente a la castración, siendo la *Verdrängung*, la represión, de las representaciones patógenas, el mecanismo defensivo predominante en la neurosis.

Sus investigaciones le condujeron a una gran novedad para la época: hay una psicogénesis para el trastorno mental, separándose del origen orgánico que imperaba en esos momentos, dando lugar a un nuevo modo de tratamiento basado en la escucha y la interpretación: el psicoanálisis, cuyo motor principal es la transferencia.

En “El interés por el psicoanálisis”⁶, publicado en 1913, insiste que el psicoanálisis pone de manifiesto los mecanismos psíquicos inconscientes y el análisis de la transferencia permite revelar dichos mecanismos. No hay duda que este concepto es fundamental para enfocar “la clínica bajo transferencia” que privilegia la singularidad, el filo cortante de la verdad freudiana, Lacan dixit, para cada uno.

La importancia del descubrimiento freudiano está en la posibilidad de una nueva realidad psíquica, con sus instancias: el yo, el ello y el súper yo, que se asienta en dos pilares: las formaciones del inconsciente y la sexualidad infantil. Es en este punto donde pienso que esa realidad no es estática y hace que las manifestaciones sintomáticas vayan variando según las contingencias de la época y como en la curva de Gauss, en los extremos de la misma, se superponen las estructuras, teniendo que hilar fino para dar con lo esencial, que nos orientará en la dirección de una cura y hasta donde molestar las defensas.

El mismo Freud, en el desarrollo de sus magistrales casos clínicos, ya apuntaba a algo de esto en alguno de ellos, como en “El Hombre de los Lobos” o “La joven homosexual”, diciendo que no seguían el esquema clásico⁷.

Lacan, cuya enseñanza, como bien sabéis, tiene diferentes escansiones

5 *Obras Completas*. S Freud, Tomo I, Editorial Biblioteca Nueva, 1983, Madrid.

6 *Obras Completas*, S. Freud. Tomo V, Editorial Biblioteca Nueva, 1983, Madrid.

7 *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, José M^a Álvarez, Ramón Esteban, François Sauvagnat, Editorial Síntesis, 2004, Madrid.

teóricas, en un primer tiempo, plantea la neurosis como una regresión a una fijación libidinal de las diferentes etapas del desarrollo, pero en ese momento está más interesado en el desarrollo de su tesis doctoral sobre la paranoia autopunitiva (el caso Aimée) que constituye lo que será la antesala de lo que vendrá después: el significante y sus efectos en el devenir del sujeto, que nunca podrá ser nombrado en su totalidad, introduciendo la *spaltung* o división subjetiva, como fundante del ser hablante, en su última etapa nombrado como *parlêtre*.

Somos seres hablantes, sexuados y mortales, que advenimos al lenguaje que nos precede, con una falla irrecuperable, que marcará nuestro devenir.

Estas son “las malas noticias” que el psicoanálisis trae al proyecto de la Ilustración, malas noticias en tanto se refieren a que el sujeto está fracturado, dividido, por su inscripción en el lenguaje. El ser vivo, para ser sujeto, es capturado por el significante, incluso antes de su nacimiento, le preceden palabras. Esta captura supone una impronta, una marca en cada uno, singular y propia, que precisamente es lo que tenemos en común: todo ser parlante pasa por este vacío constitutivo, que nunca se va a colmar, aunque el hombre insista, sintomáticamente, en velarlo.

En “Acerca de la causalidad psíquica”⁸ (1946) nos dice “No podemos olvidar que la locura es un fenómeno del pensamiento... Y por tanto, no es separable del problema de la significación para el ser en general, es decir, del lenguaje para el hombre”. Comienza la enseñanza estructuralista en la que las formaciones del inconsciente emergen en el intervalo entre dos significantes de la cadena discursiva metonímica.

La estructura psíquica está determinada por la consistencia del Otro con mayúsculas y la significación fálica que nos permitirá estar en el discurso. Es el momento del estadio del espejo⁹, el esquema óptico revisado a propósito del informe de Daniel Lagache¹⁰, y del significante fundamental (Nombre del Padre o significación fálica), donde impera la supremacía de lo simbólico sobre lo imaginario.

8 “Acerca de la causalidad psíquica”, J. Lacan. *Escritos 1*. Editorial Siglo XXI, España 1988

9 “El Estadio del espejo como formador de la función del yo”, J. Lacan. *Escritos 1*. Editorial Siglo XXI, España 1988

10 Observación sobre el informe de Daniel Lagache: “Psicoanálisis y Estructura de la Personalidad”, J. Lacan. *Escritos 2*. Editorial Siglo XXI, España 1988.

Comienza a definirse el objeto a ¹¹, el petit a, tan importante para concebir otro modo de abordar la clínica teniendo en cuenta el real en juego. El objeto “a”, no especularizable, es la causa del deseo, que siempre es el deseo del Otro con mayúsculas. Más adelante, en el seminario X, el seminario de la angustia¹², planteará que este objeto es un resto que no puede ser nombrado en su totalidad, un real, que cae en la operación constitutiva del sujeto en su entrada al mundo simbólico. En el grafo del deseo plantea la constitución del fantasma mediante la alienación al significante por un lado, y la separación del objeto a, por otro.

Más adelante se inicia la parte más compleja de su enseñanza, denominada la ultimísima enseñanza: el nudo borromeo y la articulación entre real, simbólico e imaginario.

En esta figura topológica del nudo también se representan los modos de goce. No todos los sujetos están anudados, y hay que estar atentos a esto, porque tiene efectos en la clínica tanto de la estabilización como de la desestabilización.

¿Qué sucede en la Neurosis?

La relación con el objeto a no es directa sino que está velada por el fantasma, que serían las diferentes artimañas del sujeto para manejarse en la vida entre su posición inconsciente y el objeto causa de su deseo. La tendencia en la neurosis es colocar la demanda del Otro en el lugar del objeto del deseo, y a partir de aquí vienen los malentendidos.

Cuando hay una irrupción de lo real, se desestabiliza dicho fantasma, pierde consistencia, y aparece el síntoma, bien como angustia o como inhibición, entre otras opciones posibles, siendo eso la señal de que algo no anda bien.

La neurosis obsesiva niega el deseo del Otro para acentuar lo imposible del desvanecimiento del sujeto, es decir ignora su deseo que se torna como imposible. En la neurosis histérica el sujeto se sustrae al deseo del Otro, siendo su deseo insatisfecho y en la fobia, que tiene un estatuto especial, el objeto fóbico cubre el deseo del Otro para evitar la angustia que éste le produce.

11 *La relación de Objeto. Seminario 4.* J. Lacan. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2004

12 *La Angustia. Seminario X.* J. Lacan. Editorial Paidós, Buenos Aires. 2006

He querido dar unas pequeñas pinceladas sobre los aspectos teóricos más clásicos para invitarlos a pensar como son los modos actuales de presentación del malestar, que no siempre son tan evidentes, incluso entran en la lógica del No todo, del no todo histeria, no todo obsesión.

EL BIOPODER

Para aproximarnos a este término, es indispensable detenernos en Michel Foucault (1926-1984), catedrático de Historia de los Sistemas de Pensamiento en el Collège de France. Su obra recoge secuencialmente: una arquitectura del saber, una genealogía del poder y una ética y una estética de la existencia. Su interés, al igual que el de Nietzsche y Heidegger, se ha desarrollado en problematizar al sujeto desde todos los ámbitos. Tiene obras fundamentales y muy interesantes (*Vigilar y Castigar*, *El Nacimiento de la Biopolítica*) para repensar las relaciones con el poder a los que trabajamos en instituciones. En *Historia de La locura en la época Clásica*¹³ hay una frase, que a mí me gusta mucho, porque da buena cuenta de que la institución de salud mental, es una cuestión de orden público:

“Así se comprende mejor el curioso sentido que tiene la navegación de los locos y que le da sin duda su prestigio. Por una parte, prácticamente posee una eficacia indiscutible; confiar el loco a los marineros es evitar, seguramente, que el insensato merodee indefinidamente bajo los muros de la ciudad, asegurarse de que irá lejos y volverlo prisionero de su misma partida”.

Stultifera Navis, La nave de los locos.

A pesar del tiempo transcurrido y los avances conseguidos en muchos sentidos, algo de esta nave sigue presente en nuestros días, siendo una manifestación posible: el estigma y sus consecuencias. Desde la institución no debemos olvidar que estamos, en parte, alienados al poder, siendo instrumentos para decidir quién entra, quien sale y como ha de circular, en ocasiones de manera involuntaria.

En nombre de *la verdad psiquiátrica* se instauran diversas formas de violencia, se prohíbe, se reprime, se excluye, se coacciona y hasta se somete.

13 *Historia de la Locura en la época Clásica*. M. Foucault. Editorial Fondo de Cultura Económica. México 2006

Por eso es imprescindible saber hacer para separarse de esta violencia y favorecer la escucha que permita el encuentro analítico con las particularidades de cada sujeto.

Para Foucault, la economía política¹⁴ marca desde el siglo XVIII el nacimiento de una nueva razón gubernamental, es decir, gobernar menos en interés de la máxima eficacia, de la mayor rentabilidad. El liberalismo es el marco general de la biopolítica.

Esto llevaría a que el arte de gobernar consiste en que el Estado se autolimita, emerge así la Sociedad Civil para ello, pero a la vez, y esta es la paradoja, puede haber una intervención permanente con el objetivo de producir, multiplicar y garantizar las libertades necesarias para el liberalismo económico. Tenemos un reciente ejemplo con el caso “mascarillas” y el Ayuntamiento de Madrid. Desde esta perspectiva, la Sociedad Civil no termina de oponerse al Estado, ya que participa de la tecnología liberal del gobierno.

Es interesante señalar que Foucault considera que el campo de batalla es la vida; plantea que donde hay poder, hay resistencia, de modo que la pregunta política filosófica se centraría en ¿cuáles son entonces los posibles modos de vida?

En un artículo de *El Salto* del 14 de Abril de este año, con sugerente título: “Señoras que fantasean con quemar contenedores (metafóricos)”, Sarah Babiker nos dice: “Somos presas de la biopolítica de la precariedad, donde siempre tienes lo justo para tener algo que perder, donde siempre tienes menos de lo necesario para poder permitirte parar y decir lo que tengas que decir”. Este es el enredo donde nos meten las élites, donde pararse es un privilegio.

Hay que encontrar fórmulas que sean creativas y novedosas para iniciar proyectos emancipatorios, difícil apuesta que conlleva trascender la imposibilidad.

LA COYUNTURA ACTUAL

Lacan ya nos advirtió que “el ascenso al cénit social” del objeto *a*¹⁵ nos instala en el discurso capitalista, al que define en un movimiento circular que

14 *Nacimiento de la Biopolítica*. M. Foucault. Editorial Akal Universitaria. Madrid 2009

se autoperpetúa sin límite, es decir no hay la posibilidad de un cierre.

El capitalismo, cuya expresión actual es el poder neoliberal, alimenta a la pulsión de muerte, como la mano que mece la cuna, produciendo subjetividades variadas como el consumidor consumido¹⁶; ya no basta con el capital financiero, sino que ahora también se requiere del capital humano, lo que no es sin consecuencias sobre los cuerpos. Cada día hay más sujetos capturados en la estructura de la culpa, invadidos de angustia o con sintomatología depresiva, que les lleva a estar expropiados de su deseo. Las grandes élites económicas no se sacian y cada día quieren más y más. Es precisamente esta tendencia acumulativa sin fin, lo que lleva a que se rompa el pacto entre democracia y estado. Una buena bofetada, obscena, a la diferencia absoluta. Esa mezcla de Matrix con Alien, de una voluntad que se quiere así misma, como nos refiere Jorge Alemán en su libro *Capitalismo: Crimen perfecto o Emancipación*.

El poder neoliberal no está en crisis, a pesar de las diversas crisis de representación sintomáticas (Gobierno de coalición) que atraviesa por su carácter ingobernable, más bien, es en este carácter donde reside su potencial para continuar reproduciéndose una y otra vez, incluso llega a apropiarse de los antagonismos que emergen en la dislocación de lo social, siendo inevitable institucionalizar el momento instituyente, el momento hegemónico, en donde debemos saber hacer con lo que se pierde.

En este libro, Alemán ya no se interroga, más bien afirma que no es posible un proyecto emancipatorio, que no tenga en cuenta al sujeto lacaniano, en tanto ya no se puede obviar el resto irreductible, ese real, propio e intransferible, que nos produce una soledad radical y que nos es común, nos afecta a todos. No hay justicia distributiva cuando hay un goce singular, como bien intuyó Marx al plantear la dificultad intrínseca al proletariado que no puede hacer el tránsito de “la clase en sí”, la explotación por su fuerza de trabajo, a “la clase para sí”, no consentir a que su fuerza sea explotada, para producir una transformación. Este aspecto quedó patente durante el confinamiento con la entrega de los trabajadores esenciales que no faltaron a su cita laboral ni un solo día.

15 *Psicoanálisis, Radiofonía y Televisión*. J. Lacan. Editorial Anagrama. Barcelona 1977

16 *Capitalismo: Crimen perfecto o Emancipación*. J. Alemán. NED ediciones. Barcelona 2019

La famosa frase de Margaret Thatcher¹⁷ lo refleja bien en pocas palabras “La economía es el método, el objetivo es cambiar el alma”, se capta bien como el neoliberalismo pretende sustraer lo más propio de cada uno, la diferencia absoluta, lo que nos hace singulares, para homogeneizarnos, uniformarnos, sin posibilidad de subversión.

Esta versión actual del capitalismo, llamada neoliberalismo, es el primer régimen histórico que a toda costa quiere tocar la primera dependencia simbólica, la que constituye nuestra singularidad, produciendo subjetividades por fuera de lo tangible de la mercancía, de la plusvalía: “El neoliberalismo necesita producir un hombre nuevo, engendrado desde su propio presente, no reclamado por ninguna causa o legado simbólico y precario...”¹⁸. Conocemos bien las figuras de estas producciones de las que habla Alemán en “Horizontes neoliberales de la Subjetividad”, bien estudiadas por diferentes autores: El empresario de sí, la fábrica del hombre endeudado, el consumidor-consumido, que alienan al sujeto en una posición que permanentemente le lleva a lo que no puede alcanzar, a un plus de goce ilimitado, que le hace sentirse responsable, culpable de no llegar y con consecuencias devastadoras sobre su existencia: depresión, adicciones, patologías de la responsabilidad... Os aseguro que casi todos los días en mi práctica clínica, me encuentro con los efectos de estas producciones subjetivas que hay que ir desgranando para que emerja el sujeto del inconsciente.

Simone Weil, a quien considero una filósofa revolucionaria que pasó a la acción, nos habla de este nudo que implica al poder: “El poder encierra una especie de fatalidad que se abate tan implacable sobre los que mandan como sobre los que obedecen; más aún, en la medida en que subyuga a los primeros, se sirve de ellos para aplastar a los segundos...”¹⁹. Aunque nos deja una puerta abierta, no sin enigma, al plantear que “El mal es ilimitado pero no infinito. Solo lo infinito limita lo ilimitado”.

La auto ayuda y la resiliencia, significantes de esta época, favorecen estas subjetividades con sus consignas lapidarias: “Eres lo que atraes”. “Si no tienes éxito es porque no lo visualizas lo suficiente”. “Sé feliz”...

17 *Del desencanto al Populismo. Encrucijada de una época.* J. Alemán y G. Cano. NED Ediciones. Barcelona 2017

18 *Horizontes neoliberales en la subjetividad.* J. Alemán. Grama Ediciones. Buenos Aires. 2016

19 *Lectoras de Simone Weil.* F. Birulés y R. Rius. Editorial Icaria. Barcelona 2013

Todo es responsabilidad de la voluntad del sujeto, lo que le esclaviza, especialmente en la clase trabajadora, generando culpa y desasosiego. Hay una tiranía de la felicidad en donde uno tiene que aparentar estar bien, saber “gestionar” sus emociones para ser válido frente al sistema, de alguna manera privatizar su enfermedad, más bien su división, no visibilizar la castración.

Para que seamos sujetos rentables nos invaden con “las nuevas espiritualidades”, coaching, mindfulness, lo que no es sin consecuencias. Ronald E. Purser lo deja bien claro en su libro *McMindfulness*²⁰, diciendo que “están perfectamente adaptadas a los valores culturales dominantes, ya que no requieren ningún cambio sustancial en el estilo de vida. Una espiritualidad tan individualista está claramente relacionada con las intenciones liberales de privatización.

El mindfulness es la última interacción de una espiritualidad capitalista cuyos orígenes se remontan a la privatización de la religión en las sociedades occidentales”. El mindfulness no deja de ser una herramienta de auto-disciplina disfrazada de autoayuda al servicio del sistema.

Os quiero leer un bello texto, que describe bien esta tiranía, de un genio controvertido, Pier Paolo Pasolini, quien logró canalizar los trágicos episodios de su vida y plasmarlos en sus obras: “Pienso que es necesario educar a las nuevas generaciones en el valor de la derrota. En manejarse en ella. En la humanidad que de ella emerge. En construir una identidad capaz de advertir una comunidad de destino, en la que se pueda fracasar y volver a empezar sin que el valor y la dignidad se vean afectados.

En no ser un trepador social, en no pasar sobre el cuerpo de los otros para llegar el primero. Ante este mundo de ganadores vulgares y deshonestos, de prevaricadores falsos y oportunistas, de gente importante, que ocupa el poder, que escamotea el presente, ni qué decir el futuro, de todos los neuróticos del éxito, del figurar, del llegar a ser.

Ante esta antropología del ganador de lejos prefiero al que pierde. Es un ejercicio que me parece bueno y que me reconcilia conmigo mismo. Soy un hombre que prefiere perder más que ganar con maneras injustas y crueles. Grave culpa mía, lo sé. Lo mejor es que tengo la insolencia de defender esta culpa, y considerarla casi una virtud”.

20 *McMindfulness: La nueva espiritualidad capitalista*. R.E. Purser. Alianza Editorial. España. 2019

El relato de la crisis, avalado por los expertos, sobre que hemos vivido en una fiesta, gastando lo que no teníamos, por encima de nuestras posibilidades, relanza el circuito infernal de los imperativos. Como señala Alemán, el motín de guerra del capitalismo es ir a tocar al sujeto en su estructura. Si nos quedamos solo en la dominación histórica social, el crimen es perfecto pero la singularidad no es una producción sino que es constitutiva, irrepetible y no puede ser totalizada por este poder.

Queda pendiente el lugar para el amor en este enjambre como nos recuerda Lacan: “Lo que distingue al discurso del capitalismo es la *Verwerfung*, el rechazo hacia afuera de todos los campos de lo simbólico, con las consecuencias que ya dije. ¿El rechazo de qué? De la castración. Todo orden, todo discurso, que se emparente con el capitalismo deja de lado, amigos míos, lo que llamaremos simplemente las cosas del amor. Ya ven, eh, no es poca cosa”²¹.

Estamos en el preludio de lo peor, se alienta el odio al diferente impunemente, basándose en lo que del goce hace al ser, se instrumentaliza, se manipula en nombre de ese hombre nuevo, sin historia.

José Luis Villacañas en un artículo sobre “Neurosis y autoritarismo”²² apunta a como este tándem facilitaría el auge de la extrema derecha. El malestar psíquico, depresión, ansiedad, insomnio, estrés, cada vez nos genera más sufrimiento, a lo que se suma la inestabilidad del momento, haciendo que no encontremos una fácil salida, la sensación de fragilidad aumenta y el esquema del autoritarismo se pone en marcha.

Villacañas recurre a la serie de Jonathan Levine “Nueve perfectos desconocidos”, los personajes se reúnen para un retiro en un lujoso complejo de salud y bienestar, llamado *Tranquillum House*, regentado por una gurú. Se les promete una transformación total del cuerpo y la mente, eso sí siguiendo las indicaciones, “hay que dejarse hacer”. Utiliza esta serie para explicar la necesidad imperiosa de descargar esa energía psíquica que nos abrumba como y donde sea, en acciones compulsivas (los insultos en las redes es un buen ejemplo), que alivian momentáneamente y hay que repetir una y otra vez.

“Cuando ya no funcionan las pastillas, los opiáceos, los analgésicos,

21 *Hablo a las paredes*. J. Lacan, Editorial Paidós. Buenos Aires. 2012

22 “Neurosis y Autoritarismo”. Perididico *Levante*. 28/01/2022

entra el odio, el desprecio... Es la índole de la subjetividad que ya no puede más, que se aferra a cualquier cosa que la estabilice.”

La neurosis no asumida se nos impone como un ejercicio de autoritarismo sobre uno mismo de forma pulsional y a partir de aquí se convierte en un problema político. Esa subjetividad estará dispuesta a entregar su confianza solo a un líder autoritario con el que se identifica. No olvidemos que esto ya pasó en 1933.

Antes de concluir este apartado quiero hacer mención a un problema que no debemos dejar pasar: la sobremedicalización del malestar. Por aportar un dato, deciros que España es el país del mundo en el que se consumen más ansiolíticos, 91 dosis diarias por cada 1.000 habitantes, con la inevitable consecuencia de la dependencia a psicofármacos.

James Davies, profesor de sociología y psicoterapia en la Universidad de Roehampton (Reino Unido) lo deja muy claro en su libro *Sedados*²³. Sin titubeos señala que sedamos el sufrimiento para hacerlo compatible con las necesidades del mercado, lo que encaja maravillosamente con las necesidades del capitalismo.

“El modelo dominante desde hace 40 años en salud mental ha sido el de la medicalización y todo el mundo, tanto la política, la economía y la medicina, ha suscrito este modelo. No se han planteado alternativas porque el sector no tiene incentivos para invertir en otra manera de hacer las cosas. Aún así, esto va a cambiar a medida que vayamos siendo más conscientes de las consecuencias nefastas de la medicalización. Va a requerir de mucho tiempo e inversión pública, pero no va a quedar otra, porque se ha demostrado un método fallido”.

En este punto, en el que el capitalismo moderno crea la crisis de la salud mental, a mi entender, comienza la batalla hegemónica en la salud mental, en la que el psicoanálisis debe preguntarse como incidir o si quiere estar presente.

UNA CLÍNICA NEOLIBERAL

Preparando esta charla con música de fondo variada, me sorprendió la letra de una canción de Rosalía de su famoso MotoMami, G3N15, que dice: “... Y me toca estar donde no quiero estar, esto no es el mal querer, es el mal de-

23 *Sedados*. J. Davies. Capitán Swing Libros. Madrid 2022

sear...”, y pensé que parte de la problemática en la clínica actual está precisamente en ese mal desear, en la dificultad para sostener el deseo singular.

En líneas generales lo que podría decir de esta clínica neoliberal es la dificultad para que aparezca el sujeto del inconsciente, la singularidad de cada uno, para situar una estructura.

Colaboro en un hospital de día infanto juvenil y lo que me he encontrado, en un primer tiempo de aproximación, es a chavales atormentados por no ser felices ni ser emprendedores, las famosas consignas, o chicas entristecidas por no tener suficientes *likes* en las redes redoblando su sentimiento de excluidas. A propósito de las Apps, os recomiendo un excelente artículo de Estela Canuto en *Lacanemancipa* sobre “Nuevas lógicas de la vida amorosa”.

Les cuesta hablar de lo que está en juego, están apáticos, sin ganas y las sesiones transcurren con relatos metonímicos de lo que hacen y el sufrimiento por no ser como deberían ser. Hay que tomarse el tiempo necesario para que puedan construir su relato singular, que no difiere mucho de las neurosis clásicas pero es como si tardaran más tiempo en desplegarlas. Atrapados en el registro imaginario y con dificultades para lo simbólico, a menudo lo real inunda la escena facilitando el *acting out* o el paso al acto.

L es una chica de 15 años, tímida y reservada, no le gusta relacionarse ni tampoco lo demanda. Duda sobre cualquier cosa ya que no puede atribuirse una opinión y defenderla, por esto prefiere pasar inadvertida y ahorrarse ansiedad. Le invaden pensamientos obsesivos sobre si es o no buena persona, racista. Esta atrapada en no poder elegir. Se define como no binaria, y ahí es donde clausura cualquier posibilidad de hablar sobre su sexualidad, aunque habla en masculino en ocasiones, no se perturba al señalarlo.

La amalgama de posibilidades para la identidad de género no siempre facilita sino que puede ser un obstáculo en algunos sujetos que se quedan suspendidos en la inhibición y la angustia.

Otro punto de capitón para el sujeto, al menos hasta ahora, es el trabajo. No se puede obviar que la precariedad actual produce abusos empresariales (tengo a muchos trabajadores del Corte Inglés) y tiene un sesgo social, de clase, pero no conviene quedarse solo ahí, hay que dar lugar al relato del sujeto.

Como dice Belén González²⁴, psiquiatra madrileña que forma parte de

la reciente Comisión Ministerial de Precariedad Laboral y Salud Mental, “La mayoría de patologías que vemos ahora son ansiedad y depresión, es decir, la situación que tienes te angustia mucho, o te pone muy triste” y también es cierto que el sistema está organizado para que los trabajadores no productivos sean derivados a salud mental, añadiría que los que la medicina no encuentra la respuesta también porque molestan (fibromialgias, dolor crónico, obesidad...) pero en mi opinión es fundamental tomar el caso uno por uno, apuntando a lo singular, aunque haya un denominador común. Hay que apostar porque cada sujeto encuentre su salida, yendo más allá de la generalidad.

He atendido a dos sujetos con “acoso laboral”, ambos muy rígidos y sometidos a un superyó terrible que no lograban descifrar porque el amo de siempre, al que habían servido fielmente, dejaba de reconocer su entrega. Tras un momento depresivo severo, lo que se puso en juego en cada uno fue muy diferente. En uno de ellos apareció un odio al Otro que hubo que trabajar para impedir un paso al acto, y en el segundo, un trance obsesivo al borde de la interpretación paranoica, que por ahora no ha llegado a ser certeza.

NOTAS SOBRE LA PANDEMIA

En esta época hemos vivido un acontecimiento mundial que no puede dejarse de nombrar, la epidemia Covid19, que nos ha afectado a todos y cada uno de nosotros en nuestra cotidianeidad y también a nuestra práctica clínica.

En estos tiempos nos asola la incertidumbre y la angustia de la ciencia, sobre todo en el primer año, porque el bichito, ese real, se nos coló para quedarse. Aparecen desestabilizaciones fantasmáticas que hacen que aumente la demanda a salud mental de forma exponencial.

Incluso en el intento por normalizar, también aparecen síntomas variados que ya se han encuadrado en síndromes como el de la cabaña o el de la cara vacía en adolescentes. Curiosamente estos síndromes utilizan las indicaciones de la pandemia para instalar el síntoma, que se revela en el momento de desprenderse de esas indicaciones (Volver a la oficina, quitarse la mascarilla).

En *Pandemonium. Notas sobre el desastre*²⁵, ensayo escrito en plena pandemia, J. Alemán hace una pregunta muy interesante sobre lo que nos espera, una vez que queda robada la experiencia singular del morir propio, de la finitud, no hemos despedido a nuestros muertos, y la enfermedad aparece como sospecha, el paciente cero, el enemigo, puede ser cualquiera.

¿Se verá afectada la existencia hablante, sexuada y mortal?

La irrupción de Umheimlich, lo siniestro, ha llevado a nivel global a que los gestores del capital, ya no existen los grandes hombres de Estado, hayan instalado una postguerra sin guerra, recordemos todas las metáforas bélicas que se utilizaron, con probables consecuencias en los modos de expresar el malestar. Está por ver si algo de eso hay, pienso que es un campo a investigar en la clínica. Los adolescentes se han afectado mucho por las medidas que se tomaron, que tocaban esa difícil línea entre cuidado y autoritarismo (Estado de Alarma). Por todos es conocido el aumento que ha habido de suicidios.

En mi experiencia, sí he atendido casos muy graves que nunca se habían desencadenado, manteniéndose en un equilibrio que estalló por los aires. También me llamó la atención, al principio que había una atmósfera más paranoica, como un paciente psicótico no se sentía tan hostigado, se pacificó con: “Esto es global, nos pasa a todos”, o una mujer atrapada en la melancolía que mejoró notablemente frente a tanto dolor ajeno y me decía: “La vida merece ser vivida...”.

Los duelos sin despedida se enquistan, son menos abordables, y la soledad en los ancianos produce depresiones resistentes. Es como si el paso del duelo a la melancolía se acertara o la elaboración de la pérdida se quedase suspendida.

Necesitamos una reflexión pausada sobre los efectos de este real, tanto en las demandas a salud mental como en nosotros mismos. Está en auge lo virtual, tiene sus ventajas, llegamos a más usuarios, pero ¿no estaremos entrando en la lógica del consumo capitalista? En estos tiempos difíciles, hay que orientarse en un deseo decidido que indague en lo contingente desde la imposibilidad, emanciparnos de estas subjetividades neoliberales y de los mercados del goce.

25 *Pandemonium. Notas sobre el desastre*. J. Alemán. NED ediciones. Barcelona. 2021

EL CABALLO DE TROYA

Si hace unos años, a la manera de ir introduciendo el psicoanálisis en la institución en la que trabajo y dirijo, lo nombraba “la mancha de aceite”, que poco a poco se va extendiendo, ahora nos hemos topado con el caballo de Troya, con los oropeles de la seudociencia.

El modelo organizativo ha cambiado notablemente, cada día más protocolos, más exigencias sobre la lista de espera, sobre la rentabilidad. Se mercadea con los profesionales, que dividen sus jornadas entre el centro de salud mental y la investigación, lo que supone un duro golpe en la línea de flotación de la salud mental comunitaria, lo importante es cubrir la agenda con quien sea... La transferencia y la continuidad de cuidados no interesan, solo la alta resolución.

La máxima es, “lo que no está escrito no existe”, escrito como mandan los cánones de la cultura de empresa.

Muchos jóvenes, y no tan jóvenes, quedan seducidos por este modelo, que no da instrumentos para estar face to face con un paciente, la palabra se devalúa y se medica más, ya no se sabe si para apaciguar al profesional o al que consulta.

El auge de lo neurobiológico no solo sucede en España pero me pregunto si además en nuestro país, donde hubo una guerra civil y una larga dictadura, no seguimos un tanto impregnados de una moral nacional católica en el ámbito de la psiquiatría.

M^a Jose Palma Borrego²⁶, doctora en literatura femenina francesa por la Universidad Hispalense y presidenta de AICC (Asociación para la Investigación de los Conflictos Contemporáneos) ha escrito un curioso libro *Psiquiatría fascista española. La lógica de un discurso de exterminio. Dos casos clínicos*. Donde hace un recorrido histórico sobre este asunto que sugiere una línea abierta a investigar.

Contrasta la psiquiatría fascista representada, entre otros por Vallejo-Nájera, el autor de “El psiquismo del fanatismo marxista”²⁷ concretamente

26 *Psiquiatría fascista española*. María José Palma Borrego. Ediciones Nuestro Conocimiento. Bassin. 2021

27 “Eugenesia franquista: De la raza hispana de Vallejo-Nájera a administrar arsénico a embarazadas para ‘mejorar la calidad’ de los niños españoles”. Artículo de *El Salto*, País Valenciá. 3/05/2022

sus “investigaciones psicológicas en marxistas femeninos delincuentes” y promotor de la Raza Hispana, con la psiquiatría republicana cuyo mayor representante era Tosquelles.

Entre estos dos antagonismos bien sabemos quién acabo siendo hegemónico en la disciplina psiquiátrica.

Políticas de lo Singular

LA RESISTENCIA SUBVERSIVA

Desde el psicoanálisis trabajamos con lo que no es del dominio público, con los dichos particulares del sujeto, que son lo más propio que tiene y a la vez le remiten a su soledad más radical²⁸ como efecto del Lenguaje, nos orientamos por la política del síntoma, entendiendo a éste como aquello que no marcha bien, portador de un saber inconsciente que precisa ser vaciado de sentido en un tiempo propio de cada uno; en psiquiatría también se cuenta con síntomas, pero desde una perspectiva muy diferente: el síntoma está relacionado con una saber referencial, es signo objetivable de una enfermedad concreta y hay que curarlo, silenciarlo. Otro obstáculo es el lugar de inscripción que tiene la institución, dentro de la lógica universal del *Para todos*, reclamándose incluso como un derecho, que en muchas ocasiones taponan la verdadera demanda en juego. Recordemos que en la mayoría de los casos el paciente es derivado sin hacerse cargo de su malestar y la época invita a no pensar, a no preguntar y que el experto resuelva. Es fácil que el sujeto se deslice al lugar del objeto, a la segregación, incluso a la exclusión. Se fomentan vínculos líquidos siendo la primera encrucijada llevar al sujeto a querer saber sobre sí.

Las interferencias que suponen los protocolos como instrumentos de evaluación, la utilización de las clasificaciones diagnósticas, el uso del fármaco, que bajo transferencia tiene otra dimensión, no se pueden ignorar, hay que saber hacer con esta realidad.

La existencia de estos obstáculos no impide, que en la intimidad del encuentro, de puertas para dentro, haya lugar para el acto analítico y sus efectos.

28 *Soledad. Común: Políticas en Lacan*. J. Alemán. Editorial Clave Intelectual. Madrid. 2012

Toda experiencia se origina en una particularidad y en mi práctica institucional, partía con una pequeña ventaja a favor: ser jefa, por oposición, de un servicio de salud mental de un distrito de Madrid, lo que me permitía tener una pequeña capacidad organizativa y gestionar el espacio, dentro de los límites institucionales (llegué a un equipo formado ya de antemano, que había que entusiasmar con otro modo de hacer).

Ahora, tengo que decir que estamos cansados, incluso agotados entre la pandemia y la sobrecarga asistencial y se hace difícil no ceder a la presión del amo, y promover espacios diferentes, pequeñas invenciones, como me gusta llamarlas, que podrían enmarcarse como práctica entre varios. Hemos puesto en marcha distintos grupos operativos con los malestares de la época como fibromialgia, malestar laboral y consecuencias del Covid.

Grupos de adolescentes y un grupo multidisciplinar con enfermería de endocrinología sobre obesidad con excelentes resultados.

Un Taller de lectura organizado en primera persona por Silvia García, mediadora lectora y activista en defensa de los DDHH en salud mental, con libros álbum, una experiencia muy enriquecedora para los que participan en él. Y recién estrenado un proyecto de intervención comunitaria entre el diálogo abierto²⁹ y la singularidad que aporta el psicoanálisis. Grupo dialógico de pacientes con trastorno mental grave, pero resaltando la transferencia como condición, visitas al domicilio, moverse por el barrio... En definitiva salir de los despachos para implicarse de otro modo.

No todos somos psicoanalistas, hay otras orientaciones, en donde todos y cada uno aportamos nuestro saber hacer. El requisito es mantener la escucha y la particularidad del uno por uno. Toda institución, pasado un tiempo, se anquilosa, se aplana, lo que señala muy bien Jean Oury en *Lo colectivo*³⁰, insistiendo en la importancia de los espacios del decir, que no son programados, sino que tiene que darse ese encuentro con los otros para volver a levantar esa frágil estructura de lo colectivo, que algo pase sin un cálculo previo.

No sé si las pequeñas invenciones serán suficientes para relanzarnos, lo que sí sé es que necesitamos acción militante para que no desaparezca lo

29 El enfoque del "Diálogo abierto por Jaakko Seikkula, Birgitta Alakare y Jukka Aaltonen". En la web de primeravocal.org hay un resumen muy adecuado sobre este enfoque.

30 *Lo colectivo: Psicopatología institucional de la vida cotidiana*. Jean Oury. Xoroi ediciones. Barcelona 2017

comunitario, que al menos permite la existencia del psicoanálisis.

A partir de aquí comienza mi próxima apuesta, como dije al principio, para pensar que lugar para el psicoanálisis en la comunidad, o en lo comunitario. El reto sigue estando en cómo desarrollar políticas de lo singular que trasciendan lo local.

Me gustaría concluir con un poema de Hannah Arendt que me sirve de empuje:

“Nos dejamos la vida
cuando amamos, cuando vivimos...
El fondo se desvela sólo a aquel
que logra rehacerse en plena caída
transformándola en vuelo”

Ana Castaño. Abril 2022

AGRADECIMIENTOS

Este texto es el resumen de la clase dictada en abril del 2022 en el seminario de *La Otra psiquiatría*. Agradezco a los organizadores de dicho seminario, Javier Carreño y Kepa Matilla, en esta ocasión. También doy las gracias por la apuesta de tejer conversaciones sobre la clínica actual y sus prácticas.

Psiquiatras en la penumbra: J.M. López Nogueira (1932-1983) y la psiquiatría en Galicia-España durante el franquismo y la transición¹

*David Simón-Lorda**
*Sandra Rodríguez Ramos**
*Raquel Fraga Martínez**
*Cristina Pernas Pereiro***

Servicio de Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO), Sergas. Ourense, España.
Grupo de Investigación Salud Mental, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur), SERGAS-UVIGO.

*Psiquiatra. ** MIR Psiquiatría

Correspondencia: david.simon.lorda@sergas.es

Palabras-clave: psiquiatría, filosofía, historia intelectual, Galicia, biografías

RESUMEN:

Partimos de la biografía del psiquiatra y erudito en filosofía, José Manuel López Nogueira (1932-1983), que vivió y trabajó en Santiago de Compostela-Galicia (España) durante la dictadura del General Franco (1939-1975)

¹ Este trabajo fue presentado como comunicación oral en el XII CONGRESSO INTERNACIONAL HISTÓRIA DA LOUCURA, PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL, COIMBRA-PORTUGAL-12-14 DE JULHO DE 2021.

y primeros años de la Transición española. Desde ahí tratamos de reconstruir y contextualizar la situación de la asistencia psiquiátrica en Galicia, y la de otros psiquiatras compostelanos contemporáneos suyos como Rodríguez Somoza o Pérez López Villamil... Todas ellas biografías aún en penumbra, y con ejercicio profesional en la Galicia de los años negros de la dictadura de Franco. López Nogueira fue profesor en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago. Colaboró en iniciativas culturales vinculadas al galleguismo como la editorial Galaxia, y en los años de la Transición española participa en partidos políticos de la órbita galleguista.

ABSTRACT:

We study the biography of the psychiatrist and scholar of philosophy, José Manuel López Nogueira (1932-1983), who lived and worked in Santiago de Compostela-Galicia (Spain) during the dictatorship of General Franco (1939-1975) and early years of the Transition Spanish. From there we try to reconstruct and contextualize the situation of psychiatric care in Galicia, and that of other contemporary Compostela psychiatrists like Rodríguez Somoza or Pérez López Villamil...

All of them biographies still in the shadows, and with professional practice in the Galicia of the black years of the Franco dictatorship. López Nogueira was a professor at the Faculty of Psychology of the University of Santiago. He collaborated in cultural initiatives linked to Galicianism such as the Galaxia publisher, and in the years of the Spanish Transition he participated in political parties in the Galician nationalist movement.

0. INTRODUCCIÓN

La penumbra, noción que procede de un vocablo latino compuesto por “paene” (casi) y “umbra” (sombra), sería la sombra débil que existe entre la luz y la oscuridad y que impide percibir donde empieza una y acaba la otra. Existe también otra acepción o matiz y que hace referencia a la ausencia de reconocimiento o de celebridad.

Con el título de “psiquiatras en la penumbra” queremos hacer referencia

a la trayectoria, labor y aportaciones, poco conocidas y reconocidas, que una serie de profesionales de la psiquiatría realizaron durante el período de la dictadura de Franco y el período de la Transición española en Galicia, una región periférica y hoy comunidad autónoma en el noroeste del Estado español.

Uno de estos médicos psiquiatras que queremos sacar de esa zona de penumbra fue José Manuel López Nogueira (Ferrol, Galicia, España, 1932 - Santiago, Galicia, España, 1983).

1. PERÍODOS POLÍTICOS: DE LA DICTADURA DE FRANCO AL PERÍODO DE LA DEMOCRACIA CONSTITUCIONAL (y el inicio de las Autonomías)

La larga dictadura de Franco abarca desde 1939 (algunos ya lo consideran desde julio de 1936) hasta 1975. Para facilitar el análisis de tan dilatado régimen, los historiadores del franquismo (Payne, Tusell...) lo han subdividido en una serie de períodos. Payne resume el panorama dividiéndolo solamente en tres períodos coincidiendo con Tusell en el año 1959 como un punto de inflexión.

– La Guerra Civil: 1936-1939

– Período de autarquía franquista. 1939-1959.

– Desarrollismo y decadencia, 1959-1975. Coincide con el inicio del llamado Desarrollismo y concluye con la muerte de Franco en el año 1975, tras el período de los años finales que los historiadores han llamado el tardofranquismo y su decadencia.

La llamada “Transición española” se inicia tras la desaparición/muerte de Franco, y durará hasta 1978, momento en que se aprueba el texto de la Constitución de 1978, iniciándose el período de la “democracia constitucional” que llega hasta hoy en día.

Durante el período constitucional se conceden los primeros Estatutos de Autonomía, y así Galicia, una nacionalidad histórica, se constituye en 1981 en Comunidad Autónoma para acceder a su autogobierno.

2. PSIQUIATRÍA EN GALICIA EN LOS AÑOS DE LÓPEZ NOGUEIRA

Durante el período de la dictadura, los nombres que destacan en el panorama de la psiquiatría en Galicia van a ser fundamentalmente José Pérez López Villamil y Manuel Cabaleiro Goás (Angosto, 1985; Simón, 2005).

En un papel menor, ya en un área de penumbra, destacaríamos en esta generación a Ramón Rodríguez Somoza.

Algunos breves datos sobre algunos de los referentes del período (Simón, 2005):

– José Pérez López-Villamil (1904-Vigo, 1996). Figueras (Asturias), 1904-Vigo (Pontevedra), 1996. Médico, psiquiatra y catedrático de Medicina Legal de la Facultad de Medicina en Santiago hasta su jubilación en 1970. Funda en Vigo en 1939 el Sanatorio psiquiátrico San José, que será clave en la formación de los primeros neuropsiquiatras gallegos tras la posguerra. Publica en 1941 el *Manual de Psiquiatría* (1941)

– Manuel Cabaleiro Goás (1919-Ourense, 1977). En 1943, Cabaleiro abre un pequeño sanatorio privado (Sanatorio Psiquiátrico del Perpetuo Socorro) en Orense. En esta ciudad permanece indefinidamente y consolida su prestigio dentro y fuera de Galicia. Casi hasta el final de su vida mantiene el vínculo con la Universidad de Santiago, aunque fracasa en su intento de acceder a la cátedra de Psiquiatría de Santiago, pese al claro apoyo de su maestro Villamil. Entre 1943 y 1959 va desempeñando diferentes puestos en la asistencia psiquiátrica ambulatoria pública de Orense: neuropsiquiatra del Seguro Obligatorio de Enfermedad, jefe de la sección de Psiquiatría e Higiene Mental del Instituto Provincial de Sanidad.

Desde la apertura del Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense) en 1959 hasta 1977 será director de este establecimiento perteneciente al Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP-Ministerio de Gobernación). Pese a estar ubicado espacialmente en una periferia, publicó un gran número de obras de revisión y compilación basadas siempre en su práctica clínica, con una especial predilección por las psicosis endógenas, los delirios, la esquizofrenia... Cabaleiro representa la figura más importante de la psiquiatría gallega de la segunda mitad del siglo XX.

– Ramón Rodríguez Somoza (Vilanova de Lourenzá (Lugo), 1899-Santiago de Compostela, 1994). Fue el director del Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela) desde 1931 hasta su retiro profesional en 1969. Neuropsiquiatra, discípulo de Cajal y de Lafora, y con formación en Alemania. Vinculado al “galeguismo” previo a la Guerra Civil. Será uno de los fundadores de la Academia Médico-Quirúrgica de Santiago en 1959. Apenas deja obra escrita o publicada, pero dirige el centro psiquiátrico de Galicia mas importante en gran parte del periodo analizado.

López Nogueira se incorpora profesionalmente al campo de la psiquiatría desde finales de los años 1950, en una fase más tardía que los anteriormente citados.

No tenemos espacio ni es momento de extendernos más, pero señalar que en el período posterior que va desde 1975 a 1983, se van a ir produciendo la llegada de nuevas generaciones de profesionales y nuevas orientaciones y praxis asistenciales. Muchos de estos profesionales estuvieron vinculados a Hospitales Psiquiátricos como Conxo (Santiago de Compostela, inaugurado en 1885), Toén (abre en Ourense en 1959) y otros de nueva apertura como el Sanatorio Rebullón en Vigo en los años 70... Destacar a psiquiatras como Arturo Rey, Santiago Lamas, Tiburcio Angosto, José Eiras, Emilio González, José Manuel García de la Villa, Fernando Márquez, Cipriano Jiménez Casas, Federico Menéndez, Antón Seoane o Víctor Pedreira, por citar algunos de ellos..

Muchos de ellos participaron o estuvieron en el intento fallido de reformas de Conxo de los años 70. Otros lideraron la exitosa experiencia de la sectorización psiquiátrica del hospital de Toén en los primeros años 70 y que fue apoyada y auspiciada por la OMS, por el PANAP y por Cabaleiro (Simón, 2021). Dicha experiencia fue luego replicada y ampliada en otros centros como el Rebullón... Asistimos a una modernización y diversificación de las prácticas asistenciales en el campo de la salud mental en Galicia en esos años, que serían potenciadas ya en los años de las Reformas Psiquiátricas de los años finales del siglo XX.

3.2. JOSÉ MANUEL LÓPEZ NOGUEIRA: PSIQUIATRÍA, CULTURA Y POLÍTICA EN GALICIA

José Manuel López Nogueira (Ferrol), 1932 - Santiago de Compostela, 1983) estudió Medicina en la Universidade de Santiago de Compostela, y ejerció como neurólogo y psiquiatra en esa misma ciudad.

Podemos encuadrarlo en la fase tardía de la llamada Generación de la Psiquiatría de la posguerra española, basada en Kraepelin y volcada a la investigación y estudio de la psicopatología, la fenomenología y el análisis existencial. La práctica asistencial de esta generación, por su parte, estuvo muy condicionada y volcada hacia los nuevos psicofármacos (Neurolépticos, Litio.) que se sintetizan y se introducen en la prácticas asistencial desde mediados o finales de los años 50 (Simón, 2021).

López Nogueira adquiere parte de su formación en Madrid, y mantuvo lazos con el afamado y poderoso psiquiatra madrileño Juan José López Ibor, quien domina el panorama académico de la psiquiatría desde inicios de los años 60. Así, López Nogueira entre 1968-1970 publicó algunos artículos sobre psicofármacos y análisis existencial en revistas españolas de impacto como las *Actas Luso-Españolas de Psiquiatría* (fundada por López Ibor y Barahona Fernandes) (López Nogueira, 1958, 1968, 1970).

Fue un psiquiatra de “gabinete”, ya que no llegó a trabajar en contexto de centros manicomiales. Su consulta privada atraía a muchos pacientes y su fama se extendió por Galicia y el norte de Portugal.

En estos años tras la posguerra y hasta los años setenta se asiste a una proliferación de sanatorios y gabinetes privados dedicados a la psiquiatría en Galicia. Era un momento en que la asistencia psiquiátrica hospitalaria pública aun descansaba sobre ingresos de enfermos de Beneficencia a cargo de Diputaciones, y en el que además el Seguro Obligatorio de Enfermedad no cubría la hospitalización psiquiátrica y solo daba cobertura a un porcentaje pequeño de la población (Simon, 2005).

López Nogueira se vincula y participa a diferentes jornadas que se organizan en Galicia en esos años y en las que predominaba un enfoque “neuropsi” si bien también había gran inquietud por la psiquiatría social y la Higiene Mental (Simón, 2005).

Así señalar las jornadas científicas celebradas en 1961 sobre “Terapéuticas neuropsiquiátricas actuales” (en Ourense), o las “Jornadas sobre epilepsia” (1964) también en Ourense en que participan como ponentes numerosos psiquiatras y neurofisiólogos gallegos (Villamil, Gómez-Reino, Brenlla, Sierra, Docampo, Besada, García Pardo, García de la Villa, Usero, López Nogueira, Vázquez Nogueira, Troncoso, Villarino, ...) y también destacados expertos nacionales en el tema como Teijeira Brunet (Pamplona), Madoz Jáuregui (Pamplona), Castro (Madrid) y Martínez Lage (Pamplona).

Participa también de forma activa en las reuniones científicas de la “Asociación Gallega de Neurología, Psiquiatría y Medicina Psicosomática” (de siglas NEPSIMEGA) que tuvieron vida entre 1964 y 1970 en diferentes ciudades de Galicia. En ellas intervinieron Rof Carballo, Barahona, Pedro Polonio, Cabaleiro Goás, Pérez López Villamil, Barraquer Bordás (Barcelona) y Ledesma Gimeno (Salamanca) entre otros.

En ese período de los años 60-70 hubo bastantes contactos entre la psiquiatría gallega y portuguesa, muchos de ellos a través de Cabaleiro Goás. Un ejemplo puede ser las Jornadas Luso-Españolas organizadas en A Coruña en 1968 por la Sociedad Española de Psiquiatría, en las que participan numerosos psiquiatras portugueses (Barahona, Carlos Caldeira, Fernandes da Fonseca, entre otros) así como españoles (López Ibor, Sarró, Alonso Fernández) y gallegos (entre ellos López Nogueira y Luis Besada Varela, que presentan una ponencia sobre Depresiones encronizadas....) (*La Voz de Galicia*, 29 de septiembre de 1968).

Otro núcleo de actividad científica y asistencial al que estuvo vinculado López Nogueira fue el del Policlínico “La Rosaleda” de Santiago. Un centro promovido por médicos de corte “galeguista” (de talante conservador reformistas-centristas) como Domingo García Sabell (también fundador de Galaxia y que fue delegado del gobierno central en Galicia entre 1981-1996), Gerardo Fernández Albor (que llegó a ser el primer presidente de la Xunta de Galicia, en 1982) o Agustín Sixto Seco. Así en 1969, allí López Nogueira organiza conferencias en las que participa por ejemplo Cabaleiro Goás (*La Voz de Galicia*, 30 de mayo de 1969).

3.2.1. LÓPEZ NOGUEIRA Y LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO

Tras la jubilación en 1970 del Catedrático de Medicina Legal (y encargado de la asignatura de Psiquiatría) José Pérez López Villamil, se producen una serie de movimientos para que la Facultad de Medicina de Santiago tenga una cátedra o departamento de Psiquiatría.

Villamil pretendía que la Cátedra de Psiquiatría de Santiago fuese para Cabaleiro. Ambos creen que cuentan con el apoyo de López Ibor, pero el resultado final parece indicar que no era así y Cabaleiro nunca llegó a ser Catedrático. En la primera oposición de Cabaleiro, será Rojo Sierra el catedrático de Santiago (durante unos días). En la segunda, sale elegido el catalán Joan Obiols Vié (Simón, 2005).

La Cátedra de Santiago se convirtió en una Cátedra “de paso”, “de trampolín” hacia otras entre los años 1970 y 1986. Así pasaron por la cátedra de Santiago, además de Obiols Vié, Barcia Salorio, Giner Ubago, Calcedo Ordoñez, Cervera Enguix... (Rodríguez López, 2001). El período más largo será el del psiquiatra gallego Antonio Rodríguez López que fue catedrático de dicha cátedra entre 1986 y hasta su fallecimiento en 2002. Veinte años después la cátedra aún permanece sin ocupar.

En el arranque del Departamento de Psiquiatría en 1971, bajo la dirección de Obiols Vié, nace la *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Santiago*, de la cual se publicó un único número en abril de 1971. El director era Obiols Vié, el secretario José Manuel Lado Romero, y en el Comité de redacción estaban López Nogueira, Cabaleiro Goás, Juan Brenlla, G. Docampo y M. García-Pardo. Fue una iniciativa fallida, que no tiene continuidad al marcharse Obiols Vié a Barcelona.

Pocos años después, en 1974, comienzan los estudios universitarios en Psicología en la Universidad de Santiago. Se cursaban en la modalidad de especialización en psicología de la licenciatura en Filosofía y Ciencias de la Educación. Entre los primeros profesores compostelanos estuvieron Julio Seoane, Elena Ibáñez, Agustín Dosil y también López Nogueira. Fue profesor de la asignatura de Fundamentos biológicos de la personalidad... Contribuyó así a la formación de las primeras generaciones de psicólogos gallegos que empezaron a incorporarse al mundo laboral en 1978.

También tuvo vinculaciones con los movimientos y círculos psicoanalíticos, pues en 1977 López Nogueira es nombrado vicepresidente del Círculo Psicoanalítico español (que realiza un Homenaje a Sarro en Barcelona en 1977). No parece sin embargo haber estado en los movimientos que desde 1976 comienzan a realizar los psicoanalistas lacanianos en Galicia. Un hito fundacional del psicoanálisis laciano en Galicia fueron las primeras conferencias en Vigo (Pontevedra) en 1976 a cargo de Oscar Masotta (uno de los principales introductores del psicoanálisis laciano en España y establecido en Barcelona) (Druet, 2017). Ya al año siguiente, entre 1977-1978, se constituyeron dos grupos de trabajo dirigidos por Masotta en Vigo, cuyo objetivo era la creación de la futura Biblioteca Galega de Estudios Freudianos, presidida por el psiquiatra José Eiras (Druet, 2017). Esta institución de orientación laciana de Vigo será clave en la formación y expansión del psicoanálisis laciano en Galicia en los años siguientes al período que analizamos.

3.2.2. DIALÉCTICA EXISTENCIAL Y PSICOANÁLISIS

Este es el título de la obra mas importante de López Nogueira, editada en 1972 en dos volúmenes por la editorial Galaxia (López Nogueira, 1972), y reeditada en 2014 por la Asociación Gallega de Psiquiatría. Tal y como ha destacado Bermejo (Bermejo, 2014), en esta obra realiza una lectura personal de autores del pensamiento del siglo XX como E. Husserl, M. Heidegger, J.P. Sartre, M. Merleau-Ponty, C. Lévi-Strauss, M. Foucault y otros... y que para Bermejo fue el mayor esfuerzo de síntesis filosófica y científica realizado no sólo en Galicia sino también en España en esa época del tardofranquismo.

“Es a la integración entre medicina y psiquiatría, economía, historia y cultura, entre cuerpo y mente, individuo y sociedad, a lo que él llamó dialéctica existencial, situándose en la estela filosófica de Jaspers y Binswanger, y clínica de Kraepelin y Bleuler, entendiéndolo que el psicoanálisis sería la clave del estudio de la enfermedad mental mediante la comprensión, aliado esencial de la explicación causal” (Bermejo, 2014).

La obra filosófica de López Nogueira sigue pendiente de un análisis más pormenorizado y contextualizador... Esperamos atraiga a investigadores

actuales sobre el campo del análisis existencial y la psiquiatría (a modo de ejemplo, todo el trabajo que viene desarrollando el psiquiatra e historiador valenciano Enric Novella en últimos años).

3.2.3. PARTICIPACIÓN EN EL “GALEGUISMO” CULTURAL Y POLÍTICO

López Nogueira va a participar en la resistencia cultural al franquismo surgida en Galicia en los años 1950-1960. Primero en la denominada Generación de *La Noche*, en donde se integra en un grupo de intelectuales que se organizaron en torno a un periódico de Santiago de Compostela con ese nombre, y que, desde la esfera cultural ejercieron la crítica del franquismo.

Pero el vínculo más importante va a ser con el grupo que se estructuraría en torno a la editorial Galaxia, que reinició en torno a 1950 la publicación de libros en gallego y sobre la cultura de Galicia. Desde ese grupo se dará soporte al “galeguismo” cultural que se desarrolla en Galicia desde mediados de los años 50 del siglo XX, aún en plena dictadura de Franco.

Durante la dictadura franquista, el galeguismo se mantuvo fundamentalmente en el exilio exterior, pero también en algunos intelectuales relevantes que quedaron en España en un punto de exilio u ostracismo interior, como Ramón Piñeiro o Ricardo Carballo Calero, por citar algunos nombres... Estos dos últimos son los que confluyen en Galaxia, y con los que colaborará López Nogueira.

Desde la editorial Galaxia se lanza en 1963 la revista *Grial*, una revista de cultura gallega dirigida por Ramón Piñeiro y Francisco Fernández del Riego. Su objetivo era servir de cauce a la producción cultural gallega y testimoniar su existencia autónoma, dentro y fuera de Galicia, erigiéndose como espacio de comunicación entre la cultura gallega y las culturas del mundo. Además, pretendía servir de puente entre las viejas generaciones del galeguismo y los jóvenes que se adhirieron, con las dificultades de la época, al discurso cultural gallego.

En ese momento formaron su consejo de redacción: Ricardo Carballo Calero, el médico Domingo García-Sabell, Celestino Fernández de la Vega, el psiquiatra Xosé Manuel López Nogueira, Marino Dónega Rozas, Camilo González Suárez-Llanos, Basilio Losada Castro y Ricardo García Suárez.

López Nogueira además de formar parte del consejo de redacción ya escribe en el primer número de *Grial* (López Nogueira, 1963) un trabajo sobre arte.

Escribió a lo largo de su trayectoria numerosas colaboraciones y artículos, muchas veces fruto de sus conferencias en Galicia, España o el extranjero. Algunos del campo puramente médico-científico, pero sobre todo de carácter filosófico, de estética y de arte... Así publica en revistas como *Grial*, *Teima*, *Seitura*, *Nordés*, *Vieiros* o en *Revista de la Casa de Galicia de Nueva York* (en donde da una conferencia en enero de 1972 sobre “Análisis existencial de la emigración”) y también en prensa de Galicia como *La Noche* o *La Voz de Galicia* (colaboraciones sobre homenaje a Fermín Penzol, o sobre pintor Carlos Maside, o sobre el aniversario de la muerte de Jaspers (1969), sobre la identidad gallega...).

3.2.4. PARTICIPACIÓN EN LA POLÍTICA DE LA GALICIA DE LA TRANSICIÓN (1975-1978)

En el plano de su participación política queda encuadrado en el “galleguismo” revisionista (representado por Ramón Piñeiro) y desligado del nacionalismo radical de orientación marxista. Ambas corrientes u orientaciones tuvieron posicionamientos encontrados ya desde mediados de los 60 y con debates que llegan hasta nuestros días – ver a modo de ejemplo trabajos recientes de Méndez Ferrín (2020) o de Suso de Toro (2022).

Así, desde el inicio de la Transición política española López Nogueira se va posicionando como candidato a diferentes siglas políticas en esta órbita “piñeirista”. Así, en las elecciones generales de 1977 por la Coalición Equipo Democracia Cristián y Social Democracia Galega.

La Constitución española de 1978, reconoce a la Comunidad Autónoma de Galicia su condición de nacionalidad histórica, y en 1981 López Nogueira será candidato al Parlamento de Galicia en primavera 1981 por el Partido Galeguista, sin embargo, este partido no obtuvo representación en el Parlamento de Galicia.

La Xunta preautonómica de Galicia recibe a partir de 1980 las primeras transferencias en materia de Sanidad y Salud Pública. El primer hospital de la Xunta de Galicia fue el Hospital Psiquiátrico de Toén, que había dependido de la Administración Central (primero del PANAP, y luego del

AISNA, Simón (2020) hasta ese momento. Poco después, en torno a 1982, arrancará (desde Toén como núcleo de fuerza editora y publicadora) la revista o boletín *Inter-Nós* y que fue el germen de la revista *Siso-Saúde* (Boletín de la Asociación Galega de Saúde Mental).

3.2.5. NEGRA SOMBRA Y LÓPEZ NOGUEIRA. MUERTE EN 1983.

López Nogueira fallece un par de años después en Santiago aquejado de problemas de salud. Era 1983 y fallece un día antes de intervenir en el congreso que la Asociación Latino-Mediterránea de Psiquiatría iba a celebrar en Santiago. Iba a intervenir con una ponencia sobre los problemas que causa la cultura en la psiquiatría.

Dejó sin publicar un ensayo en gallego sobre “Sentimiento y Existencia” que venía preparando desde hacía tiempo (Torres, 1983).

Unos pocos años antes, en 1975, había publicado un interesante trabajo en un monográfico de la revista *Nordés* en homenaje a la poeta gallega Rosalía de Castro, y en el que trataba de realizar una interpretación existencial del poema “Negra Sombra”.

“Rosalía captó con singular acierto la vivencia saudosa. Fue una de las grandes aportaciones metafísicas de la poesía gallega a la literatura universal. Galicia ha sabido responder a esta sensibilidad rosaliana haciendo suyo este colosal poema, en sus versos y hasta en su propia musicalización. La “Negra Sombra” es el sonido, es la melodía de Galicia” (López Nogueira, 1975)

CONCLUSIONES

Fue un “hombre de claro talento y talante filosófico superpuesto al oficio y al estudio de médico” (Torres, 1983). Además de su dedicación al campo de la psiquiatría, López Nogueira va a destacar por su interés en el campo del análisis existencial, de la psicoterapia, la filosofía y de la psicología (Bermego, 2014), y también por su militancia en el galleguismo cultural y político de esos años. Con este trabajo esperamos que su obra y su figura salga de esa “zona de penumbra” en la que estaba hasta ahora.



José Manuel López Nogueira.

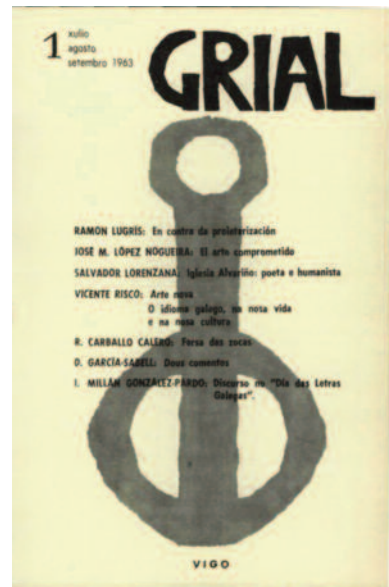
**Dialéctica
existencial
y
Psicoanálisis**

I
J. M. López Nogueira



galaxia

Portada del libro, editado en 1972 por editorial Galaxia.



Portada del primer número de la revista *Grial*, 1963. Contiene trabajo de J.M. López Nogueira, "El arte comprometido".



BIBLIOGRAFÍA

ANGOSTO SAURA, T. (1985). “D. José Pérez- López Villamil, o la pasión por el recuerdo!”. *Revista. A.E.N.*, (15), 484-492.

BERMEJO BARRERA, J.C. (2014). “La administración del silencio: filosofía y psiquiatría en José Manuel López Nogueira”. *Historiografías*, 7 (enero-junio, 2014), 113-124.

DE TORO, S. (2022): “Piñeirismo, unha herexía triunfante”. *Nós Diario*, 24/05/22. <https://www.nosdiario.gal/blog/suso-de-toro/pineirismo-herexia-triunfante/20220524162346144118.html>

- DE TORO, S. (2022): “A abondar aínda na figura de Ramón Piñeiro”, *Nós Diario*, 2/05/22 <https://www.nosdiario.gal/blog/suso-de-toro/abondar-ainda-figura-ramon-pineiro/20220526105606144291.html>
- DRUET, AC. (2017). “sicoanálisis y transición democrática en España”. *Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro*, (24), 63-78.
- LA VOZ DE GALICIA (1981). “Aceptada definitivamente la lista de candidatos por el PG al Parlamento gallego”. *La Voz de Galicia*, 25 de agosto de 1981.
- LÓPEZ NOGUEIRA, J M. (1958). “Estudio sobre la relación del niño con el medio físico”. *Revista Española de Pediatría*, 14 (83), 707-29.
- LÓPEZ NOGUEIRA, JM. (1963). “El arte comprometido” *Grial: Revista galega de cultura*, 1, xulio-agosto- setembro 1963, 11-27.
- LÓPEZ NOGUEIRA, JM. (1964). “Unamuno i a súa imaxe da vida”. *Grial: Revista galega de cultura*, 6, outubro-novembro-diciembre, 1964, 479-490.
- LÓPEZ NOGUEIRA, JM. (1968). “Metamorfosis de la angustia”. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr*. 27 (2), 91-107.
- LÓPEZ NOGUEIRA, J. M (1969). “El psiquiatra perdido. En la muerte de Jaspers”. *La Voz de Galicia*, 9 de marzo de 1969.
- LÓPEZ NOGUEIRA, J. M (1970). “La dialéctica de la alienación. En el segundo centenario de Hegel”. *La Voz de Galicia*, 20 de septiembre de 1970.
- LÓPEZ NOGUEIRA, JM. (1970). “Diferencias clínicas entre diazepam y oxazepam”. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr*, 29 (3), 243-50.
- LÓPEZ NOGUEIRA, JM: (1971). “Patología social de la gran ciudad”. *Eidos* 1971, núm. 35.
- LÓPEZ NOGUEIRA, JM. (1972). *Dialéctica existencial y psicoanálisis, I-II*. Vigo: Galaxia.
- LÓPEZ NOGUEIRA, JM (1974). “La identidad gallega”. *La Voz de Galicia*, 7 de julio de 1974.
- LÓPEZ NOGUEIRA, J. M. (1975). “La sombra negra en Rosalía. una interpretación existencial”. *Nordés*, 2-3, 29-31.

- MÉNDEZ FERRÍN, X.L. (2020). *No fondo dos espellos*, Vigo: Universidade de Vigo.
- RODRÍGUEZ LÓPEZ, A. (2001). “Historia de la psiquiatría académica gallega”. In T. Angosto, A. Rodríguez y D. Simón (comps.), *Setenta y cinco años de psiquiatría (1924-1999)*. *Actas Jornadas de Historia de la Psiquiatría, (183-192)*. Ourense: Asociación Española de Neuropsiquiatría-Asociación Galega de Saúde Mental.
- PAYNE, S. (1987). *El Régimen de Franco*. Madrid: Alianza Editorial.
- PARTIDO GALEGO SOCIALDEMÓCRATA. JOSÉ MANUEL LÓPEZ NOGUEIRA. [Anuncio de publicidad política]. *La Voz de Galicia*, 22 de mayo de 1977, p.22.
- SIMÓN LORDA, D. (2005). *Locura, Medicina y Sociedad: Ourense (1875-1975)*. Ourense: Xunta de Galicia.
- SIMÓN LORDA, D.(2020). “Atención psiquiátrica, salud mental y salud pública en el tardofranquismo”. En: José Martínez Pérez & Enrique Perdiguero Gil (eds.). *Genealogías de la reforma sanitaria en España*. Madrid: Los Libros de la Catarata. p. 127-154.
- SIMÓN-LORDA, DAVID. (2021). “La psiquiatría y la salud mental en el tardofranquismo: las misiones de los expertos de la OMS y la labor del PANAP” *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(140), 253-275. Epub 14 de marzo de 2022. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000200013>
- SIMÓN LORDA, D.; RODRÍGUEZ RAMOS, S.; FRAGA MARTÍNEZ, R. (2020): “Publicidad y marketing de los psicofármacos en revistas médicas en la España del tardofranquismo (1959-1975)”. *SISO SAÚDE Boletín de la Asociación Galega de Saúde Mental*, 2020, 66-67, p. 139-158.
- TORRES QUEIRUGA, A. (1983). “O home do desbordamento cordial”. *La Voz de Galicia*, 21 de octubre de 1983.

Psiquiatría social

Ramon Area Carracedo
Federico Menéndez Osorio

Psiquiatras

INTRODUCCIÓN

El comité editorial del *Siso·Saúde* nos encargó para este número especial de la revista un artículo alrededor de la psiquiatría social. El enfoque ha sido el propio de una escritura de inspiración clínica pero también producto de los años de ejercicio profesional, con sus cambios y sus vaivenes que, en demasiadas ocasiones, no son fruto del progreso o los avances en el conocimiento sino el resultado de procesos más complejos y que han orillado una manera de entender la medicina pública y, en particular, aquellos paradigmas de inspiración comunitaria. Tal vez las razones deban encontrarse en un encuadre del ser humano dentro del orden socioeconómico emergente que genera un malestar determinado, pero también una desconexión de sus causas, en una *ALIENACIÓN* que atañe al sujeto y al sufrimiento pero también al saber mismo, quizás una especificidad particular de nuestro tiempo.

ORÍGENES

Hace aproximadamente medio siglo la psiquiatría viró desde la clínica del frenesí clasificatorio y la terapéutica de las disputas teóricas que había caracterizado las décadas anteriores. La entrada en escena de las preocupaciones por la asistencia y la ética añadió una referencia más al síntoma que

ya no podía ser únicamente la mente y el cuerpo sino también lo *SOCIAL*. Se trazó como proyecto la construcción de una semiótica ampliada donde lo social fuese lugar de expresión de los síntomas (psicopatología), origen de la enfermedad (etiología) y escenario de recuperación (terapéutica).

Quizás este intento de refundación subestimó las *INSUFICIENCIAS* de la psiquiatría, dejando en suspenso un desarrollo teórico alrededor de lo que deberían ser los conceptos fundacionales del entonces nuevo modelo hasta que, con el paso de los años, todo se desplazó hacia el terreno de la declaración de intenciones pero sin enriquecer significativamente el discurso clínico.

Podría señalarse como una segunda característica de una refundación alejada de la clínica, un impulso (normalizador desde un punto de vista político) por encuadrar la salud mental en los sistemas públicos de salud, pero obviando las dificultades de la psiquiatría para acomodarse al estilo y las prácticas propias del *CONOCIMIENTO MÉDICO*. Esta adaptación no ha sido inocua y el impacto beneficioso sobre el sistema médico general ha sido modesto, quizás menor que las propias consecuencias que tuvo para la psiquiatría instalarse en los espacios de la medicina. Tras cuarenta años de la gran mudanza, el hospital general no es más tolerante con la locura y la psiquiatría, seguramente, tampoco.

En tercer lugar, el énfasis por crear una especie de superestructura organizativa como pilar de la transformación hacia lo social, determinó una *DISTANCIA* entre el universo gerencial y la práctica diaria. Con el paso de los años se produjo un deterioro en la transmisión del saber clínico entre los diferentes niveles jerárquicos, con una colonización de los ámbitos de decisión clínica por ese otro universo de decisión administrativa, progresivamente ocupado por un paradigma de poder con claras preferencias en cuanto a modelo asistencial.

ANCLAJES Y DESANCLAJES DE LA REFORMA

El marco de la reforma trató de levantar una psiquiatría más social y ética a través la confrontación de dos perspectivas radicalmente opuestas, el *MANI-COMIO* y la *COMUNIDAD*. Ambas parecían surgir desde una dialéctica histórica, como si se tratasen de dos formas de organización social en donde el poder se encarna y se estructura. Sin embargo, cuatro décadas después, esta contra-

dicción se ha mostrado insuficiente como sustituto de la clínica. El manicomio, tal vez por entenderse como una arquitectura y no como el modo de funcionamiento discursivo de un lugar asistencial, presente en los antiguos hospitales psiquiátricos pero que también en los modernos dispositivos de ingreso y tratamiento de la locura. Y la comunidad, probablemente por razones inversas, es decir, por abordarse más como un ente abstracto que como la realidad concreta y cambiante en lugar y tiempo en la que habita el sufrimiento.

La *ASISTENCIA* fue, con carácter general, el significante que se desarrolló de manera hipertrófica, como si pudiese articular todos los agujeros de la locura. Los dispositivos, las consultas, las unidades, el sector, el área de salud, los centros, los equipos... tejieron una red que terminó por convertirse en una maraña donde, además de acogerse el sufrimiento mental, se fue colmando con los mismos asuntos de cualquier institución.

Hoy, los servicios de salud mental rebosan enredos, son espacios vulnerables a la gestión economicista, y las jerarquías, en su interacción con otras burocracias médicas o sociales, se han convertido en una caricatura de la multidisciplinariedad tejida con moqueta, reuniones, objetivos y estadísticas que ya poco dicen del factor humano. Para el resto de profesionales quedan tan escasas opciones que hasta podría ensayarse una clasificación aplicable a la mayoría de los servicios de salud mental: colaboradores con el orden establecido, mayoría apática, activistas y versos libres. Ninguna de estas cuatro posiciones, sin embargo, parece estar en disposición de cambiar sustantivamente las cosas.

Lo asistencial ha sido fagocitado por una pulsión contemporánea alrededor de la imagen, creando una jerga que muta con la misma facilidad que cualquier otro discurso de poder, con capacidad para barnizarse o fagocitar los nuevos conceptos que surgen desde las vanguardias, llámense calidad, empoderamiento o integración. Y así, a la clínica le queda el cansancio, el hartazgo y, también, esa soledad demasiado parecida a la orfandad manicomial.

El sufrimiento mental no ha sido inmune al impulso de la imagen y aparece como aquello que el individuo se atreve a mostrar de sí mismo, en ocasiones como la última posibilidad para lo subjetivo en un mundo de transparencia y comunicación infinita. Así, el Yo se enseña en la última de sus precariedades identitarias. El vínculo (tal y como señala Debord) se ha desplazado

desde la vida a la representación, donde la identidad se construye como pura imagen. En la sociedad del espectáculo acontece lo contrario a vivir, lo principal es hacer transparente cómo se vive.

El sufrimiento ha pasado a convertirse en ese final de las sucesivas imposibilidades para ser único y común, para ser Yo y Nosotros. La ansiedad, la depresión, lo bipolar, lo traumático van más allá de etiquetas diagnósticas, son aquello que permite decir a quien lo padece que es un ser humano, único e inimitable.

Quizás la infelicidad sea el último reducto posible para la subjetividad. Y tal vez, leer el sufrimiento en términos de neurotransmisión sea lo propio de esta época y, al tiempo, lo perpetúe.

Los *DERECHOS* fueron otro pilar desde el que se intentó una articulación coherente de la salud mental. Pese a desarrollarse dos recorridos, la restricción y los derechos, ambos portan el mismo argumentario civil e idéntica consideración de lo que es un individuo. Los sucesivos reglamentos apenas resisten la tentación de apartarse de los códigos aplicables a los ciudadanos considerados normales, con la aparición periódica de ese impulso por redactar legislaciones específicas para la salud mental. El riesgo, la agresión, la vulneración, la incapacidad o lo involuntario continúan siendo los fundamentos de leyes y normas, desatendiendo aspectos comunes al resto de la ciudadanía, incluida aquella ciudadanía que, como los locos, está en riesgo de exclusión.

Los planes y estrategias en salud mental se repiten sin haberse completado los anteriores y, a pesar de su vocación comunitaria, suelen ceñirse a dotaciones profesionales y a la implementación de recursos asistenciales para, una vez finalizado el preámbulo, permitir que la medicalización recorra la mayoría de los párrafos y los artículos.

En los últimos años se observa la redacción de una legislación cuya filosofía es contener excesos, sobre todo en el ámbito de las contenciones y las incapacitaciones. Sin embargo, no se trata únicamente de una cuestión de prácticas equivocadas o excesivas, sino de una manera de romper por el lado de la ética el modelo que sustenta un edificio asistencial precario y poco dotado, pero también alejado de la subjetividad y de la consideración del factor humano como elemento esencial del trato y del tratamiento.

Valga como ejemplo la nueva ley de discapacidad en la que todo gira alrededor del concepto apoyo, pero sin desarrollarse económicamente ni conceptualmente. Y como un ejemplo más personal, la sucesión de oposiciones del Sergas en las que resulta difícil encontrar una pregunta sobre la psiquiatría comunitaria entre la verborrea de estadísticas, psicofármacos y códigos de la DSM.

Señalaba Foucault que la *NORMALIZACIÓN* es la forma moderna de servidumbre, generada a través de una transformación técnica de los individuos. La imagen y la tecnología que la rodea son, en este sentido, hogares moleculares del poder en donde se produce lo real. Si la ley sólo interviene cuando existe una infracción, la norma fiscaliza toda la vida.

En ocasiones, el discurso de lo normal aparece con la morfología de lo judicial y nos habla del derecho de acceso a las nuevas tecnologías, del freno al ciberacoso o de la regulación de los datos personales en la red. En otras, se vislumbran mecanismos propios del biopoder a través de la obligación de relacionarse con la administración a través de un menú de pantalla o un contestador automático, la supresión de sucursales bancarias en el rural o la llamada del médico a su paciente en la sala de espera a través de un código numérico en pantalla que suprime los anteriores órdenes de gravedad o llegada, bajo la imposición de una norma de presunto respeto a la confidencialidad y la protección de datos.

Tal vez, en un mundo así, el pensamiento crítico deba comportarse como el ARTE que reconforta a los infortunados y molesta a los aburguesados (Bansky) o que es, en sí mismo, un acto de resistencia (Deleuze).

Quizás ya sean inútiles las antiguas metáforas. De nada sirve Sísifo y su férrea voluntad de cargar la piedra en la espalda para continuar un ascenso ético a la cumbre de la montaña. Posiblemente, son de escasa utilidad la tenacidad, la firme determinación en los principios, la referencia constante a los padres fundadores.

El nuevo capitalismo es una fábrica perfecta de elaboración de lo nuevo, manufactura plagios con velocidad desconocida, transforma cualquier concepto en una imagen con capacidad de entrar en el mercado virtual y global.

A la psiquiatría social le queda la maldición de la *VANGUARDIA*. Puede ser una creatividad capaz de producir instantes de comprensión, de desnudar a

los reyes y de abrir los ojos a otras miradas posibles. O, por el contrario, puede ser ocupada por la burocracia, los expertos, los eslóganes y los planes estratégicos hasta gastarse, perder brillo y convertirse, cuando la moda pase, en un producto marginal, recluso en la sección de ofertas y antigüedades.

Lo *BIOPSIICOSOCIAL* fue otro de los significantes con la aspiración de convertirse en una antropología humana que sustentase la comprensión y la asistencia al sufrimiento mental. Sin embargo, en el presente está definitivamente escindido.

Lo médico, lo psicológico y lo social responden hoy a criterios diferentes de organización económica, con sus consellerías, asociaciones, jerarquías, presupuestos y normativas. La escisión también se ancla en asuntos de roles profesionales. Se medicaliza y se psicologiza aquello que debería tener una respuesta desde lo social. Paradojas como discapacitar para después capacitar son parte del trabajo diario cuando cubrimos impresos que permiten obtener una prestación necesaria y que, sin embargo, jamás se exigen en el acto de recetar un psicofármaco o indicar una psicoterapia. Éstas, por el contrario, se comportan como marcas profesionales donde inscribir la escisión clásica de la psiquiatría entre la neurosis y la psicosis, pero al modo de nuestro tiempo.

Nombrar es la primera manera por la que los seres humanos dan cuenta del mundo. Le ponemos nombre a lo que forma parte de nuestras vidas (los marineros, a sus barcos; los granjeros a las vacas; los niños a sus muñecos), a aquello de lo queremos apoderarnos (los territorios que conquistamos; los apodos de los que están a nuestro lado). Pero también le ponemos nombre al desconocido, al peligro, a lo que más tememos. Según Santiago Alba Rico, lo contrario del nombre es la marca: la señal marcada al rojo en el ganado, los vallados de los terratenientes, el desprecio con el que se marca la diferencia basada en el etiquetado (los sudacas, los gitanos, los musulmanes... los locos).

Nuestro mundo parece escindir más a través de la marca y menos desde el nombre. A un lado, el sufrimiento como imagen de identidad en un mundo transparente. Y al otro, la locura de siempre, con sus cosas del riesgo, el control, el estigma o la segregación.

Desde el manicomio se trazaron dos *ESCENARIOS NORMALIZADORES* para la locura. El primero de ellos tenía que ver con la cama, con la sala, con la unidad en la que residía. El segundo proponía algo diferente al estar-intra-

muros, una salida en donde el loco compartiese con el cuerdo esa actividad llamada trabajo y por la que, a diferencia de los talleres ocupacionales del hospital psiquiátrico, obtuviese una remuneración todos los finales de mes.

La historia de la reforma también ha sido la historia de los pisos protegidos, las viviendas tuteladas, las residencias comunitarias. Y, desde la otra cara de la integración, los avatares de los centros especiales de empleo, las fundaciones laborales, las adaptaciones de los puestos de trabajo o los apoyos *in situ*.

En lo relativo al empleo, lo llamativo de nuestro tiempo es la incorporación de lo mental en el concepto de empresa de trabajo temporal. El trabajo es un derecho de los ciudadanos y, desde una perspectiva clínica, puede jugar un papel pacificador o estabilizador de las psicosis. Sin embargo, para los pacientes se ha marcado con esa ética de la imagen para, a continuación, caer de lleno en las cosas del mercado, con empresas, por ejemplo, que seleccionan trabajadores con certificado de discapacidad, sea para cumplir el cupo de la ley o para cuadrar mejor las desgravaciones fiscales.

Los programas *Housing first* abandonaron la pretensión de una evolución escalonada en donde el paciente progresa desde la supervisión a la autonomía, defendiendo una filosofía distinta, la de proveer de vivienda como primer paso y establecer los apoyos necesarios para mantenerse en ella. Sin embargo, son muchas las ciudades en las que no es posible acceder a un piso de alquiler, en una exclusión compartida por otros colectivos, como estudiantes, inmigrantes o trabajadores con ingresos económicos bajos. La progresiva transformación de las ciudades por el turismo, el ocio de alto nivel o la colonización por el segmento más acomodado de la población ha ido desplazando a muchas personas hacia los conglomerados urbanos de la periferia.

La legislación sobre el loco declara sobre todo intenciones que son imposibles de llevar a cabo sin una política de vivienda que contemple cuestiones como la bolsa de viviendas públicas de alquiler, la ordenación del mercado inmobiliario o el establecimiento de un límite a las viviendas de alquiler turístico.

DISCURSOS COMUNITARIOS

Históricamente, la *PSIQUIATRÍA COMUNITARIA* tiene su origen en el pensamiento de Caplan, quien ancló su propuesta para la salud mental alre-

dedor de las ideas de prevención (primaria y secundaria), población en riesgo y crisis. Con posterioridad, Hochmann incorporó a la noción de psiquiatría comunitaria un pensamiento de orden más social al señalar que siempre debe encararse al enfermo y a su medio, al individuo y a la sociedad, entendiéndolo como un conjunto que debe evolucionar de forma global. En Freudenberg encontramos una formulación similar, pero con una morfología ya abiertamente reformista: las personas con trastornos psiquiátricos pueden ser más efectivamente ayudadas cuando viven con sus familias y amigos y son mantenidos por la sociedad en general. Serban entendió la heterogeneidad subyacente al concepto de psiquiatría comunitaria. Señaló que se trata de un movimiento social, de una estrategia de suministro de servicios que enfatiza su accesibilidad y la globalidad, y que coloca el énfasis en los trastornos psiquiátricos mayores y en su tratamiento fuera de las instituciones. Y, si citamos a dos autores más recientes, podemos observar los dos grandes ramales que sustentan hoy en día el concepto de psiquiatría comunitaria. Para Tansella se trata de un sistema de cuidados dedicado a una población definida, basado en un servicio completo e integrado de salud mental. Y para Bennett y Freeman, se puede considerar como una ideología o un posicionamiento ante un tipo de asistencia psiquiátrica determinada, con unas características que la diferencian de la atención tradicional a la enfermedad mental.

Con carácter general, durante todos estos años, la salud mental comunitaria no ha podido encuadrarse en un paradigma científico ya construido definido y realizado. Más bien hablaríamos de prácticas comunitarias, entendidas como actuaciones concretas ante situaciones asistenciales determinadas.

A falta de una cohesión en el modelo, por el contrario sí han existido algunas *CONFUSIONES* que han sido moneda común:

- Entre el trabajo en salud mental comunitaria con experiencias o prácticas y teorizaciones parciales que serían más bien parte del desarrollo del modelo y no el modelo mismo.
- Entre el trabajo con la comunidad y el trabajo en la comunidad.
- Entre comunidad y territorio, sin plantearse ni desarrollarse adecuadamente formas de participación ciudadana.
- Entre equipo interdisciplinar y equipo multidisciplinar.

Al tiempo, la psiquiatría comunitaria (o los intentos de desplegarla como un modelo vertebrador de la asistencia) ha sufrido un paulatino proceso de *EROSIÓN* por la emergencia de las nuevas formas de capitalismo:

–Ruptura de la USM como eje del sistema, limitándola a funciones asistenciales de atención del malestar, el que sea, de cualquier tipo, sin organización alguna, escasamente dotada en personal y medios, taponadoras del malestar con psicofármacos o psicoterapia de apoyo, mutista en cuanto a la generación de un discurso comprensivo y transformador sobre el sufrimiento. Se trata de trincheras precarias, simples consultas externas que, como es lógico, terminarán por ubicarse en los hospitales generales.

–Vuelta al hospitalocentrismo y al biologicismo como parte de un proceso que atañe a la propia medicina, compartiendo la salud mental problemática con la atención primaria.

–Nula formación en salud mental comunitaria y negativa valoración y puntuación en los baremos curriculares o en la elección de los tribunales para la selección de plazas.

–Descontextualización de las problemáticas sociales, laborales o económicas, reformulándolas como problemáticas individuales susceptibles de tratamientos médicos y psicofarmacológicos.

–Mercantilización de la salud que abre nuevos campos de beneficios para la industria farmacéutica y tecnológica hasta quebrar y romper la relación entre la comunidad y lo público en cuya intersección se sostiene y se fundamenta el trabajo en salud mental comunitaria.

El discurso de la psiquiatría social, por definición, siempre permanece *EN CONSTRUCCIÓN*. Eso no significa que deba renunciar a conceptos, gramáticas o a constituirse en una mirada imprescindible. Por el contrario, es esta incompletitud quien obliga al esfuerzo interpretativo, a la generación de nuevos análisis, a no conformarse con lo estático, sea la estructura de una red asistencial o el cierre de un modelo teórico sobre el sufrimiento. Es por esencia, un saber que emerge de su tiempo y de su espacio, una región fronteriza por donde transitan conocimientos y disciplinas, cambios y variaciones, fenómenos y experiencias. Su tarea es una hermenéutica de la calle, una lectura con-

tinua donde no caben expertos porque no hay final a la vista.

Walter Benjamin, a partir de la poesía de Charles Baudelaire, tomó un interés académico en la figura del *flâneur*, ese personaje entre la literatura y la disposición vital que vagaba por las calles de la ciudad sin un rumbo aparente, sin objetivo definido, abierto a todas las posibilidades, dispuesto a aprehender la esencia de lo urbano, a la experiencia de las calles y las plazas, a la investigación, a la curiosidad.

Para Fournel el *flâneur* no debe confundirse con el *badaud* (mirón, papanatas). El primero domina su individualidad, es parte de algo y al tiempo está aparte de ese algo. El segundo, por el contrario, es absorbido por el mundo exterior que lo contamina hasta olvidarse de sí mismo y ser parte de la masa.

Quizás el psiquiatra social siempre será más *flâneur* que experto. Y desde luego, lo que jamás debería ser es un *badaud*.

La historia del concepto de COMUNIDAD es ligeramente distinta. En su origen, autores clásicos como Tönnies, Durkheim, Spencer, contraponían comunidad y sociedad, siendo la primera el espacio de las relaciones interpersonales cara a cara, los afectos, la cercanía, mientras que la segunda se correspondería con lo racional, la modernidad, las relaciones formales. La idea de la que partirían las visiones más clásicas de la comunidad era idílica, una comunidad homogénea, igualitaria, rural, cooperativa, basada en relaciones y lazos fuertes y cohesionados. Algo así como un paraíso perdido a causa de la modernidad industrializante y urbanizadora.

Los orígenes de la preocupación por la comunidad suelen situarse en una serie de experiencias en EE.UU. durante la transición del siglo XIX y XX: *community organization* y *community development*. El primero: coordinación de las actividades de bienestar social y cooperación entre las agencias sociales públicas y privadas (ej. Consejo de bienestar comunitario, Pittsburg 1908). El segundo: realización de proyectos específicos dirigidos a lograr mejoras materiales y de organización de servicios (ej. Colonias británicas durante los años 40).

Con la mayor complejidad de las sociedades, la idea de comunidad ha mantenido o recuperado el aspecto utópico de sus inicios. Por ejemplo, para Bauman frente a la sociedad, la comunidad sería el espacio de seguridad en medio de un mundo cada vez más inhóspito.

La comunidad la forman las personas que *HABITAN* una zona geográfica definida. Sin embargo, no se reduce a un espacio geográfico sino que viene enmarcada por la red y el contexto de las relaciones sociales, familiares, productivas, culturales, políticas y económicas, de género, valores y creencias. Es un compartir las necesidades comunes, que conforman y dan sentido, dentro de las coordenadas de un espacio y un tiempo histórico, con sus estructuras, intercambios y relaciones, sus diversas variables y dinámicas, sus transformaciones, apariciones, desapariciones o reformulaciones. La comunidad nunca es algo fijo, estable, preconstituido. Sus formas varían a lo largo del tiempo, se transforman y se modifican en base a las dinámicas y los cambios de época, las necesidades y las circunstancias, los lazos sociales, económicos, culturales y las relaciones de fuerza. Es aquí en donde se insertan los sujetos sociales, para habitar, construir, participar y vivir.

Expósito entiende comunidad como aquello común y contrapuesto a lo privado o lo particular. Por ello siempre remite a un deber, a una cesión, a un don que se debe dar, una deuda u obligación que se contrae con el otro.

Lledó comparte una idea parecida cuando señala la indigencia constitutiva del ser humano que solo se estabiliza en el encuentro con el otro. No se trata de una comunidad como algo realizado, ya dado y que otorga una identidad, o un cierto ideal de pertenencia. Por el contrario es esta indigencia humana producto de carencia y la incompletitud, el verdadero motor que impulsa hacia la comunidad.

Ortega lo describe cuando señala el inicio de la comunidad en un hueco llamado foro o ágora. No se trata de un espacio formado por un conjunto de casas o edificaciones sino un espacio vacío pero en una apertura hacia el encuentro y el diálogo.

Lo *COMUNITARIO* nunca fue una formalización sino una disposición, una apertura de miras del clínico que, como la escucha psicoanalítica o el hueco del ágora, conducía hacia una reflexión clínica sobre la manera de restaurar el lazo social para mejorar las condiciones de vida pero sin arrojar al paciente hacia una eclosión de su psicosis.

En la asistencia al trastorno mental grave es frecuente que no exista una comunidad sino una serie de seudocomunidades ancladas en dispositivos que funcionan como fondos de saco, estaciones terminales para la gravedad,

contenedores tras años de recorrido por redes presuntamente normalizadas. Son lugares conformados por pacientes, familias de pacientes, voluntariados, profesionales... en dispositivos mal dotados, como centros de día, unidades de rehabilitación o pisos protegidos, alejados de la propia comunidad no en términos de distancia física o de muros manicomiales, sino en términos de segregación, de ese tercer mundo a la puerta de casa. Son lugares por donde circulan delirios, alucinaciones, neurolépticos, charlas psicoeducativas, cursos de formación prelaboral. Pero también pobreza, soledad, rutinas, silencios y rendiciones.

La psiquiatría quizás todavía busca en la comunidad algo parecido a lo que Winnicott situó en la *FUNCIÓN MATERNA*. El *holding* refiere a la función del sostenimiento, un factor básico del cuidado maternal que se corresponde al hecho de sostener de manera emocionalmente apropiada al bebé. El *handling* permite el desarrollo al contribuir a la distinción de lo real como contrario de lo irreal y, su expresión se corresponde con la manipulación, la coordinación y una experiencia guiada del funcionamiento corporal. Sin embargo, la comunidad parece estar en una situación de avería, como si se tratase de una *NEUROSIS DE LO MASCULINO* en donde el éxito y la exhibición transforman al sujeto en mercancía. La locura es producto estropeado y las tecnologías de la locura oscilan entre la reparación parcial y el porcentaje de discapacidad, la irrupción de un discurso identitario presuntamente liberador (*la arruga es bella*) pero que termina por constreñir al propio sujeto (*soy una arruga*), y una gestión tecnificada y limpia de lo residual.

PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

El intento de una *PSICOPATOLOGÍA COMUNITARIA* debería establecer las formas de habitar el mundo. Lo comunitario pasaría así a ser entendido fundamentalmente como acción, como forma verbal que imbrica sujeto y lugar, en el intento constructivo de reparar un simbolismo dañado y relacionado con la identidad, la pertenencia, lo relacional, lo comprensivo y lo biográfico.

Desde estas consideraciones, podrían señalarse cuatro grandes maneras de habitar de la psicosis. No se trata de diagnósticos sino de las formas en que sujeto, espacio y comunidad pueden articularse.

Sufrimiento, donde el habitar toma la expresión de un malestar subjetivo, como ansiedad, angustia, irritabilidad.

Disrupción, donde el habitar se caracteriza por un paso al acto que quiebra el lazo con el lugar y con las personas que lo ocupan.

Déficit, donde el habitar toma la forma de la rendición, de la imposibilidad.

Indescifrabilidad, donde el habitar pierde la posibilidad de constituirse como relación de sentido.

Una psicopatología comunitaria se aleja de una terapéutica del erradicar. Los síntomas no son entendidos como una emergencia desde una anatomía o una función alterada, sino como una construcción del propio sujeto que nos habla de sus dificultades para habitar y para habitar el mundo. El tratamiento pasa entonces por el trato, una manera de pacificar esa herida de la que surge la locura y permitir un retorno al lazo social sin desencadenar posiciones tan graves.

HABITAR es una relación singular y activa entre el sujeto y el espacio. Sus-
tenta algunos elementos necesarios para metáforas imprescindibles en la
identidad o en lo interpersonal: el aquí, los ejes espaciales (arriba/abajo,
derecha/izquierda), proximidad y lejanía, dentro y fuera, lleno y vacío...
La idea de habitar entiende el espacio como algo que es mucho más que
permanecer en él, es existir, comportarse y actuar en él. Cuando el ser hu-
mano se apropia del espacio debe personalizarlo, adaptarlo, convertirlo en
un lugar que exprese la identidad de quien lo habita. La propia fenomenolo-
gía de la arquitectura está más basada en verbos que en nombres, es decir,
los espacios se relacionan con las acciones que se llevan a cabo en ellos y
no tanto con los nombres que se le asignan. En este sentido, habitar en-
tiende el espacio como un contenedor de posibilidades.

Una antropología del habitar precisa una distinción entre autor, actor y es-
pectador. Es esta fractura existencial lo que permite estructurar el espacio
y, quizás, sea la pérdida de la misma lo que convierta la humanidad digita-
lizada en esta nueva forma de lo inhóspito. Somos falsos autores que habi-
tamos un mundo hiperdiseñado pero sin acceso al código fuente, actores
que no soportamos ser espectadores, o espectadores que renuncian a ser
actores de su propia biografía.

Tal vez la emergencia actual del malestar depresivo o del incremento de los actos suicidas en niños y adolescentes respondan a esta desestructuración narrativa que no permite saber de sí y de los otros, y no a una caída masiva en los niveles de neurotransmisores en los cerebros del mundo occidental.

David Le Breton identifica algunas *FIGURAS ANTROPOLÓGICAS* que traducen una manera de desencadenar sentido. Se trata, en sí mismo, de un concepto con implicaciones clínicas, una manera de aproximarse a lo estructural desde una perspectiva social.

Las figuras antropológicas que Le Breton identifica en el malestar contemporáneo tienen como escenario principal la red y el propio cuerpo, donde se puede preguntar sobre el sentido de la vida y sobre el valor personal de la forma más elemental posible, a través de golpear contra uno mismo y contra la alteridad. Es un nuevo malestar que interroga físicamente, sin la mediación de la palabra, convirtiendo el síntoma en una casa ilegal de sentido y en un rito privado del sí mismo.

Detrás de las autolesiones y de las alteraciones alimentarias hay, en ocasiones, una *ORDALÍA*, es decir, un colocarse ante la muerte como forma de preguntar sobre el sentido y el valor la vida.

En ocasiones los cortes se aproximan, por su gravedad y su dinámica subjetiva, a la figura del *SACRIFICIO*, en donde se juega una parte para conseguir el todo, como si perder una parte del sí mismo pudiese salvar el resto.

En la *AFRENTA* puede observarse una confrontación brutal con el Otro a través de la agresión o el delito. Puede ser una substitución del pláctet, es decir, una forma de traer al presente inmediato esa figura de autoridad que permite obtener una confirmación del amor o de la legitimidad para vivir.

A veces, algunas conductas sobre el cuerpo o sobre el Otro cumplen la función de *DARSE UN NOMBRE* a través de la única forma posible, quedar marcado, aunque esa marca no sea en la realidad, sino marcas de realidad que los convierte en marginales, subproductos sociales.

La disrupción puede cumplir la función de reclamar la ley como manera de conseguir *DELIMITACIÓN*. Son casos en los que el límite no está principalmente al servicio de una entrada en el orden social o el aprendizaje de normas, sino que tendría una función más primaria, relacionada con la

identidad, con saber quién es uno y donde termina y comienzan los otros. Son casos que deben ser pensados no desde la incapacidad sino desde la necesidad. En otras palabras, lo fundamental no es quebrar normas por un placer perverso, sino que el primario es una necesidad de saber de sí y la disrupción es una llamada para que alguien lo pare y se lo diga.

A algunas intoxicaciones voluntarias que parecen perseguir una caída voluntaria de la consciencia, Le Breton las denomina *BLANCURA*, un estado de ausencia de sí más o menos pronunciado, un cierto despedirse del propio Yo provocado por la dificultad de ser uno mismo. La blancura es la voluntad de ralentizar o detener el flujo del pensamiento, de poner fin a la necesidad social de componerse en todo momento en un personaje según quién sean los interlocutores o las circunstancias.

Los seres humanos, adultos y jóvenes, se muestran como condenados a la *REPETICIÓN DE ACTIVIDAD*. El imperativo de todo aquí y todo ahora, obliga a una felicidad urgente e inaplazable. Esta tensión arroja a los seres humanos a la búsqueda de un acontecimiento detrás de otro, en una pura repetición que no deja tiempo para conocer o narrar. Y, al final, la vida siempre termina por estar en otro lugar y en otro tiempo. La existencia se liberó del destino (todo puede ser) pero se encadenó al vagabundeo delante de la obligación de ser feliz. Solo permanecen quietos los desdichados o aquellos con una tara original. Es esa otra hiperactividad que nunca se citará en un manual de diagnóstico o de psicopatología al uso.

Nuestro tiempo parece llenarse de una cierta *CLÍNICA DEL CAOS*. Quizás necesitamos un mayor esfuerzo por contextualizar la angustia en relación con la imagen para poder comprender esos casos multiformes, cambiantes, con plastias poco comunes y para los que la psiquiatría oficial solo ofrece la casilla de los trastornos de personalidad. Gabbard proponía una clasificación jerárquica de la angustia: superyoica, de castración, de separación, persecutoria y de desintegración. Sin embargo, lo contemporáneo parece desarbolar la idea misma de madurez cognitiva y desarrollo emocional, como si el mercado o las nuevas formas de comunicación convirtiesen en absurdo cualquier encuadre temporal y biográfico de la clínica.

¿Cómo cumplir con el ideal interno cuando el Otro ya no es espejo, estanque o rostro sino la pantalla de un móvil?

¿Cómo el sentimiento de insuficiencia personal puede encontrar figuras de autoridad a las que otorgarles la capacidad de juzgar la propia valía?

¿Todo lo que invade nuestro interior y amenaza con destruirnos desencadena angustia persecutoria?

¿Las horas diarias que somos imagen nos fragmentan, nos fusionan con el exterior y nos hacen perder los límites corporales y mentales?

Si para el entendimiento del siglo XX resultaba imprescindible el concepto de alienación, nuestra época parece sometida a la dictadura de la *INFRA-TOPIA* (y no la utopía o la distopía), en donde el poder está por fuera de las posibilidades del ciudadano y del estado. No existen ya mecanismos de ocultación, no hay guerra fría, espías ni anuncios subliminales. Ahora basta con señalar lo forzoso de las crisis económicas o las pandemias, la imposibilidad de un discurso común, lo inevitable del cambio climático o la contaminación de los océanos. El sujeto, cualquier sujeto, es minúsculo en cuanto a la construcción de un sentido de mundo y, al tiempo, puede pulsar el botón de ese deseo que activa el pago móvil, la compra virtual o arranca la motocicleta de los servicios de reparto a domicilio.

La escena era, originariamente, un modesto cobertizo en donde los sacerdotes griegos se cambiaban las indumentarias para los diferentes roles en los rituales dionisiacos. Posteriormente, ese cobertizo (*skené*) se convirtió en una construcción de piedra y muy elaborada a través de la cual los actores hacían su aparición ante el público.

Nuestro tiempo es el tiempo de la escena, en donde las posiciones del sujeto reposan en el escenario mismo, en el hecho de hacer verse para poder mirarse, en una narración precaria y de mínimos pero que permite una nueva oportunidad al capitalismo mientras el sujeto se ensimisma entre la compra, la exhibición, la queja y el vacío.

La atención al sufrimiento debe trascender la escena y quizás, como decía Rotelli, entender de los *ESCENARIOS* imprescindibles para la recuperación de la psicosis. Al igual que el concepto de figura antropológica, la idea de escenario coloca al sujeto en lo social a través de un espacio habitado en donde el lazo puede ser construido, destruido, sanador o patológico. Un escenario es una conformación metafórica del mundo en donde cualquier

sentido implica la existencia del nos-otros.

La *casa* es un lugar en donde, prioritariamente, aparecen aquellas actividades de carácter cíclico tales como dormir, comer, asearse, limpiar. Aunque lo cotidiano puede asimilarse con los aspectos banales de la vida social, Lefebvre indicó la centralidad de la cotidianeidad en la estructuración de procesos sociales más complejos al reproducirse y encarnarse en ellos la vida social.

El *bazar* es un lugar donde un sujeto se singulariza a través de la participación. En él se ponen en juego todo un conjunto de simbolizaciones que abarcan las nociones de intercambio, valorización y de transacción.

El *trabajo* es un escenario caracterizado por la creación de reglas, donde se instituyen prácticas de negociación, se articulan intereses, se estructura la actividad y el beneficio y se dota de sentido a la existencia.

El trabajo en institución nos ha llevado a pensar en una *PSIQUIATRÍA ARRAIANA* (de *raia*, la frontera difusa y muy particular que ha existido durante muchos siglos entre Galicia y Portugal). Desde una consideración del espacio, deberíamos saber cómo se establecen las fronteras entre el mundo del cuerdo y el mundo del loco y asumir lo que no ha conseguido suturar los llamados dispositivos intermedios. Éstos se han entendido como algo situado a medio camino entre el hospital y el domicilio, pero no como lugares de convivencia entre la enfermedad y la comunidad.

Existen muchas arquitecturas de frontera, la mayoría de ellas segregadoras: el muro, la verja, la tapia, el portalón... Hay fronteras en las que, por el contrario, se crea una cultura fronteriza, una nueva identidad que no pertenece al adentro o al afuera sino justamente a ese lugar que no tiene una pertenencia y que es lugar común, compartido.

Cuando pensamos Trieste como experiencia psiquiátrica, pocas veces la evocamos como ciudad que, a lo largo del siglo XX ha pertenecido al Imperio Austrohúngaro, a Italia, al Territorio líbero de Trieste, nuevamente a Italia y, zonas pertenecientes a su comarca, a Eslovenia. Ha sido un territorio de fronteras que caen y se levantan, un lugar en donde han colisionado países, bloques de la guerra fría, religiones y etnias. Tienta cavilar si la experiencia del manicomio de Trieste tuvo algo que ver con los avatares de la ciudad y de sus gentes.

En el psiquiátrico de Conxo, por el contrario, ha habido dos intervenciones recientes que se alejan de la idea de una psiquiatría arraiana.

La plaza se ha reformado dejando una pequeña extensión de la misma a la altura de la puerta del hospital mientras que el resto de la plaza está en una cota diferente. Nuevamente, es la puerta quien define el manicomio, sin ese espacio intermedio que era la plaza que no pertenecía a nadie y, al tiempo, pertenecía a todos, a los pacientes y a los vecinos, a los caminantes y a los turistas.

En segundo lugar, un trozo de la finca se ha segregado pasando a pertenecer al ayuntamiento. Se ha levantado una valla que sustituye al cauce del río Sar como linde del hospital. Era una frontera natural, encuadrada en el ambiente, sin necesidad de marcas humanas o políticas. Ahí estaba, con el agua y los árboles sin mayor necesidad de señalarla.

En esos terrenos, además, se había instaurado un programa medioambiental a cargo de una asociación de voluntariado (Itínera) que ahora habrá de suspenderse. Y teníamos la idea de convertirlo en huertas, como las que ya existen en la ciudad ofertadas por el Concello, que se ofrecerían por parcelas a los vecinos, para que su cultivo, en un espacio compartido con los pacientes externos e internos que están incluidos en programas de empleo u ocupacionales de huerta y jardín. Eso sería justamente crear un espacio arraiano, otro tipo de frontera bien distinto a la valla, la cerca o el muro, un espacio con mucho más potencial para trabajar cuestiones sociales o comunitarias.

De momento, la psiquiatría arraiana sigue en el pensamiento, sin materializarse en planes, protocolos o guías de práctica clínica. Mientras tanto, las jerarquías siguen con su matraca de los programas antiestigma, reproduciendo de forma todavía más intensa aquello que presuntamente quieren erradicar.

En un fragmento del cuento *La aseguradora* de Rafael Dieste podemos encontrar uno de los más bellos textos sobre lo que es la participación de la comunidad en salud mental y en el lugar del loco en el espacio público, en tanto ciudadano de pleno derecho, que forma parte de esa comunidad inclusiva como espacio y lugar de encuentro y participación y no de exclusión y encierro.

“...El pueblo de los campos y de la ribera, el que suspende sus cuidados de las estrellas y los vientos y distingue de mocedad y vejez y conoce el aroma de la tierra movida que recibe a los muertos, este pueblo antiguo, nunca es irreverente con los que se extravían, no le parecen alimañas, ni simples mecanismos desarreglados, sino figuras que estremecen o dan que reír y no se les aísla, pues se las conocía de siempre, desde antes del enigma de su trastorno y no es cosa de ignorarlas ahora, porque no se entiendan. Hay que entenderlas de algún modo, haciendo un babel de leyendas o de farsas, para darles alguna suerte de hospitalidad. Y en esta babel fraterna, toda la comarca se vuelve entonces un poco loca...”

*Cuando la locura toma la palabra. Sobre los orígenes del activismo en primera persona**

Rafael Huertas

Dpto. Historia de la Ciencia
Instituto de Historia - CSIC

Correspondencia: rafael.huertas@csic.es

RESUMEN

El presente trabajo ofrece una breve reflexión sobre los orígenes del activismo en salud mental y el movimiento de supervivientes de la psiquiatría en el marco de las luchas por los derechos civiles en los años sesenta y setenta. Se señalan los puntos en común y las deferencias con el movimiento antipsiquiátrico y se destaca la obra de Judi Chamberlin como antecedente fundamental del activismo en primera persona.

PALABRAS CLAVE: activismo en salud mental, sobrevivientes de la psiquiatría, antipsiquiatría, Judi Chamberlin.

ABSTRACT

The aim of this paper is to offer a brief reflection on the origins of mental health activism and the psychiatry survivors' movement in the context of civil rights struggles in the 1960s and 1970s. Points in common and differences with the antipsychiatric movement are highlighted, and the work of Judi Chamberlin is analyzed as a substantial precedent of activism in the first person.

KEYWORDS: mental health activism, psychiatry survivors' movement, antipsychiatry, Judi Chamberlin.

* Este trabajo es parte del proyecto I+D+I RTI2018-098006- B-I00, "De la higiene mental a la postpsiquiatría: la construcción de la salud mental colectiva en la España del siglo XX", financiado por MCIN/AEI/10.13039/501100011033/"FEDER una manera de hacer Europa"

INTRODUCCIÓN

Rechazamos los internamientos psiquiátricos forzados, no sólo los de oficio, sino el conjunto de procesos de admisión involuntaria e incluso los ingresos “voluntarios” sin consentimiento dado con conocimiento de causa. [...] Rechazamos las intervenciones psiquiátricas impuestas, tales como los medicamentos, los electrochoques, la psicocirugía, el aislamiento, las técnicas aversivas de terapia conductual. [...] Rechazamos el sistema psiquiátrico porque es despótico por naturaleza y porque representa una fuerza de policía paralela extra-legal, que suprime las disidencias culturales y políticas. [...] Rechazamos el concepto de “enfermedad mental” porque justifica los ingresos forzados, y especialmente el encarcelamiento de quienes no han cometido ningún delito. Creemos [...] que el sistema psiquiátrico es por esencia un programa de pacificación controlado por los psiquiatras y destinado a constreñir a las personas a ajustarse a las normas sociales dominantes (1, p. 239).

El texto precedente corresponde al manifiesto-programa aprobado en la Cuarta Conferencia Anual sobre Human Rights and Psychiatric Oppression celebrada en Boston en 1976 y organizada por el Mental Patient Liberation Front (2). Sus contenidos pueden parecer radicales y propios de aquella contestataria época. Ya se sabe, revolución, contracultura, antipsiquiatría,... tiempos pasados. Pero si nos detenemos a pensar mínimamente en las reivindicaciones que se plantean vemos que su vigencia es innegable: el problema de los ingresos y/o de los tratamientos involuntarios, de las contenciones, de la etiqueta diagnóstica, etc., y, en definitiva, la consideración de la psiquiatría como una disciplina de poder, son cuestiones que siguen preocupando en la actualidad. El activismo en salud mental, tanto profesional (3) como “en primera persona” (4, 5) retoma, en buena medida, estos discursos críticos, que tienen unos antecedentes históricos que merece la pena explorar. Mi intención en las páginas que siguen es ofrecer una breve reflexión sobre los orígenes del activismo en salud mental en un contexto social y cultural diferente al del presente, pero con más puntos de conexión de lo que puede parecer.

EN TORNO A LOS ORÍGENES

Existen antecedentes de personas más o menos influyentes que relataron sus experiencias como sujetos psiquiatrizados dando lugar a iniciativas de reforma asistencial y de defensa de derechos. Recuérdese, por ejemplo, la labor pionera de Elizabeth Packard, ingresada por su marido en el manicomio de Jacksonville (Illinois) en 1860. Tras ser dada de alta, por orden de un juez (6), desarrolló una intensa actividad que intentó llamar la atención sobre la necesidad de cambiar las leyes y otorgar a las mujeres casadas la autonomía de sus maridos. Gracias, en parte, a sus desvelos, en 1869 se aprobó una legislación en Illinois y Massachusetts que permitía a las mujeres casadas la igualdad de derechos de propiedad y la custodia de sus hijos, lo que al parecer le permitió recuperar a los suyos (7, 8). Entre su producción escrita destacan de manera especial dos libros: uno autobiográfico en el que narra toda su experiencia, la arbitrariedad de su marido, su indefensión y la estancia en el manicomio (9); y otro que relata de manera más específica los avatares de su encierro (10). Su experiencia como mujer psiquiatrizada la llevó también a fundar la Anti-Insane Asylum Society (11).

La figura de Elizabeth Packard ha sido reconocida en el ámbito de la historia de la psiquiatría, equiparándola con otras reformadoras como Dorothea Dix (12), pero sobre todo con el activismo feminista (13) o las relaciones entre poder psiquiátrico y patriarcado (14).

Ya en el siglo XX, resulta de obligada referencia la obra del empresario norteamericano Clifford W. Beers (15), titulada *A Mind That Found Itself* [*Una mente que se encuentra a sí misma*] e inspiradora del movimiento pro-higiene mental en Estados Unidos. Su experiencia como paciente internado en un establecimiento psiquiátrico, diagnosticado de depresión y paranoia, le llevó a plantear la necesidad de una reforma de las instituciones asistenciales, llegando a fundar el National Committee on Mental Health, que más tarde se convirtió en la National Association for Mental Health.

Sin embargo, Beers se vio obligado a hacer concesiones que acabaron desvirtuando en parte sus planteamientos iniciales. Por un lado, la idea de que expacientes y familiares participaran en el movimiento se abandonó muy pronto; y por otro, su inicial hostilidad hacia la psiquiatría y sus profesionales fue atemperándose cuando percibió que para llevar a cabo las refor-

mas institucionales a las que aspiraba resultaba imprescindible el apoyo de los propios psiquiatras (16). En este sentido, cabe destacar el papel desempeñado por Adolf Meyer en la (re)configuración de la higiene mental al introducir, junto a las necesarias reformas institucionales, los principios preventivos y de profilaxis mental (17). La historiografía de la higiene mental es muy amplia y sigue siendo objeto de estudios comparados en la actualidad (18). Baste señalar aquí que dicho movimiento, con características y desarrollos diferentes según el contexto que consideremos, y con sus luces y sus sombras, tuvo su origen en el relato de la experiencia de una persona psiquiatrizada que advirtió de la necesidad de reformas profundas en la asistencia manicomial.

Sin embargo, el activismo propiamente dicho, tal y como se puede entender en la actualidad, surge en los años setenta del siglo XX con la aspiración de tener una capacidad organizativa creciente que permita no solo compartir experiencias o influir de manera más o menos puntual en ciertas reformas, sino pensar y actuar colectivamente. El proceso es largo y complejo pues, como afirmaba Judi Chamberlin: (19):

Es cierto que la mayoría de los expacientes no están organizados, pero este desafío se está superando. Al volverse más visibles los grupos, reclutan a más miembros. Esto ocurre porque los grupos de expacientes dicen la verdad acerca de la experiencia de ser paciente: que la rabia y la frustración de las personas es real y válida, y que sólo manifestándose pueden los individuos que han sido perjudicados por el poder afianzado de la psiquiatría, desafiarlo (19, p. 336).

Las primeras organizaciones de pacientes o sobrevivientes de la psiquiatría aparecen en la década de los setenta en Estados Unidos. En 1970 se constituyó el Insane Liberation Front en Portland y, un año más tarde, el mental Patient Libetarian Projet en Nueva York. Especial significación alcanzaron el Mental Patient Liberation Front, fundado por Judi Chamberlin en Boston en 1972, y Network Against Psychiatric Assault de San Francisco, que se organizó en 1974 en torno a la figura de Leonard Roy Frank y Wade Hudson (20, 21). Estas agrupaciones tuvieron una activa participación en la publicación del *Madness Network News. A Journal of the Psychiatric Survivor Movement*, órgano informativo y de difusión del movimiento, que se editó

entre 1972 y 1986. Asimismo, organizaron la Conferencia anual Human Rights and Psychiatric Oppression, que celebró sucesivas ediciones entre los años 1973 y 1985, como espacio de encuentro reflexivo y colaborativo entre expacientes y profesionales (22, 23). Es, precisamente, en la cuarta de estas conferencias anuales, la de 1976, en la que se aprobó el manifiesto al que aludíamos al comienzo de este ensayo.

Ahora bien, aun coincidiendo en el tiempo y pudiéndose identificar elementos similares en el discurso y en las propuestas de la antipsiquiatría y del movimiento de supervivientes de la psiquiatría. ¿hasta qué punto comparten ideología y estrategias? ¿qué tienen en común? ¿en qué se diferencian?

ANTIPSIQUIATRAS VS SUPERVIVIENTES

Existen, sin duda, paralelismos muy evidentes. Son épocas de cambios sociales, de movimientos de liberación que se influían de manera recíproca y se inspiraban mutuamente, unas veces coincidiendo y atravesándose, otras siguiendo recorridos paralelos. Así ocurre en buena medida entre el movimiento antipsiquiátrico y el de los supervivientes de la psiquiatría: el primero más situado en el ámbito académico y en el de organización de servicios, con experiencias emblemáticas como las míticas Villa 21 de David Cooper o Kingsley Hall de Ronald Laing, en Gran Bretaña, o como la reforma italiana (mal llamada antipsiquiátrica) iniciada por Franco Basaglia (24); y el segundo más volcado al activismo. En todo caso, la relación entre activistas y psiquiatras críticos no deja de ser compleja y ambivalente. Así, por ejemplo, el proyecto Soteria, liderado por el psiquiatra estadounidense Loren Mosher entre 1971 y 1983, estuvo inspirado en parte en la comunidad de Kingsley Hall (25). Una de sus principales características fue el importante papel desempeñado por los no profesionales en el apoyo y acompañamiento de los pacientes. Se argumentaba, en este sentido, que estas personas no estaban “contaminadas” por la ideología psiquiátrica y que, por ello, tendían a actuar de forma más libre y espontánea, y eran capaces de comprender vivencias y acciones propias de una crisis o una reacción psicótica, así como de propiciar un ambiente de tranquilidad sin hostigar, exigir o molestar (26).

El proyecto Soteria está siendo, en los últimos tiempos, reivindicado desde el movimiento de expacientes y supervivientes de la psiquiatría como una notable alternativa a la hospitalización psiquiátrica. Así lo ha expresado, por ejemplo, Peter Lehman, director de la Red Europea de Exusuarios y Supervivientes de la Psiquiatría a finales de los años noventa, y coeditor de *Alternatives Beyond Psychiatry*, en el que se publica un capítulo dedicado a Soteria (27). Para Lehmann (28), a diferencia del modelo médico de “enfermedad”, en Soteria “las llamadas experiencias psicóticas eran consideradas como extremos de características humana fundamentales y, si venía el caso, como expresión potencial de una crisis de vida. De hecho, la función de los acompañantes no era tratar o curar a los afectados, sino estar ahí para ellos” (28, p. 140).

Por su parte, las connotaciones políticas del movimiento anti-institucional italiano son muy evidentes. El Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, en Trieste, fue el primer manicomio del mundo que se cerró por razones políticas. Esta ciudad italiana aparece como un lugar emblemático de transformación de la atención psiquiátrica, pero también de movilización y lucha política. Acciones y estrategias que traspasaron los muros de la institución y buscaron alianzas con otros agentes sociales: periodistas, fotógrafos, políticos, artistas, etc. Trieste se convierte en una caja de resonancia “antipsiquiátrica” que atrae a profesionales críticos y a activistas, entre estos últimos, el Colectivo Socialista de Pacientes (Sozialistisches Patientenkollektiv, SPK), procedentes de Heidelberg (Alemania), que acudieron a colaborar en el proyecto triestino (29).

Trieste fue también la sede, en 1977, de la tercera reunión del Réseau Internacional de Alternativas a la Psiquiatría. Allí se dieron cita, entre más de 4.000 participantes, autores como Robert Castel, Felix Guattari o Mony Elkain, además de los anfitriones, Basaglia y Jervis entre otros, bajo el lema “El circuito del control. Del manicomio a la descentralización psiquiátrica” (30). A dicha reunión asistieron también colectivos de psiquiatrizados, como el SPK o el francés *Marge*. Este último mantuvo unas posiciones muy radicales, mostrando una profunda desconfianza ante cualquier intervención médica, incluyendo a los profesionales más comprometidos, por muy auténtica que pudiera ser su postura crítica. Consideraban que el discurso

de los antipsiquiatras suponía un retorno de la psiquiatría con apariencia progresista que se oponía a la aspiración prioritaria del colectivo que no era otro que la abolición de la medicina mental: “no queremos una psiquiatría de izquierdas o avanzada, sino el fin de la psiquiatría, de su orden, de su discurso, de su ciencia, de su saber, de su práctica y de su control”. Denunciaban la degeneración del Réseau en una grotesca mascarada: “una fábrica de palabras y discursos, un reagrupamiento de personas que escriben libros sobre la practica de otros: un vasto super-show para lucimiento de la jet society más radical” (31).

Denunciaban también la falta de compromiso práctico, para lo cual ponían como ejemplo la pasividad mostrada el año anterior, cuando algunos activistas de *Marge* ocuparon la Embajada de la URSS en París para protestar por la utilización represiva de la psiquiatría soviética, sin que nadie del Réseau acudiera en su defensa cuando resultaron condenados. En consecuencia, terminaban por “desenmascarar a estos Mefistos de la antipsiquiatría”, reclamando a la asamblea la inmediata autodisolución del Réseau Europeo de Alternativa a la Psiquiatría, por constituir “una gigantesca feria de la mentira organizada” (32). Coincidiendo con la constitución del Réseau, ya *Marge* (1975) había mostrado su escepticismo, pronunciándose por una estrategia que implicaba no solo la liberación de todos los “enfermos mentales” y la supresión de los asilos, sino la destrucción de la psiquiatría.

En contrapartida, cabe recordar que un año más tarde de los acontecimientos de Trieste, la cuarta reunión internacional de alternativas a la Psiquiatría, celebrada en Cuernavaca (México) en 1978, registró la participación conjunta de expacientes activistas, como Leonard Roy Frank y Wadew Hudson, y los (anti)psiquiatras David Cooper y Franco Basaglia, junto a otros participantes vinculados al movimiento antipsiquiátrico “clásico” y a organizaciones de sobrevivientes de la psiquiatría.

Vemos pues, cómo el activismo profesional y en primera persona han mantenido, desde sus comienzos, relaciones difíciles y en ocasiones paradójicas, algo que sigue ocurriendo en la actualidad. Por eso, creo que, aunque puedan establecerse puntos en común, similitudes discursivas o conexiones de índole diversa entre el movimiento antipsiquiátrico y el de expacientes y supervivientes, podemos afirmar que cada uno tiene características específicas

que los diferencian suficientemente. La propia Judi Chamberlin (33) consideraba que el movimiento de expacientes y supervivientes se desarrolló en paralelo a la antipsiquiatría, presentando escasas vinculaciones con sus distintas corrientes y con sus teorizaciones (23).

POR NUESTRA CUENTA: EL ACTIVISMO EN PRIMERA PERSONA DE JUDI CHAMBERLIN

El movimiento de sobrevivientes psiquiátricos (más ampliamente, el movimiento de consumidores/sobrevivientes/expacientes) surgió en el marco de las luchas por los derechos civiles de finales de los años sesenta y principios de los setenta y de las historias personales de abuso psiquiátrico que experimentaron algunos expacientes (34). En 1978 la activista y expaciente Judi Chamberlin publicó *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system* (33), en el que, como su mismo título indica, proponía actuar “por nuestra cuenta”, “a nuestra manera”, “por nosotros mismos” (*On our own*); es decir, se trataba de un llamamiento a esos expacientes y supervivientes de la psiquiatría para vivir, actuar y relacionarse sin la tutela de los especialistas ni de las instituciones. La obra de Chamberlin tiene un alcance y una significación histórica fundamental, no solo por ser considerada el texto fundacional del movimiento Orgullo Loco (*Mad Pride*), sino también porque sus aportaciones contienen ya el germen de lo que más tarde serán elementos imprescindibles en el debate sobre el activismo en salud mental.

A la edad de 21 años y tras un aborto espontáneo, Judi Chamberlin presentó un cuadro depresivo por el que, en 1966, recibió tratamiento en varias clínicas psiquiátricas. Al no mejorar fue internada contra su voluntad en el Hospital Estatal de Rockland (Nueva York) durante cinco meses, donde fue diagnosticada de esquizofrenia. Según su propio testimonio, sufrió una gran angustia, fue sometida a aislamiento y tratada con altas dosis de psicofármacos (Thorazine), y fue despojada de sus derechos civiles durante el tiempo que duró su reclusión. Como en otros casos, la experiencia del internamiento y sus penosas condiciones motivaron en Chamberlin propuestas de cambio y de búsqueda de alternativas a la psiquiatría; pero, al contrario que Clifford W. Beers, cuyas aspiraciones reformistas necesitaron –como ya hemos comentado– del apoyo de los profesionales en la constitución del movimiento de Higiene Mental, en esta ocasión lo que se

pretende diseñar es un sistema propio de apoyo entre personas con sufrimiento psíquico sin la supervisión de los profesionales.

Desde comienzos de la década de los setenta, Chamberlin se vinculó al Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de la Universidad de Boston, lo que le facilitó posteriormente la creación de Ruby Rogers Advocacy Drop-in Center. El modelo de centro de acogida (*Drop-in Center*) supuso una alternativa a la asistencia psiquiátrica tradicional basada en los principios de autodefinición y autodeterminación, y en la ayuda mutua. No cabe duda de que la iniciativa de Chamberlin es un muy importante antecedente de otras posteriores como la de *peer-run crisis respite* y otros modelos de *crisis hostel*, o de “refugios”, como la Casa de Escape de Berlín (*Veglaufhaus*); el proyecto Windhorse en Boulder, Colorado; la Associazione Penelope o la Casa de La Cura en Italia; la Cooperativa de la Esperanza en Buenos Aires y un largo etcétera de experiencias, cuyo objetivo final es evitar el ingreso psiquiátrico. Todas ellas se caracterizan por prestar una atención desmedicalizada y no coercitiva a las crisis “psicóticas”, en las que las necesidades son definidas por los afectados y donde el apoyo mutuo de personas que han tenido experiencias similares resulta fundamental (35, p. 252).

A partir de la propuesta de los Drop-in Center, Chamberlin fue estableciendo los conceptos básicos y los principios rectores del movimiento, muchos de los cuales, con más o menos matices, se mantienen en la actualidad. Un primer concepto clave es el de “concienciación”, un proceso a través del cual las personas comparten y exploran sus propias experiencias con el fin de conocer el contexto en el que se desenvuelven sus vidas. Recuérdese que Paulo Freire (36), en su *Pedagogía del oprimido* utiliza también el concepto de concienciación crítica (*conscientização*) en el marco del movimiento de educación popular de América Latina. Este proceso de concienciación (en el que la subjetividad adquiere una gran importancia) resultaría imprescindible para la autodefinición y la autodeterminación de los colectivos, y sería un paso previo para la movilización de individuos y grupos subalternos que aspiren a la desalienación, a la transformación de las relaciones de poder y a la construcción de sociedades más equitativas.

Judi Chamberlin fue también una de las fundadoras y directora de educación del Centro Nacional de Empoderamiento (*National Empowerment Center*) con

sede en Lawrence, Massachusetts. Aunque el concepto de empoderamiento -término ambiguo que no siempre significa lo mismo, y que puede ser utilizado en discursos muy diferentes y hasta contrapuestos (37)- está presente a lo largo de toda su obra, es en un artículo titulado “A working definition of empowerment” (38) donde más claramente podemos acceder a las ideas que esta activista tenía al respecto: reconocimiento de grupos subalternos, autodeterminación, superación estigmas, lucha por derechos políticos y sociales; cambio social, justicia social, concienciación.

Finalmente, merece la pena destacar que Chamberlin llama la atención sobre otra problemática que es objeto de preocupación y debate en la actualidad. El cuerdismo (mentalism/sanism) es un concepto que puede rastrearse también a lo largo de toda su obra. Desde una primera aportación en una obra colectiva en la que relaciona la opresión de las mujeres con la opresión psiquiátrica (39) a textos posteriores (19, 33). El cuerdismo agrupaba un conjunto de supuestos, o prejuicios, que la mayoría de las personas parecían tener sobre los pacientes mentales, considerándolos incompetentes, incapaces de hacer cosas por sí mismos, impredecibles, probablemente violentos o irracionales, y necesitados permanentemente de supervisión y asistencia. Se consideraba que este tipo de ideas estaban muy arraigadas en la opinión pública, pero eran también interiorizadas y aceptadas por buena parte de los pacientes y expacientes.

CUERDISMO, DISCRIMINACIÓN, DESIGUALDAD

El cuerdismo fue asumido de manera desigual por los colectivos de supervivientes de la psiquiatría; con frecuencia fue equiparado con la noción de estigma y también fue objeto de críticas porque centraba su atención en la percepción pública: la visión que los cuerdos tienen de los locos, y no tanto en el carácter multicausal o multifactorial de la discriminación y la exclusión social (40).

En todo caso, no cabe duda de que el cuerdismo es un concepto clave en el ámbito del activismo: al igual que otras formas de discriminación, como el sexismo o el racismo, aparece atravesado por elementos como las desigualdades sociales o las relaciones de poder; por eso entiendo que debe

tenerse en cuenta en cualquier reflexión sobre la situación de las personas con sufrimiento psíquico. En la actualidad, la noción de cuerdisimo ha ido afinándose y matizándose desde el punto de vista conceptual. Así, por ejemplo, Tomás L. Corominas (41) atribuye al cuerdisimo la forma en que los problemas de malestar emocional son invisibilizados e ignorados:

La ignorancia hacia nosotros, una de las causas originales de nuestros males, tiene al menos tres vertientes: por un lado, el simple desconocimiento, la ausencia de información y entendimiento respecto a nuestras vidas; por otro, la deformación de las ideas y sentimientos de la gente hacia nosotros, los estereotipos y prejuicios que dan lugar a discriminaciones flagrantes y a esa serie continua de microagresiones que como el tormento de la gota china nos mantienen en duda constante y tensión permanente (41, p. 228).

Este autor ofrece una interesante reflexión terminológica, cuando afirma que “toda esta atmósfera ignorante e ignoradora, con sus poluciones varias, es la que alimenta el cuerdisimo, mentismo o como lo vayamos a llamar: el conjunto o sistema de ideas, actitudes y comportamientos al que nos vemos sometidos, que limita nuestros derechos, evita nuestra participación en igualdad e impide nuestra libertad”. Hace una matización: mentismo equivaldría a sexismo o racismo, cuerdisimo a machismo”- y compara la discriminación por tener una característica o condición mental concreta con otros tipos de segregación:

La principal diferencia, creo, con mujeres o personas con piel de diferente tonalidad, es que mientras ellas o ellos pueden fácilmente reconocerse, identificarse y apoyarse mutuamente, nosotros evolucionamos separados, aislados, atomizados. Además, a diferencia de quienes cuentan con un signifiante, el significado profundo del cuerdisimo sigue oculto, así que continuamos viéndolo como algo natural, aceptable, lógico, consustancial a nuestra cultura (sic), compartido por todos y todas. Interpreto que de ahí viene en parte la facilidad con que también cada persona que lo padecemos asumimos e incorporamos como propio ese cuerdisimo que nos hace sentir inferiores, infraciudadanos, infrahumanos. Lamentablemente, seguimos negándole identidad y entidad reduciéndolo a estigma, un término confuso, difuso y

completamente inespecífico, que estampa la mancha y señala la marca en nosotros en lugar de identificarlo en esas mentes ignoradoras, en sus miradas confundidas, perturbadas. A nadie se le ocurriría llamar estigma al machismo o al racismo, ¿a qué no?; ¿serías tan amable de preguntarte por qué? (41, p. 229).

La cita textual es algo extensa, pero me parece que resulta muy esclarecedora de lo que puede significar el cuerdisimo en la actualidad.

Vemos, pues, como el estudio de los escritos pioneros del activismo en primera persona, como los de Judi Chamberlin y otros muchos, nos permiten obtener claves históricas de unos procesos y unas dinámicas cada vez más presentes en el ámbito de la salud mental (o del sufrimiento psíquico si se prefiere). Unas claves que nos autorizan a cambiar registros interpretativos sobre la locura y la forma de actuar o intervenir sobre tal condición.

Las posibilidades de información y difusión de un pensamiento alternativo en salud mental que parta de los propios psiquiatrizados han crecido de manera exponencial en los últimos años gracias a las posibilidades técnicas que ofrece la radio (42) y, sobre todo, las redes sociales. Y no me refiero tanto a las conocidas *Mad in America* o *Mad in America Hispanohablante*, que son verdaderos emporios de producción sobre locura, comunidad y derechos humanos, o a redes internacionales como *Hearing Voices* (43, 44), sino a iniciativas más locales como las que, en nuestro medio, pueden representar *Primera Vocal* (<https://primeravocal.org>) y su ingente esfuerzo por recopilar y hacer accesibles textos y materiales que contribuyan, como desde el propio blog se explica, “a combatir la dominación a la que nos vemos sometidos en tanto que psiquiatrizados”. Otras muchas asociaciones, federaciones y redes (Proyecto Chamberlin, Asociación Hierbabuena, Flipas GAM, InsPIRADAS, etc.) han ido surgiendo en los últimos años (45, 46).

A modo de reflexión final, no cabe duda de que en los últimos tiempos el activismo en primera persona está cuestionando, para el que quiera escucharlo, el supuestamente inamovible y cerrado escenario de la salud mental. Un escenario para el que, como advierte Manuel Desviat (47), no parece haber “un afuera”:

No hay un afuera de la psiquiatría biológica, la medicina deshumanizada de las grandes corporaciones técnico-empresariales. No hay un afuera de la desigualdad creciente, la inequidad, el trabajo precario y la servidumbre de los dictámenes de los grupos de presión que dominan el mundo. No lo hay de la alienación consentida, consciente o inconscientemente, del refugio en el nosotros cada vez más reducido en la deuda y el consumo.

(...)

Se hace necesario crear nuevos escenarios de resistencia contrahegemónica y de construcción de alternativas, y es evidente que un futuro alternativo en eso que se ha dado en llamar salud mental es impensable, hoy día, sin contar con todos los agentes sociales implicados y, de manera particular, con las personas con diagnóstico psiquiátrico o con malestares psíquicos, como partícipes con capacidad de decisión en cualquiera que sea la terapia que pueda plantearse, pero también como activistas en un movimiento de transformación de las instituciones y de la teoría y práctica de la salud mental (47, p. 16-17).

En definitiva, “cuando la locura toma la palabra”, según la expresión de Marta Plaza (46), se pone en evidencia no solo la existencia de subjetividades distintas, sino la capacidad de denuncia de vulneración de derechos, la posibilidad de alternativas de atención y de cuidados sin imposiciones –pensadas desde el acompañamiento, el apoyo mutuo y la horizontalidad–, y la constatación innegable de que los seres humanos somos diversos. Una diversidad que nos debe hacer entender que nadie está exento de experimentar malestar o sufrimiento, que es mejor incluir que excluir, que vale la pena apoyarse mutuamente y comprender que agredir e ignorar.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) CASTEL F, CASTEL R, LOVELL A. *La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano*. Barcelona: Anagrama, 1980.
- (2) Conference on human rights and psychiatric oppression. 1976. Retrieved from the Digital Public Library of America. <http://credo.library.umass.edu/view/full/mums768-b015-f024-i006>. (consultado el 1 de abril de 2022.)
- (3) IBÁÑEZ ROJO V. Activismo profesional en salud mental. En Ortiz A, Huertas R (coords.) *Criticas y alternativas en psiquiatría*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2018; 152-188.
- (4) HUERTAS R. *Locuras en primera persona. Subjetividades, experiencias, activismos*. Madrid: Los libros de la Catarata, 2020.
- (5) ERRO J. *Pájaros en la cabeza. Activismo y salud mental desde España y Chile*. Barcelona: Virus, 2021.
- (6) LOMBARDO P A. Mrs. Packard's Revenge. *BioLaw* 1992; 2: 792-796.
- (7) SAPINSLEY B. *The Private War of Mrs. Packard*. Nueva York: Paragon House, 1991.
- (8) CARLISLE LV. *Elizabeth Packard: A Noble Fight*. Urbana: University of Illinois, 2011.
- (9) PACKARD EPW. *Marital power exemplified in Mrs. Packard's Trial, and self-defence from the charge of insanity or, Three years' imprisonment for religious belief, by the arbitrary will of a husband, with an appeal to the government to so change the laws as to afford legal protection to married women*. Hartford, [Ct.]: Case, Lockwood, 1866.
- (10) PACKARD EPW. *The prisoners' hidden life, or, Insane asylums unveiled: as demonstrated by the report of the Investigating committee of the legislature of Illinois, together with Mrs. Packard's coadjutors' testimony*, Chicago: A.B. Case printer, 1868.

- (11) HIMELHOCH MS, SHAFFER AH (1979): "Elizabeth Packard: Nineteenth-Century Crusader for the Rights of Mental Patients", *Journal of American Studies* 1979; 13 (3): 345-375.
- (12) DEUTSCH A. *The Mentally Ill in America: A History of Their Care and Treatment From Colonial Times*, Nueva York: Columbia University Press, 1946.
- (13) CULLEN-DUPONT K. (ed.) *American Women Activist' Writings: An Anthology, 1637-2002*. Nueva York: Cooper Square Press, 2002.
- (14) CHESLER P. *Mujeres y locura*. Madrid: Continta me tienes, 2005 (original de 1972).
- (15) BEERS CW. *A Mind That Found Itself. An Autobiography*, N. York: Doubleday, 1908.
- (16) DAIN N. Critics and dissenters. Reflections on 'anti-psychiatry' in the United States. *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 1989; 25: 3-5.
- (17) DAIN N. *Clifford W. Beers: advocate for the insane*, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1980.
- (18) CAMPOS R, RUPERTHUS M. (eds.). *Higiene mental, psiquiatría y sociedad en Iberoamérica (1920-1960)*. Madrid, Los libros de la Catarata, 2022.
- (19) CHAMBERLIN J. The ex-patients' movement: Where we've been and where we're going. *Journal of Mind and Behavior* 1990; 11 (3): 323-336.
- (20) FRESE FJ, DAVIS WW. The consumer-survivor movement, recovery, and consumer professionals. *Professional Psychology: Research and Practice* 1997; 28 (3): 243-245.
- (21) TOMES N. The patient as a policy factor: a historical case study of the consumer/survivor movement in mental health. *Health Affairs* 2006; 25 (3): 720-729
- (22) CHAMBERLIN J. Speaking for ourselves: An overview of the expsychiatric inmates' movement. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1984; 8 (2): 56-63.
- (23) CEA-MADRID JC, CASTILLO-PARADA T. Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas. *Teoría y Crítica de la Psicología* 2016; 8: 169-192.

- (24) HUERTAS R. Vieja y nueva psiquiatría. En Ortiz A, R. Huertas R. (coords.) *Críticas y alternativas en psiquiatría*. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2018; 19-74.
- (25) MOSHER LR. Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1999; 187 (3): 142-144.
- (26) MOSHER L R, REIFMAN A, MENN A Z. Characteristics of nonprofessionals serving as primary therapists for acute schizophrenics. *Hospital and Community Psychiatry* 1973; 24: 391-396.
- (27) ADENHOLD V, STASTNY P, LEHMANN P. SOTERIA: An alternative mental health reform movement. En Stastny P, Lehmann P. (eds.) *Alternatives beyond psychiatry*, Berlín: Peter Lehmann Publishing, 2007; 146-160.
- (28) LEHMANN, P. (2013): Alternativas a la psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2013; 33 (117): 137-150.
- (29) SPK (Socialist Patient's Collective). *Turn illness into a weapon for agitation by the Socialist Patients' Collective at the University of Heidelberg*. Heidelberg: KRRIM, 1993.
- (30) ELKAÏN M. (ed.) *Réseau Alternative à la psychiatrie, textes recueillis*. París: UGE, 1977.
- (31) Marge. Pourriture de Psychiatrie, *Marge* 1975; 6, <https://comedesfous.com/texte-constitutif-du-reseau-europeen-alternative-a-la-psychiatrie-marge-6-1975> (consultado el 15 de abril de 2022).
- (32) Polo C. Trieste, 1977: el primer desmantelamiento público de un manicomio. Testimonio de un médico residente de primer año. En Esteban S et al (coords.) *Historias de la salud mental para un tiempo nuevo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2016; 193-204.
- (33) CHAMBERLIN J. *On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System*. Nueva York: Haworth Press, 1978.
- (34) MORRISON L. *Talking Back to Psychiatry. The Psychiatric consumer/survivor/expatient movement*. Londres/Nueva York: Routledge, 2005.
- (35) ORTIZ LOBO A. *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid: Grupo 5, 2013.

- (36) FREIRE P. *Pedagogía del oprimido*, Madrid: Siglo XXI, 2012 (original de 1968).
- (37) HUERTAS R. El discurso de la emancipación: ambigüedades y apropiaciones. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 2021; 18 (1): 37-49.
- (38) CHAMBERLIN J. A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1997; 20 (4): 43-46.
- (39) CHAMBERLIN J. Women's Oppression and Psychiatric Oppression. En Smith DE, David SJ. (eds.) *Women Look and Psychiatry*. Vancouver: Press Gang Publishers, 1075; 39-46.
- (40) SAYCE L. *From Psychiatric Patients to Citizen: Overcoming Discrimination and Social Exclusion*. Basingstoke: Macmillan, 2000.
- (41) COROMINAS T L. Acuerdia y las Autopsicuelas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2016; 36 (129): 225-238.
- (42) CORREA-URQUIZA M. *Radio Nikosia: la rebelión de los saberes profanos*. Madrid, Grupo 5, 2015.
- (43) ROMME M, ESCHER S. *Making Sense of Voices: A Guide for Mental Health Professionals Working with Voice-Hearers*. Londres: Mind Publications, 2000.
- (44) ROMME M, ESCHER S (eds.) *Accepting Voices*. Londres: Mind Publications, 1993.
- (45) CAZORLA PALOMO J. Análisis del mundo asociativo 'en primera persona' en salud mental en Cataluña. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social* 2018; 25: 115-132.
- (46) PLAZA M. (2019): "Cuando la locura toma la palabra. *El Salto*, 2019. <https://www.elsaltodiario.com/salud-mental/cuando-la-locura-toma-la-palabra-activismo-salud-diversidad-orgullo-loco> (consultado el 5 de mayo de 2022).
- (47) Desviat M. *Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Madrid: Grupo 5, 2016.

Trastorno mental común: ¿es posible un nuevo trato?

Ramón Ramos Ríos

Psiquiatra
Unidade de Saúde Mental de Mollavao. Pontevedra

Correspondencia: treserres32@gmail.com

Estas son unas jornadas condicionadas por un nuevo contexto, el del post-covid, que hemos querido resumir bajo el título de “nuevo trato”. Bajo este paraguas se cobija una nueva situación que hace unos meses parecía que se abría camino, en lo político, económico y social: la de un interés renovado por la salud mental de la población, y una esperanza, que esta oportunidad se aprovechase para mejorar el trato a los problemas de salud mental. Desde entonces ha habido movimientos en lo político y económico, pero, en mi opinión, pocos cambios en lo asistencial, quizá sólo una mayor saturación y una mayor acentuación de las contradicciones que saldrán a relucir en mi exposición.

No tengo muy claro cuando el uso del término trastorno mental común se generalizó, sobre todo en lo que se refiere en la planificación sanitaria. En todo caso es un término que aparece en oposición al trastorno mental grave o severo, siendo ambos términos útiles sobre todo en lo que se refiere a la organización de la asistencia y el tipo de servicios que requerirán. Dicen poco de lo que son, pero sí dicen mucho de donde están.

El término común en la RAE tiene varias acepciones (1). Debemos reconocer que entre las primeras que nos vienen a la mente a muchos psiquiatras se encuentran las que dicen “ordinario, vulgar, frecuente y muy sabido” o “bajo, de inferior clase y despreciable”, lo equivalente a trastorno mental o patología

menor, en contraposición al trastorno mental grave que debiera ser el objeto de nuestros desvelos. Señalaría aquí la primera contradicción, ya que ese “muy sabido” no lo es tanto y de ahí esa insuficiencia en su abordaje. En esta línea irían observaciones como las extraídas del estudio de Calderón y col. 2009 en el que tanto médicos de atención primaria como psiquiatras reconocían su frustración por la falta de correspondencia entre la descripción de los trastornos depresivos que se encontraban en las guías y la presentación en la práctica cotidiana (2). Desde mi punto de vista, con la experiencia que tengo, estamos muy lejos de ese “muy sabido”, no sólo por la falta de interés que puede suscitar el estudio de estos trastornos tanto por especialistas “psi” como por médicos de familia en formación, sino por la falta de saber en relación al caso concreto, en este caso ya no sólo por factores personales (profesionales con más o menos gusto por lo mental), sino por la organización de la asistencia, lo que tiene que ver con tiempos y objetivos generales. Saber en el trastorno mental común requiere habilidades de entrevista para explorar la psicopatología, pero también una conversación que permita entender el contexto. Una conversación que debe incluir las circunstancias personales, pero también el conocimiento del contexto general (organización de la asistencia, condiciones de vida, recursos productivos de la comarca, conflictos sociales, problemas económicos...) para acceder a conocer la demanda. Estamos muy lejos de esto y creyendo que estamos ante “lo muy sabido” abrimos paso a otra de las acepciones de lo común en el sentido de “lo corriente, recibido y admitido de todos o de la mayor parte”, al cronificar todas estas problemáticas que se convierten en trastornos prevalentes (o frecuentes) y sancionar como corriente el uso de ansiolíticos y antidepresivos de un modo general en la población.

La otra acepción que nos remite al lugar de presentación de estos trastornos, el ámbito de la comunidad, los centros de salud comunitarios, las unidades de salud mental comunitarias, sería “que, no siendo privativamente de nadie, pertenece o se extiende a varios”. Este podría ser el origen del mayor interés por estos trastornos en el momento actual. Se da una situación que automáticamente desde el inicio se extiende a la comunidad, se dan mensajes a la población en relación a que la conducta colectiva es fundamental para afrontar esta crisis, se colectiviza el sufrimiento y se asume que las repercusiones en la salud mental van a ser frecuentes y comunes. Pasado el tiempo parece que esto se va diluyendo, pero queda el mantra de esa cuarta o quinta ola

que alienta a los poderes públicos para la toma de soluciones, pero sin aportar un nuevo trato, ya que pasan por lo individual. Recordemos el manejo que se hizo de la salud mental de los profesionales sanitarios, con muchas intervenciones dirigidas a la gestión individual del malestar, negando que su origen tenga que ver con problemáticas estructurales, colectivas y organizativas. Y recuerdo que al inicio de toda esta crisis no queríamos *mindfulness*, queríamos, sobre todo, mascarillas (3).

Y, ¿que pasa con las unidades de salud mental comunitarias antes y después del covid? Ya comenté que hay algún estudio cualitativo con la visión de profesionales tanto de los propios centros como de atención primaria (2). Sin contar con estudios que aporten datos objetivos en nuestro contexto asistencial, me atrevo a dar brevemente mi impresión sobre cuál puede ser la percepción de los actores implicados:

–Para los profesionales de las unidades de salud mental: saturación, falta de tiempo, demandas espúreas, abuso del sistema, burocratización, falta de equipo.

–Para los profesionales de atención primaria: dificultades de acceso, falta de comunicación y coordinación, falta de información (a mi entender manifestando menos quejas de lo que cabría esperar con las prácticas actuales, posiblemente por existir mayores barreras con otras especialidades hospitalarias).

–Para los pacientes: falta de acceso, trámite, diferentes expectativas, lugar de la queja, respuesta mágica a cualquier malestar.

A nivel profesional enfrentamos una de las mayores contradicciones que impregnan el conocimiento sobre el trastorno mental común (TMC) y que condicionan la frustración de muchos de los que desarrollan su actividad clínica en los lugares en donde se atienden. Alternativamente tenemos conocimiento de estudios, materiales divulgativos o noticias que hablan del infradiagnóstico de numerosos trastornos, fundamentalmente depresivos y trastornos de ansiedad, pero también otros como la fobia social, el trastorno por estrés post-traumático o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y de otros que alertan de la medicalización y psicologización de la vida cotidiana, del excesivo uso de psicofármacos, del abuso de diagnósticos (4). Se da la paradoja de unas consultas a rebosar que dejan fuera a la mayor parte de las personas

que padecen algún trastorno mental (no sólo aquellas que sufren un TMC, sino que las personas con TMG acaban teniendo una atención deficiente por esta saturación), que quedan sin detectar sufriendo en la comunidad o perdidas en las también colapsadas consultas de atención primaria (AP) bajo una maraña de quejas somáticas, mientras los especialistas de salud mental se quejan de que gran parte de las consultas que deben atender no son por cuadros patológicos sino que responden a problemas de la vida.

Hay una última acepción en el diccionario de la RAE que resulta sorprendente, que es la que da como sinónimo de común la palabra “retrete” y que creo que también se ajusta a la situación asistencial de este tipo de problemas y a la función evacuatoria que se despliega ante estos y la incomodidad que generan.

Un modelo útil para entender como acceden los TMC y los problemas de la vida a los distintos lugares asistenciales es el de los niveles de Goldberg (5, 6).

Nivel 1: La comunidad.

Nivel 2: Pacientes atendidos en AP.

Nivel 3: Pacientes identificados en AP.

Nivel 4: Pacientes en servicios especializados (ambulatorios).

Nivel 5: Pacientes que precisan ingreso en servicios psiquiátricos.

Los 5 niveles pueden ser entendidos en una disposición de forma piramidal (Figura 1). En el nivel 1, existe coincidencia en considerar que los TMC son prevalentes en población general. Carecemos de datos epidemiológicos

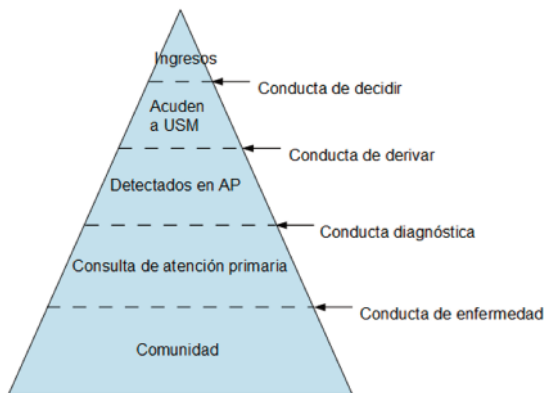


FIGURA 1: Pirámide de Goldberg y Huxley, 1980 (adaptada de J.L. Pedreira, 1996)

sobre la influencia de la pandemia en el aumento de la incidencia, pero posiblemente haya aumentado. Según los datos del último estudio epidemiológico de Galicia (7), con un trabajo de campo realizado en 2009, que haría necesaria una actualización, el 21.6% de los adultos gallegos que viven en sus domicilios han experimentado algún trastorno mental a lo largo de su vida y el 7.4% durante el último año. Además existe una importante prevalencia de trastornos subumbrales de depresión y ansiedad que no alcanzan los criterios diagnósticos investigadores pero que pueden cursar con malestar subjetivo y necesidad de atención sanitaria.

En el nivel 2 se ofrecen resultados que indican que al menos una cuarta parte de las personas atendidas en AP presentan un trastorno mental (8). De estas se estima que sólo aproximadamente un 5% son derivadas a SM y son suficientes para el colapso de estas consultas.

Entre estos niveles se establecen filtros que determinan el paso entre un nivel y otro y el lugar o lugares en los cuales se va a gestionar o tratar el malestar individual. Así:

Filtro 1: Decisión de consultar.

Filtro 2: Detección en AP.

Filtro 3: Derivación a Salud Mental.

Filtro 4: Ingreso en unidades hospitalarias.

Realmente en el nivel especializado de salud mental sólo tenemos control sobre el filtro 4 (y ni eso algunas veces, por las tensiones que suele haber en los servicios de Psiquiatría entre los dispositivos comunitarios y hospitalarios).

En el que apenas se puede ejercer control es en el filtro 1, debiendo estudiar las razones por las que hay personas con trastornos que no consultan y se da el fenómeno contrario por el que personas aparentemente sanas demandan servicios y soluciones para sus problemáticas en el ámbito sanitario. Esto va a depender fundamentalmente de factores de orden socio-cultural y psico-social. En este momento post-pandémico posiblemente esté influyendo la divulgación y popularización en torno a la problemática de salud mental y el mensaje desde los poderes públicos y distintos agentes políticos de que hay un derecho a su atención en servicios sanitarios públicos.

El estudio epidemiológico gallego arrojó datos preocupantes a este respecto (7). Porcentajes elevados de personas con un trastorno psiquiátrico grave o moderado no habían utilizado ningún servicio sanitario, ni atención primaria ni especializada, durante el último año (43.6% y 72.7%, respectivamente). El porcentaje se elevaba aún más para los trastornos por uso de sustancias. El 34.0% de los casos (prevalencia en el último año) había contactado con algún servicio sanitario durante el periodo. El porcentaje de uso más alto correspondió a los trastornos depresivos (53.0%). Se observaba un alto porcentaje de uso de los servicios de salud mental por parte de personas sin diagnóstico psiquiátrico en el último año ($181/263=68.8\%$ de los usuarios).

En el nivel 3 se pueden hacer tres grupos entre los casos que se detectan en AP (6):

- Pacientes que padecen un TMG.
- Personas que sufren un TMC que necesitan tratamiento que puede ser ofrecido en el nivel AP o en el siguiente nivel.
- Quejas y malestares inespecíficos, problemas transitorios, situaciones externas difíciles de modificar, síntomas subsindrómicos subsidiarias de apoyo e intervenciones psicosociales.

Formación, capacitación, tiempo, interés por lo mental, visión holística, funcionamiento en equipo, colaboración con el siguiente nivel, van a ser requisitos fundamentales para el manejo y resolución satisfactoria de esta demanda en AP y para que sean los menos los casos que quedan sin detectar o tratar en el nivel 2, que reciben tratamientos que puedan resultar ya-trógenos en el nivel 3 (epidemia de uso de ansiolíticos o analgésicos) o que se derivan incorrectamente al nivel 4 con resultado de psiquiatrización de la vida cotidiana. Todo este flujo entre niveles está atravesado por la cuestión de género –ya que las mujeres van a padecer con más frecuencia TMC, sobre todo depresivos, pero además se les va a recetar más que a los varones–, por las diferencias socio-económicas, por la precariedad de condiciones de vida y la expresión de este malestar en el ámbito sanitario y por las barreras para el acceso a tratamientos psicológicos.

Sobre los motivos para derivación a salud mental, se suelen destacar: la no respuesta al intento terapéutico, la petición del propio paciente y la gravedad

clínica. Aún así, pacientes sin patología van a llegar a ser atendidos en el nivel de las consultas de salud mental, existiendo estudios que sitúan la proporción de casos en los que no se identifica ningún trastorno entre el 19-33% (9), situación paradójica por la cual al mismo tiempo que hay un importante porcentaje de población en la comunidad que sufre trastornos mentales sin diagnosticar, una proporción no desdeñable de los pacientes atendidos en el nivel de salud mental no padecen un trastorno mental. Hay que tener en cuenta que en España es habitual que los pacientes que llegan al nivel de consultas de salud mental sigan siendo atendidos en el mismo, siendo menos habitual la devolución a atención primaria o la atención compartida. Se han dado distintas explicaciones para este fenómeno, en general relacionadas con las dificultades para el trabajo en equipo y la comunicación entre profesionales (8, 10). El hecho de que los pacientes que acceden al nivel de consultas de salud mental tiendan a permanecer en dicho espacio, da cuenta de la importancia de este filtro, bidireccionalmente, tanto para la derivación desde atención primaria como para la devolución a este nivel o la redefinición de la demanda fuera del ámbito sanitario, en la comunidad. En esta línea se encontrarían las propuestas de intervenciones como la de la indicación de no-tratamiento; frente a la intervención del profesional, que, bienintencionadamente ofrece un tratamiento farmacológico o psicológico para el malestar que se le presenta en consulta aunque no sea posible establecer un diagnóstico de trastorno mental, se ofrece una intervención diferente en la que se resignifica la demanda, se genera una narrativa distinta que aclara que posiblemente la solución no sea sanitaria y se plantean alternativas para su afrontamiento. Esta intervención según los autores que la defienden debe reunir unas características técnicas que permitan que la persona no se sienta expulsada del sistema sanitario sino correctamente atendida y tener un carácter de intervención preventiva (11, 12, 13). Obviamente necesitará de un tiempo suficiente, no siempre disponible en las consultas de salud mental y menos aún en AP (aunque en AP se cuente con la ventaja de un mayor conocimiento del contexto).

Respecto a las tipologías que acuden a consulta en salud mental, tiene interés la clasificación de Armas y Varela (13) sobre los pacientes que acuden a un CSM demandando ayuda:

–El paciente con trastorno mental diagnosticable y tratable según criterios psicopatológicos y terapéuticos, cuyo tratamiento es el objetivo

de los dispositivos y hacia el que se orienta nuestra formación.

–Los que tienen problemas y por lo tanto una reacción emocional congruente con su situación vivencial. En la mayoría de los casos se los puede identificar por su leimotiv “no es justo”. En estos casos nuestra intervención debe facilitar que se reoriente la demanda fuera del ámbito sanitario, hacia sindicatos, abogados, servicios sociales.

–Los que sufren. Víctimas de desgracias, suelen presentar de manera habitual reacciones de pérdida que les superan. Su leimotiv “no lo soporto...” En este caso la demanda es de satisfacer las necesidades de dependencia o de una solución mágica, ante la cual debemos evitar la tentación de sentirnos omnipotentes.

–Los que buscan algo, los que se mueven por interés: demandas de bajas laborales, certificados de invalidez, una pensión, etc. Dentro de esta categoría podemos diferenciar dos subgrupos: “yo lo quiero” y “yo lo merezco”.

Cabe destacar que las categorías expuestas no son excluyentes, es decir, que habitualmente los pacientes a los que atendemos no suelen pertenecer exclusivamente a una de las categorías mencionadas. Al contrario, en la mayoría de las ocasiones comparten características de dos, tres o hasta cuatro categorías simultáneamente.

El problema es que una vez que llegan a consulta, automáticamente solemos inscribir a todos los pacientes en el grupo 1, sancionar que padecen una patología, darle una respuesta sanitaria con el riesgo de yatrogenia y de cronificación que esto supone. Situación no sólo favorecida por el contexto asistencial, sino que forma parte de un discurso co-creado en el marco socio-cultural actual que propugna la necesidad de contar con expertos para la gestión de todo tipo de malestares.

Ante esta situación, en la que toda demanda que tenga la pátina de lo “psi” debe ser atendida y, si no resuelta, contenida, e idealmente derivada a un experto que la resuelva, se da la saturación de las consultas de salud mental (también de AP, pero me centraré en las primeras). Al darse el caso de que muchos pacientes de los que acceden a las unidades de salud mental no consiguen salir de salud mental, los esfuerzos de los gestores se están cen-

trando en la manera de que no lleguen a este nivel. Existen distintos modelos para afrontarlo (10, 14):

- Derivación
- Colaboración o enlace
- Sustitución o reemplazo

En este momento me parece de interés poner en relación estas distintas modalidades con la planificación estratégica de salud mental vigente en este momento, que es la del Plan de Salud Mental de Galicia poscovid que trata la relación con AP en los objetivos: mejorar la atención a las personas con depresión y favorecer el acceso a los tratamientos y evitar la cronificación del eje 2 que encabezan con el título “la recuperación como meta” (15).

En el modelo de derivación (que normalmente se supone acompañado de una colaboración que no se llega a sustanciar, por falta de tiempo, espacios, comunicación...), tienen un papel importante los protocolos, algoritmos, guías clínicas, procesos integrados, que muchas veces cuesta aplicar al caso concreto (porque no hay patología, o si la hay es leve y tienen más importancia en la demanda motivaciones de los grupos 2 a 4 que comentamos más arriba). Estarían en esta línea los proyectos recogidos en el plan: elaboración de un proceso integrado de atención a la depresión (proyecto 15) o la estratificación de los pacientes que acceden a SM desde AP (proyecto 23).

En el plan de salud mental poscovid se da una apuesta aparente por un modelo colaborativo, sobre todo por el contenido del objetivo 2.4., favorecer el acceso a los tratamientos y evitar la cronificación, que incluye dos proyectos de este tipo: por una parte diversos programas de enlace (aparentemente centrados en el poscovid) y programas de asistencia a través de TICs

Por último, sin hacerlo explícito, en el plan (proyecto 16, incrementar intervenciones psicológicas en depresión), parece que se abre la puerta a la aplicación del modelo de sustitución. Modelo ahora mismo situado en una posición ventajosa, por el colapso y falta de efectividad del modelo de la USM, y por estar alineado con demandas de los profesionales y de la población. Si bien existen experiencias que están mostrando datos de eficacia y satisfacción prometedores (14, 16), debemos considerar que se producen en condiciones ideales de aplicación: ensayos, programas piloto, motivación de actores im-

plicados, etc., y que esta vía no está exenta de riesgos como puede ser el paso de la medicalización a la psicologización del sufrimiento o el colapso si no se consiguen formas de colaboración, intervenciones orientadas a la despatologización, como la ya comentada “indicación de no-tratamiento” o una buena coordinación con el ámbito social.

A MODO DE CONCLUSIONES:

1. Es necesario un nuevo trato a los trastornos mentales comunes, pero no sólo por el post-covid o no fundamentalmente por esto, sino porque ya antes, la evolución de la organización de la asistencia sanitaria a la salud mental en la comunidad había dado lugar a:

–Falta de detección y atención deficiente a trastornos graves y moderados.

–Ocupación del espacio asistencial por trastornos leves o problemas de la vida cotidiana.

2. Los planificadores sanitarios vuelven a fórmulas ya ensayadas, en algunos lugares con éxito, pero que posiblemente colapsen por:

–Falta de tiempo y recursos humanos que no dotarán o sólo por periodos limitados.

–Ausencia de una mirada crítica.

–Dificultades para constituir los equipos, lo cual es un importante problema de las organizaciones (17)

3. Desde nuestro lugar, yo plantearía una respuesta desde la clínica cotidiana que podría consistir en establecer conversación, volver a hablar unos con otros, psiquiatras con médicos de AP, los miembros de los equipos de salud mental, hablar con los pacientes y con la comunidad, que este conversar lleve a una familiaridad, a un nuevo trato y a un saber que permita nuevas respuestas y nuevos significados más allá de la derivación y devolución, la receta y la psicoterapia cognitivo-conductual.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española*. Vigésimo segunda edición. Madrid, 2001.
- (2) CALDERÓN GÓMEZ, C.; RETOLAZA BALSATEGUI, A.; BACIGALUPE DE LA HERA, A.; PAYO GORDON, J.; GRANDES ODRIUZOLA, G. *Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas*. *Atención Primaria* 2009; 41(1): 33-40.
- (3) CHEN, Q.; LIANG, M.; LI, Y.; GUO, J.; FEI, D.; WANG, L.; HE, L.; SHENG C.; CAI, Y.; LI, X.; WANG, J.; ZHANG, Z. "Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak". *Lancet Psychiatry* 2020 Apr; 7(4):e15-e16.
- (4) HERNÁNDEZ MONSALVE, M. "La psicoterapia en el tratamiento de los trastornos mentales comunes". En: RETOLAZA, A. (Coord.) *Trastornos mentales comunes: Manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios, 2009. p. 279-299.
- (5) GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*. Londres: Tavistock, 1980.
- (6) RETOLAZA, A. Visión general. En: RETOLAZA, A. (Coord.) *Trastornos mentales comunes: Manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios, 2009. p. 17-96.
- (7) XUNTA DE GALICIA. *Prevalencia de los trastornos mentales en Galicia*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia-Servicio Gallego de Salud; 2017.
- (8) GARCÍA CAMPAYO, J.; OROZCO, F. "La comunicación entre el médico de atención primaria y el psiquiatra". En: VÁZQUEZ-BARQUERO, J.L. (Editor) *Psiquiatría en Atención Primaria* (2ª edición). Madrid: Grupo Aula Médica; 2007. p. 127-137.
- (9) ORTIZ LOBO, A.; GARCÍA MORATALLA, B.; LOZANO SERRANO, C. "Las consultas sin patología en salud mental". En: RETOLAZA, A. (Coord.) *Trastornos mentales comunes: Manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios, 2009. p. 97-108.

- (10) CARMONA CALVO, J.; GUTIÉRREZ IGLESIAS, A.; MAQUEDA MADRONA, T.; DE OSMA RODRÍGUEZ, F.; TEJERO BERNAL, M. “Hacia un modelo de cooperación”. En: RETOLAZA, A. (Coord.) *Trastornos mentales comunes: Manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios, 2009. p. 109-145.
- (11) GARCÍA MORATALLA, B. Indicación de no-tratamiento para personas sin diagnóstico de trastorno mental. *Norte de salud mental* 2012; 43: 43-52.
- (12) ORTIZ LOBO, A. El significado de las demandas “menores” en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2011; 31 (112): 609-611.
- (13) ARMAS BAFRBAZÁN, C.; VARELA PUGA, E. “La indicación de no-tratamiento”. *Siso Saúde* 2015; 56-57: 333-340.
- (14) GRUPO DE TRABAJO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA E SAÚDE DO COLEXIO OFICIAL DE PSICOLOGÍA DE GALICIA. Documento marco de la Psicología Clínica en Atención Primaria. 2018.
- (15) XUNTA DE GALICIA. *Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19. Periodo 2020-2024*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia-Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde-Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria; 2020.
- (16) CANO-VINDEL, A.; MUÑOZ-NAVARRO, R.; MORIANA, J.A.; RUIZ-RODRÍGUEZ, P.; MEDRANO, L.A.; GONZÁLEZ-BLANCH, C. “Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial”. *Psychological Medicine* 2021 Feb 8:1-13.
- (17) VALLEJO JIMÉNEZ, F. “Características, funciones y tareas de los equipos comunitarios de salud mental”. En: LEAL RUBIO, J (coord). *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios, 1997. p. 59-89.

“De cerca nadie es normal”

Esteban Morilla

Psiquiatra. Centro Hospitalario de Cadillac (Gironde-France)
Director médico de la Estructura Interna del Polo de Psiquiatría del Niño y del Adolescente
Jefe de Servicio del Centro de Día “L’Ile verte”
Jefe de Servicio del Centro de Atención Temprana “A petits pas

Correspondencia: emorilla@wanadoo.fr

Chús Gómez me sorprendió un día, allá por los años noventa, con esta frase. Me impactó y se ha hecho inolvidable. Una de esas frases que nos van construyendo. Éramos aún residentes de psiquiatría en el hospital psiquiátrico “El Rebullón”, situado en el alto de Puxeiros. Allí comenzó esta entrañable historia de amistad y de humanismo entre profesionales y pacientes. El Rebullón fue el último hospital psiquiátrico que se construyó en España.

La Voz de Galicia del 24 de enero del 2016, relata en un breve resumen la historia compleja de este hospital psiquiátrico. “El Rebullón –cito el periódico–, carecía de seguridad (se entiende que se trata de agentes de seguridad y de medios coercitivos limitando la libertad del individuo). Había espacios abiertos, jardines, cuartos con cuatro enfermos como máximo y la filosofía era otra. Era algo revolucionario en psiquiatría. No había ninguna medida restrictiva, ni camisas de fuerza ni habitaciones de reclusión ni nada, decía Tiburcio Angosto, jefe de servicio en ese hospital entre 1977 y 1998, que después se trasladó al Nicolás Peña”.

En el Rebullón, hice mi primer encuentro con la locura y con un equipo de profesionales extraordinarios, con espíritu humanista y rompedor con la tradición manicomial, y de los que aprendí los principios sobre los que

fui construyendo mi carrera de psiquiatra. También fue el lugar de encuentro con el psicoanálisis de orientación lacaniana. Y el *Siso/Saúde*, revista de la Asociación Galega da Saúde Mental, que mis maestros habían fundado en el verano del 84, fue una de las primeras lecturas de esa psiquiatría rompedora.

En la primavera del 82 aparece el número cero de la revista *Inter-nos*, embrión fecundo del *Siso*: unas hojas reunidas con grapas que tenían el valor, signo de la valentía de unos pocos, de clamar y proclamar la dimensión ética en nuestra práctica clínica, saliendo del desierto de la incomunicación y la ignorancia mutua en la que se encerraban los profesionales en esos años de transición política, tras muchos años de desesperanza y hastío ligados a la psiquiatría represiva y carcelaria, sostenida por el régimen franquista.

En el Rebullón encontré la dimensión ética en la práctica de la psiquiatría, después vendría el psicoanálisis. Freud, sin utilizar la palabra ética, siempre hablo de ella. Lacan, por su parte, había escrito en 1958 “una ética se anuncia”.

El psicoanálisis comenzó como una técnica médica, basada en el deseo de Freud, es decir, una respuesta clínica, un gesto original ante el sufrimiento y los síntomas de la histeria. El gesto de Freud –a la vez inaugural y profundamente afectado por las mutaciones de su tiempo– también forma parte de un pensamiento y una redefinición del ser humano. Los psicoanalistas, siguiendo a Freud, cualesquiera que sean sus divergencias, diferencias y diversidades, han contribuido cada vez más a que el psicoanálisis se convierta en el guardián/garante/defensor de una determinada idea de subjetividad.

El psicoanálisis tiene un objetivo ético, el del valor de la palabra y del ser humano como ser de lenguaje. Esto lo encontré en el Rebullón, más allá de las diferencias, y las divergencias, entre mis maestros. Y el *Siso* era un testigo sincero y auténtico de la esperanza de unos pocos profesionales pioneros y comprometidos con la palabra del enfermo. En este número 68-69 celebramos el 40 aniversario del *Siso*. Chús Gómez ha sido durante 22 años, desde el 2000 (es fácil hacer la cuenta), su directora de publicaciones, y ha sabido mantener y actualizar, en cada momento de esta larga historia, el espíritu rompedor y la ética que han presidido a la fundación y publicación de la revista. Mis más



Ilustración de Pablo Bernasconi, diseñador, ilustrador y autor argentino.

sinceras felicitaciones por esta labor silenciosa, seria y valiente, que es mantener la antorcha de la ética del sujeto como principio esencial en nuestra disciplina: la psiquiatría.

«De cerca nadie es normal», es una frase de Caetano Veloso, músico, cineasta, poeta y activista político brasileño. Es hermano de la cantante María Bethânia. Caetano Veloso nos propone acercarnos a los otros para ver la riqueza y profundidad de los demás. La cercanía permite el reconocimiento y facilita los encuentros singulares.

La normalización surge de la generalización, de los estereotipos, de las clasificaciones: poner en compartimentos, y de fijar la realidad, de determinarla, con definiciones. Es necesaria la distancia, el no preguntar, el no indagar y no dejarse impactar. Todo adquiere un tono monocromo, en el que se pierden los detalles, se obvian peculiaridades, y se dejan de lado las particularidades.

La cercanía requiere salir de las propias seguridades, abrirse a lo imprevisto, a lo improbable, y aprender, decidirse a dejarse afectar, y dejar de lado las

certezas, en palabras de Virginio Baio, psicoanalista italiano fundador con Antonio Di Ciaccia de la Antena 110 en Bélgica, institución para niños psicóticos y autistas, *saber no-saber*.

Lacan, en un texto de 1979 que lleva por título: *Lacan pour Vincennes!*¹, escribe, refiriéndose a Freud: “Consideró que la realidad no es más que un sueño, y que todo el mundo está loco, es decir, delira”.

Sin embargo, la idea clásica que tenemos de la locura y del delirio, definido como objeto de estudio científico a partir del siglo XIX, es que solo afecta a un pequeño número de personas. Los estudios epidemiológicos recientes confirman esta idea, según esa concepción del delirio.

Según un estudio finlandés, realizado en población general en el 2007, la prevalencia de patologías psicóticas a lo largo de una vida superaría el 3% de la población. Varios otros estudios estiman que la prevalencia de los trastornos bipolares tipo I y de la esquizofrenia es de alrededor del 1% en la población general.

Hasta los años 70, Lacan mantiene la noción del binario neurosis-psicosis. Esta distribución está basada en el Edipo freudiano. El delirio es una de las principales manifestaciones de la psicosis. El neurótico no es un delirante en el sentido psiquiátrico clásico. “El delirio, nos dice Freud, es la consecuencia de una pérdida de la realidad, el yo se retira de una parte de la realidad. El delirio es una reconstrucción a partir de esa pérdida: el nuevo mundo exterior fantasmático de la psicosis quiere ocupar el lugar de la realidad exterior”².

La inmensa mayoría de los humanos se conforman partiendo de la estructura edípica (lógica estructural del lenguaje), pero hay otros que no encajan en esta lógica, están apartados de la realidad edípica y construyen, cada uno a su manera, otra realidad, de la que el delirio es la manifestación principal.

¿Cómo llegó Lacan a hacer del delirio una respuesta para todos?

En su última enseñanza Lacan desplaza la cuestión hasta entonces inamovible del binario estructural neurosis-psicosis, y de la lógica entre el Nom-

1 LACAN, J., « Lacan pour Vincennes ! », *Ornicar ?*, n° 17-18, 1979, p.278

2 FREUD, S., «La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis», Amorrortu editores, Volumen 19 (1923-25), p.276

bre-del-Padre y la forclusión del Nombre-del-Padre. Lacan da una nueva orientación a la clínica a partir de lo real y de la necesidad de que cada uno se defienda de lo real. El énfasis, la puesta en valor de lo real al final de la enseñanza de Lacan invierte todos los fundamentos anteriores del psicoanálisis. A partir de ese momento ya no se trata de la relación con el lenguaje lo que orienta y domina la clínica, ni la búsqueda del sentido y la verdad, sino la forma en que cada sujeto se defiende de lo real mediante la elaboración de un nudo singular RSI.

Esto solo puede considerarse desde la perspectiva de la nueva lógica lacaniana del nudo borromeo como representación de la psique humana, el anudamiento de los tres registros: imaginario, simbólico y real.

Lacan, en su texto “La dirección de la cura”, una conferencia pronunciada el 8 de julio de 1953, presenta las tres *dit-mensiones* o coordenadas fundamentales de la realidad psíquica del ser hablante, variables de la función sujeto. En 1974-75, Lacan les dedica de manera especial y específica su seminario XXII, titulado RSI, en el que identifica estas tres *dit-mensiones* con tres redondeles de cordel que anudará con un nudo borromeo, modelo que utilizará para explicar ciertos aspectos del sujeto y para operar con ese nudo en la experiencia analítica.

Lacan considera que todo sujeto tiene que construir su propio anudamiento, según su singularidad.

En la actualidad, momento de la deconstrucción de los compartimentos diagnósticos y las categorías lingüísticas e identificatorias pertenecientes al viejo mundo binario del patriarcado, encontramos aún algunos sujetos, cada vez menos, conformados en un nudo “listo para usar” que se llama el Edipo y el Nombre-del-Padre. Estaba de moda a finales del siglo XIX y primera mitad del siglo XX, pero hoy está pasado de moda. En este nuevo contexto de finales del siglo XX, Lacan ha abierto la vía del anudamiento singular, de la invención que cada uno tiene que hacer para anudar los tres registros y así improvisarse un modo particular de estar, un estilo de existencia propio.

En cualquier caso, una construcción singular, sea cual sea, es solo una apariencia, un semblante, una mezcla de imaginario y de simbólico para de-

fenderse de lo real, ya se trate del semblante edípico, de cualquier otro o de múltiples otros semblantes. Únicamente así, en esta nueva lógica, podemos comprender que todo el mundo delira. Cualquier construcción imaginaria-simbólica con respecto a lo real, Lacan lo considera un delirio porque no hay discurso “que no sea un semblante”³.

Caetano Veloso, con su música y esta frase inolvidable: “De cerca nadie es normal”, me abrió el camino hacia el psicoanálisis, con Freud y Lacan. Lo improbable cruzó mi camino en el Rebullón, de la mano, sobre todo en la voz, de la doctora Gómez. Lo que no se deja atrapar con evaluaciones y previsiones, es precisamente lo que constituye el fundamento de la experiencia singular que llamamos “encuentro”. Es la prueba de que más allá del determinismo, puesto que “todo el mundo delira”, siempre podemos reanudar los registros imaginario-simbólico, y darle un nuevo estilo a la existencia. Dos elementos son indispensables para inventar los arreglos necesarios en el anudamiento: el analista y la transferencia, como sujeto-sujeto-saber.

¡Felicidades Siso, en tu cumpleaños, por estos 40 años recién cumplidos!!!

3 LACAN, J., « D'un discours qui ne serait pas du semblant », Séminaire, livre XVIII, Paris, Seuil, 2007

Hay soledades y soledades

Virginia González Díez

Psicóloga sanitaria

Correspondencia: virginiagonzaldi@gmail.com

“El secreto de una buena vejez no es otra cosa que un pacto honrado con la soledad”.

Gabriel García Márquez (*Cien años de soledad*).

La soledad es algo común e inherente al ser humano. En el uno por el uno, cada persona vive la soledad de una manera diferente. Hay quien sabe aprovecharla haciéndola fructífera y sin embargo hay quien se ve atrapado por el congelamiento de la soledad. No saber estar solo puede convertirse en un problema singular. Esto evidencia que hay soledades y soledades.

Pero ¿qué entendemos por soledad? A lo largo de la historia este antiguo término ha ido cambiando. Cuestión que se ve muy bien en la literatura. Pietro Citati en su biografía sobre Giacomo Leopardi nos dice que en los orígenes del mundo griego a tenor de la imaginación humana todo estaba vivo o humanamente vivo. Crea su propio bosque literario de Oma al comentarnos que “*Cuando los antiguos entraban en los bosques solitarios y absolutamente deshabitados, imaginaban que las selvas estaban poseídas por presencias humanas: las Hamadriades, Fauno, Silvano, Pan; las fuentes estaban habitadas por las Náyades, y si estrechaban contra su pecho un árbol, pensaban que era un*

hombre o una mujer y lo sentían palpar entre sus amorosas manos"¹. Y esto mismo se evidencia en parte de la literatura de Leopardi donde todo el universo está humanizado. Por ejemplo, una rosa se enamora y suspira, esa rosa es la mujer amada y, como ella, tiene sensaciones y sentimientos humanos.

Esta soledad de Leopardi es una soledad rica, fructífera e inspiradora de una creatividad literaria que deja inmerso al lector en la más profunda de las compañías.

Doscientos años después, el escritor Haruki Murakami nos habla de la soledad bajo otro prisma, concretamente desde la falta de afecto en la sociedad actual. En su relato titulado *Tony Takitani*, los protagonistas no muestran una aparente motivación para vivir ya que se limitan a existir simple y llanamente. Redactado con tintes de *El Extranjero* de Albert Camus, Tony Takitani es un ilustrador que dibuja objetos de forma práctica sin entender a quienes dibujan con un sentido ideológico o conceptual. Su padre es un músico de jazz indiferente al resto de cosas que suceden a su alrededor. "*Ambos estaban muy avezados en la soledad y, por lo tanto, ninguno de los dos dio el primer paso para abrir su corazón al otro*"². Uno no estaba hecho para ser padre y a Tony no le iba el papel de hijo.

Pero un acontecimiento en la vida de Tony Takitani lo cambia todo. Se enamora de una mujer que lo arranca de ese abismo de soledad y apatía en el que vive. Esta experiencia del protagonista es el ejemplo de que la expresión *solo* designa una manera propia de vivir y de habitar el mundo.

A veces esto mismo sucede en el encuentro con un psicoanalista donde puede emerger otra dimensión de la soledad. Tony Takitani es un caso extremo del desamparo inicial del infans en su llegada al mundo. El sujeto, por siempre incompleto, se circunscribe en la soledad radical que habita a cada ser hablante. Pero lo importante es ¿cómo se las arregla cada uno con ella?

El análisis enseña que la soledad no significa que no haya nada que hacer. Todo lo contrario, es una experiencia que nos abre horizontes e invenciones

1 CITATI, P., (2014). *Leopardi*. Acantilado, Barcelona, p. 177.

2 MURAKAMI, H., (1990). *Tony Takitani*. Empúries, Barcelona, p. 14.

para vivir una soledad fructífera e independiente tanto en lo subjetivo como en lo colectivo. Virtudes de una soledad que, en el uno por el uno, como vemos en el caso de Leopardi, proporciona la libertad imprescindible para vivir la vida de una manera singular. Una libertad que fundada en el amor nos une a un mundo creativo y generador de deseo, conectándonos al mismo tiempo con lo más profundo del alma humana. En definitiva, “*La soledad le es necesaria a quien quiera pensar libremente*”³.

BIBLIOGRAFÍA

- CITATI, P., (2014). *Leopardi*. Acantilado, Barcelona.
- MILLOT, C., (2014). *¡Oh, soledad!* NED Ediciones, Barcelona.
- MURAKAMI, H., (1990). *Tony Takitani*. Empúries, Barcelona.

3 MILLOT, C., (2014). *¡Oh, soledad!* NED Ediciones, Barcelona, p. 60.

Mis historias, las de mi familia y las de mi comunidad no caben en un diagnóstico psiquiátrico

Miguel Otero AKA Miguel Bustión

Hay frases que condensan civilizaciones, historias y vidas enteras. Citas de grandes personajes, textos de ficción, definiciones científico-enciclopédicas, refranes, chistes, expresiones más o menos privadas dentro de una familia, respuestas o comentarios hirientes... Cualquiera de estas, expresada o simplemente recordada en los momentos adecuados, puede cambiar el curso de una vida, de una nación o de dios sabe qué. William Burroughs dijo aquello de que el lenguaje es un virus y los virus sociales tienen un código genético o, más propiamente, memético.

Chus Gómez me llamó y me comentó que podría ser interesante que recogiera en un texto mi Odisea personal (mi historia de recuperación, como se diría en un contexto formal de eso llamado salud mental). Al fin y al cabo, la SISO cumple años y es el momento adecuado para hacer repasos. No sé hasta qué punto puedo ilustrar con mi historia la historia de la salud mental o la historia de la salud mental de la sociedad de las últimas décadas, pero seguro que algunas conexiones puedo hacer.

Las frases infecciosas (o sexuales) que me enfermaron (o me follaron) servirán de hitos a partir de los cuales trataré de explorar ciertos temas, así que atención a las cursivas. Mi pretensión es mapear mi experiencia vital tratando de añadir una perspectiva social que pueda ser útil para otras personas.

Pido disculpas por la extensión pero sobre todo quizá por lo deslabazado del relato. A pesar de llevar años escribiendo sobre salud mental lo he hecho siempre de una forma ensayística, activista y como técnico social,

nunca narrativa y han tenido que pedirme este texto para darme cuenta de que son dos formas de escribir muy distintas. Aunque con entrelazamientos temáticos difusos, hay dos grandes bloques en el texto. El primero habla de mi madre y su contexto. Es fruto de su reciente muerte y de mi vuelta al rural de mis abuelos donde ella se crió. El segundo habla de mi infancia, juventud y psiquiatrización.

La brevedad no es lo mío pero mi capacidad de síntesis es relativamente buena. Tengo 46 años. Mi familia no funcionaba bien, aunque yo percibía aquello como lo normal. Yo salí raro y me interesaban cosas que a los demás no. Mientras que la gente quería tomar cualquier droga para divertirse, yo quería tomar enteógenos y psicodélicos para entender. Aquello me expulsó de la realidad consensuada (aquí una de esas expresiones que mencionaba antes) y, al ir a psiquiatra, se cronificó el problema 15 años, lo que llamamos en el colectivo loco *psiquiatrización* y consideramos responsable en muy buena parte, si no la totalidad, de la discapacidad. Durante esos 15 años, mantuve síntomas de lo que se denomina *esquizofrenia paranoide* al menos 10. Después conocí a supervivientes de la psiquiatría, me desmedicalicé, estuve unos 8 años en el activismo y formándome profesionalmente en salud mental. Me quemé, la gente de mi entorno lo pagó y yo acabé exiliado. No estoy seguro de quién me ha jodido más: mi contexto social y familiar, la psiquiatría de *pastilla y pa casa* o incluso mi experiencia en el activismo. Al menos no caí en ninguna asociación de familiares, sé con total y absoluta seguridad que entonces nunca habría podido escapar del agujero.

Tú que vas a saber, tú no sabes nada.

Tú que vas a saber, tú no sabes nada es una frase que he escuchado muchas veces en mi vida. Me parecía normal, cotidiana. Estando ya en el activismo y vinculado a colectivos locos y de profesionales críticos, tuve una pareja, vamos a llamarla J., también con experiencias psicóticas y desmedicalizada. Llegó a conocer a mi madre y enseguida llamó su atención *La Frase*.

—¿Siempre te dice esas cosas? —me preguntó ya después del encuentro.

—¿Qué cosas?

—Lo de que tu no sabes nada.

– ... [emoticono pensando] –mi vida pasó ante mis ojos.

Yo sabía que sabía. J. sabía que yo sabía. La gente que conocía me decía que yo sabía. Mi madre apenas sabía leer y no tenía ninguna inquietud especial ni formación de ningún tipo. Su principal habilidad era sacarme de quicio y ningunearme delante de otra gente, supongo para sentirse válida. Eso sí, lo hacía sonriendo como si fuera una broma inofensiva. Un doble vínculo de manual. Darme cuenta de aquello fue tan revelador como terrorífico por cómo parecía haber marcado mi vida. Con el tiempo, me ayudó a entender mis propios problemas, mis formas tóxicas de relacionarme, tomar cierto control sobre ello y también asumir mis formas de ser y relacionarme.

Las miradas externas a la familia.

Comentando aquella escena con varias amistades y con compas de activismo, les parecía que debía ser algo habitual que al formarse parejas y conocer a sus respectivas familias políticas, una o ambas se dieran cuenta y comentaran conductas y formas de relación extrañas o que entendían como fuera de lo normal.

A raíz de explorar el tema, recordé algo que debí leer de niño y me fascinó. En la Roma clásica parece ser que existía la costumbre entre las familias patricias de acoger a los hijos de familias amigas. La idea imagino que era fortalecer lazos y alianzas, pero a mí me hizo fantasear con unas vacaciones lejos de mi casa. Lo que me resulta ahora interesante es la idea de familia extensa y, en este caso, extendida como amortiguador de relaciones familiares patológicas y como promoción de vínculos diversos y modelos de referencia para la crianza y la educación.

Con una base similar a lo anterior y pensando en el ámbito de la salud mental, de todos los proyectos de intervención en psicosis que conozco el que mejor impresión me ha causado siempre fue el de la Fundación de Cuidado Familiar de Gotemburgo. Una de las responsables del proyecto, la trabajadora social Carina Hakansson, explicaba que el concepto básico es facilitar acogidas temporales de personas con procesos psicóticos en familias escogidas por el simple criterio de ser *buena gente*. Si algo me ha quedado claro de los últimos años de activismo, estudio, análisis y reflexión es la importancia determinante del

contexto familiar, comunitario y sociocultural en la mal llamada, por limitación a lo biomédico e individual, *salud mental*.

La familia no es la causa.

En aquella época, J. me decía que mi madre era así porque ella también habría pasado por contextos y aprendizajes problemáticos. Entonces no estaba preparado para entrar en ese lugar pero en los últimos años sí que he imaginado y explorado la vida de mi madre: la cultura y crianza en el rural, ser hija única (su generación tiene una media de 5 o 6 hermanas), migrar desde el rural lucense a la ciudad en los 70, el machismo en ambos lugares, la responsabilidad forzosa de los cuidados de su suegra que la maltrataba (y de paso a mi) y luego los de su propia madre con demencia, ser la primera mujer divorciada de su entorno, etc. Recuerdo frases como *Dile tú al albañil, que como eres hombre te hace más caso*, y esto cuando tenía yo a lo mejor 20 y pocos años, los psicofármacos en el cuerpo y el caos mental que hizo que me los recetaran.

Mi madre conservó la casa familiar y los montes pero no supo mantener su valor. La madera de los montes fue vendida pero los dejó sin replantar. La reforma de la casa quedó a medias, creo que porque mi madre tuvo algún tipo de conflicto con la cuadrilla de obreros que le hacía el trabajo. Cuando en verano del 2020 llegué a vivir aquí no tardé en darme cuenta de cómo algunos oportunistas volaban alrededor de la propiedad esperando sacar provecho. Algo natural y de esperar en el rural gallego.

Madres psiquiatrizadas, hijos psiquiatrizados.

Al poco tiempo de morir mi madre, revisaba y ponía en orden sus documentos. Encontré un informe médico suyo. En un párrafo, comentado en una sola frase como quien no quiere la cosa, como quien menciona el color del pelo, aludía a un *trastorno de la personalidad*. Entiendo que no era un diagnóstico formal sino un comentario al margen porque no encontré ningún otro documento médico con mención al respecto. No se habla lo suficiente sobre el trastorno de la personalidad desde una perspectiva de género. Animo a buscar información sobre el tema y tomar conciencia del grado de patologización de conductas que no son más que respuestas lógicas, adaptaciones coherentes a contextos violentos perfectamente normalizados

y un absoluto doble rasero a la hora de juzgar las conductas y personalidades de las mujeres. Recuerdo los botes de benzodiazepinas de mi madre más o menos desde mi época del instituto. Empezó a administrar ella sola todos los asuntos familiares y económicos que antes llevaba mi padre. El divorcio tuvo que ser duro para ella.

La ciudad no es para mi.

Mi visión de la burocracia es totalmente kafkiana en el sentido de que me parece alienante, absurda, injusta y violenta (véase el concepto *violencia burocrática* o *administrativa*). Lo digo yo que como buen discapacitado estudié oposiciones cuatro años con excelentes profesores. Para la mayoría de la gente la administración es una caja negra donde introduces algún tipo de solicitud o comunicas una necesidad y casi aleatoriamente obtienes o no algún beneficio o se te impone o retira alguna sanción. Funciona mediante misteriosos procesos en los que puede que tengas que transportar tu mismo documentos solicitados por la misma administración que los emite. Para la mayoría de la ciudadanía la burocracia debe ser indistinguible de sacrificar un cordero en un templo para obtener el favor de los dioses. Decía Oscar Wilde que *la burocracia se expande para satisfacer las necesidades de una burocracia en expansión* y añadiría que se alimenta del tiempo de vida de los ciudadanos que la soportan.

Recientemente ha estado en el foco mediático la preocupación y las protestas por el recorte de personal en oficinas bancarias y su sustitución por cajeros automáticos. Los principales afectados son el colectivo de mayores, uno de los más relevantes en Galicia, una comunidad autónoma con un serio problema demográfico de envejecimiento. Hay que considerar también que la generación de mis padres creció en el rural y fue paradigmática de la migración a la ciudad. La cultura burocrática urbana es distinta a la rural más vinculada a permutas y compraventas de terrenos y con muchos contratos y acuerdos verbales e informales. Pero no es un problema exclusivo de los mayores o población rural, ignorantes de las nuevas tecnologías o con reducida capacidad de aprendizaje y adaptación a los cambios y el progreso. La aceleración de los cambios económicos y tecnológicos, el crecimiento exponencial de la complejidad social y la necesidad cada vez mayor de especialización convierten en obsoleto a cualquier ser humano.

El discurso de la interdependencia y la ampliación de la discapacidad psicosocial a cada vez más población está muy lejos del concepto de apoyo mutuo y de limitación alguna de los individuos para la vida. Hemos generado un contexto en el que no podemos ser autónomos ni funcionales.

Hacer cualquier tipo de movimiento administrativo o económico debió provocar inseguridad y angustia en mi madre. Me lo provoca a mi y se supone que tengo mejor base para comprender los problemas y sus mecanismos. Esto la llevó a una lógica necesidad de prudencia que desembocó en su característica desconfianza. En algunos momentos, eso se tradujo en lo que ella debía entender como astucia y que generaba problemas con vecinos y las pocas amistades que tenía. Cuando mi madre hablaba de relaciones personales, no recuerdo que fuera por otra cosa que por los engaños, desengaños y problemas que tenía con la gente. Esto era especialmente notable en la aldea.

Es una cuestión matemática que el minifundio del rural gallego aumenta el número de interacciones que cada propietario necesita tener con sus colindantes en cada parcela. Más parcelas significa más propiedades colindantes, más propiedades colindantes significa más relaciones con sus propietarios y más relaciones con propietarios significa más probabilidades de problemas y de conflictos, sobre todo si el contexto cultural es de picaresca y mala fe. Mi madre, por su quizá limitada capacidad para entender y gestionar montes, relaciones, problemas y conflictos, suplió sus carencias con prudencia que, seguramente tras verse reforzada en sus suposiciones, llegó enseguida a desconfianza. Esta desconfianza hace preferir que los demás sepan lo mínimo de uno para asegurarse tener cartas guardadas. Todo esto llevó a mi madre a estar cada vez más aislada socialmente con cada vez más desconfianza y a reforzar el bucle. Que seas paranoico no quiere decir que no vayan a por ti. La constante retroalimentación unida al maltrato en forma de invalidación y luz de gas que recibía de su contexto social alimentaron su rencor. A los pocos años de su divorcio, recuerdo que mi madre dijo **«Ahora voy a ser mala. Ya que lo demás lo son, yo también»**. Muchos años después, yo mismo me he sorprendido pensando y diciendo cosas muy parecidas con el consiguiente horror frente al determinismo.

DESCONFIANZA E INCOMUNICACIÓN

La desconfianza tiene dentro aquella frase imperativa que genera y generó tantos vacíos e imaginaciones para llenarlos: ***De eso no hables con nadie***. Una frase que, contradictoriamente, he escuchado, al igual que muchos compas del colectivo, en boca de diversos profesionales del área de salud mental. Probablemente los mismos que daban instrucciones como «***No te juntes con gente con tu problema porque podéis hacer que empeore***» y que recuerda sin remedio a un patrón diciendo que echen de la empresa a cualquiera que esté sindicado (y ya por asociación de ideas, a Amazon promocionando sus cabinas de *mindfulness*). Hablar de locura implica hablar de temas incómodos, pero hay una buena pregunta ¿incómodos para qui´en y por qué? Oh casualidad, a partir de ahí podemos empezar a encontrar violencias y privilegios en las raíces de la locura. Y cuando digo locura lo digo en sentido amplio, desde las psicosis más extraterrestres a la depresión y ansiedad que parecen características de serie en el modelo básico de ciudadanía actual. Empleos precarios, inestables y volátiles; desigualdad por género, origen, idioma, etc; viviendas y entornos urbanos invivibles para cualquier mamífero; conciliación imposible entre empleo y cuidados sin tiempo de descanso; las velocidades de trabajo, sociabilidad, ocio, consumo, etc. que se han acelerado objetivamente en las últimas décadas con la consiguiente desnaturalización e insalubridad. Todos estos temas, claramente sociales y económicos, implican unas relaciones entre las personas que tienen unas consecuencias sobre su percepción, reacciones, aprendizajes y conductas. Algunas de esas consecuencias son definidas como locura o trastornos mentales. Hablar de esas consecuencias y de sus causas implica cuestionar las relaciones que las alimentan y cuestionar esas relaciones conlleva minar ciertos estatus y privilegios.

Explicado esto, no debe ser difícil reconocer el valor de los espacios seguros como los grupos de apoyo mutuo, enfoques terapéuticos como el *Open Dialogue*, las reivindicaciones de diversos activismos en torno al lenguaje y la comunicación no violenta o, en general, espacios y formas de relación y de comunicarse entendidos simultáneamente como de cuidado y de intercambio de saberes, censurados estos muchas veces por la categorización de íntimos y privados.

Efectivamente, mi madre me decía a veces que no contara nada a nadie. Para mí, un exceso de celo que al principio no entendía del todo. Ahora entiendo que era una forma de protección frente al engaño. Un miedo que venía de su falta de formación, de su conocimiento limitado de la gestión de su patrimonio, de los engaños que ya había sufrido por parte de su entorno social, del hecho de que era una mujer rural y apenas alfabetizada, de que fue probablemente la primera mujer de su contexto social que se había atrevido a divorciarse, que por muchos de estos hechos y circunstancias se la entendía como en los límites de la sociedad y sus costumbres, siendo catalogada como loca (un clásico histórico en la discriminación contra las mujeres), etc.

Contradictoriamente, aunque no he tenido nunca la boca muy cerrada con temas personales, sí que interioricé la orden *De eso no hables con nadie*, generando muchas veces una tensión incómoda en forma de sensación de vulnerabilidad, paranoia y complejo de bocazas. Estas fueron las formas de relación y de entender a las personas que aprendí de mi madre y que ella aprendió de su contexto social y cultural.

NEORRURAL

Hace ahora casi dos años, acabando el confinamiento debido a la pandemia, decidí venirme a vivir a la casa de mis abuelos maternos. Durante el encierro, y también por las últimas conversaciones que tuve con Javier Meléndez Ortega “Urza”, uno de mis mejores amigos que murió unos meses después, reuní una lista de motivos que me llevaron a vivir en el rural de mi familia:

- Evitar contagiarme. No tanto por mí sino por varias amistades que padecían enfermedades que eran factores de riesgo muy serios.
- Evitar el estrés y desgaste que suponían las medidas de prevención frente a la pandemia. Si no iba a poder ir a una cafetería, biblioteca o lo que fuera con tranquilidad, es posible que me compensara una circulación más libre en el rural. Además, la intención era también desconectarse de la sobreinformación monotemática de los medios y eso iba a ser más fácil aquí.

–Aprender a gestionar montes y casa. Nunca había tenido mucha idea de cómo funcionaba esto. La gestión de los montes de mis abuelos, la venta de madera y hasta el mantenimiento básico de la casa eran algo ajeno para mi. Parecía el momento ideal para aprenderlo.

–Distanciarme de todos y conocer a mis demonios sin interferencias. Como llevaba unos dos años en crisis por mis fracasos y conflictos recientes, pensé que retirarme de mi red habitual podría servir para pensar y recomponerme. Mi objetivo era apartarme del mundo del activismo loco y también de buena parte de mis amistades. Con ambos sectores sentía cada vez más distancia y roces.

–Enfrentarme al espacio y memoria familiar. Mi relación con la casa y su contexto físico y social era una mezcla de rechazo, pero también de tarea que había que resolver. Llevaba un tiempo dándome cuenta de cómo mi crianza había influido en muchas de mis percepciones, conductas y decisiones. Como más adelante pude comprobar, sólo por situarme en el contexto en donde creció y se relacionó mi madre pude comprender mucho de ella sin apenas necesidad de preguntar o investigar.

–Experimentar los efectos de una vida rural en mi salud física, estado mental y relaciones. Llevaba años leyendo y pensando en cómo aproximarnos a nuestro contexto evolutivo natural debería ser algo lógicamente saludable. Las lógicas paleo que analizan estilos de vida desde una mirada humana primitiva y evolutiva me parecieron siempre bastante sólidas y coherentes. Además, hace muchos años me impactó el manifiesto *La sociedad industrial y su futuro* de Theodore Kaczynski (1995) que me parece un análisis lúcido y distópico de espantosa actualidad y vigencia.

Hubo un momento previo a la decisión de venir aquí en el que la decisión estaba en el aire. Fue una conversación con Urza la que decantó la moneda. Nos reuníamos cada lunes en una cafetería después de ir, primero uno y luego el otro, a nuestra cita de psicoanálisis.

–Lo de la aldea me da puto dolor de cabeza: no tengo coche ni hay buses, mi madre dejó la reforma de la casa a medias, la mitad de los montes no estoy seguro de dónde están. Arreglos por hacer, montes que atender, movidas administrativas, los vecinos me ponen de los

nervios,... No sé qué hacer con aquello. Cada vez pienso más en venderlo y quitármelo de encima.

Urza me miró en silencio pero con intención.

–Si no, ¿qué hago? –exclamé al ver como me miraba Urza. ¿Irme a vivir allí?

Entonces asintió con ímpetu agitando su largo y canoso flequillo y antes de un minuto ya había usado la expresión *agarrar el toro por los cuernos*.

Si bien considero haber tenido éxito respecto a estos objetivos, estoy muy lejos de estar cómodo o tranquilo. De hecho, en este tiempo he instalado la idea de que la vida es conflicto o, al menos, si es que no son directamente sinónimos, dinámica y un conjunto de procesos. Como ya he dicho, el minifundio es una fuente garantizada de conflictos (dinámico, conjunto de procesos) y estos un estímulo fantástico para invocar demonios personales. Si pensamos que parte de mis encontronazos en mi aldea vienen directa o indirectamente heredados de las relaciones de mi madre... aquelarre. Evité el estrés de la pandemia pero me comí el doble de lo anterior. Eso sí, aquí he aprendido en dos años sobre montes, poner límites, autosuficiencia, legislación agraria y sociología rural lo que no me enseñó nadie de mi familia en toda mi vida.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL.

En este punto, haré unas anotaciones sobre la percepción social de los trastornos mentales, el consumo de drogas (como concepto genérico y nebuloso sin distinguir unas de otras) e incluso el trabajo, el empleo, la discapacidad psíquica, las vidas válidas,...

¿Qué es ser normal?

La actitud y conducta de mi madre siempre resultaron llamativas y extrañas. Mucho tiempo después me quedaría claro que no era alguien considerada como normal e incluso se la definía como vergonzante. Yo no tengo recuerdos en este aspecto hasta después de su divorcio y los cambios asociados, pero también es cierto que viví mi infancia relativamente aislado, sin referencias y menos aún con una cultura familiar de comunicación, emotividad y relaciones. Hace unos años trataron de hacerme recordar sin éxito que en

mi primera comunión mi madre estaba llamativamente contenta y muy pesada conmigo. Yo no lo recuerdo, pero hay un par de fotos de ambos, con un lenguaje corporal clarísimo, que encajan a la perfección con esa historia. Básicamente la escena es de un preadolescente evasivo con una madre mostrando afecto excesivo por su niño delante de la comunidad y familia, quizá para sentirse validada en su rol de madre.

LA DROGA

En el instituto me inicié en el consumo de hachís y posteriormente tuve algún consumo de LSD. Estas sustancias siempre fueron de mi interés por los efectos cognitivos que me provocaban y nunca me parecieron ni remotamente interesantes para salir de fiesta. Por desgracia, no existían espacios seguros, menos en mi propia casa con mi familia y el fin de semana la disponibilidad era muy fácil. Eran drogas que me hacían pensar fuera de mis esquemas mentales aprendidos e instalados. No tardé mucho tiempo en dejar de consumir, ya no por el proceso delirante ni por la psiquiatrización sino por la incomodidad y carencia absoluta de espacios, contexto, cultura y comunidad adecuados para el consumo y el uso intronáutico que me interesaba. La gente se droga para ir de fiesta, no para pensar y punto.

Bien, pues que alguien le explique algo sobre hachís o LSD, enteógenos, psicodelia o cualquier idea, filosofía o estilo de vida que no sea el combo trabajo-dinero-familia a gente que vivió o creció en el rural de Lugo. Hablo de gente que cuestiona y apesta a la gente que se droga porque son unos *perdidos*, mientras ellos se tajan como piojos a cubatas y se dedican a ir de putas, dejando mujer e hijos en casa, como quien va con los colegas a ver el *furgol* al bar. Es una estupidez intentar explicar ciertos temas a personas así y sin embargo lo he intentado, dándome de bruces con los prejuicios instalados por la propaganda institucional de clasificación en blanco y negro.

MISTICISMO, DELIRIO Y COLOCÓN

Hay quienes piensan en el individuo como un elemento libre e independiente, que no hay una conexión íntima entre sociedad e individuo, igual que tampoco hay conexión entre la narrativa psicodélica (el flipe que tienes

y luego cuentas cuando te tomas tal o cual sustancia) y biografía, contexto e ideas de quien consume el psicodélico o tampoco hay relación alguna entre esa biografía, contexto e ideas y las narrativas en delirios y procesos psicóticos. Según esa visión *naif* de la psique, mi madre era rara porque ella era así y yo me volví loco por culpa de *La Droga*.

Colocón y delirio, por cierto, llevan con facilidad a un tercer territorio con el que comparten gran superficie: el misticismo. El conservadurismo de base suele ser bastante ajeno a la raíz de su religión. Por lo general es la institución religiosa la que se apropia de la experiencia mística, se hace con la exclusividad declarándose única mediadora válida y la mantiene bajo varias capas de rituales que la ocultan (por eso las palabras *esoterismo* y *ocultismo*). La siguiente escena personal dice mucho sobre esta separación. En mis años de oposiciones tuve la necesidad de meditar a diario durante años. Supe lo que era meditar gracias a mis frecuentes visitas a las bibliotecas para investigar Delirio y Colocón y también para estar en un sitio tranquilo. Llegaba a casa a mediodía con la cabeza muy acelerada y esto agotaba mi rendimiento de estudio el resto del día y para las clases a última hora de la tarde. Meditaba media hora antes de volver a la biblioteca donde estudiaba por la tarde. Un día mi madre entró en mi habitación, le dije que estaba ocupado y me preguntó con qué. Se lo expliqué de una forma que creía comprensible pero sin mucho éxito porque ella respondió [*sentado sin pensar mirando a una pared*] **como los locos**.

Al otro lado del espejo, en mi primer y único ingreso psiquiátrico, se daba la extraña situación de que se nos forzaba a los pacientes a acudir a un taller de concentración y relajación (todavía no se hablaba de *mindfulness*) mientras muchos no podíamos mantenernos despiertos o caminar debido a las dosis pautadas de haloperidol y otros neurolépticos. Al mismo tiempo, se me negaba tener en mi cuarto ningún libro sobre misticismo, delirios o, por supuesto, drogas. De nuevo la institución se apropia de la experiencia, la trocea y simplifica, se hace con la exclusividad declarándose única mediadora válida y la cubre bajo varias capas de técnicas y lenguaje que la invalidan y la patologizan (por eso las palabras *esquizofrenia* y *neurotransmisores*).

Mi interés por la meditación surge de la autoobservación de mi pensamiento y de mis experiencias místicas asociadas a mis delirios. La autoob-

servación estaba motivada por los problemas de memoria y concentración que sentía desde los inicios de mi crisis. Las experiencias místicas eran, precisamente, lo que buscaba en el consumo de psicodélicos y tenían que ver con la muerte y la desintegración de la personalidad. Al entrar en estos campos, llegué enseguida a la magia que ahora entiendo como la creación y modificación de las creencias propias y ajenas. Algo limítrofe, por no decir idéntico, a la terapia psicológica o la ingeniería social según se aplique a individuos o grupos.

Estar loco.

La percepción de los trastornos mentales en mi contexto rural actual es algo difusa. Se confunde trastorno mental con discapacidad intelectual, aunque esto es algo que he visto que sucede incluso en ámbitos profesionales y formativos sociosanitarios. No hay más que ir a prácticamente cualquier unidad de salud mental, centro de rehabilitación psicosocial o residencia para ver cómo la misma denigrante infantilización que sufre el colectivo de personas con discapacidad intelectual o el de mayores con demencias (o mayores a secas) se reproduce en el nuestro en gestos, tonos de voz, vocabulario, etc.

Los trastornos mentales graves, sobre todo los psicóticos, se entienden aquí de forma determinista por no decir condenatoria: el que se vuelve loco, no vuelve o vuelve dañado, se queda allá. Una idea que existe también en los entornos de consumo de drogas, la típica histórica de *Se quedó pillado del tripi*. No es algo exclusivo ni del rural ni de ningún contexto concreto, la propia cultura sanitaria y psiquiátrica asume la cronicidad y la limitación intelectual. Es irónico porque si existe una limitación intelectual y una cronicidad es debida a la psiquiatrización, en especial a la sobreutilización de psicofármacos pero también a la absoluta incomprensión y total incapacidad de curar a las personas desde el enfoque biomédico. Como dicen algunos compas activistas *la discapacidad es la psiquiatrización*.

Al mismo tiempo aún se conserva el razonamiento biográfico a pesar de la colonización del discurso de patologización biomédica (*enfermó de los nervios cuando murió la hija*). Este razonamiento biográfico es quizá más común en personas mayores menos influidas por las últimas décadas de bombardeo de marketing sobre lo neuro-bio-cerebral. Esta distancia con lo biomédico se

acorta cuando se añade el elemento drogas (siempre tengo el impulso de escribir con mayúsculas y con el artículo: **LA DROGA**) que acerca y une la idea de locura a la química del fármaco y lo cerebral. Desde una perspectiva popular de influencia biomédica las drogas, con independencia de cuales, se entienden como un veneno que daña el cerebro y el cuerpo sin más añadidos. Exactamente de la misma forma que el fármaco se entiende como curativo y es imposible que haga un daño serio salvo en casos excepcionales.

Malestar y locura transgeneracionales y comunitarias.

Si tuve alguna duda sobre la importancia de la naturaleza biográfica de mi trastorno mental (un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, recordemos), se me pasó al tomar contacto con la red de supervivientes de la psiquiatría y con gente desmedicalizada desde hacía años. Compartir nuestras experiencias de vida, sobre todo en lo que se refiere a familias pero también a nuestro contacto con los servicios de salud mental, señaló que la violencia que habíamos sufrido no era excepcional ni un caso aislado y que respondía a una cultura social que merecía la pena investigar y denunciar.

Ahora, años después, puedo también decir que no tengo dudas sobre la importancia de la transmisión intergeneracional del trauma y la influencia de crianzas y contextos sociales en el desarrollo de trastornos mentales, sean psicóticos o de cualquier tipo. Convivir en el día a día con parte de la que fue la comunidad de mi madre me ha ayudado a entender algunas de estas herencias. Gracias a ello, un montón de intuiciones, ideas sueltas y esbozos se convirtieron en el mapa que dibujo con el presente texto.

RED SOCIAL

Una de las primeras impresiones que tuve al llegar a la antigua casa de mis abuelos es que estaba sustituyendo a mi madre en la que fue su red social. Esto determinaba la forma en que se relacionaba la gente conmigo pero, sea por amoldar mi respuesta a ese estímulo o quizá por reproducción de conductas de mi madre, también adaptaba mi forma de relacionarme con la gente. Creo que el espacio que ocupaba mi madre fue opresivo para ella y que trataba de ampliarlo con sus limitadas fuerzas. Ese espacio es más opresivo todavía para mí por ajeno (no dejo de ser un neorrural, aunque

tampoco soy un completo desconocido) y también trato de ampliarlo pero con MI fuerza. Con esto en mente, es extraño ver cómo el entorno social responde con distintas formas, simpatías e intensidades a medida que trato de situarme en ese espacio y lo hago mío.

Arbeit macht frei.

El acuerdo de divorcio de mis padres obliga a mi padre a encargarse de mi manutención en caso de no poder hacerlo por mí mismo. Esto me supone una pequeña cantidad que junto al derecho a una pensión no contributiva me ha dado unos ingresos garantizados que mucha gente considerará una suerte. No voy a entrar aquí en detalles sobre mis vicisitudes económicas, pero esta supuesta suerte no se tradujo en ninguna autonomía, independencia ni emancipación durante los 15 años que duraron tratos y tratamientos psiquiátricos. Tengo 46 años y hasta los 36 no tuve ninguna capacidad ni posibilidad de irme de casa de mi madre, conectar con mis intereses a nivel de estudios o trabajo ni tener una vida propia. Aún con esta situación, mi padre no ha tenido conmigo encuentro, conversación o contacto personal en que no me haya reprochado el tema del empleo. En lo más crudo de mi psiquiatrización, con psicofármacos embotándome, 115 kilos de peso, delirio y autorreferencialidad entrando y saliendo a diario de mi cabeza, la única preocupación de mi padre fue convencerme para que tuviera un empleo convencional y así dejar de pagar mi manutención.

Hace dos años, recién instalado en la casa de familia materna, no sé cómo, me ví enzarzado en un debate absurdo y sordo con un vecino sobre si debo o puedo tener un empleo o a qué dedico mi tiempo y esfuerzo si no me pagan por ello. Esto derivó en un frustrante e inútil intento de explicación de lo que era un trastorno mental. En el momento no me di cuenta, pero luego recordé que mi padre y este vecino tienen contacto frecuente.

Aunque el motivo personal está claro, la argumentación se eleva a una cuestión moral. La inmensa mayoría de la población tiene que esforzarse, sufrir y pasarlo mal trabajando como empleados subordinados a la organización y objetivos de una empresa. Socialmente no se concibe el trabajo sin esfuerzo, si no hay sufrimiento no es trabajo “de verdad” y si no sufres, es que no te mereces el salario, una vida digna o reconocimiento social de ningún tipo. Todo muy cristiano.

Mismo vecino, mismo debate de fondo: qué es trabajo y que no. Misma idea inamovible: el trabajo simbólico no es trabajo. Escena: yo tratando de leer a Ernst Jünger delante de mi casa, sentado en una silla al sol de la tarde. Pasa el susodicho y...

—¿Qué? ¿Descansando de relax?

—*Leyendo, descanso poco.* —pensando en lo que me estaba costando asimilar y conectar lo que decía en ese momento el plus ultra nazi de Jünger.

—*Leer es relax.* —me dice.

—*Pues dependerá de lo que leas.*

—*No, leer siempre es relax.* —tal cual Amancio Ortega, el personaje de David Perdomo.

— ... —[internally screaming].

Podemos buscar otra perspectiva y preguntarnos qué es lo que hace que una persona o grupo no pueda o no quiera acceder a ciertos trabajos o, quizá más bien, a ciertas formas de relación. Porque esa es para mí la clave del empleo: las relaciones que se establecen a través del trabajo y con el trabajo. Sólo he sido productivo y he mantenido trabajos cuando he tenido buenas relaciones con jefes y compañeros. Hay que advertir que *buenas relaciones en el trabajo* no significa *explotación con buenos modales* ni *explotación con salario emocional*. Si un trabajo no vincula a las personas en tareas, objetivos, beneficios comunes ni las cohesiona, no es un trabajo digno ni significativo.

Mi padre tuvo una frase que se me quedó muy grabada y que recuperé al cabo de los años con mucho rencor. En la época del instituto, como era un gran consumidor de cine, en algún momento pensé que sería buena idea estudiar en la escuela de imagen y sonido. Se lo comenté a mi padre:

—*Estoy pensando en estudiar audiovisual, cine.*

—*Las películas no dan de comer, estudia algo que te dé trabajo* —respondió.

Años después de aquella conversación, comprobaba que en Galicia sí se come de hacer películas. Algunas de las personas más afines que he conocido se dedican al audiovisual, al cine, a la producción, a la radio,...

Hace unos años que vengo diciendo que uno de mis principales trabajos es mantenerme cuerdo. No es una forma de hablar, literalmente en 10 años

le he ahorrado al estado decenas de miles de euros en psicofármacos, camas hospitalarias y tiempo de profesionales sociosanitarios. He tenido la suerte pero también la recompensa a mi propio trabajo de poder desmedicalizarme y mantenerme relativamente estable a base de apoyo mutuo, aprendizaje constante y llevar la contraria.

Ecología y evolución: El nicho hace al bicho.

Otras conversaciones que he tenido en mi aldea desde que vivo en ella fueron revelando más de su microcultura, ideas, formas de relación, comunicación, humor, sarcasmo, negociación, regateo, etc. Todo ello iba dando contexto a la forma de ser de mi madre y lo que recuerdo de cómo ella interactuaba y afrontaba distintos problemas y asuntos. Todo lo que me parecía irracional, estúpido y hasta malvado de mi madre cobra sentido ahora. La frase y, desde mi punto de vista y recuerdo parcial, *leit motiv* de mi madre relacionándose conmigo era **tú que vas a saber, tú no sabes nada**, y este mismo parece el mensaje y la forma de relación que me acoge a mí en el lugar que ella ocupaba.

CÓMO CRIAR A UN LOCO

Crecí con complejo de tonto desde pequeño. Y triste también. Por algún motivo (¿sobrepotección materna, quizá? ¿aprendizaje de la desconfianza en los demás?) era un niño bastante solitario. Así me lo apuntó una tía paterna, profesora ella, no hace mucho, o sea, que era algo evidente. Supongo que por eso leía mucho y así desarrollé interés por la ciencia, previa afición por la ciencia-ficción en general, el cine clásico, independiente y de autor además de ser durante años consumidor compulsivo de documentales. Me crió la televisión estatal, empezando por aquella que dirigía Pilar Miró, y dejó una impronta que me permitió sobrevivir después a la invasión de las televisiones privadas, su telebasura y la creciente degradación del cine a base de *blockbusters*, la comida rápida por excelencia de la cultura. También me convertí en aficionado a los juegos de estrategia, pero en realidad no se me dieron muy bien hasta hace relativamente poco.

Como sucede dentro de muchas familias y mucho más de lo que se cuenta, para mí lo normal era el maltrato y el menosprecio, aunque yo lo sintiera y

siento como diluido o de baja intensidad. Nunca repetí curso y sólo alguna vez tuve que ir a septiembre, el colegio no me trató bien y tampoco mis compañeros de clase. Así lo viví con algunos profesores del Liceo La Paz, colegio privado pero no caro, en el que me metió mi familia. En otros contextos educativos no fue muy diferente. Mi madre me envió a varias pasantías y el trato en general no fue especialmente amable o motivador. Entablar relaciones con el resto del alumnado tampoco era fácil desde el momento en que estaba gordo, detestaba el fútbol y prefería otras actividades físicas pero más leer, jugar al ajedrez y charlar. Atención a ese apunte desde los estudios de género que habla sobre el privilegiado y gigantesco porcentaje de espacio físico que ocupa el fútbol en los patios de los centros educativos.

Con esta base, normal que me sintiera bastante solo. Hacia los 10 años o algo así, alguien se dio cuenta y mi padre se movilizó para conseguirme algunos amigos en el barrio. El grupo elegido fueron dos hermanos de madre catequista y su círculo próximo. Si bien los hijos eran gente bastante razonable y normal, la madre era irreflexiva y limitada por lo básico y rancio de su catolicismo. En mi familia no había ningún interés por la religión, pero ella consiguió llevarme a dos años de catequesis y a la Confirmación. Por supuesto, hablar de cualquier tema fuera de lo que ella consideraba normal era incómodo, anormal, de la esfera privada o directamente pecado. No creo que considerara normal ni hablar de ella misma.

Aquellas amistades duraron toda la adolescencia, básicamente hasta que tuve mi crisis a la edad de 20 años. No tengo un mal recuerdo de ellos, pero viví su absoluta incompreensión y desconocimiento acerca de lo que me pasaba y los motivos de mis conductas. Cerré aquellas relaciones de amistad que sentía más limitantes que otra cosa. Había conocido a E. y algunas personas de su entorno que me parecían intelectualmente mucho más interesantes y, sobre todo, no tenían la costumbre de cuestionarme o considerar que mis intereses eran una estupidez sin sentido.

SER JOVEN: LA DROGA Y LA SALUD MENTAL

Situaba el inicio de mi crisis mental el día del segundo tripi (LSD) que tomé en mi vida. Hoy tengo que hacer un esfuerzo por situarlo cronológicamente y hasta tengo que repasar algún documento de matriculación universitaria

o similar para situar el año. De hecho, acabo de consultar un viejo currículum que tengo guardado en un disco duro y creo que fue en el último trimestre de 1996, o quizá 1997, porque recuerdo ir abrigado pero no demasiado.

Aquellos años de tentativa y fracaso universitario, con la consiguiente desorientación existencial, fueron convenientemente canalizados en desahogos de fin de semana a base de alcohol, hachís y, en un momento dado, el tonteo con algún psicodélico. Me interesaba mucho la experiencia psicodélica (o enteogénica, como la llaman algunos autores) pero el único acceso que tenía a ellos era el consumo en un contexto fiestero. Cosas de la prohibición infantilizante, la negación de espacios terapéuticos serios con herramientas psicodélicas, el reconocimiento del contenido psicodélico como algo más que narrativas aleatorias sin sentido y producto de conexiones neuronales al azar, etc.

Mi pandilla de entonces (aunque mi relación era básicamente con E.) parábamos mucho en *Punto 3*, un concurrido after coruñés de música indie, rock, grunge y metal. Aquel día recuerdo que nada más entrar, la música hizo que la droga transformara el sonido en ondulaciones y las luces hicieran todo tan cristalino que me saqué las gafas para comprobar que seguía siendo miope. Tras entrar, algún saludo y pedir algo, estaba atravesando la pista de baile cuando me golpeó una larga melena impregnada en perfume. Inmediatamente me di cuenta de que era una chica a la que conocía y que me parecía maravillosamente guapa y atractiva. Tuve una fuerte erección.

Como era terriblemente torpe para ligar y en realidad para cualquier relación social, decidí irme. Estaba claro que el LSD no me iba a ayudar en nada en aquella situación. Salí bastante preocupado por el efecto que se estaba intensificando. E., mi copiloto de tripi, tenía una consigna que decía que si el vuelo iba mal, había que **comer para bajar**. Probablemente no tenía ningún sentido bio-químico-nutricional salvo por el hecho de servir de anclaje psicológico con una necesidad básica que, efectivamente, aterrizará el vuelo del LSD y alejara fantasmas de la psicodelia. E., que llevaba toda la noche conmigo, en ese momento estaba ausente, probablemente ligando con una azafata o atendiendo un parto en pleno vuelo. Lo que me encontré fuera era un grupo de gente conocida, próxima a nosotros pero que a mí me resultaban muy ajenos y en algún caso incluso hostiles (camellos, punkis *pasaos* de rosca y personajes similares). Agarrado a mi clavo ardiendo de «tengo que comer algo» pero

con una evidente incapacidad cognitiva y económica para gestionar eso a las 6 de la madrugada, aquel grupo decidió que aquello era gracioso y se dedicaron a torturarme mentalmente un poco. Tras varios comentarios y acciones extrañas (algo que Patricia Rey, otra superviviente de la psiquiatría, me contó que se llamaba *hablar en paranoia* o *en paranoide* y que ha visto hacer a enfermeros en unidades de salud mental), en mi mente apareció la frase de Groucho Marx ***Más vale callar y parecer tonto que hablar y despejar la duda***. Hice mutis por el foro y pasé el resto de la noche malamente.

Imaginemos que hubiera algún tipo de atención terapéutica comunitaria a estas situaciones y se hubieran ocupado de mí en ese momento. Recordemos también esa idea surgida en la psiquiatría de los años 50 de que una experiencia psicótica es muy similar a una experiencia con LSD. La frase ***Más vale callar y parecer tonto que hablar y despejar la duda*** es un hilo clave del que podría tirar cualquier terapeuta bien formado para detectar y desmalear mis problemas, ayudando a articular una intervención que me salvara la vida... y evitarme 15 años de paralizante psiquiatrización y sus consecuencias por lo que me queda de vida.

El periodista de investigación Robert Whitaker, que fue finalista del Premio Pulitzer, reproducía datos en *Anatomía de una epidemia* que informaban de que las recuperaciones de los trastornos psicóticos llegaban a ser incluso mejores cuando no existía intervención psiquiátrica (o sea, psicofarmacológica).

IR A PSICÓLOGO

Uno se encuentra perdido, inseguro, inmaduro pero en supuesta edad adulta, arrastrando una tristeza casi desde que tiene memoria, con unos modelos y referencias totalmente irreales, ajenos e inútiles, habiendo pasado por una crianza precaria debido a la carga de trabajo y de cuidados de la madre, con un padre ausente y distante, con una ausencia casi total de sentido, lo que es el resultado de una sociedad líquida, de masas despersonalizadas, de desintegración comunitaria, una problemática con ramificaciones sociológicas, económicas, políticas y filosóficas, o peor aún, con inquietudes e intereses, y lo único que le ofrece la sociedad es pedir cita al médico en el centro de salud para consulta de psiquiatría y, ya si tal, psicología, que están arquitectónicamente entre digestivo y reumatología.

Percibía mis problemas como dificultades de relación, falta de experiencia, confianza, etc (*tú que vas a saber, tú no sabes nada*) además, para mí lo normal era estar jodido, así que poco iba a relacionar todo eso con sanidad o médicos y tiré palante. Era tan lógico como instintivo buscar caminos con enraizamientos y sentidos culturales. El caso es que yo quería probar aquello de los psicodélicos, pero no por diversión sino como vía de búsqueda de sentido. Entre el respeto que me daba tener un viaje en serio y que en mi contexto el consumo de LSD en modo fiesta es lo que ahora llaman *microdosing*, me pareció buena idea meter el pie en el agua a ver cómo estaba y así prepararme para un futuro viaje intronáutico más en serio.

¿Y si en vez de consulta de psicología, voy a consulta de filosofía?

Por si no es evidente, mi interés por los psicodélicos venía por mis lecturas, no por estar en la calle. En aquella época empecé a visitar mucho las bibliotecas estatales de Coruña, algo que por algún motivo, no había practicado antes. E. me había introducido en el mundo del cómic y descubrí que muchas de mis inquietudes y curiosidades tenían correspondencia y campo abonado en las bibliotecas. Por mis circunstancias, visitaba los estantes sobre psicología (159 en el sistema de clasificación Dewey) y fue una suerte que la organización temática de las bibliotecas colocara en el mismo pasillo y lugares adyacentes Filosofía y psicología (100) y Religión (200) conteniendo materiales sobre misticismo, magia, mitología, etc. y muy cerca de la sociología y la antropología.

Cuando he dado alguna charla o escrito algún otro artículo he dicho con toda la intención que *La biblioteca fue mi centro de día* y prefiero mil veces que lo haya sido antes que haber pasado por cualquier centro de rehabilitación psicosocial como el que está a menos de 200 metros de mi casa en Coruña.

El *leit motiv* de mis delirios era, como ya debe ser obvio, mi inteligencia. De hecho, a medida que mis delirios remitían y me situaba ya en el, supongo, espectro neurótico, quedaba claro que dicho motivo era recurrente, por no decir omnipresente. Esto no lo averigüé yo, fue el apunte de una terapeuta *Gestalt* a la que acudí en un momento dado. Fue una revelación y un importante punto de inflexión.

LIBROS SON DELIRIOS

Mi delirio me llevó a explorar temas de lo que se suele llamar *sabiduría perenne*, la base común de las mil expresiones místicas, mitológicas, filosóficas y religiosas que existen. Autores e influencias como Alan Watts, Gurdjieff, Joseph Campbell, Mircea Eliade, Ken Wilber, Stanislav Grof, Aleister Crowley, Robert Anton Wilson, Howard Philips Lovecraft, Alan Moore y más eran la leña que alimentaba el calor que me daba el delirio en mi sufrimiento. El delirio puede ser consuelo y refugio tanto o más que las experiencias místicas que sustentan las creencias religiosas o los estados alterados de conciencia con o sin sustancias psicoactivas. Es lógico que todas estas experiencias estén conectadas pero no voy a torturar con la narración de mis viajes intro-náuticos y mis reflexiones sobre el extenso territorio entre ambas y como en él hunden sus raíces compartidas el esoterismo, la ingeniería social, el marketing, la manipulación de masas y las ciencias psi.

Tengo muy claro que todas esas lecturas y las ideas que transmitían fueron una referencia que me sostuvo en mis experiencias. También tengo muy claro que tuve varias personas, sobre todo E., que me sirvieron como tomas de tierra que me mantenían con los pies en el suelo. Desde luego no fue de ayuda ningún profesional psi, como el que me censuró y negó acceso a mis libros durante mis 3 semanas de ingreso. Un simple **No debes leer eso porque te hace daño**, sin comentar nada sobre motivos, preguntar sobre mi relación y comprensión de dichos temas, la función psicológica o de sostén que tenían para mí o argumentar lo más mínimo sobre ese supuesto daño. Probablemente prefirió censurar de raíz por desconocimiento o antes de entrar a trabajar el tema o rebajarse a hablar conmigo más de los 5 minutos habituales. Poco podría hablar yo, también es cierto, con las cantidades de haloperidol que tenía yo en el cuerpo.

Delirio como rito de madurez.

En mi delirio, había una narrativa de iniciación, revelación, sentido existencial, destino... Esto implicaba unos objetivos y unas condiciones de finalización... y quizá también un tiempo. 10 años parecía suficiente y un número redondo. Fue alcanzar esos 10 años lo que me llevó a tratar de cerrar por mí mismo la etapa de delirio y sus misiones. El hecho de cerrar yo mismo dicha etapa quería decir que ya había cumplido los objetivos y por tanto ya podía

considerarme iniciado y volver a la vida *normal* con mis nuevas habilidades y conocimientos. ¿Cómo podría cerrar esta etapa? Tomando las riendas del proceso. Dejé los psicofármacos de golpe sin ningún síndrome de abstinencia que recuerde ni más efecto que la aceleración mental lógica de quitar el freno. También decidí dejar de insistir en visitar psicología en la sanidad estatal ya que no tenía ningún vínculo terapéutico ni me estaba aportando nada. Decidí buscar terapeutas privados de escuelas humanistas. En aquella época sentía esos enfoques más afines a mis propias ideas y experiencias.

¡¡Chimpún!!

Voy a detener mi relato, quizá abruptamente, porque creo que ya ha quedado más que clara mi tesis de que la invalidación es una conducta que está omnipresente en mi biografía y en mi contenido psicótico. También creo que es bastante obvio que ha sido el mecanismo de compensación, propulsado por la rabia y el odio, el que me ha sacado de la agradable psicosis en la que viví durante años para instalarme en mi actual malestar, violencia y sufrimiento de conflictos personales y políticos.

En una ocasión, una terapeuta que tuve me dijo:

–Pareces un tío bastante inteligente.

No se como reaccionar a los halagos, me desconciertan y tiendo a explicarlos a través de algo ajeno. En este caso tuve una reacción emocional similar. Como había pocas cosas en las que hubiera estado pensando tanto, mi respuesta fue totalmente espontánea:

–No es inteligencia, es la dedicación.

La dedicación es motivación y la motivación, al menos en mi caso y con ciertos temas, viene de esa rabia y odio que mencionaba.

Espero que también se pueda apreciar en este texto cómo las toxicidades y opresiones sociales generan conjuntos de respuestas y conductas que pueden transmitirse de unas personas a otras, igual que se contagia un organismo infeccioso. Dichas construcciones de conductas estarían formadas aquí por memes (los de Dawkins, no los de internet) que no genes, reproducidos a través de la crianza, dando origen a lo que se entiende como patologías psiquiátricas con distintos síntomas y variados diagnósticos. Creo

que se intuye además que esto podría tener efectos a través de generaciones y sobre familias o incluso comunidades enteras.

Al igual que yo he tomado conciencia de cómo he heredado y reproducido mis percepciones y conductas problemáticas, me gustaría que hubiera también una toma de conciencia de estas transmisiones por parte del colectivo de profesionales psi y cualquier otra persona que lea este texto, en especial familiares de personas psiquiatrizadas, y revisen la procedencia de sus propias ideas, creencias, conductas, relaciones y percepciones. Este último deseo es especialmente urgente, ya que muchas prácticas socio-sanitarias están influidas y proceden de inyecciones de información manipulada en lugares y personas utilizadas como vectores de contagio. Tal es, sin ir más lejos, la idea de líder de influencia profesional que utilizan desde hace décadas en el ámbito del marketing. No hay que creerse todo el biologicismo en lote, con que alguna pequeña idea suelta se vaya introduciendo, ya se está influyendo en la práctica y decantando ligeramente la balanza en una pequeña parte de las decisiones. Esto significa una cantidad de dinero objetivo y cuantificable. Hay pocos indicadores tan medidos y vigilados como el dinero. Hay pocas tecnologías sociales tan desarrolladas y eficaces como el marketing que sin duda tiene en cuenta y mucho la parte relacional y social de las psiques de sus segmentos de población, clientes y agentes de influencia.

Quedan, por desgracia, al lado del teclado frases con bastante chicha que voy a dejar apuntadas a continuación para apelar a la impresión que provoquen en quienes las lean aunque añada mi sesgo personal. Añadirlas al texto, probablemente junto a algunas más, implicaría un tercer bloque extendiéndome sobre mi relación con el activismo y como este me ayudó en mi proceso de recuperación pero también implica hablar de fracasos y relaciones aún dolorosos y demasiado frescos en los que ni puedo ni quiero entrar en este momento.

Todos somos dependientes de otros, lo hemos sido en nuestra infancia y lo seremos probablemente en nuestra vejez.- a Henry Kissinger le gusta esto que dice el activismo loco.

Salud mental es autonomía –los mismos activistas locos de la interdependencia.

El individuo no existe, somos la suma de todos los vínculos que tenemos y hemos tenido. - verdades ocultas en nuestra propia mente por la fantasía del ego.

Sólo voy a destacar la siguiente por lo fundamental que es en mi momento actual y lo que tiene de concluyente con todo lo expuesto.

–Con que me dejen en paz, ya me vale –Hablando de los derechos que reivindicamos para el colectivo loco.

–Anda que no pides nada –Respuesta de profesional lúcida.

Creo que Jesús se pasó de ambicioso. Eso de *amaos los unos a los otros* peca de ambicioso. Sin duda un objetivo más realista sería *dejaos en paz los unos a los otros*.

Recuerden a Hipócrates y *no hacer daño*.

Obituario: Mikel Munárriz

Directiva saínte da Asociación Galega de Saúde Mental

Mikel foi presidente da AEN durante o progreso de integración e consolidación da AGSM como parte da asociación española de neuropsiquiatría. Era un bo home, dos que teñen conviccións moi claras pero que se acompañan dunha crenza inquebrantábel no diálogo. Tamén tiña un pouso da orde do práctico, decidido as sacar os asuntos adiante. Nas xuntanzas da directiva, cando era tempo de pechar un punto da orde do día, adoitaba rematar a súa intervención cunha expresión propia. O *chimpún* de Munárriz (acompañado dun sorriso) significaba xustamente iso, que era o intre de facer e non enredarse nos debates, ese síntoma tan propio da nosa asociación. Ao tempo, fuxía dos personalismos e conformou ao seu derredor unha directiva que traballou arreo, cun contido ideolóxico de fondo que puxo de releve a importancia das experiencias en primeira persoa, a ética no trato e o compoñente social na saúde mental. Os cadernos e publicacións da AEN testemuñan esta posición: sobre a coerción, o marco do poder, ameaza e significado, as contencións, as vontades anticipadas en saúde mental... son todos documentos de fondo calado e que estruturan un modo de traballar e organizar a asistencia.

Era unha persoa acolledora que valoraba os nosos aportes (ás veces para a nosa sorpresa) e procuraba incluírnos nas actividades e no discurso da asociación. Con el organizamos unhas xornadas nacionais e con el colaboramos na primeira webinar da AEN, aínda nos tempos duros da pandemia.

Había algo na súa persoa que facía máis curtas todas as distancias, entre a AEN e a AGSM, entre os distintos profesionais, entre a variedade de discursos presentes na asociación, entre os diferentes territorios e, talvez, entre dous mares, o atlántico e o mediterráneo. Exercía, en definitiva, unha multidisciplinariedade case poética.

Agora que estamos nos tempos dos reencontros, será alguén que botaremos en falta. Era un pracer estar, conversar e ollar o seu xeito singular de interpretar o mundo e intentar cambialo.

E, sobre todas as cousas, dende esta fistera queremos enviarlle unha fonda aperta a súa familia e aos seus achegados.

Directiva saínte da ASOCIACIÓN GALEGA DE SAÚDE MENTAL.

La reforma psiquiátrica en España hacia la salud mental comunitaria

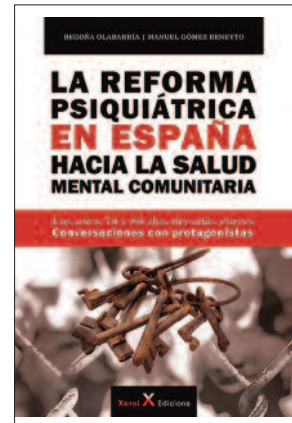
Los años 70 y 80: dos décadas claves.
Conversaciones con protagonistas

Begoña Olabarria / Manuel Gómez Beneyto.
Xoroi Edicions. Barcelona 2022

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 psicólog@s clínic@s 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 añado 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 sé 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 *psy* 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 historietita de nostálgicos hippies de los 80, demasiado politizados... frente al tiempo actual del todo “ciencia y técnica” que avanza “hacia el progreso” imparable, 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 psicologicismo 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.

El giro

Stephen Greenblatt.
Editorial Crítica

Juan J. Martínez Sigüenza

“No sólo tenemos que vigilar a los poetas y obligarles o a representar en sus obras modelos de buen carácter o a no divulgarlas entre nosotros, sino que también hay que ejercer inspección sobre los demás artistas e impedirles que copien la maldad, intemperancia, vileza o fealdad...”

Platón (*La República*)



Cuando hace ya unos cuantos años, en medio del fragor estival de un agosto de los primeros años ochenta, terminé de leer el *Mein Kampf*, aparte del agobio inducido por una canícula tan totalitaria como el contenido del libro, tuve cierta sensación de decepción provocada por un texto que me pareció simplista, esencialmente obvio en cuanto a su carácter de explícito libelo. En sentido más estricto, una impresión de cierta desilusión por no descubrir en sus más de trescientas páginas alguna información clandestina, secreta, que esperaba me iluminase alguno de los tramos más oscuros de la historia alemana del Tercer Reich.

Las expectativas abonadas por la censura y el hermetismo decretado sobre este libro habían quedado ampliamente defraudadas. En mayor grado, si cabe, porque tuve la ventaja de contar con una edición antigua no expurgada, publicada en su versión íntegra por el bando golpista español en plena guerra civil, pues el propio autor se encargó de suavizar su libro en otras ediciones destinadas al extranjero.

No fue, por tanto, ninguna sorpresa conocer sus urticantes nociones ni la abstrusa exposición de unos planteamientos que, en sus mejores párrafos, resultaban un compendio dogmático tenazmente tedioso, reiterativo, falaz, en los que adelantaba fielmente las pautas teóricas que después puso en práctica. Y no obstante, transcurridos en aquella época más de 60 años desde su fecha de publicación, seguía siendo un libro vetado no sólo en Alemania, una lectura excomulgada desde amplios sectores progresistas, un objeto oculto, innombrable y maldito, pecaminoso en cualquier capilla democrática.

Lo paradójico es que una parte del texto se podría aprovechar como un magnífico manual de marketing de rabiosa actualidad. Cómo vender un producto fraudulento empleando todo tipo de técnicas mercantiles, desde una invocación a las emociones tribales, hasta las eufónicas consignas patrias y mensajes de catecismo que deben jalearse, pasando por los colores que impregnarán nuestros estandartes sociales, a la par que se pisotean con furor algunas cabezas indeseables... Todo lo explica minuciosamente Hitler en pleno éxtasis comercial.

En esto radica la cuestión de fondo, ese denodado y absurdo interés en ocultar algo por parte de sectores pretendidamente abiertos al conocimiento, esgrimiendo profilácticas excusas de no envenenar a la sociedad con bazofia ideológica o amparándose en presupuestos enquistados en maniqueas intenciones moralistas, como honrar (con amnesia) la memoria de las víctimas... Puestos a tener fe en algo, sigo creyendo que la mejor forma de que los potenciales consumidores de productos purulentos puedan protegerse de ser estafados o intoxicados, es conocer los procedimientos de venta, estar bien informados sobre el bodrio que se oferta. No en vano siempre tendremos un fñhrer a nuestro lado musitando enardecidas canciones de amor.

Lo anterior regurgita ahora en mi grasienta memoria, espoleada por la crispación de unos momentos de auge de pleno enaltecimiento de la cultura woke. Resuenan con ímpetu himnos orquestados en el fervor de la ética proactiva biempensante, siempre aterrada ante el contagio de gonorreas ideológicas y adicta al manual de autoayuda, para negar lo nocivo, tapar lo inconveniente, velar lo molesto, silenciar lo aberrante..., prohi-

biendo su representación, excluyendo su mera alusión. Tiempo de derribos, menú de asfódelos. *Damnatio Memoriae*.

La exaltación de verdades universales con prospecto homologado de uso y en formato internet, se combina con un sistema de antipensamiento de lo negativo. Si conseguimos preterir eso, eso no existe ni eso ha estado. En tanto se extirpa la transmisión gráfica de lo simbólico, no existe ni su historia ni su presente. Urdida con estos linos, la libertad de pensamiento, siembre imbricada en la libertad de expresión y viceversa, se transmuta en libertad pueril del correcto no pensante idiotizado. Y el río Leteo de lo contemporáneo debe cruzarse en todos los actos sociales, para salir bautizados de sus aguas y no resultar sospechosos...

Poco importa el papel de monigote liberal que pasemos a representar en la parodia de la realidad higiénica que circunda la tramoya imaginaria de los nuevos tabús, pues una vez ingerida la oblea del olvido, estamos salvados. Los traumáticos fogones del inconsciente clausurado tienen ingente capacidad de cocinarlo todo antes de reventar... pero eso sí, dadme ya una identidad saneada –religiosa, nacional, profesional, laboral, sexual, digital, de género– para poder ser alguien, para poder esgrimir mi carnet y desfilar legalmente en la cruzada iconoclasta...

*** *** ***

Desde otro libro, Stephen Greenblatt, titular de la Cátedra John Cogan de la Universidad de Humanidades en la Universidad de Harvard, nos conduce a meditar sobre lo antedicho desde una perspectiva hasta cierto punto antagonica, en lo que a efectos de la censura se refiere. Su ensayo *El giro* publicado en 2011, nos describe la repercusión que tuvo el hallazgo casual de un libro perdido, en realidad un excepcional corpus de pensamiento procedente del mundo clásico grecolatino, cuya recuperación, conocimiento y divulgación en el Renacimiento convulsionó el desarrollo del pensamiento histórico occidental.

Aquí, en contraposición a la actividad “depurativa”, es el descubrimiento y difusión de unas antiguas ideas “peligrosas” lo que activa el resorte que ejercerá de potente catalizador cultural. Una increíble serendipia que explica un decisivo cambio de rumbo (el giro) sobre la visión del mundo, las

creencias, y las actitudes sociales, tal como lo resume en su portada: “De cómo un manuscrito olvidado contribuyó a crear el mundo moderno”.

Se trata de *De rerum natura* (Sobre la naturaleza de las cosas), un poema filosófico de 7.400 versos en hexámetros dactílicos, escrito por Tito Lucrecio Caro aproximadamente en el 50 a.C., y que se dio por desaparecido tras el derrumbe del imperio romano. ¿Quién fue? ¿Qué nos dice en su poema? ¿Por qué provocó tal conmoción? Poco se sabe de Lucrecio, adscrito a las tesis de Epicuro, de cuya escuela emana la filosofía que impregna su pensamiento. Aunque reconocido por algunos prestigiosos polígrafos de su tiempo –Ovidio, Cicerón, Virgilio–, en general fue denostado por sus contemporáneos. Y podemos comprender el motivo. Sus principios colisionaban con los valores del mundo romano.

Bajo una visión materialista describe un Universo formado por vacío y átomos en perpetuo movimiento, indivisibles y eternos. El alma humana está vinculada al cuerpo físico y es finita, desaparece con la muerte. No hay dioses creadores ni existencia ultraterrena. Desprecia cualquier culto religioso, y considera que sólo conocemos a través de los sentidos y de la razón. Defiende la paz, critica la matanza de animales y las luchas en el circo, desprecia la fama y le parece absurda e inútil la acumulación de riquezas... En definitiva, nuestra efímera existencia no tiene un especial significado y es resultado de una naturaleza sujeta a continuos experimentos y cambios fortuitos. Por tanto, debemos aprovechar los buenos momentos, disfrutar de los placeres fugitivos que se nos ofrecen, vivir sin temer a la muerte.

Con este sustrato ideológico no abrigamos la menor duda del frontal rechazo que, con mayor intensidad a la llegada del cristianismo, sepultó su obra en el tardo imperio romano. Proscripción y olvido biográfico. De hecho, sólo nos ha llegado una breve reseña (seguramente incierta y mal intencionada) retomada por San Jerónimo a finales del s. IV d.C.: “...Lucrecio se volvió loco por haber ingerido un filtro amoroso. En sus intervalos de lucidez escribió varios libros que Cicerón corrigió posteriormente. Tenía 43 años cuando se suicidó”. Punto y final. Pagano, drogadicto, mal escritor, loco y suicida. El colapso del imperio romano, la sistemática destrucción de todas las bibliotecas, y las nuevas oraciones, se encargaron de desintegrarlo.

Stephen Greenblatt, además de analizar y explicarnos con exquisita precisión el contenido del poema, nos relata en su ensayo las peripecias del redescubrimiento del códice en el s.XV, y las subsiguientes consecuencias históricas que originó. Poggio Bracciolini, estudioso humanista italiano del Renacimiento, erudito amanuense al servicio de la curia papal y obsesionado buscador de libros, lo encontró en 1417. La última copia del poema, transcrita por algún monje, había permanecido depositada en el monasterio benedictino de Fulda, en Alemania.

El impacto de las ideas de Lucrecio fue gradual, pero inmenso e irreversible. Posiblemente el quattrocento y cinquecento italianos, con su peculiar pathos alentado por un cuerpo de intelectuales ávidos de profundizar en el conocimiento de la antigüedad grecolatina y liberar al hombre de las cárceles teológicas, tuvo mucho que ver en su influencia. Petrarca, un siglo antes, ya había sido pionero en la “caza” de manuscritos perdidos y en el estudio filológico de textos antiguos. Pero, los humanistas y sus nuevas academias no lo tuvieron nada fácil. Al contrario. Seguía pesando la asfixiante losa de la escolástica medieval y el muro infranqueable de una teocracia cristiana adversa a cualquier idea ajena a su ortodoxia.

El omnímodo poder de las autoridades eclesiásticas se empleó a fondo para aniquilar esta obra, impedir su herética difusión. Algunos filósofos, científicos y artistas optaron por la prudencia, como Marsilio Ficino, y en cenáculos secretos comentaron y propagaron las ideas de Lucrecio. Otros, como el pintor Boticelli las reflejaron subrepticamente en metáforas pictóricas (ahí tenemos “La primavera”). Los más osados, como Giordano Bruno, acabaron en la hoguera, o bien en una condena de reclusión en un falso mutismo, como Galileo...

Pero las semillas del pensamiento pagano recuperado ya se habían esparcido, y sus frutos germinarían dando un giro al mundo... el mismo mundo que hoy en día en gran medida nos sorprende en su afán de restablecer procesos contrarios, en su tendencia a categorizar la inconveniencia de conocer determinados hechos y pensamientos... Algo de lo que el mismo Lucrecio ya nos alertaba en el verso 147 “...este terror, pues, y estas nieblas del espíritu, necesario es que las disipen, no los rayos de sol ni los lúcidos claros del día, sino la contemplación de la naturaleza y la ciencia”, y de lo

que Lord Byron también fue consciente “...la irreligiosidad de Lucrecio es en exceso fuerte para estómagos acostumbrados a discreta nutrición” (“Don Juan” I.43).

NOTA: Entre las distintas publicaciones de *De rerum natura*, cabe destacar la de Editorial Acantilado, edición bilingüe latín-castellano, presentada por Stephen Grrrenblatt y traducida por Eduard Valentí Prol

Juan Martínez Sigüenza, a 5 de julio de 2022

<https://www.planetadelibros.com/libro-el-giro/117826>

<https://www.acantilado.es/catalogo/de-rerum-natura-de-la-naturaleza/>

★ ★ ★

¿Por qué se escribe? Cincuenta escritores

Fernando Martín Adúriz
La Dragona Ediciones. 2022

A cada escritor su respuesta, sin concierto ni acuerdo posible. Ésta es la respuesta a la cuestión que plantea Fernando Martín Aduriz en este libro, de reciente publicación en el que indaga, como enigma a resolver, sobre el secreto que habita en aquellas personas que, en el decir de Emily Brontë, *escriben porque no pueden evitarlo*.

Ponderando el *acto de escribir* como búsqueda y nudo se ofrece al lector una selección de cincuenta escritores, de entre los predilectos del autor, a los que se acerca con el agradecimiento de aquel que se deja acompañar por los libros, del lector que consiente al juego de lo simbólico, y que encuentra en su biblioteca solaz, sosiego y la zozobra ineludible que todo buen libro procura como efecto transformador. Como escritor, cuestiona el hecho mismo de la escritura, y verifica que ese impulso nace de un efecto de lectura. Como psicoanalista que sabe escuchar, rastrea lo no dicho por cada uno de los autores, aunque sea ese un silencio sonoro que colisione con sus vicisitudes vitales y ofrece un adelanto de interpretación de lo que supone una juntura entre lo real y lo simbólico, en decir de Lacan.

Tal como indica Aduriz este libro es *una contribución a la interpretación de la letra escrita, y un canto al deleite que nos produce cuando está bien dispuesta*.¹



¹ Martín Aduriz, Fernando: *Cincuenta escritores. ¿por qué se escribe?*, Málaga: Miguel Gómez Ediciones, 2022.

Compuesto por textos breves, publicados originariamente fruto de la colaboración con del autor con *Diario Palentino* en su columna “Vecinos ilustrados”, proporcionan al lector un bosquejo preciso, lúcido y delicioso de cada uno de los autores, entre los que el lector encontrará con regocijo escritores de los que ya se ha dejado acompañar y otros que, sin duda, resultaran un interesante descubrimiento. Destacan de entre todos Fernando Pessoa y Jacques Lacan. Pero todos, mencionaré sólo algunos, como M. Duras, M. Zambrano, J.L. Borges, F. Kafka, S. Marai, o J. Salter, se convierten en personajes, protagonistas de su propio texto.

El acto de escritura es un evento solitario, Aduriz instala en el diván secreto de su escritura también la inagotable curiosidad que le acompaña y su amor por la vida, y por la letra, pues es firme su creencia de que pueden vivirse varias vidas a la vez. Estamos ante un libro que abre puertas y senderos a otros libros. Jacques Lacan aseveraba que *las palabras quedan*,² también las escritas. Les auguro una feliz lectura.

Ángela González, Psicoanalista.
Julio 2022.

² Lacan, Jacques: «La carta robada», *Seminario 2. El yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica*, Buenos Aires: Paidós, 1983, p. 297.

La historia del silencio

Del Renacimiento a nuestros días

Alain Corbin

Traducción de Jordi Bayod

Editorial: Acantilado, 2019

Quizás podamos entender el silencio como algo que aluda a lo real, que se acerque a esa suerte de agujero imposible de obturar. Lo real como registro, como registro lacaniano por supuesto. Eso que nunca deja de no escribirse y precisamente por ello, nunca dejamos de intentarlo. Surge entonces algo que parece contradictorio, casi un oxímoron, las palabras del silencio; porque como dice Alain Corbin, el silencio no es solo ausencia de ruido, no aparece únicamente cuando desaparece la palabra, quizás incluso, sea otra forma de hablar, de comunicarse con lo trascendente, eso sí callando, otra manera de entender el mundo. Así, asegura este autor, que hay un silencio que habla, que recuerda al hombre la existencia que precedió a la palabra.



Y de esto trata este hermoso libro, de lo que pudiera llegar a decirse y a pensarse del silencio, de las distintas formas en las que los seres humanos se han relacionado con él y lo han entendido, de las diferentes texturas de los mil silencios posibles.

Qué triste es el lenguaje que solo sabe explicar y comunicar, que solo informa. Qué triste el lenguaje que va directo al dato y no se pierde, y en ese extravío, encuentra el cuerpo y lo conmueve. Estos son los territorios de la poesía y desde luego también los de este poético libro, que no se conforma con contar, como haría un historiador digamos normal, sino que ha tomado como Proust, los caminos de Méségliŕe y de Guermantes, los caminos de la belleza y del hechizo de la palabra.

Porque Alain Corbin es historiador, pero de una especialidad que sólo podría haber surgido en la Francia más humanística e ilustrada, la historia de las sensibilidades. Precioso nombre, como el que elige para el título de sus libros, este por ejemplo, *Historia del silencio*, un territorio del vacío en esta época de la hiperconexión y del non-stop, del ruido y del *Homo communicans*, en la que nos alejamos, como decía Kierkegaard, de la catarsis del silencio, porque como defiende el autor, el silencio es *una presencia en el aire* que puede sanar. Son los beneficios del silencio.

Un texto además no es muy largo, otra virtud, apenas 141 páginas, que comienza con una cita sublime del escritor también francés Jean-Michel De-la-comptée, en concreto de su libro *Pequeño elogio de los amantes del silencio*: “*En el silencio hay siempre algo inesperado, una belleza que sorprende, una tonalidad que paladeamos con la sutileza de un gourmet, un reposo de sabor exquisito*”. Casi suena a Lord Byron, a su placer en los bosques sin senderos, a su éxtasis en la costa solitaria.

Y así es todo este imprescindible libro, este es su estilo. Nueve capítulos llenos de hermosas frases, de párrafos sublimes y de acertadísimas e innumerables citas de los mejores autores desde el Renacimiento a nuestros días. El silencio y la intimidad, los silencios de la naturaleza, sus búsquedas y sus palabras, los aprendizajes y disciplinas, ¡cómo no!, los silencios del amor y del odio, quizás uno de los capítulos más bellos, y lo trágico del silencio, esa parte oscura, telúrica, terrible y hostil como cita Max Picard.

Solo una pequeña pega, entiendo además que perdonable, no menciona uno de los silencios más enigmáticos y humanos, el silencio del psicoanalista (otros autores sí lo abordan, el antropólogo David Le Breton en su extraordinario *El silencio*). Un silencio este del diván muy del siglo XX, que procede de una postura ética ante el sufrimiento del analizante, que no solo abre la posibilidad de que algo del deseo inconsciente pueda surgir, sino que a la vez, permite que el sentido del discurso del amo, arraigado en nuestro cuerpo y en nuestro ser, pueda ser puesto en entredicho. El único lugar en el mundo, donde uno puede hacer algo con los efectos del lenguaje en su malestar más singular y propio.

Ya lo dijo con enorme lucidez, nuestro gran Joan Brossa en el poema “fin de ciclo”: *el silencio es el original / las palabras son la copia*.

Así que lean este libro necesario, que es la copia, porque puede, según palabras de Corbin, “*revelarnos una dimensión de gozos inexpresables*”.

NOTA: existe una relación concomitante entre las palabras. Inevitablemente, unas llaman a otras, las hacen nacer y existir. Los grandes textos son siempre inspiradores, tocan algo, remueven y así, permiten inventar. Eso es la poesía, pura creación. Así, este libro de Alain Corbin, necesariamente, como un agua fértil, como causa, tras su lectura, creó las condiciones para que surgieran unos versos sobre el silencio. Ahí va un ensayo de poema que por fin descansa y que comienza con unas hermosas palabras del poeta israelí Yehuda Amijai, *donde tenemos razón, no pueden crecer las flores*.

*Donde tenemos
razón no pueden
crecer las flores*

Yehuda Amijai

El silencio es la
niebla, la muda
oscuridad, materia
viva flotando
en el vientre de una madre.
El movimiento de los peces en el
acuario, esa trampa callada de cristal.
Son los cuerpos bajo las aguas,
el verso que se labra en el aire,
la fiebre que cesa en la noche.
Silencio, es el final de todas las
guerras, esa sensación de ausencia
en el interior de las catedrales.

Es la idea de
Dios,
el encuentro con el alma
muda

ante el nuevo objeto que nos
asombra, el retorno lento de la luz.
Son silencio, los barcos navegando en
alta mar previamente a su
hundimiento,
los aviones volando en la
noche. Silencio es el fondo de
las cosas, antes de que surjan
las palabras que las designan.
Es el poema que por fin
descansa,
justo el instante siguiente al último
latido, a la última respiración del padre.
Es la soledad cuando el otro no
contesta y ya no importa,
el lugar donde crece el
musgo,
Thoreau en el bosque de
Walden. El silencio es,
lo que realmente une a los amantes,
el lenguaje cuando deja en paz al
loco, el pensamiento que se detiene,
los tacones de una mujer a las tantas.
Y no hay silencio como el de la
tundra,
esa extraña experiencia de existir con el
frío. Lo único que merece la pena ser
escuchado, porque donde no hay silencio
no pueden crecer las flores.

Enrique Gómez Crespo (Palencia)
Licenciado en Filosofía y Letras, aprendiz de poeta
(A. Gamoneda *dixit*)

Nada ha sido fácil, tiempos de extinción, tiempos de silencio. Una exposición

Xulio M. Sigüenza

ART E

Resulta un tanto difícil definir la exposición titulada: *Nada ha sido fácil*. Quizás el sobretítulo que detalla su cartel: “*unha expresión artística a través de obxectos, persoas e voces no tempo*” nos dé alguna pista.

Es preciso entrar, y dejarse llevar en este espacio de silencio, de tiempo retenido y de extinción. Descubrir la esencia del ser humano oculto entre las poesías e instalaciones de objetos allí expuestos. Leer previamente, con calma, los textos explicativos de algunas piezas, y escuchar de fondo los sonidos que nos acompañan sensitivamente en el transcurso de la visita.

Llegamos a la sala, y en su centro hallamos de nuevo la frase titular NADA HA SIDO FÁCIL, como verso final del poema que corona una de las piezas en el medio de la estancia.

*Madre, he llegado de la oscuridad
para comer tus fresas,
ésas que solías dejarme encima de la mesa, de madrugada.
Nada ha sido fácil.*



Mesa. In memoriam de Manolo d'Avenida

Una secular mesa carcomida –casi fósil doméstico– y un texto:

Manolo d`Avenida viviu nos Campos en Paramos. Aquí temos a proba do seu vivir austero: unha lareira de pedra, un par de bombillas, esta mesa, e apenas máis nada compoñían o seu escaso mobiliario doméstico. Manolo, ademais do seu peculiar anacronismo, caracterizábase por ser prototipo dun “bo salvaxe” nas ideas de J.J. Rousseau.

La austeridad de la mesa de Manolo nos hace pensar quizás en un bodegón de Zurbarán, y próxima a ella, encontramos una extraña cama de hierro y una silla desvencijada: “*A única coisa importante que há nesta vida é uma mesa e uma cama, uma mesa para comer e uma cama para dormir. O resto são aderezos (acessorios)...*”



Adereço (Accesorio)

Espacios para reflexionar sobre lo superfluo y lo esencial en la vida.
Y también sobre diferentes vidas, sobre distintas maneras de concebir el modo en que las personas pueden sobrellevar su existencia.



Todo neno non precisa dun ladrillo

Siguiendo el recorrido por la exposición, hallaremos una antigua carrilana de juguete que transporta como pasajeros un pequeño zapato de madera y un ladrillo con la impronta del pie de un niño. Es la pisada de un trabajador infantil de una antigua “telleira” en Tui, así lo descubrimos al leer el texto que la acompaña.



O legado do *Tabliñas*

También nos encontramos con el escrito indescifrable sobre una chapa galvanizada y oxidada, que nos dejó como testimonio de vida, un hombre enamorado de los astros, antes de colgarse de un viejo roble cercano a su casa.

Nada ha sido fácil, tiempo de extinción, tiempo de silencio. Una exposición



Miradas

Puertas y ventanas llenas de miradas que nos ven, y en la que nos vemos a nosotros mismos a través de un pequeño espejo. (*“Toda persona es responsable de su mirada pasados los 30 años”* decía el poeta Carlos Oroza)



Vender a vaca

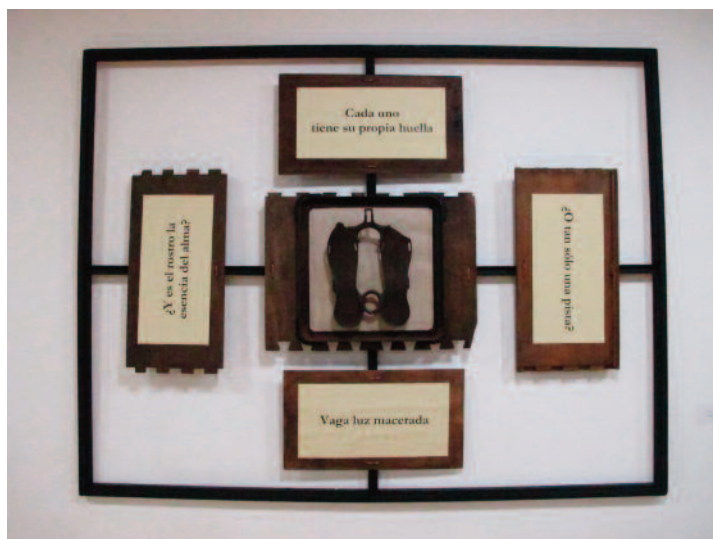
Más ventanas, más puertas que nos incitan a abrirlas y abandonar el rural y nuestra ancestral identidad, a cambio de un rutinario puesto asalariado en Citröen. Recuerdo a Chaplin y sus Tiempos Modernos.



As palabras de Lázaro

También hay maletas y más ventanas... que dejan entrever tras ellas papeles repletos de grafías inventadas como código alfabético por un hombre que no sabía leer, ni escribir. Lázaro

Nada ha sido fácil, tiempo de extinción, tiempo de silencio. Una exposición



Huellas

Huellas de hierro... otra vez los caminos, las pisadas de cada cual en su periplo vital. Flores y pinchos.



Flores e toxos / Flores y espinas



Rezos al obispo (izqda). Pregarias á vida (dcha)

Reclinatorios que nos hablan de diferentes modos de adoración: unos rezan a los guantes de un obispo y al poder, con almohadillado cojín aterciopelado; otros, arrodillados sobre duros cantos rodados, invocan plegarias a un pobre Cristo desvencijado, que malamente sostiene espigas en sus brazos.

Cuando te enfrentes a la muerte,
sólo, cara a cara,
y dejes atrás tu juicio.

Cuando des el paso definitivo,
pronunciando un adiós sereno,
de laureles y trigos maduros.

Y digas he llegado a mi tierra, me
siento feliz.

O si te sobrecoge un angustia, más
grande que el dolor.

Cuando cruces la barrera del olvido
entonces ya no existen los engaños.

“A Dios lo llevamos dentro, por eso nos mira a cada uno”.

Al finalizar la visita a la exposición, pudiera pensar cualquier persona poco observadora, que ante tanto viejo “cachivache” contempla una muestra etnográfica, tal vez de antigüedades y poemas diversos ¿Quién sabe?

Yo sin embargo al ver todo ello pienso quizás en los gorriones

“os paxaros levan o símbolo da liberdade na cabeza. Sen liberdade, a vida sería coma unha cama co pé quebrado”



Sin pie

Esas sencillas aves domésticas y al mismo tiempo salvajes, siempre unidas al ser humano, y que con sus diminutos y expresivos ojos ven a las gentes que habitan las casas campesinas –las casas no son nada sin los hombres– ambos en un camino de incertidumbre: el *Passer domesticus* en vías de extinción, y un *Homo sapiens* que no se reconoce a sí mismo.

Ese hombre al cual la globalización lo ha despersonalizado y engullido. Destruído literalmente, y aún en el caso de pervivir, su voz y existencia tampoco nadie comprendería.

El hombre es un ser extinguido
que recuerda a veces a sus ancestros
y ya no los comprende.
Se expondrán sus cuerpos en
museos,
sus ideas y sentimientos se
custodiarán en archivos.
El ser humano es viejo dinosaurio,
que no muere
Desaparece.



Epílogo

En el sentir de Ana B. Rodríguez Sánchez, colaboradora en este proyecto, “Nada ha sido fácil” es una exposición básicamente antropológica, en la que se puede percibir al ser humano en la piel, a través de una habitación con objetos y palabras que tienen vida ¡Que mejor definición, acaso!

Ese ser humano en constante despedida y en un tiempo efímero, detenido en el aire.

Al alba esperaré
oyendo a los animales carcomer la
tierra
—mañana será miércoles—
Ojalá hubiera asistido a una gran
boda,
habitado otras regiones.
Cuando despierte del largo sueño
óvalos de luz abrirán las puertas
Y allí estará Sinuhé el Egipcio.
Escucha el silencio del bosque
¡Acaso existió algo?

La exposición “Nada ha sido fácil” fue inaugurada el 10 de junio de 2022 en la sala municipal Área Panorámica de Tui.

Pensar en grupo

Relato de una experiencia en el Hospital de Día Uribe-Kosta

Zoraida González Cornide

Psicóloga Clínica
Zamora

Correspondencia: zoraida_pastoriza@hotmail.com

Transitar un periodo de formación tan único como el de la residencia –en mi caso de Psicología Clínica– hace que uno como profesional lleve consigo de alguna manera incorporadas a las personas (adjuntos, compañeros, pacientes, etc.) que le han acompañado durante ese intenso viaje. De hecho, no es infrecuente que en nuestra práctica clínica actual se nos activen aquellas palabras que decía tal adjunto, aquella experiencia que tuvimos con determinado paciente...

Solemos decir que cada residente construye su propio periodo de formación, de manera que para cada uno es diferente; aunque me atrevería a decir que para pocos es una experiencia que pase desapercibida, sin pena ni gloria (pues ciertamente suele haber mucho de ambas).

Rememorando y rebuscando entre esos cajones mentales con rótulos de las diferentes rotaciones y dispositivos, orientaciones, profesionales, etc. –y algunos otros desordenados o todavía sin rótulo–, me encontré con uno interesante que ponía “cosas de grupos” y decidí abrirlo.

EL PRE-

A medida que uno avanza en su periodo de formación como residente, además de ir sumando aprendizajes, se va construyendo a sí mismo como profesional (y un poco como persona también). Esto implica el desarrollo de un pensamiento crítico en el que no solo tiene cabida la fascinación por

el trabajo clínico, sino que también permite empezar a pensar qué formas de actuar le encajan más, con qué estilo se identifica, etc. Así, a lo largo de este camino, además de los avatares que van surgiendo, uno toma decisiones que orientan la brújula en alguna dirección.

Podría decir que ya desde el principio del camino tuve un poco “el gusanillo” de los grupos. Durante mis prácticas del grado en Psicología en una unidad de salud mental de adultos (en la que se prestaba atención individual) me llamó la atención el paralelismo entre las problemáticas de algunas personas –a la vez que sus muchas diferencias– y me planteé si tendría sentido en esos casos un grupo en el que poder compartir y trabajar conjuntamente; con la idea de poder ayudarse entre sí al vivir y haber vivido situaciones similares, pero estar en momentos diferentes.

Durante la residencia, que realicé en el hospital de A Coruña, resultó inspirador pasar por la unidad de salud mental infanto-juvenil. Se trata de una rotación en la que se puede ver “de dónde vienen” las personas con sus dificultades (contexto, dinámicas familiares, etc.) y “verlos venir”, es decir, anticipar hacia dónde se encaminan como peor escenario en la adultez y actuar así casi a modo de prevención. Ambas apreciaciones evidenciaron la necesidad de entender la patología mental desde lo relacional, contando para ello necesariamente con la participación del entorno más próximo del paciente, que suele ser la familia.

Posteriormente, en mi rotación en el Hospital Psiquiátrico de Piñor, en Ourense, tuve el privilegio de ver y de participar en grupos. He de decir que quizás grupos un poco improvisados, pero en esencia un conjunto de personas reunidas voluntariamente para hablar de determinados temas que nos afectaban, para escuchar y compartir. Allí percibí que en los grupos pasaba algo que no pasaba en otro lugar: ni en individual ni en otros espacios conjuntos más informales. Ese “algo” me llevó a seguir pensando en lo grupal.

Así, ya al final de mi periodo de residencia, decidí realizar una rotación externa de tres meses en el Hospital de Día Uribe-Kosta de Bizkaia. Una vez de vuelta a Coruña, al periodo final de la residencia por aquel entonces, y tras vivir esa experiencia, traté de poner palabras a todo lo que allí pude ver y aprender... De ese intento proceden los párrafos que siguen.

URIBE-KOSTA

El Hospital de Día de Uribe-Kosta es un dispositivo perteneciente a la Red de Salud Mental de Osakidetza al que acuden diariamente una veintena de pacientes en régimen de hospitalización parcial. El perfil de los usuarios es el de patología mental grave que requiere una mayor intensidad de tratamiento que a nivel ambulatorio (modalidad por la que suelen haber pasado) y menor que la hospitalización total (en la que también es frecuente que hayan estado). Está ubicado en la comunidad y mantiene coordinación con estos otros dispositivos.

El equipo terapéutico está formado por un psiquiatra, una enfermera de salud mental, dos terapeutas ocupacionales, una trabajadora social y una auxiliar de enfermería; a los que se suman una psicóloga clínica que participa en los grupos multifamiliares y el equipo cambiante del que forman parte las personas rotantes (PIR, MIR, EIR) y de prácticas de grado y máster. Resulta raro hablar de cargos o títulos porque se trata de un equipo que funciona en horizontal, un poco en un “todos hacemos todo”, y en el que todos son referentes terapéuticos para los usuarios y sus familias. Esto no quiere decir que no haya determinadas funciones asociadas a un perfil profesional concreto de las que se encargue dicha persona. Además, el coordinador del equipo y facultativo referente es el psiquiatra.

La actividad del hospital de día se organiza en torno a los espacios grupales, que incluyen terapia grupal como tal y otras actividades conjuntas, todas ellas con fines terapéuticos. Como afirma López Atienza (1), todo el tiempo de contacto con los pacientes es terapéutico, empezando por aquel que se comparte diariamente de forma más informal: desayunos, descansos, etc. De hecho, es en estos espacios donde suelen ponerse en evidencia aspectos patológicos y partes sanas que tardan más en aparecer en actividades regladas.

Hago un paréntesis para destacar que en Uribe se hacen grupos; no intervenciones individuales con observadores o testigos presentes, ni intervenciones unidireccionales de un/os profesional/es hacia un/os paciente/s; GRUPOS. Y, cuando hablo de grupos, me refiero a algunos que están en marcha desde los años 80 y a algunos otros que pueden congregar hasta a ochenta personas (grupos multifamiliares). Ochenta personas que se desplazan a un lugar semanalmente; que se dice pronto. Algo debe de ocurrir allí, y no es magia (aunque lo pueda parecer).

Semanalmente se realizan dos grupos con los pacientes del hospital y el equipo profesional, en los que se trabaja con los emergentes del momento temporal y del proceso terapéutico, con lo que el paciente dice y vive, con los vínculos que establece, etc. Son los usuarios los que orientan la dirección, con el sostén del equipo y del propio grupo, y a veces por mediación de éste (ej. es habitual que sea un profesional el que –con el permiso del paciente– saque a colación una problemática expresada por él previamente en individual y/o en un espacio informal). Un barco en el que todos reman en la misma dirección, turnándose los remos durante la travesía.

Otro de los grupos semanales es el pre-grupo, destinado a construir la primera vinculación, previa a la incorporación al hospital de día. Acuden pacientes derivados desde el servicio de hospitalización o desde el centro de salud mental, para su posterior incorporación, y también se mantienen en él los pacientes que han entrado al hospital más recientemente y los que, por el motivo que sea, todavía no están vinculados al mismo.

Por su parte, como representante de otro momento del proceso de terapia, está el post-grupo. A éste acuden pacientes que, aunque han sido dados de alta del hospital de día, requieren un seguimiento puntual y otros que continúan en el hospital con expectativas de alta próxima.

Personalmente, uno de los puntos fuertes es el grupo semanal de duelos, cuyo criterio de inclusión es la vivencia de duelos patológicos, y se conforma por pacientes de diferentes procedencias; no necesariamente en relación directa con el hospital de día. La inclusión de este grupo, veterano donde los haya, no es casual (como casi nada allí), sino que tiene que ver con los fundamentos teóricos del modelo de terapia. Para mí es uno de esos ejemplos en los que se evidencia el beneficio terapéutico de trabajar en grupo: la empatía genuina, el acompañamiento en primera persona (“yo me he sentido como tú”), el respeto al malestar, la esperanza, etc.

Finalmente, la joya de la corona: los grupos multifamiliares. Por una parte, los mencionados pre-grupo, post-grupo y grupo de duelos, que en su modalidad estándar se celebran semanalmente, una vez al mes adquieren la modalidad de multifamiliares al acudir las personas implicadas junto a sus familiares. Por otra, está el multifamiliar por excelencia, con todas las letras. Es un grupo grande –de esos que comentaba que pueden albergar a

ochenta personas– al que acuden semanalmente los pacientes del hospital de día junto con los familiares que quieran acompañarlos, así como pacientes que están dados de alta del hospital, también acompañados de (y acompañando a) sus familias. Una de las muchas funciones de estos grupos es que permiten dar altas del proceso intensivo del hospital de día evitando las recaídas asociadas a las mismas, al poder mantenerse en este espacio terapéutico. Previo a la incorporación a los grupos multifamiliares, el psiquiatra realiza entrevistas unifamiliares para favorecer el vínculo de confianza sobre todo al inicio. Aunque no hay una manera de transmitirlo, diría que el multifamiliar es de esos espacios y tiempos en los que tiene lugar la “magia”.

Entre las actividades que se desarrollan en el hospital de día, además de los grupos, se realiza un taller de cocina semanal, talleres ocupacionales, cinefórum, debates, talleres de escritura creativa, etc. Es importante destacar que cada actividad tiene un sentido clínico y psicoterapéutico que va más allá de la mera ocupación y aprendizaje de habilidades.

Por ejemplo, el taller ocupacional permite, por un lado, trabajar aspectos preverbales o no verbales y, por otro, se convierte en un espacio propicio para conversaciones grupales más informales y menos exigentes, al contar con objetos intermediarios, que favorecen la comunicación especialmente con algunas personas que (todavía) participan en los grupos más desde la escucha y el silencio. El ejemplo más asombroso es el de I., que en la comunicación verbal solo ofrece monosílabos a los demás, mientras que en el taller de escritura elabora relatos creativos y ricos en detalles que puede posteriormente compartir con los otros a través de su lectura.

Una vez al mes se desarrolla una actividad psicodramática en la que los usuarios escenifican algún episodio de su vida (pasado, presente o proyectado el futuro), consigo mismos como protagonistas y otras personas a las que eligen como personajes auxiliares (de forma no precisamente azarosa). Es una actividad muy rica que permite procesar capítulos de la historia vital trasladándose de forma simbólica e imaginaria a dichos escenarios, pudiendo procesar emociones a las que en ocasiones no se puede llegar solo con las palabras. Es sorprendente ver cómo surgen aspectos nuevos, genuinos y auténticos de las personas, que en el día a día y en los contextos

habituales pueden estar muy escondidos. Se trata de otro ejemplo más de cómo nos comportamos de forma diferente en función del lugar, del momento y de las personas acompañantes; especialmente en función de si éstas están dispuestas a escuchar y a sostener determinados aspectos de nosotros mismos.

En el hospital también se cuida la parte teórica y formativa que fundamenta la manera de hacer clínica. Se realizan con frecuencia semanal seminarios de lectura de obras de autores de referencia, de elaboración y revisión de historias clínicas de pacientes, etc.; todo ello en grupo, de forma compartida (no podría ser de otra manera, y no sería lo mismo). Desde mi punto de vista es fundamental este aspecto dado que, igual que lo académico y lo teórico no tendrían sentido sin la observación y aplicación clínicas, tampoco lo segundo podría llevarse a cabo sin lo primero.

CÓMO SE RODÓ

A su llegada a Uribe, al igual que los usuarios, los profesionales y rotantes no entran de cabeza al agua. La primera/s semana/s está dedicada a poder ver desde fuera (desde una cámara) los grupos y la actividad del hospital de día, conocer la dinámica de trabajo y hacer preguntas, muchas preguntas. Haré un inciso para decir que, aunque a veces se les acuse de lo contrario (de poco actualizados), el hospital de día está equipado con un sistema de video excelente que permite visionar y grabar las sesiones para poder disponer de ese material, revisarlo y trabajar con él. Mi sensación durante la primera semana era de extrañeza, en el sentido de estar de alguna manera “conociendo” a los pacientes sin que ellos me conocieran a mí; aunque sabían que estaba observando detrás de la pantalla (ellos lo saben casi todo). Me refiero con este último paréntesis a dos cosas: la intuición poco común, primaria y defensiva, que suele mantenerse en los pacientes graves; y la transparencia y honestidad que sustenta el trabajo en el hospital.

Desde el minuto uno me sorprendió la importancia y la dedicación dada a cada persona y a cada detalle subjetivo, tanto de los usuarios del hospital como del equipo profesional. Me parecía hasta demasiado al principio: reunión a primera hora, reunión después del grupo, a veces entre café y pis-

tachos, reunión. Que si tal paciente ha dicho esto, que si otro hoy no tiene buena cara, que si es mejor llamar al otro que no vino. Y llega el viernes y toca hablar de “sentimientos”, de cómo está cada miembro del equipo tanto dentro como fuera del hospital (en una especie de grupo Balint). ¿Demasiado?, pensaba yo por aquel entonces. Nada más lejos de lo que puedo pensar ahora, después de haber “estado” allí.

Mi primera impresión respecto de los pacientes fue pensar: “¡Pero si están bastante bien!”. Quizás me llamó la atención, con respecto a lo que había visto previamente, el perfil socioeconómico de la población; pues muchos de ellos han empezado y/o terminado una formación universitaria, pertenecen a familias con recursos económicos, tienen intereses intelectuales, nivel cultural alto (véanse mis derrotas en las partidas de Trivial), etc. En mi cabeza previamente asociaba de alguna manera la enfermedad mental con la falta de recursos en general (personales, emocionales, pero también sociales y económicos). Y, aunque creo que en parte los recursos socioeconómicos sí son un factor de protección, a la vista está que no salvan a uno de nada. Como hablaba un día con M. (en broma, pero como siempre un poco en serio), ser muy inteligente a veces es un problema.

El “estar” allí me permitió empezar a ver cosas que antes, o desde fuera, no podía ver. Al principio parece que “no pasa nada” (“el día de la marmota”, como dicen algunos) y, no sé cómo, quizás a modo de insight –(no) de repente–, uno se da cuenta de la inmensidad de cosas que pasan en un solo día. Pues nos están pasando cosas todo el rato, por dentro y por fuera; la diferencia está en si las vemos o no, en si hablamos de ellas o no.

Este poder ver con unas gafas un poco más claras también permite empezar a ver el malestar de las personas que allí están (uy); pues una cosa es estar sin síntomas y otra, bien distinta, es estar bien con uno mismo y con los demás. La sensación pasó a ser la de que quizás “están lo mejor que pueden estar” con lo que tienen; y una de las cosas que tienen es el hospital. Y cuando digo hospital no hablo tanto de batas blancas ni de medicaciones, sino de mucho más, otra vez, del grupo: ese espacio mental dedicado al grupo, que representa lo más importante para la vida de algunos. Se trata de la idea de llevar al grupo incorporado mentalmente, sin necesidad de estar físicamente en él para sentirse en y con él. Supongo que eso es algo

parecido a lo que llamamos apego seguro: el disponer de un otro/s que acompaña, escucha, aporta y sostiene a nivel emocional independientemente (y sin necesidad) de su presencia física.

He de decir que para poder “estar” allí necesité mucha compañía, y la tuve desde el primer día. Personalmente me costó porque llegué diciéndome a mí misma que “tenía que saber”, “tenía que aprovechar”, y precisamente esto me hacía perder el norte sobre el cómo hacerlo. Luego, tampoco sé cómo, me di cuenta de que, con estar disponible, abrir los ojos, escuchar, acompañar y dejarme acompañar era más que suficiente; y empezaron a pasar más cosas. Con el paso de los días fui sintiendo que había un sitio para mí, que era tenida en cuenta, tanto por los usuarios como por los compañeros. Este es un detalle con importancia dado que no es menos cierto que hay lugares por los que uno pasa sin llegar a estar: entra, mira y se va por donde ha venido (e igual que ha venido) porque el contexto, las personas que allí hay o uno mismo no ofrecen otra alternativa. Allí esto sucede de forma diferente y, gracias a que estaban todos, pude estar yo también. “Todos” son los pacientes y los profesionales, cada uno haciéndose su hueco a su ritmo y a la medida de su forma de ser y estar en el hospital.

De lo mucho que me llevo de ese lugar, destaco el halo de honestidad y autenticidad tanto para con los pacientes y familias, así como con las personas en formación que pasan por allí o que están allí temporalmente (ambas cosas distintas). Poder hablar de lo mismo en una reunión de equipo terapéutico y en un grupo con pacientes y familias...

El hospital en este sentido es como una comunidad, un espacio de convivencia en el que se tiene en cuenta y se respeta la individualidad de cada uno como miembro del hospital y del grupo. Se trata de esa horizontalidad que a veces nos genera temor a perder la profesionalidad, a no poder establecer límites en la relación, a no ser respetados, a no encontrar un lugar propio, etc.; esa horizontalidad que, bien hecha, existe y “no pasa nada” o, mejor dicho, pasan muchas cosas (otra vez).

Creo que la base que sustenta todo esto es ver a la persona como persona (algo que puede parecer muy básico, pero no lo es), y verse a uno mismo también como persona (“a todos nos pasan cosas”; frase que tranquilamente podría ser un mantra). Desde ahí, se puede trabajar de una forma

mucho más vivencial, desde la relación; lo que para mí es casi siempre lo realmente terapéutico.

Hablando de terapia, desde esta concepción ésta no es solo para el que designamos como paciente y su familia, sino también para el equipo terapéutico (y vaya si es). Los profesionales tienen la oportunidad de revisar, a partir de la relación con los pacientes y las familias, la relación con su propia familia; así como de acercarse al paciente compartiendo sus vivencias emocionales (1).

LA “MAGIA” DEL GRUPO

Los grupos multifamiliares son considerados como el principal escenario del proceso terapéutico de los pacientes y sus familiares. Permiten intervenir en lo social, lo familiar y en el mundo interno de cada individuo (2).

En estos grupos grandes es importante la construcción de un clima emocional diferente, de confianza y seguridad, que permita un encuentro humano en el cual poder escuchar y poder pensar de forma acompañada. Es algo casi palpable en los grupos en los que pude participar. Me sorprendía cómo en ellos se tratan temas complejos y tabú que no se hablan en ninguna otra parte. Y ahora creo que entiendo por qué y tiene que ver con eso: uno solo puede hablar de determinadas cosas cuando sabe que hay un/os otro/s dispuesto/s a escuchar y a sostener. Considero que esa experiencia tiene un valor incalculable: el poner en palabras y compartir con el grupo algo que tenemos en la cabeza, que pensamos que es horrible o inadecuado, y comprobar que para los demás no es así, que no somos juzgados e, incluso, que otras personas se pueden sentir identificadas o ayudadas por dicho comentario.

La creación de este clima emocional, que parte del sustento del equipo y se mantiene en la matriz del grupo, favorece la capacidad de contención de los fenómenos regresivos en el grupo (1). Con contención me refiero a la seguridad del contexto grupal, de escucha fiable y no crítica, que permite aflorar aspectos del yo más auténticos y regresivos que actúan como experiencias correctoras de crecimiento en lugar de como retraumatizantes. Igual que “cuatro ojos ven más que dos”, podríamos decir que también

sostienen y acompañan más, a la vez que aumentan las posibilidades de una buena praxis a nivel profesional (ej. aunque uno reaccione y actúe, otro contiene con la presencia y/o la palabra).

Recuerdo un grupo multifamiliar en el que J., padre de un paciente del hospital de día, agradecía al equipo “lo difícil de llevar un grupo sin dar clases magistrales, dejando el protagonismo a los enfermos y a las familias”. Para mí es tal cual así. Creo que la terapia grupal es, de alguna forma, un algo más generoso, humilde y altruista que la terapia individual. En muchas ocasiones, la encomienda de los profesionales es moderar, señalar emergentes, identificar similitudes entre personas y familias, captar determinados aspectos relevantes para el proceso terapéutico (duelos, dependencias familiares, regresiones, aspectos del concepto del sí mismo, etc.), subrayar temas que se repiten, etc.; mientras que, en muchas otras, su labor es sostener con la presencia, escuchar activamente y dejar que los pacientes y familias intervengan. Esto exige depositar mucha confianza en el grupo, sabiendo –como comentaba en el párrafo anterior– que éste sostiene determinadas dinámicas por el clima de escucha y empatía acompañante que se construye y la actitud terapéutica que los miembros del grupo van adquiriendo a medida que avanza el proceso (matriz del grupo).

Entre los fenómenos más relevantes de los grupos, se puede ver claramente cómo las intervenciones de las familias y pacientes, basadas en una experiencia personal propia (primera persona), se reciben mucho mejor –activan menos defensas y resistencias– que las que provienen de los profesionales del equipo, sobre todo en determinados momentos de mayor activación emocional. Otro fenómeno grupal interesante es el hecho de que las personas (familia y paciente) con las que se está interviniendo directamente son muchas veces las que menos perciben a nivel consciente lo que sucede o las que menos se benefician de la intervención, siendo las demás las que lo hacen por identificación al verse reflejadas en dicha familia; y viceversa. La posibilidad de ayudar a los otros desarrollando la capacidad de ponerse en su lugar permite la emergencia de la parte sana, puesto que los otros hacen de espejo de lo que cada uno padece (2). Así, a veces aparece esto que comúnmente decimos de “consejos vendo, que para mí no tengo”, ya que es más fácil en un principio trabajar determinados aspectos a través de los

otros, para más adelante poder hacerlo mirándose a uno mismo. Es importante, en este sentido, que el profesional sea muy “paciente”.

En los primeros intercambios grupales multifamiliares se observa cómo los padres se atrincheran con los padres y los hijos con los hijos, hablando los unos de los otros como si de dos bandos en guerra se tratase. O, más bien, suelen hablar aquellos designados como “acompañantes” de la persona etiquetada como “paciente”, mientras ésta última permanece muda. Paciencia: ingrediente fundamental de nuestro trabajo para no reaccionar como “todo el mundo” ya hace. Es importante durante el proceso reconocer el sufrimiento de todas las partes intervinientes, sin tomar parte en la escisión (también patológica) de hablar de víctimas y culpables, de buenos y malos, de sanos y enfermos.

Así, con paciencia, a medida que avanza el proceso terapéutico, se divisa cómo se producen identificaciones muy ricas por pasar a ser cruzadas: padres con otros hijos, hijos con otros padres. Además, el trabajo en grupo va desenredando nudos y el clima de comprensión posibilita pasar de actuar como una especie de personajes (“padre de”, “madre de”, “hijo de”, etc.) a verse unos a otros como personas humanas a las que, repito, les pasan cosas todo el tiempo. Se trata de desfocalizar la problemática de un solo individuo o una sola parte para centrarse en todo el contexto, y poder así analizar, entender e introducir cambios en los vínculos patológicos que en él se mantienen.

Rememoro una intervención de I., hermana de un paciente del hospital de día, en la que recogía con bonitas palabras uno de estos efectos grupales que podría denominarse “humanización”, y explicaba qué se consigue cuando uno puede escuchar y mirar al otro de forma diferente. No va nada desencaminada, pues ya López Atienza y Blajakis López (2) afirman que las personas nos construimos a través de las relaciones que desarrollamos con el mundo externo, a partir de la mirada de los otros. Esta mirada, por supuesto, nos marca en ambos sentidos, para bien y para mal. Un buen (y triste) ejemplo de su importancia a la hora de constituirnos son las palabras de B., al que, entre sus angustiosas dudas y pesares, escuché decir un día: “¿Cuándo te tratan como loco, eres un loco, no?”. Como expresaba Badaracco (3), mirar a un enfermo como enfermo es potencialmente más enfermante que

las palabras, porque las palabras se pueden discutir, mientras que es mucho más difícil hablar de la mirada. Por eso, si le damos la vuelta, cuando en los grupos se consigue mirar más allá de la locura y ver la parte sana que siempre está ahí escondida para ser rescatada, se genera esperanza, se reduce el miedo y tiene lugar el cambio.

Para mí la humanización también tiene que ver (no sé si como causa o como efecto) con que cada uno pueda hablar más de sí mismo –de cómo se siente y de la parte de lo que le pasa que tiene que ver consigo– que de lo que hace el otro. Como argumenta Yalom (4), las personas están atadas porque pasan por alto su propia participación en los problemas que sufren, y lo que les libera es ver su rol en las pautas que las mantienen amarradas entre sí.

En los grupos se mantiene y cuida la subjetividad de cada persona, más allá de la multitud: no son grupos de gente, son grupos de personas. Bajo esta filosofía, se respeta el espacio de cada miembro incluso cuando no acude al grupo: se explicita que no está, se traslada a los demás el aviso si se sabe el motivo de su ausencia y se mantiene su silla vacía visible en el espacio grupal.

¿Es magia? La magia de la constancia, de la presencia respetuosa, del pararse a pensar. Creo que, más que nunca, en una sociedad como la actual que nos empuja a actuar todo el rato en automático, el grupo es un regalo. Aporta un espacio y un tiempo para pararnos a pensar en por qué nos comportamos como lo hacemos, por qué nos pasan las cosas que nos pasan y por qué nos hacen sentir como nos hacen sentir. Es una oportunidad para desarrollar la capacidad de pensar lo que nunca se ha podido pensar, sentir lo que nunca se ha podido sentir y hablar lo que nunca se ha podido hablar. Todo ello requiere tiempo, estabilidad vincular y un gran compromiso emocional (1).

LOS CIMIENTOS

A diferencia de otros modelos de psiquiatría y psicología que atienden a las personas como enfermos con un diagnóstico y se centran en intervenir sobre los síntomas, el modelo de trabajo desarrollado en Uribe aboga por

la comprensión profunda de cada caso y concibe a las personas en su complejidad, incluyendo el contexto familiar. Diré que llegué, estuve y me marché de allí sin conocer muchos de los diagnósticos de los pacientes; y tampoco me hizo falta. Este modelo parte de la idea de comunidad terapéutica y psicoanálisis multifamiliar desarrollada por García Badaracco y Norberto Mascaró.

Entre los principales fundamentos teóricos está la concepción del duelo no resuelto a nivel familiar como uno de los condicionantes de la dinámica de la familia, de los recursos personales de cada individuo y, consecuentemente, del desarrollo de patología mental grave. Las pérdidas traumáticas generan un efecto desorganizador intrapsíquico e interrelacional que activa mecanismos de defensa primitivos (de identificación proyectiva y escisión) que dominan las relaciones del sujeto consigo mismo, con las representaciones del objeto perdido en el interior de su mente y con su mundo externo afectado por dichas pérdidas. Provoca un empobrecimiento del yo que hace que no se pueda vivir sin el otro que ya no está, ni sin los otros que se usarán para colocar representaciones de lo perdido y hacia los que desarrolla una dependencia para evitar una nueva separación insoportable (5). Por ej. C., la madre de un paciente (con una relación simbiótica entre ambos, “un hombre a su madre pegado”), decía que su hijo era como su padre (el padre de ella, fallecido) “hasta en la forma de caminar”.

Se considera que en dichas familias el enquistamiento de los duelos impide el desarrollo personal de cada miembro y lleva a la formación de interdependencias patológicas entre los mismos (1). Esto da como resultado personas estancadas en un tiempo mental infantil, con un vínculo y relación detenidos en etapas familiares más tempranas (simbiosis), que no pueden vincularse con la realidad que les toca vivir. El yo personal no puede crecer ni desarrollar su parte auténtica porque no dispone de los recursos prestados necesarios para ello, dadas las carencias de los propios padres. Así, sus necesidades emocionales no son cubiertas y se construye un “como si” al servicio de las necesidades de los otros (que necesitan auxilio en su duelo), perpetuando dichas interdependencias. Estos vínculos que se mantienen desde la infancia acaban incorporándose al mundo interno del paciente y anclándolo a esas interdependencias desde ahí.

Las negaciones de estos duelos conforman “normalidades patológicas” en las que cada miembro debe seguir funcionando de acuerdo con las reglas de la dinámica familiar; por eso resulta tan complejo conseguir que cada persona desarrolle su individualidad y autonomía (1). Este “como si” se romperá cuando la persona tenga que encarar nuevas experiencias de separación, dejando ver la regresión del vínculo de dependencia.

No obstante, a pesar de la vulnerabilidad del individuo que carece de recursos personales, se considera que existe siempre una parte sana con capacidad potencial para desarrollarse (6).

Como vemos, esta concepción teórica es la que sustenta la necesidad de incluir a las familias en el proceso terapéutico y de revisar la presencia de duelos patológicos en cada uno de sus miembros, así como su influencia en las interdependencias y en el sufrimiento mental. Considera al grupo como un espacio que favorece la revisión y reconstitución de los vínculos familiares para la adquisición de los recursos personales que previamente no se han podido desarrollar. Además, la presencia de la familia permite ver en vivo y en directo las relaciones que se dan en su seno (6). Se entiende así el proceso terapéutico como la sucesión de cambios en la organización mental de forma que la persona genere recursos propios al servicio de sus necesidades; rescatando esas necesidades saludables de vida emocional que no pudieron satisfacerse en su momento.

El proceso terapéutico implica tanto progresiones como regresiones. Las regresiones, por lo tanto, no son necesariamente patológicas (incluso todo lo contrario). Como decía Badaracco (3), las crisis se consideran oportunidades de cambio. Por ello también debemos estar preparados para ver “mal” a los pacientes; aunque este “mal” es relativo. Como pudimos escuchar a G., paciente del hospital, decir con rotundidad en un grupo: “Cuando uno está enfermo, ni siente ni padece”. De modo que el estar “mal” –el conectarse con las emociones que nos producen esas muchas cosas que nos pasan–, forma parte del estar bien. Otro mantra.

En los pacientes graves no es infrecuente que esta carencia de recursos propios y auténticos se traduzca en la incapacidad de sentir, en general, y de sentir tristeza, en particular. De esta forma, en ocasiones la violencia se entiende como defensa ante la tristeza. Buena muestra de esto es lo vivido con A.,

paciente del hospital de día, que cuando era verbalmente agresivo trataba de explicar: “No puedo sentir la muerte de nadie, solo puedo estar de mala hostia”. La incapacidad de sentir tristeza o enfado (sentirlo sería estar bien) y la tendencia a defenderse de estas emociones se observa en otros, como I., que se quedan en silencio porque, ay, ¡cuánto enfado tendrían que sacar si hablaran! También U., que se mantiene siendo un “niño” para no enfadarse como adulto, y que se preocupa de su salud cardiológica para no pensar en los pinchazos de tristeza que le da su corazón al perder a personas queridas. También hay quién se asusta de pasárselo bien y de sentirse vivo (U.); ¿podrá influir que su madre tenga a los muertos como amuletos mentales? (“Que no me quiten a mis muertos”, decía ella en un grupo de duelos).

Por otra parte, en las regresiones se ven secuestradas la capacidad de escuchar y de pensar, así como de pedir ayuda y de beneficiarse de ella. Según Badaracco (6), en los momentos más regresivos, la única manera de pedir ayuda es hacer sufrir al otro; lo que explica algunas reacciones violentas como expresión de malestar, demanda de amor o petición de ayuda. Importante esto, de nuevo, para poder sostener y no reaccionar como los demás ya reaccionan.

A medida que avanza el proceso, cuando el paciente puede contar con otro en quien confiar y que proporciona seguridad (en este caso, el grupo), comienza a ser capaz de encontrar recursos internos para poder pedir ayuda, dejarse ayudar y funcionar así con más autonomía (6). La adquisición de recursos personales permite desarmar el poder enfermizo de las interdependencias y los duelos no resueltos. Para ello, es necesario identificarse con la parte infantil sana que se ha quedado estancada y rescatar a la persona acompañándola para que pueda construir recursos personales sanos.

LA RELACIÓN

Según Badaracco (6), los cambios más significativos en un proceso terapéutico no surgen necesariamente de las interpretaciones que los profesionales puedan dar a un paciente para hacer consciente lo inconsciente, sino que el poder curativo está más bien en las variadas experiencias emocionales enriquecedoras que una persona pueda hacer en diferentes contextos para desarrollar recursos propios nuevos.

La participación del profesional implica necesariamente un compromiso emocional grande, tratando de utilizar la relación como contexto de desarrollo de aspectos del yo sano no evolucionados y logrando que el paciente se sienta en todo momento respetado (6).

Hablar de Uribe es hablar de relación y también de despedidas. Igual que se cuida la presencia de cada persona que pasa por allí a su llegada y durante su estancia –asegurándose de que todos sepan quién es y el tiempo que va a estar–, también se le da especial relevancia a su marcha. Se proporciona espacio y tiempo, tanto a esa persona como a las demás del hospital, para poder despedirse y cerrar bien. Considero que cuidar estos aspectos de la relación ayuda a establecer un vínculo seguro y de calidad, sabiendo todas las partes de antemano que la interacción diaria y cercana va a ser temporal; lo que lo aleja mucho de una experiencia de abandono o de la no elaboración de pérdidas y duelos (que podría suponer una repetición de lo vivido para algunos pacientes).

En lo personal, durante la estancia en Uribe me encontraba en una etapa de muchos cambios: lejos de mi familia, de Galicia... Esto también lo pude hablar allí con todos ellos; pues, como afirma Yalom (4), “la apertura del terapeuta engendra la apertura del paciente”. Y, hablando de Galicia, tengo que decir que mi idioma y mi cultura me ayudaron a acercarme desde ahí a los demás. Se me habrá escuchado muchas veces en el hospital: “¿Cómo se dice esto en Euskera?, pues en gallego se dice así”. En realidad, creo que todo lo que uno lleva consigo le ayuda a relacionarse desde ahí: algunos llevan amor por la música, otros arte con la pintura... yo llevaba mi acento gallego, ese que D. imitaba algunas mañanas.

En este sentido, considero que las personas que rotan en Uribe actúan como una especie de herramienta terapéutica relacional, aportando lo que cada uno tiene (con su forma de pensar y actuar) y, como dice una de las terapeutas, de alguna manera estimulando esa misma parte en los pacientes. En el equipo se entiende este proceso como una experiencia emocional correctiva en lo social, lo afectivo y con respecto a la elaboración de duelos.

Bajo esta concepción terapéutica, además de ser esta especie de “herramientas”, también somos personas que nos vemos reflejadas en otras y nos vamos viendo afectadas por lo que se trabaja en los grupos y en el hospital.

Creo que el cambio terapéutico, si se da, se da a ambos lados (si es que hay diferentes lados); o, mejor dicho, a lo largo de todo el círculo.

En lo de pensarse y dejarse ver ante los demás como persona humana también se incluye la humildad de permitirse dudar y equivocarse. Alrededor del círculo que conforma el grupo, probablemente se escuchan mejor las preguntas y dudas que ayudan a pensar, que las intervenciones que pretenden ser verdades inamovibles (de esas que no existen, pues serían delirantes). De ahí también la importancia de revisarse a uno mismo y al equipo cuando surge un emergente, como puede ser algún cambio en los pacientes, en lugar de ponerlo todo en ellos como enfermos que se brotan o desestabilizan porque sí (recordamos de nuevo que a todos nos pasan muchas cosas y para identificarlas tenemos que pararnos a pensar en ellas). Sobra decir, en este sentido, que me siento reconciliada con mis primeras reuniones de equipo, aquellas que me parecían demasiadas y ahora echo en falta, aunque las llevo incorporadas en un bonito espacio de mi mente (también esto es de alguna manera una experiencia de duelo).

Respecto a la relación, es increíble percibir cómo el grupo actúa a modo de caja de resonancia, amplificando o sacando a la luz de alguna manera (no necesariamente hablada) aquellos temas que inundan el ambiente. Por ejemplo, el halo de preocupación cuando un paciente se va a ingresar a otro dispositivo (preocupación por el otro y por uno mismo, “cuando las barbas de tu vecino veas cortar, pon las tuyas a remojar”, activación de vivencias pasadas, etc.), el halo de tristeza cuando se acerca la marcha de alguna persona del grupo o del equipo, etc. También es un fenómeno a observar el cómo cambia el hospital y la interacción de los pacientes en función de las personas del equipo que estén y las que se ausenten (ej. por vacaciones). Se trata de una forma más de poner en valor la subjetividad de cada uno, también de los profesionales, y de recordar que, en la medida en la que somos personas, la neutralidad y la objetividad no existen como tal, dado que todos llevamos con nosotros nuestra maleta llena de historias.

Podría escribir más pero nunca podría decirlo todo. Por eso me despidió, con las voces de aquel día resonando en mi cabeza. Cuando nos despedimos, nadie hizo alusiones a las intervenciones o a los conocimientos (curiosamente aquello que al principio yo me exigía hacer y tener). Todas las

personas mencionaron y pusieron en valor algún aspecto de nuestra relación, que tenía que ver con la forma de acercarse y de escuchar, con el ESTAR.

Dado que gran parte de estas impresiones las plasmé en el papel en el momento de finalizar mi estancia allí, hace ahora más de un año, quizás algunas de ellas las leo ahora desde otro lugar. Pero ahí están y estarán, en ese cajón mental, mezclándose con otras, cambiando, reagrupándose.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LÓPEZ ATIENZA JL. *El proceso terapéutico en el hospital de día: integración de lo clínico y lo social*. 2018. Inédito.

LÓPEZ ATIENZA JL, BLAJAKIS LÓPEZ MI. *Dentro y fuera*. 2016. Inédito.

GARCÍA BADARACCO JE. “Psicoanálisis multifamiliar para curar la enfermedad mental desde la virtualidad sana”. *Rev Psicoanal* 2005; 62(4): 919-936.

YALOM ID. *El don de la terapia. Carta abierta a una generación de terapeutas y sus pacientes*. Barcelona: Ediciones Destino; 2018.

LÓPEZ ATIENZA JL. *La complejidad como trasfondo para poder pensar las necesidades de la mente humana, para vivir una vida propia*. 2021. Inédito.

GARCÍA BADARACCO JE. “De sorpresa en sorpresa”. *Revista de Psicoterapia Analítica Grupal* 2006; 2: 59-73.

Mi visita a Toén en 2009

*Ana Hernández Merino*¹

Correspondencia: anahernandezmerino@gmail.com

El encargo y los prolegómenos

Recibo hace unos días una llamada de Chus Gómez para colaborar en el siguiente número de SISO que según me comenta cierra tanto una etapa de la revista, como suya personal. El encargo se orienta hacia mi visita a Toén hace más de una década. Me sorprende por el tiempo que ha transcurrido desde entonces, 2009. Sin embargo, me tienta indagar en lo que queda en mi recuerdo de aquel viaje y los encuentros, que por otro lado han supuesto el mantener con Chus una relación que perdura y se activa con facilidad en cada contacto.

Cuando estaba preparando la exposición de *Pinacoteca Psiquiátrica en España* que se inauguró en 2009 en el Centro Cultural de La Nau de la Universitat de València, comencé un viaje de búsqueda de colecciones de pintura que se había hecho en nuestro país a lo largo del siglo XX en los entornos de los hospitales psiquiátricos. Fue una tarea hecha a fuego lento y con paso detectivesco.

Unos años antes había llevado a término una investigación en mi tesis doctoral sobre el interés de los psiquiatras por la pintura de sus pacientes dentro y fuera de nuestro país. Algunas cuestiones que ya sabemos sobre la cuestión pero que nombraré escuetamente como las primeras reseñas aparecen en

¹ Comisaria de la exposición *Pinacoteca Psiquiátrica* (2009) y junto a Cándido Polo: *La Nave de los locos, una odisea de la sin razón* (2022). Dra. En Bellas Artes, Terapeuta ocupacional y directora del Máster de Arteterapia de la Universitat Politècnica de València.

tratados de alienistas de principios del XIX bajo el interés por encontrar signos que pudieran dar cuenta de los síntomas de la locura. Vestigios que confirmaran que la enfermedad se podía observar también a través de dibujos y textos. Estos intentos formaban parte de la mirada nosológica y la búsqueda para una clasificación de las categorías morbosas. Se nombran colecciones de pintura como la de Benjamin Rush en los inicios del siglo XIX en Estados Unidos, o la del Dr. Marie cerca de París, de la que escribió Paul Meunier bajo el seudónimo de Marcel Réja en *L'Art chez les fous*, anticipación de lo que después sería todo un hallazgo para las vanguardias artísticas. No obstante, las que fueron realmente relevantes y nombraré algunas, como la reconocida Clínica de Heidelberg en la que había atesorado por encargo del director de la institución, el psiquiatra Hans Prinzhorn una ingente colección desde 1919, incluso antes y que había sido del interés de médicos, forenses y afortunadamente también de artistas. Y tan afortunadamente por parte de la propaganda nazi para desacreditar al arte moderno en la exposición *Entartete Kunts* de 1938. Y otras no tan ricas en la participación en número de artistas enfermos, pero sí importantes por el número de obras producidas por un solo artista, como la del psiquiatra Morgenthaler y su paciente Wölflí en el asilo de Waldau a principios del siglo XX. También la de Carlo vista por parte de Victorino Andreoli que sería años después presidente de la SIPE², cuya mirada dio voz al artista en su mutismo. Otra vertiente se abrió con la Colección de Heidelberg, la propia colección de Bretón y de Dubuffet desde los años 20, que daría lugar años después al museo de Art Brut de Laussane, un exponente de lo que ha crecido en Europa y el resto de mundo en las últimas décadas, la concepción del “antimuseo” con creaciones outsiders, las que nacen de la necesidad de crear de manera compulsiva. Y por supuesto las que se alejan de la tradición cultural y mercantil del arte, aunque sea por la vertiente más despiadada del mercado. Nombro algunos hitos que pueden explicarnos al contemplarlas el misterio de estas obras que se han conservado por lo revulsivo de sus formas, colores o temas que señalan el abismo, la fractura de la locura que deja a veces sin palabras y que gracias a las pinceladas se abre paso transformando el sufrimiento en creación artística.

² Sociedad Internacional de Psicopatología de la Expresión.

DE LA PINTURA PSICOPATOLÓGICA AL ARTE COMO TERAPIA

Retomando la búsqueda, estaba dispuesta a encontrar alguna huella parecida en España. Encontré textos, no muchos. Enumeraré algunos, como el de J. Pérez Valdés (1917), G.R. Lafora (1922), José P. López Villamil (1933), Mira i López (1952), J. Obiols (1962), o J.A. Escudero Valverde (1975). Cada uno de los textos hacía referencia a obras de pacientes que de un modo u otro habían llamado la atención de sus médicos y al igual que en otros países podrían encontrarse en algún lugar más allá de bibliotecas o archivos.

A través de compañeros psiquiatras fui localizando algunos familiares de los autores de los textos y para mi sorpresa fueron apareciendo las imágenes. Documentos visuales ricos que hablaban de la importancia del legado de padres y abuelos, profesionales de la psiquiatría que habían sido depositarios de las expresiones de sus pacientes. Cada uno de ellos con intereses distintos. La primera impresión, que yo reconocía por mi propia experiencia en el Hospital Psiquiátrico de Bétera al acoger obras de pacientes, regalos de pinturas y textos que me llegaban con la esperanza de ser vistos con una mirada curiosa y cuidadosa. Algo especial tenían estas pequeñas esculturas y láminas artísticas que iban apareciendo en distintos puntos de nuestra geografía para que hubieran sido objetos guardados y preservados durante años en “museos” íntimos de cada familia.

Por poner algunos datos sobre la orientación que seguían los textos, Pérez Valdés, no valoró en absoluto las cualidades artísticas, le parecían productos de poco valor y exponentes del contenido patológico y con interés diagnóstico. Y a mi modo de ver este fue una apreciación determinante, junto con el retraso en la modernidad de nuestro país para que no se conserve ninguna del Hospital General de Madrid (actualmente el Centro Nacional de Arte Reina Sofía).

La de Gonzalo R. Lafora muestra lo que hubiera querido ser, una gran colección como la de Heidelberg, procedente de distintos hospitales de España como el del Nuncio de Toledo, de su propia consulta privada y otras como las de la consulta del Dr. Esquerdo, y otros psiquiatras como Roman Alberca, o Rey Ardid. Sueño y ambicioso proyecto que se truncó por la guerra civil. Para Lafora, tenían valor artístico y al mismo tiempo podían ayudar como neuropsiquiatra al diagnóstico. Para José P. L. Villamil podía ser una prueba de la existencia del inconsciente arcaico.

El psiquiatra Joan A Obiols, que conocía el Art-therapy ya en los años 60, le interesaba la psicoterapia a través del arte. Ya conocía las posibilidades de la expresión al servicio de la relación terapéutica, y con este interés las obras archivadas tienen apuntes y notas sobre el efecto de la creación sobre el tratamiento. A J. Antonio Escudero Valverde, psiquiatra castreño, le interesó el uso de las imágenes para el diagnóstico y la clasificación por patologías. Sin embargo, por su selección, la mayoría del Hospital psiquiátrico de Ciempozuelos, entendemos que sólo conservó para su libro aquellas cuyo autor tenía talento para la pintura.

LA VISITA A TOÉN

En mi búsqueda encontré otro polo geográfico de interés en Galicia. Visité al hijo de Villamil, en el hospital de Conxo, que no conservaba obras de pacientes y para mi sorpresa, Toén.

¿Qué me encontré en el Hospital de Toén?... La llegada al recinto fue distinta. Me recibieron dos psiquiatras jóvenes Chus Gómez y Alcira Civera que me acompañaron en la visita del hospital. Un centro que se estaba desmantelando y que mostraba como una instalación de arte contemporáneo, los restos vamos a llamar de una utopía alienista.

El médico Cabaleiro Goás lo había promovido a finales de los años 50, con un enfoque neuropsiquiátrico para pacientes con posibilidades de recuperación. Tenía el aspecto de los sanatorios de aquellos años, en realidad se diseñó en los años 20 para enfermos de lepra. Con sucesivas intervenciones que me impresionan en el estado que estaban sin planificación, ni el suficiente cuidado estético, el recinto pensé que se fue adaptando a la demanda humana que habitaba el lugar. Recorrí algunas estancias que parecían haberse abandonado con prisa. Un aspecto que sobrecogía e interrogaba sobre el traslado de la cultura del sanatorio a otro espacio y a nuevos enfoques.

Me conmovió ver una sala con maletas apiladas. Me comentaron que eran de "Os retornados". Aquellos restos de cartón forrados de tela de saco, sencillas, pobres. Con remaches, y algún baúl. Todas abiertas y vacías. Parece ser que las traían los que habían emigrado a América y que al haber enloquecido regresaban a su tierra. Las maletas, que llevaban lo poco que ha-

bían podido atesorar, les servían de armarios en su estancia en el hospital. Las he recordado muchas veces como una escultura del duelo, de las pérdidas, del dolor del viaje a ninguna parte. Cosidas por la desesperanza y el fracaso de la aventura trasatlántica. No las fotografié y ahora lo lamento. Porque la imagen la mantengo en mi recuerdo.

Otra estancia cálida, con luz y muchos materiales, los talleres. Ya comentaban entusiasmadas Alcira y Chus que el complejo se estaba liquidando, que se iba a construir un Centro Sociosanitario nuevo en un lugar más cercano a la ciudad. Para ellas el eje de lo que podría ser una parte relevante de la atención y tratamientos futuros, sería la creación artística. Fomentar los talleres de arte entre los ingresados e ingresadas porque sabían que, aunque el arte no cura, alivia y es una mediación en la terapia³.

Fui viendo las obras, tenía que seleccionar por criterios de acotación temporal de la exposición de Pinacoteca hasta el año 90. En cada una de ellas había fondo y forma, imagen y relato biográfico filtrado entre las texturas de las pinceladas o entre las huellas del barro o la madera. Las obras no eran anónimas, tenían autores que, modelando, pintando o tallando habían ido dando forma al dolor, a sus descargas, a su coraza protectora, a su esperanza. Fluían en los bancos y mesas, cabezas, manos, personajes, ángeles, demonios o paisajes. Repeticiones que transitaban desde el síntoma a lo creativo. Abriendo la posibilidad al lazo social, alejando en la mirada la etiqueta de lo patológico y dejando entrar el oxígeno de la inspiración y la fantasía.

Había unas pipas construidas por un paciente con desechos reciclados que recordaban artilugios ancestrales. Habían llamado mucho la atención de Florencio de Arboiro, un monitor que era un coleccionista insaciable y peculiar, que trabajaba en el hospital desde hacía muchos años y animaba los talleres. Me las mostró como un descubrimiento. Pipas enigmáticas que como los objetos primitivos tenían una misión funcional, pero que su apariencia podría haber despertado el interés de los seguidores de Duchamp.

³ Ese centro, actualmente es ya una realidad dinámica en la que se trabaja y lo dinamiza Marta García por el arte contemporáneo como motor de cambio. El taller de *Arte Espida*, retoma “La Chispa” un guiño y recuperación de orígenes históricos que dieron la palabra a los ingresados. Un proyecto sin duda renovador y riguroso de otras aproximaciones a la psiquiatría actual.

La biblioteca de Cabaleiro Goás también me llamó la atención. Estaba en el mismo recinto y muy cuidada. Nada daba a entender que se iba a demantelar como gran parte del edificio. Y mi mirada que estaba a la búsqueda, reparó en obras que indicaban el interés de este neuropsiquiatra por el tratamiento ocupacional o laborterapia, siguiendo el dictado de la obra de Herman Simon. También *L'art Psychopatologique* de R. Volmat, que me reveló un hallazgo muy importante para mí; algunas obras de la colección Lafora había formado parte de la primera exposición de arte psicopatológico que acompañó el Primer Congreso Mundial de Psiquiatría en París en 1950. El manual *Psiquiatría* de Mira i López que incluye dos capítulos, uno sobre la escritura y otro sobre expresiones gráficas de enfermos, en el que señala el interés y la diferencia de estas obras artísticas con el trabajo ocupacional.

Cabaleiro Goás tuvo claro desde el principio por su formación y su contacto con Villamil, con las publicaciones de Mira i López y sus estancias en el extranjero, que en el hospital debía de haber ocupación fundamentalmente agrícola o carpintería como parte del tratamiento, laborterapia y también actividades artísticas.

Me hablaron en la visita de los Hermanos Holandeses que trabajaron años en el hospital, tanto en talleres de carpintería como de talla. Ocupaciones que por otro lado podían acercar mucho a los ingresados a tareas del lugar de origen rural, y otros como la encuadernación, el modelado, o la pintura al óleo. También de un trabajo muy interesante a través de la revista, *La Chispa*, que daba cuenta de textos que sin esta iniciativa podrían haber desaparecido. Textos que daban voz a la población del sanatorio.

Conozco datos de la historia del Sanatorio de Toén por la pasión investigadora de David Simón Lorda, que se pueden consultar en las referencias. Como todos los centros psiquiátricos de nuestro país, vivieron distintas etapas. Toén desde el principio cambió la idea del hospital para incurables abriendo la puerta a la recuperación. En los años 70 ya se atendía a los pacientes fuera del hospital. De algún modo las corrientes en pro de la desaparición de los manicomios y la antipsiquiatría que comenzó Basaglia en Trieste a finales de los 60 llegó de algún modo a Ourense con ánimos de renovación, abandonando la disonancia de las terapias de choque que sin sentido se ha-

bían dado con trágica frecuencia. Se fue implantando el trabajo con familias, el psicodrama y el enfoque psicoanalítico de los tratamientos. Fue como en otros lugares una entrada de aire fresco y esperanza para concluir una época que en cierto modo buscaba nuevo puerto para un tiempo regresivo y detenido durante años en la psiquiatría de nuestro país.

Cuando fui a Toén mi primera mirada era limitada, creo que me quedé con piezas sueltas en ese momento de desmantelamiento con sensación de vista de un naufragio, pero ya avistando nuevas costas que se alejaran del sinsentido de los largos internamientos.

Y me hago la pregunta sobre qué podemos comprender con los conocimientos actuales y la experiencia de lo que sucedió, de cuál fue el deseo de Cabaleiro Goás que en tiempos de pocos recursos diera cauce y esperanza con un trabajo singular en aquellos años en un lugar para los que sin recursos habían sido excluidos por haber perdido el rumbo del mundo de la razón.

BIBLIOGRAFÍA

- SIMÓN LORDA, DAVID (2005): *Locura, medicina y sociedad: Ourense (1875-1975)*. Xunta Galicia. Descargado:file:///C:/Users/Ana/Downloads/Dialnet-LocuraMedicinaYSociedad-265395.pdf
- PIQUERAS, NORBERTO; HERNÁNDEZ, ANA. (2009): *Pinacoteca psiquiátrica en España. 1917-1990*. Universitat de València

Arte Espida Proyecto Global

Andrés Díaz Rodríguez

Codirector espacio ArtEspida

Correspondencia: nesodiaz@gmail.com

Pensar ArtEspida es pensar una parte de la historia de la psiquiatría en Ourense. No es posible concebir una sin la otra. Hay que remontarse a la llegada de un nuevo equipo clínico al hospital psiquiátrico de Toén, allá por el año 2005, cuando gracias al esfuerzo y sensibilidad de quien pasó a ocuparse de ese lugar (tanto los psiquiatras como el personal encargado de los talleres de terapia ocupacional) rescataron una ingente producción artística.

Es entonces cuando surge una doble vertiente de trabajo: por una parte, se apostó por humanizar el lugar desde una firme y decidida apuesta por una ética clínica, dignificando a los sujetos que allí lidiaban con su sufrimiento y, paralelamente pero de manera indisociable, se le dio al hallazgo artístico un estatuto de dignidad, desempolvándolo e inventariándolo como merecía. No en vano, finalmente una vez inventariado la colección reúne alrededor de mil obras, posiblemente una de las mayores colecciones de obras elaboradas en un hospital psiquiátrico de Galicia.

Esta apuesta del equipo clínico, transformó el abordaje que hasta la fecha imperaba en el acercamiento a la locura, y plantó la semilla del proyecto que es ArtEspida.

El traslado de Toén a Piñor supone el hito fundacional, no sólo del taller de libre creación, sino del acercamiento e integración de las personas con sufrimiento psíquico, apostando por su inclusión como ciudadanos de pleno derecho y fomentando el lazo social como eje en su integración en la ciudad apostando por soluciones vitales de lo más “normalizado” como ocurre en la vida común de cualquier mortal.

El taller de libre creación es un lugar abierto a los residentes en el hospital y a la sociedad, tal es su vocación. Propone un espacio de intercambio de proyectos, ideas, colaboraciones, en los que la subjetividad juega un papel central, no tanto con la idea de “curar” nada, ya que nada hay que curar en la locura entendida como condición de la subjetividad humana, sino de encontrar la manera en que un sujeto puede ser entendido y acompañado en su singularidad a lo largo de los distintos avatares existenciales con los que habrá de lidiar, y quizás así, pueda encontrar una manera de habitarse y habitar con otros menos marcada por el estigma de la etiqueta diagnóstica y de los significantes amos imperantes en el discurso colectivo y social sobre la “salud mental”.

Asimismo, la coordinación clínica se sustenta en un profundo conocimiento y estudio de la locura, marcada por el psicoanálisis, en concreto, lacaniano. Es a luz de la elucidación lacaniana, ligada al Art Brut, que se pretende observar, entender y aprender de los efectos subjetivos del proceso creativo en la locura o psicosis, entendidos como maniobras para sostenerse con menos sufrimiento psíquico. Para tal empresa, el espacio es complementado con seminarios, docencia, y el estudio pormenorizado de los textos académicos.

En definitiva, ArtEspida no es un tratamiento, ni una ocupación, ni un lugar para “matar o pasar el tiempo”, es un invento que trasciende el enfoque médico-asistencial, que busca promover un espacio de encuentro libre y liberador, donde el que aprende es el que se acerca a estas subjetividades en juego, a la singular manera que cada uno ha encontrado al hecho de vivir fuera de lo habitual siendo merecedor del máximo respeto a su diferencia singular inigualable.

Arte Espida. Noticias de prensa (enlaces) e imaxes

LA REGIÓN: El arte contra los estigmas:

<https://www.laregion.es/articulo/ourense/arte-estigmas/202208060152551151153.html>

LA REGIÓN: La inspiración de Piñor:

<https://www.laregion.es/articulo/ourense/inspiracion-pinor/202208182134421154212.html>

LA VOZ DE GALICIA: «Arte Chis-pa»: crítica de arte de obra de la exposición colectiva.

https://www.lavozdegalicia.es/noticia/ourense/2022/09/05/flores-atico/0003_20220905C2992.htm

RADIO 5: Arte Espida, el proyecto que usa el arte para dignificar.

<https://www.rtve.es/play/audios/salud-mental/hablamos-salud-mental-arte-pinor-30182178-2021-11-23t15-07-02000/6225361/>

FARO DE VIGO: El arte que nace en el psiquiátrico: contra el estigma, la invisibilidad y el aislamiento:

<https://www.farodevigo.es/ourense/2020/07/09/arte-nace-psiquiatrico-estigma-invisibilidad-15136000.html>

FARO DE VIGO: El paciente es más que un diagnóstico

<https://www.farodevigo.es/ourense/2022/11/23/paciente-diagnostico-78946451.html>

WEB Concello Barbadás: el hospital psiquiátrico de Piñor lleva su arte a Europa

<https://www.barbadas.es/el-hospital-psiquiatrico-de-pinor-leva-a-sua-arte-a-europa/>

**FARO DE VIGO: Diez años del traslado de Toén al centro abierto de Piñor:
"Todos ganamos"**

<https://www.farodevigo.es/ourense/2022/04/18/diez-anos-traslado-toen-centro-65093625.html>

LA REGIÓN: Guardar la memoria de Toén

<https://www.laregion.es/articulo/ourense/guardar-memoria-toen/202208192227271154463.html>

≡ FARO DE VIGO BLACK FRIDAY 

El arte que nace en el psiquiátrico: contra el estigma, la invisibilidad y el aislamiento

Un proyecto plantea crear en el centro un espacio artístico y un museo permanente y abierto, para "valorar al artista al margen del diagnóstico"

javier fraiz | Ourense

09 · 07 · 20 | 03:28



rtve play radio salud mental



El arte es la mejor herramienta para el cambio. De ello son conscientes en el Hospital Psiquiátrico de Piñor, en Barbadás, Ourense. Llevan luchando por la dignificación y la

[IR AL DIRECTO](#)

▶ SALUD MENTAL
Arte Espida, el proyecto que usa el ar... 🔊

23/10/2021

El hospital psiquiátrico de Piñor lleva a su arte a Europa

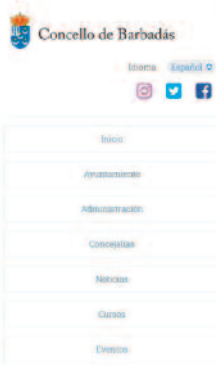
Comunidad en Barbadás



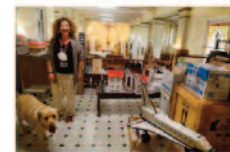
• **El equipo de psiquiatría del hospital de Piñor y sus pacientes** (los habitantes y los actuales) forman parte de la propuesta del Servicio Gallego de Salud (Serisga) **seleccionada por la Comisión Europea como socio para diseñar "futuras maneras de vivir en la encrucijada entre arte, cultura, inclusión social, ciencia y tecnología"**. La iniciativa se llama **La Nueva Sochavao** y, en un esfuerzo colectivo, quiere "imaginar y construir un futuro sostenible, inclusivo y hermoso para la mente la para el alma de tod@s"

• **La jefa de la sección de Psiquiatría y responsable clínica del hospital, Chus Gómez Rodríguez, los habló del viejo sueño del equipo sanitario "de recuperar y dar vitalidad a los almas de los residentes"**

barbadás.es



• **La idea era instalar un museo permanente**, un espacio de creación 'quindo por Marta' y una sala audiovisual para conferencias en la que mostrar estas creaciones a los ciudadanos y para invitar a los artistas. El proyecto fue presentado en su versión en un momento temprano de la convocatoria, y surgió la propuesta de llevarla a una convocatoria europea.



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE PIÑOR (BARBADÁS): CHUS (MARÍA JESUS) GÓMEZ, JEFA DE SECCIÓN DE PSIQUIATRÍA Y RESPONSABLE CLÍNICA DEL HOSPITAL. 20/10/2021. FOTO ROSA VEIGA

Pronto exposición en el Marcos Valcárcel

• **La gerencia sanitaria contactó con centros sanitarios de toda Galicia y resultó que este proyecto nuestro es el más potente, así que fue incluido en el programa**

barbadás.es

SERVICIO GALEGO DE SAÚDE

TEMAS Nuestra organización

Socios de la Nueva Bauhaus Europea

SOCIOS DE LA NUEVA BAUHAUS EUROPEA

Escuchar



New European Bauhaus
beautiful · sustainable · together

La Nueva Bauhaus Europea es una iniciativa creativa e interdisciplinar que abre un espacio de encuentro para diseñar futuras maneras de vivir y se sitúa en la encrucijada entre arte, cultura, inclusión social, ciencia y tecnología. La iniciativa lleva el Pacto Verde Europeo a los lugares donde vivimos y llama a un esfuerzo colectivo por imaginar y construir un futuro sostenible, inclusivo y hermoso para la mente y para el alma de todos.

El Servicio Galego de Saúde fue seleccionado por la Comisión Europea como socio de esta iniciativa. Se trata del único servicio de salud europeo que:



GALICIA

ADMINISTRACIÓN GALEGA DE SERVICIOS SANITARIOS

Nuevo impulso desde Galicia al proyecto New European Bauhaus

La Junta Gallega de Promoción del Empleo de colaboración entre todos. Las entidades que impulsan desde Galicia la iniciativa New European Bauhaus.



Esta iniciativa tiene como objetivo crear nuevos espacios sostenibles en la sociedad y, en concreto, en el entorno de los centros sanitarios gallegos, mediante la humanización de su entorno. El Servicio Galego de Saúde (SerGesa) guarda aunar como socio oficial de la New European Bauhaus, un espacio de encuentro que busca diseñar nuevos modelos de vida, desde su cultura, arte, ciencia, inclusión social y tecnología, con el objetivo de construir un futuro más sostenible, respetando el valor de colectivos.

La firma, precedida por el asesoramiento jurídico y consultoría de Economía, Empresa e Innovación, Financiamiento, tanto nacional como la participación del colectivo de Sanidade, Aínda Galicia Conosco, la consultoría de Media Activación, territorio y Vida, Anaes Vázquez,

La Región

OURENSE PROVINCIA DEPORTES OPINIÓN

La inspiración de Piñor



Ana E. Parro, Ana, Deivid y Rita Sorj muestran sus últimos trabajos, en los que prueban nuevas disciplinas y técnicas. (FOTO: OSCAR PINAL)

La Región

OURENSE PROVINCIA DEPORTES OPINIÓN

El arte contra los estigmas



Cuatro de los siete autores de Arte Espida: Deivid, Vero, Ana E. Parro y Ana, durante la inauguración de la muestra.

La Región

OURENSE PROVINCIA DEPORTES OPINIÓN

Guardar la memoria de Toén



En la capilla del hospital de Piñor, Rosa Veiga muestra las obras de los pacientes psiquiátricos de Toén. (FOTO: OSCAR PINAL)

ARCHIVO HISTÓRICO SISO



Α.Γ.Σ.Π.

*Del comité de empresa a la empresa del comité**

Santiago Lamas

En *Troilo y Cresida*, Shakespeare hace decir a un Ulises desalentado por el estado de las tropas griegas que sitían Troya:

Cuando la distinción de las categorías está enmascarada, la más indigna puede parecer noble bajo la máscara... Una empresa padece bastante cuando se quebranta la jerarquía, escala de todos los grandes designios... ¿Por qué otro medio sino por la jerarquía, las sociedades, la autoridad en las escuelas, la asociación en las ciudades, el comercio tranquilo entre las orillas separadas... podrían debidamente existir? Quitad la jerarquía, desconcertad esa sola cuerda y escuchad la cacofonía que se sigue.

Todas las cosas van a encontrarse para combatirse... la fuerza sería el derecho o más bien el derecho y la culpa... lo que caracteriza este desprecio de la jerarquía es el retroceder siempre un paso cuando se propone subir siempre un escalón.

El último párrafo merece repetirse: lo que caracteriza este desprecio de la jerarquía es el retroceder siempre un paso cuando se propone subir siempre un escalón. La jerarquía no está bien vista en los últimos tiempos por aquellos que se disponen a subir un escalón (sobre todo cuando quieren hacerlo por la puerta falsa). Se prefiere la "igualdad", que además de imaginaria suele ser siempre igualdad en la impunidad del grupo donde nadie es responsable de

nada. Por algo como eso decía Barthes en su autobiografía: éramos un grupo... eso justifica cualquier cobardía.

Pero lo contrario es mucho menos cierto todavía: quien no posea titulación será excepcional que posea conocimientos y no es justo ni deseable ni lícito, que reclame participación en algo para lo que ni ha trabajado lo bastante ni está acreditado en grado suficiente. En un hospital, un psiquiatra, un psicólogo, son los responsables últimos, pero no los únicos del paciente. Los auxiliares como su nombre indica son “auxiliares” y el camino para dejar de serlo es justamente hacerse ATS, psicólogos o psiquiatras.

Su papel es “auxiliar” al facultativo que es quien posee la responsabilidad y que debe dar cuenta de sus decisiones y escuchar los informes, no las decisiones, del personal auxiliar. Este, a su vez, tiene sus propias responsabilidades importantes en el cuidado, tutela y tratamiento del paciente, pero entre ellas no figura la decisión de cual es el tratamiento adecuado. De no dejar asuntos como estos en claro, o de seguir legalizando y concediendo por el atajo sindical, por motivos políticos y por falta de coraje, funciones o titulaciones que tienen sus vías oficiales, se perpetúan situaciones equívocas que además se fijan en Convenios Colectivos que impiden que el hospital funcione. Un hospital es una organización de movilidad obstruida que exige de sus miembros que la abandonen para adquirir formación suplementaria y volver como miembros de un status superior.

Todo hospital debería dar a sus miembros la oportunidad de adquirir esta formación suplementaria y eso quiere decir, becas, permisos especiales, horarios especiales, pero en ningún caso significa darle la titulación imaginaria y las funciones reales de quienes poseen latitulación oficial y las funciones que esa titulación exige.

En nuestros hospitales, pasaremos (lo hemos hecho ya), de tener Comités de Empresa a tener Empresas del Comité y en consecuencia de una institución cuya tarea fundamental es la atención a los enfermos mentales, para lo que es necesario disponer de personal, a una empresa cuya tarea principal es dar trabajo a cierto número de personas para lo que es necesario que se internen unos cuantos pacientes.

Hay hospitales psiquiátricos donde más del 90% de la actividad diaria del director se “pierde” en reuniones con el comité o representantes sindicales para tratar de arreglar problemas laborales en ocasiones absolutamente banales y en no pocos absolutamente imbéciles. Puede ocurrir que un delegado sindical reunido en una comisión de baremación de sustitución de plazas para el periodo de vacaciones le “ruegue” a un médico que trata un asunto asistencial urgente con el Director, que “hable en otra parte” o puede organizarse una campaña de prensa desmesurada por un incidente banal mientras que el abandono de la vigilancia asistencial con consecuencias de grave riesgo para un paciente, no sólo no merece la atención de la prensa sino que se procura evitar incluso un simple apercibimiento escrito al responsable del abandono.

En resumen: lo laboral se ha colocado por encima de lo asistencial y si el “bornout” o la “fatiga de combate” alcanza a todos los estamentos no todos los afectados reaccionan del mismo modo. Hay personal que aún desalentado y desesperanzado sigue cumpliendo sus obligaciones empujado por una ética que está más allá de los avatares diarios o las injusticias sociales, económicas o laborales. Hay otros, sin embargo, a los que estas anomalías les sirven de coartada para incumplir sus tareas aún cumpliendo sus horarios. Concesión tras concesión, las autoridades políticas han introducido en una institución donde debería predominar el saber y la técnica, los modelos de participación y gestión propios de la vida política. Pero la ciencia, y aunque a muchos les parezca hoy absurdo, un hospital psiquiátrico es (debería ser una institución regida por criterios científicos), no tolera esas maneras participativas basadas en el consenso y en el principio de 1 hombre 1 voto.

No puede votarse la ley de la gravedad, la evolución de la esquizofrenia o la eficacia del Litio. Tampoco el modelo asistencial o la organización de un pabellón. Aquí o se sabe o no se sabe y además de saber hay que acreditar que se tienen los conocimientos suficientes pasando las pruebas que todos nos imponemos para tener esa mínima garantía que hace que podamos confiarnos a ciertos profesionales. Lo que aquí se defiende no es un “tecnocratismo” puntilloso sino el derecho de los pacientes a que el hospital esté a su servicio y dirigido por aquellos que más saben. Un hospital sin

auxiliares o celadoras funciona, mal pero funciona. Un hospital sin médicos no funciona y eso, esa jerarquía debe reflejarse tanto en los salarios como en poder de decisión dentro de la institución.

Lo político en este caso debe limitarse al control del funcionamiento general y de los gastos, pero en ningún caso al control del funcionamiento clínico asistencial diario que debe estar dirigido (no sólo “nominalmente” dirigido) por quienes están titulados y acreditados para ello. Dirigir no quiere decir negar la participación a otros estamentos, pero “participar” no quiere decir amedrentar, ni calumniar, ni imponer el consenso interesado de la mayoría sobre lo necesario, lo útil y lo justo.

Reivindicación y lucha sindical no quiere decir matonería sindical y pintadas o panfletos impresentables que hieren a aquellos a quienes van dirigidos pero denigran en mucha mayor medida a quienes los escriben. Cuando se pierden las formas se pierden los contenidos o se deja ver con claridad que los contenidos son otros que los aparentemente defendidos como escribía con su maestría habitual Shakespeare. Hace años Lukacs escribió un libro “histórico”: *Historia y conciencia de clase*.

Cuando uno piensa en ciertos panfletos y procedimientos se le ocurre que de escribirse hoy un libro parecido entre nosotros sería mejor llamarlo *Histeria e inconsciencia de clase*. Es la diferencia que va entre el sindicalismo de los tiempos duros, donde había mucho que perder y nada que ganar y el de estos tiempos que corren, donde todo son ganancias.

SANTIAGO LAMAS, 1990

* En el tiempo en que fue publicado este texto en una revista psiquiátrica gallega, 1990, los auxiliares de un Hospital Psiquiátrico de Vigo, querían seguir asumiendo las funciones de ATS que venían desempeñando para las que no tenían titulación; publicaban una revista llena de insultos contra el director del Hospital, reivindicaban una jornada laboral “de lujo” y hacían pintadas insultantes en la casa del director además de difamarlo en la prensa día si día no. Creo que incluso se encerraron en la Diputación para reclamar el mantenimiento de sus “derechos”. Esta nota tenía por entonces ese contexto. No parece que las cosas hayan cambiado mucho.

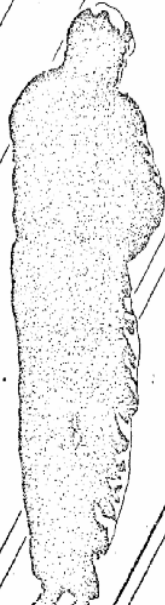
INTER NOS

N.º 6 0)

Primavera

1982

*Sección de
Psiquiatría Pública Gallega*



Sumario

- 1.- EDITORIAL : " Los motivos y los objetivos "
- 2.- ASISTENCIA : " Evolución, situación y perspectivas de la Asistencia Psiquiátrica en la Provincia de Orense " - Dr.Santiago Agra Romero.
" Los pacientes institucionalizados " - Dr.Tiburcio Angosto Saura.
- 3.- POLITICA SANITARIA : " Bases para la Organización de los Servicios Asistenciales Psiquiátricos en la Comunidad Autónoma de Galicia "
- 4.- LECCIONES DE ENFERMERIA : " Las fugas " - Dr.Santiago Lamas Crego.
- 5.- NOTA HISTORICA : " Sobre un sueño de Fr. Martín Sarmiento " - Dr. Santiago Lamas Crego.
- 6.- CONVOCATORIAS, NOTICIAS Y COMENTARIOS.

EDITORIAL

Los motivos y los objetivos.

Los que trabajamos en el Sector Público Psiquiátrico en Galicia -Hospitales y Dispositivos de las Diputaciones, A.I.S.N.A., Ambulatorios de la Seguridad Social, Cátedra, Centros de Diagnóstico, Instituciones de las Fuerzas Armadas, etc., mantenemos, en general, y salvo raras y personalizables excepciones, una benévola ignorancia recíproca que se traduce en incomunicaciones, distanciamientos y finalmente un cierto tedio desesperanzado y sin horizontes.

Realizamos lo mejor que podemos nuestro trabajo en nuestra "provincia" particular, armonizamos, como podemos, nuestras contradicciones y frustraciones, y nunca clamamos, ni lo proclamamos: el sentimiento de desierto acaso nos lo impide. ¿Qué nos ofrece el futuro, qué podemos esperar?

En todo caso, el diagnóstico, si diagnóstico hubiera, es la comunicación. El remedio podría ser Inter/Nos.

Creemos que si circulan entre nosotros unas hojas abiertas a la Comunicación, sin pretensiones formalistas, que sean informe y fé de vida -como carta y noticia de nosotros mismos-; si nos acercamos, si nos decimos nuestras cosas, si nos conocemos -si nos conocemos mejor- ampliaremos este territorio común que es la "provincia" del Otro.

Entre nosotros, iniciamos el camino.

Primavera, 1982

EVOLUCION, SITUACION Y PERPECTIVAS DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN LA
PROVINCIA DE ORENSE (1975 - 1982)

1.- PROPOSITO

En el año 1975 se publica la monografía "Una experiencia de Psiquiatría de Sector en un medio rural gallego" realizado por REY R., LAMAS GRECO, A.LAGE TESOURO y col., médicos psiquiatras del Sanatorio Psiquiátrico de TOEN. Dicha monografía representa el resultado de dos años de trabajo en los Sectores C y D del "área piloto" de la provincia de Orense, bajo el patrocinio de la O.M.S. y de la ECMA. Diputación Provincial de Orense.

La publicación de dicho trabajo monográfico constituyó en su momento una aportación original en el ámbito de la asistencia psiquiátrica en un medio rural tanto por su planteamiento, desarrollo y conclusiones como por ser una de las primeras experiencias llevadas a cabo en ESPAÑA.

Lo que ahora nos proponemos hacer es un breve comentario de lo que ha sucedido en estos últimos años sobre todo en el Sector C, del que es Médico Jefe el Dr. S. LAMAS GRECO, basándonos en algunos aspectos de la monografía original.

2.- SITUACION ACTUAL

En este apartado exponemos cual es el marco de asistencia provincial (dispensarios, asilos, etc.) así como cual es el estado de las relaciones con otras instituciones, haciendo especial hincapié en lo ocurrido en el Sector C.

Desde el año 1975 se han creado dos nuevos Sectores: A y B, quedando de esta manera cubierta toda la provincia de ORENSE; en el momento actual la atención psiquiátrica por sectores comprende:

- Sector A: - Dispensarios de AMOEIRO, LUINTRA, y la PEROJA.
- Asilo de Ancianos de ORENSE.
- Hospital Antituberculoso de PIÑOR.
- Centro de subnormales de CORNOCES.
- Centro de Disminuidos Físicos de SANTA CRUZ.
- Centro de Grandes Inválidos de A FARIZA.

- Sector B : - Dispensarios de XINZO, CELANOVA y ALLARIZ
 - Centro de Subnormales Profundos de VALVERDE
- Sector C : - Dispensarios de RIBADAVIA, CARBALLINO y BANDE
- Sector D : - Dispensarios de O BARCO, TRIVES, VERIN
 - (Próxima apertura en VIANA)
 - Asilo de Ancianos de VERIN

A - DISPENSARIOS DEL SECTOR C

Actualmente se atienden los Dispensarios de RIBADAVIA, CARBALLINO y BANDE; a ellos se acude una vez al mes, en día de feria y por la mañana aprovechando la centralización de la vida de la comarca en esos lugares, lo cual permite mayor facilidad de comunicaciones y desplazamiento de los enfermos y sus familiares. El equipo médico encargado de la visita está constituido por un médico psiquiatra, un psicólogo clínico, una asistente social y un auxiliar; las distas, tanto por desplazamiento como por kilometraje, corren a cargo de la Diputación.

En estos dispensarios se atiende a todo tipo de enfermos psiquiátricos, predominando los enfermos que anteriormente habían estado ingresados en el Sanatorio. Hay que hacer constar que también se atiende a mujeres con trastornos psiquiátricos pero solo de forma ambulatoria, pues el Sanatorio carece todavía de lugar donde puedan ser ingresadas; esto último hace que su manejo y seguimiento sea dificultoso. De los enfermos atendidos por primera vez, casi ninguno es enviado por su médico de cabecera, sino por sus vecinos o por alguien que "oyó hablar de nosotros.

En estos últimos años no ha sido necesario reducir el número de enfermos ni seleccionarlos, por lo que tampoco se ha producido masificación o "ambulatorización" en ninguno de los Dispensarios.

Hasta el momento los Dispensarios siguen cumpliendo los fines para los que fueron creados: revinculación del enfermo, control periódico, detección de nuevos casos evitando su internamiento, evitar reingresos, etc. Dentro de las dificultades que existen actualmente para realizar la asistencia ambulatoria cabe destacar la persistente falta de apoyo

del organismo al que pertenece el Sanatorio; esto se traduce en que el mantenimiento económico de la asistencia extrahospitalaria corre a cargo exclusivamente de la Diputación, la cual costea las dietas y la dispensa gratuita de la medicación para aquellos enfermos que carecen de recursos económicos, seguro, etc.

También persiste la múltiple subordinación administrativo (dietas, medicación) a cargo de la Diputación; locales, no siempre adecuados, a cargo de los Ayuntamientos; personal a cargo del Sanatorio).

Al cabo de diez años todavía persiste el riesgo de regresión y abandono, riesgo ya denunciado desde el momento en que se inició la experiencia.

Una muestra más de las dificultades es la interrupción de la misma durante unos días del mes de diciembre del pasado año debido a que la Dirección del Sanatorio no estaba de acuerdo con la realización de las visitas extrahospitalarias por la mañana, considerando que éstas debían hacerse fuera del horario de trabajo hospitalario.

B - ASILOS

Actualmente se atienden los Asilos de RIBADAVIA y CARBALLINO; las visitas se hacen una vez por mes, a la mañana, a cargo del mismo equipo que atiende los Dispensarios; la Diputación también costea las dietas y la medicación.

Al inicio de la experiencia se logró establecer el llamado "pacto asilar" que fundamentalmente consistía en prestar asistencia psiquiátrica a los enfermos asilados a cambio de permitir el traslado al Asilo de enfermos crónicos asintomáticos sin familia o abandonados por ella. Este "pacto asilar" todavía sigue vigente, aunque la situación deja de ser satisfactoria hoy en día: se sigue haciendo caso omiso de las indicaciones verbales concernientes a algunos enfermos, no se respetan las pautas de medicación y siguen resolviéndose las crisis de los enfermos sin contar con nuestra colaboración, a pesar de ofrecernos reiteradamente a atenderles en el momento que sea. Aunque se ha conseguido evitar que los ancianos enfermos ingresen en el Sanatorio sin previo aviso y al margen del criterio del médico, la experiencia de estos últimos años sigue indicando que los Asilos no son el lugar más adecuado para aten-

der psiquiátricamente a los ancianos enfermos (los Asilos no fueron creados para promover o mantener la salud de los asilados; el Asilo es un lugar para esperar la muerte; los ancianos deben estar "tranquilos" y no perturbar la paz del Asilo, etc.)

En la mayoría de los casos tratados hasta la fecha se ha comprobado un cambio substancial en la comunicación por parte del enfermo dependiendo de la presencia o no de alguna monja en el momento de la entrevista; siempre que la monja no está presente, la entrevista transcurre de forma distendida, más espontánea, siendo más fácil hablar con el enfermo. Cuando la monja está presente, se convierte en el eje de la entrevista; ella sabe todo lo que le sucede al enfermo y habla por él, sabe cual es el fármaco adecuado, modifica las dosis según su criterio, interpreta a su manera las indicaciones que se le hacen al enfermo, etc. Por todas estas razones consideramos la presencia de la monja durante la entrevista como agente perturbador de la relación médico/enfermo; para evitar que esto suceda recurrimos a los auxiliares, que se encargan de llamar y pasar a los enfermos a la consulta. Esta medida ha permitido modificar el conocimiento que teníamos de algunos enfermos.

C - VISITAS DOMICILIARIAS

Al principio tenían como fin el conseguir la reinserción familiar del enfermo "asilado" y reducir el número de enfermos crónicos asintomáticos; actualmente están orientadas hacia un mejor conocimiento del ambiente familiar de los nuevos pacientes, tanto ambulatorios como ingresados. Esto ha permitido conocer aspectos fundamentales de las relaciones familiares que inciden en el mantenimiento y evolución de la enfermedad del paciente; gracias a esto se ha podido modificar el pronóstico de la mayoría de estos enfermos, tanto en un sentido como en el otro. Siempre que es posible, en las primeras visitas domiciliarias se continúa trabajando a dos niveles: por una parte, la consecución de un aporte económico mínimo, a veces simbólico, por parte del enfermo en forma de pagas, ayudas sociales, etc., y por la otra, asegurando el segui-

vimiento del paciente por nuestra parte mediante visitas periódicas domiciliarias o en el Dispensario así como a hacernos cargo del paciente en caso de que necesite hospitalización y proporcionando medicación gratuita en caso de que haga falta.

La experiencia sigue confirmando que la actuación a estos dos niveles reduce en gran medida el rechazo hacia el enfermo por parte de la familia y posibilita su revinculación familiar.

Desde que contamos con una asistente social con dedicación exclusiva, se ha conseguido reforzar la efectividad de la visita domiciliaria, al hacerse cargo de unas competencias que no correspondían al resto del equipo médico. Al igual que en los Dispensarios y los Asilos, la Diputación corre con los gastos de desplazamiento, kilometraje y medicación.

D - RELACIONES CON OTRAS INSTITUCIONES

-Curas Párrocos:

Persiste la buena relación con la mayoría de los cura párrocos y siguen vigentes las consideraciones relacionadas con su papel en la comunidad desde el punto de vista de la asistencia psiquiátrica: persona con cultura, facilidad de contacto (teléfono, coche propio), labor de asistente social, etc., y sobre todo facilitador de la revinculación familiar del enfermo. Su papel ha aumentado a raíz de la puesta en marcha de la "concentración escolar", pues ésta supuso la pérdida de otro agente comunitario de importancia: el maestro.

- Médicos de cabecera:

A lo largo de estos años no se ha establecido relación ninguna con los médicos de cabecera. La asistencia psiquiátrica que prestan se hace sin contar con la existencia del psiquiatra o psiquiatra de Sector, pues sigue siendo escasísimo el número de enfermos que remiten a los Dispensarios. Una de las quejas de los pacientes ambulatorios con seguro consiste en la limitación del número de envases que los médicos de cabecera prescriban por receta, teniendo en cuenta la larga duración del tratamiento de la mayoría de los pacientes; si existiese una mínima relación con el médico de cabecera, ésta queja del enfermo se podría convertir en una visita periódica de control, participando de esta manera en el seguimiento del enfermo.

-Jueces:

Actualmente siguen existiendo buenas relaciones con los jueces; gracias a ellas se ha conseguido un aumento de la frecuencia de los contactos personales, la reducción del "contacto burocrático" y facilidades para el tratamiento ambulatorio y la obtención de permisos periódicos para los enfermos judiciales.

- Médicos Forenses:

Durante los últimos siete años se ha interrumpido el contacto con los médicos forenses por haberse abandonado la elaboración del Plan Provincial de Prevención del Suicidio.

- Maestros y Centros Escolares:

Tampoco se ha continuado la relación con los maestros y los centros escolares al abandonar la experiencia hace siete años, entre otras razones por la existencia de psicólogos dependientes del Ministerio de Educación.

- Cáritas Diocesana:

La existencia de los Centros para Subnormales de CORNOCES y de VALVERDE, dependientes de Cáritas Diocesana, ha contribuido a resolver el problema de los oligofrénicos ingresados en el Sanatorio. Mientras que el Centro de CORNOCES se envían los oligofrénicos que poseen capacidad para realizar algún trabajo, a VALVERDE se envían los oligofrénicos profundos; la apertura de éste último centro a finales del año pasado ha permitido reducir el "sedimento hospitalario".

Aunque no son centros enclavados en el Sector C, existe el compromiso de hacernos cargo del ingreso de cualquier enfermo perteneciente a nuestro Sector a cambio de poder trasladar a dichos Centros a los oligofrénicos que se crea conveniente.

Hasta el momento las relaciones con la Dirección de éstos Centros son satisfactorias y no existen dificultades en el mantenimiento del compromiso.

- Excma. Diputación Provincial:

Como se ha dicho anteriormente, la Diputación Provincial se encarga de mantener económicamente la asistencia extrahospitalaria; gracias a ella se ha racionalizado la asistencia psiquiátrica, ampliándola más allá del medio

hospitalaria con la creación de los Sectores A y B, lo cual ha permitido que aquella sea más completa. La progresiva elevación de las preocupaciones destinadas a la asistencia psiquiátrica muestra el interés y la preocupación que actualmente tiene la Excmo. Diputación por mejorar la asistencia sanitaria de nuestra provincia .

- Relación con los "otros psiquiatras":

Durante los últimos siete años no se ha intentado establecer relación con los "otros psiquiatras" (brujas, magos, sabios, curanderos, etc.) a pesar de que muchos de nuestros enfermos han sido "tratados" previamente por éstas personas; en estos casos nunca se ha entrado a competir con ellos, dejando al paciente que elija lo que más le convenga.

3 - NEUROLEPTICOS DE ACCION PROLONGADA

La experiencia de estos últimos años nos indica que sigue siendo válida su administración independientemente del cuadro psicótico que se presente, estando indicados por razones de tipo social, fundamentalmente. Hasta la fecha no se han registrado casos de efectos secundarios de importancia: no se han presentado los temidos cuadros depresivo/ansiosos, ni cuadros estrapiramidales, en algunos casos han aparecido discretos síndromes esfránicos que se han resuelto espontáneamente sin necesidad de intervención médica.

Carecemos de experiencia en la administración de éste tipo de preparados a enfermos aislados, sobre todo por la falta o escasez de cuadros psicóticos en estos enfermos y por la posibilidad de administración de fármacos equivalentes a cargo del personal cuidador.

4 - SUICIDAS

Como ya se ha dicho anteriormente, en 1975 se interrumpió la elaboración del Plan Provincial de Prevención del Suicidio; por el momento constituye un problema que demanda una atención urgente en éste sector.

- RESUMEN

En éstos últimos años (siete) la actividad extrahospitalaria del Sector C, se ha centrado en la asistencia psiquiátrica a Dispensarios, Asilos, y domicilios de enfermos. En el mantenimiento de esta asistencia ha sido fundamental el apoyo pres-

tado por Jueces, Curas Párrocos, y sobre todo por Cáritas Diocesana y la Excma.
Diputación Provincial.

(Marzo de 1982)

Por SANTIAGO AGRA ROMERO, (Médico Psiquiatra del Sector C, Sanatorio Psiquiátri-

"CABALEIRO GOAS" TOEN - ORENSE)

LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

Por Tiburcio Angosto Saura (*)

Casi toda la literatura que se encuentra sobre los pacientes, mal llamados crónicos, tienen que ver con buscar nuevos espacios donde sigan sin poder oírseles y donde la segregación, con respecto a los pacientes de ingresos recientes sea mayor. En las reformas de los hospitales se han creado espacios que perpetúan cada vez más la institucionalización. Se pueden ver dentro de un mismo hospital dos secciones: la de agudos y la de crónicos.

En este artículo se trataría de analizar las relaciones entre el institucionalizado la institución y el equipo terapéutico, partiendo de la experiencia en cierto modo diferente a todo lo anteriormente dicho, del Hospital Psiquiátrico "Rebullón"

Cuando se hizo la sectorización, los pacientes institucionalizados que fueron trasladados al nuestro de otros Hospitales Psiquiátricos, pasaron a vivir en las mismas unidades que los de reciente ingreso, participando de las mismas terapias y de los mismos espacios. Se trataba no sólo de evitar la segregación física, sino de recuperar terapéuticamente el discurso que ellos producían. Se trataba pues de evitar la "manicomialización" (entendiendo manicomio como el sitio donde no pueden ser dialectizados los discursos), y de que el simple hecho de pasar sobre ellos un diagnóstico: "pacientes crónicos", los enmudeciera. De esta forma, el equipo sectorial siempre tendría noticias de su discurso. Se trataba, que al final, el mayor número de pacientes, viviera sin necesidad del encuadre institucional.

De las primeras tareas sería el reconocimiento de él mismo como sujeto, a través de su cuerpo en las relaciones con los otros (hábitos de convivencia, sociabilidad, etc.) que tendría que ver con un trabajo más institucional y el reconocimiento de él mismo en su historia, que le vendría dado a través de la posibilidad de visitas: de familiares, amigos al hospital, etc. del propio paciente a su entorno ó del equipo a su domicilio a su familia. De esta forma sería más factible la reconstrucción de: historia, lazos afectivos y patrones culturales perdidos en la institucionalización (no hay que olvidar que toda institucionalización forzada, provoca un proceso de aculturación y se presenta como una violencia). En otra ocasión hablamos de la importancia de la visita domiciliaria en el proceso de reinserción del paciente, pero lo más importante es que estas visitas entren en la dialéctica equipo-paciente, de las actividades terapéuticas cotidianas: grupos de reunión de comunidad, etc.

La recuperación de su historia por el paciente no es algo que sucede en un tiempo prefijado (como tampoco la ruptura de las fantasías familiares de agresión), ni es algo que va a llevar al paciente a la comunidad con su familia. Simplemente su historia le va a significar como un sujeto distinto de otro, y demandar algo

.. / ..

fuera del encuadre institucional que hasta entonces en la "institución total" era imposible. Esa demanda puede adquirir caracteres tan diferentes e insólitos como fumar en pipa, llevar dinero a su familia ó hacer un pastel.

Generalmente, la primera composición de lugar que el equipo terapéutico se hace es la de reintegrar al paciente con su familia y a su médico de procedencia. Sucede que la familia, los vecinos, etc., etc., han creado un mito, a través de las fantasías que los abatares de la enfermedad del paciente han producido y que ha servido para justificar tantos años de institucionalización y abandono (este mito exculpatorio no es privativo de los familiares, sino que puede verse también en los informes de los exterapeutas). De los primeros trabajos del equipo, es el análisis de ese mito y el intento de su ruptura. Ruptura que casi siempre tiene que ver con la relación trasferencial que los terapeutas van a establecer con la familia y de las "seguridades" que proporcionen. Seguridades que iran en relación: unas veces con un nuevo ingreso, otras con la continuidad terapéutica, otras con la proximidad del hospital y otras con esa plusvalía que el paciente aporta en forma de pensión económica.

Nos gustaría para acabar, hacerlo con un frase de Tosquelles: "Un hospital psiquiátrico debe ser viviente, vivible y flexible", a la que nosotros añadiríamos... "en el cual se puedan recuperar o reinventar historias y la demanda sea analizada y no cercenada."

Rebullón, 14 de Abril de 1982

(*) El Dr. D. Tiburcio Angosto Saura, es Jefe de Servicio del Sector Tuy-Vigo Sur, del Hospital Psiquiátrico Provincial Rebullón (Mos); Pontevedra.

En el Colegio Médico Comarcal de Santiago, se han reunido el día 19-10-82, previa convocatoria del representante ante la Xunta de los Hospitales Psiquiátricos de Galicia, los profesionales de los distintos Centros Asistenciales, elaborándose por unanimidad el siguiente texto que recoge las bases para la organización de los Servicios Asistenciales Psiquiátricos en la Comunidad Autónoma de Galicia.

Los puntos de vista técnicos:

Ante las elecciones al Parlamento de Galicia, con la subsecuente formación del Gobierno Autonómico, -con las responsabilidades que le serán inherentes- los Psiquiatras que trabajamos en los Centros hospitalarios del Sector Público Gallego queremos manifestar -y declarar como técnicos- los graves problemas que en el área de la Salud Mental existen en nuestro País, así como ofrecer las grandes líneas de actuación para iniciar su alivio y ello previamente -y por lo mismo, independientemente- de las ideologías y ofertas electorales que, por resultar ganadoras, obtengan el deber de gobernar.

Lo que aquí se expresa sintéticamente ^{es} en un programa, un conjunto de principios -algunos ya probados y necesitados únicamente de consolidación práctica- y, por ello, se omitirá el detalle, la descripción, la particularidad local. Sera, en suma, un guión de la tarea que espera a los administradores de una comunidad que accede a su normalización y que, por lo tanto, puede decidir y exigir respuestas a cambios estructurales (con objetivos y costos) en orden al mejor bienestar psico-social de sus miembros.

El mandato asistencial deberá responder a las siguientes coordenadas:

- a) Hacer la mejor psiquiatría posible para el que más la necesita conlleva: eficacia social, prioridades.
- b) Psiquiatría centrada en los problemas del paciente (multidimensionalidad) y no sólo en el síndrome del paciente, conlleva: equipo multidisciplinario, eficacia.
- c) Coordinación a través de dirección única, con responsabilidades subsidiarias; sistema de las "ruedas dentadas", conlleva: comunicación constante y eficiencia.
- d) Desjerarquización y autonomía funcional de los diversos equipos (agilidad y creatividad), conlleva: satisfacción en el grupo.

Parece pues, que las siguientes condiciones son necesarias:

- 1º) Un modelo organizativo: la psiquiatría comunitaria o sectorial.
- 2º) Una dedicación amplia -preferentemente exclusiva- de Médicos y Psicólogos -libremente elegida- en el sistema.

.. / ..

3º) Formación del Personal Auxiliar a niveles adecuados.

4º) Atención constante, y por ello muy cuidadosa, a las relaciones entre los Organismos Administrativos y los técnicos de los equipos.

Esta filosofía se concretaría en:

A) Provincias sectorizadas (y no según fronteras estrictamente provinciales, sino con criterios de geo-demografía, ubicación de dispositivos asistenciales, centros, recursos, etc.).

B) Refuerzos y creación de dispositivos asistenciales en la Comunidad.

C) Actuación en la prevención: continuar con lo realizado en asilos, escuelas, factorías y demás instituciones de la colectividad.

(Telegráficamente, se señala que los Hospitales Psiquiátricos han demostrado su capacidad terapéutica, humanizadora, si siguen el modelo de la Comunidad Terapéutica: implica reuniones a menudo, con acento en la participación real a todos los niveles. Además, será útil que sea: abierto, con hospitalizaciones breves o intensivas, con rehabilitación constante -acento en autoservicios y actividades (y no remuneración por las mismas)-; utilizará imaginativamente las camas: de día, de noche, informalmente ("sin papeles") y brevemente -y del mismo modo los gestos terapéuticos: así, los Auxiliares, que puedan llevar grupos, ergoterapias, o salir fuera del Hospital. Formará de modo continuado los profesionales, innovando, explorando maneras de realizar el trabajo, evaluándolas al final del año y con constancia por escrito de la experiencia. Será responsable de los que no tienen a nadie que se responsabilice de ellos: tomará a dichos pacientes a cargo, respetando por lo demás a los que no quieren ser seguidos en el sistema).

Por todo ello, los que trabajamos en el sistema Psiquiátrico Hospitalario del Sector Público, compartimos los siguientes postulados:

- 1) Una hospitalización psiquiátrica es un mal (aunque necesario a veces).
- 2) Se produce, tiene que ser breve y no invalidante.
- 3) Por ello, por la intensividad, dicha hospitalización es necesariamente más cara que las alternativas asistenciales extrahospitalarias.
- 4) Por lo tanto, todo paciente con posibilidad de ser atendido en la Comunidad no debe ir al Hospital (acento en dispensarios, visitas familiares, talleres, hogares, granjas, etc.: todo lo que no desvincula de la familia, de la Comunidad).
- 5) La financiación debe ser, por tanto, por población asistida y no por camas.
- 6) La prevención debe figurar alta entre las prioridades del equipo. (Se propone que en cada grupo escolar de E.G.B. del País, haya Asistente Social y un Psicólogo preparados técnicamente y comprometidos afectivamente, para iniciar ya la atención precoz a ciertos trastornos infanto-juveniles, que, evitados, no producirán el sufrimiento psicosocial en el futuro).

.. / ..

- 7) Se propone, para no desperdiciar esfuerzos, la DIRECCION UNICA de toda la Asistencia Público-psiquiátrica -Una "División de la Asistencia Psiquiátrica"- considerando la actual Seguridad Social, Centros locales, Municipales, la A.I.S.N.A., etc.
- 8) Dicha dirección única deberá obviar las dificultades burocráticas -o su apoyo en organizaciones estructurales de tipo funcional- que, pensadas a veces para "oficinas" no responden a la necesaria autonomía de gestión, participación, rapidez, etc.
- 9) Concomitantemente con lo anterior, la atención a "la moral" de los sistemas deberá ser constante por parte de los líderes: una degradación de terapeutas a custodios, de agentes de salud a espectadores pasivos y asalariados, es sutil y fácil: la estimulación mediante innovaciones, promociones, gratificaciones, etc., es fundamental.
- 10) Por ello, la dedicación exclusiva libremente elegida -y aceptada- y normalmente pagada, se ha probado como condición necesaria para no distraer el compromiso.
- 11) La adecuada formación del Personal Asistencial, es la forma más eficaz para mejorar la asistencia.
- 12) El sistema deberá responder también al sufrimiento psíquico no hospitalizable: neurósis, trastornos psicósomáticos, con realización -y entrenamiento adecuado- de psicoterapias. Así como responder a los conflictos familiares graves y de la pareja, con ofertas de terapias como alternativa a las soluciones legales, a veces irremediables.
- 13) Deberá iniciarse la solución de los problemas de las toxicodependencias, con el alcoholismo en lugar prioritario y las drogas ilegales inmediatamente: hoy las cárceles son los destinos inadecuados para estos últimos.
- 14) La Psiquiatría infanto-juvenil necesita el abordaje sectorial que ya existe en la Psiquiatría adulta: las posibilidades en este campo son grandes, ya que normalmente los recursos asistenciales son variados y fácilmente coordinables con un criterio territorial, cubriendo únicamente las áreas carenciales: trastornos del carácter, sociopatías juveniles, debilidades mentales en adultos jóvenes, etc.
- 15) La Psico-geriatría, centrada en los asilos y dejada a la buena voluntad de los equipos, necesita institucionalizarse, así como recibir la aplicación de las técnicas de la Psiquiatría Comunitaria: visitas familiares, coordinación de los clubs, residencias, centros de día, etc.; con los centros totales: asilos y psiquiátricos.
- 16) La necesaria integración de Hospitales Psiquiátricos y Universidad de Galicia, iniciada con el Curso de Práctica Clínica, podrá ser muy útil; no sólo a efectos de coordinar la labor asistencial del Departamento de Psiquiatría, sino también proque las investigaciones epidemiológicas, o aplicadas, son necesarias para la distribución de los recursos; confección de programas de actuación y evaluación de resultados. Y dicha actividad de investigación no es habitualmente

realizable por ningún hospital, debido fundamentalmente, a la falta de medios: estadísticas, mano de obra en campo, etc.

- 17) Por último, no queremos dejar de señalar que una organización administrativa territorial, favorecerá la colaboración de la Sanidad con los Departamentos Vecinos, tales como Justicia o Trabajo -y ya se mencionó la Educación- para intentar resolver problemas como los planteados por los enfermos mentales judiciales, el trabajo de los minusválidos, etc.
- 18) La Asistencia Psiquiátrica deberá ser integral y estar integrada en todos los programas de Salud Pública que se establezcan a partir de los Centros Primarios de Salud.
- 19) Deberán ser convenientemente instrumentadas las leyes administrativas, jurídicas y laborales, que protejan al enfermo mental.

Todo lo anteriormente señalado, necesita unos "modi operandi" que se han omitido por obvios, pero que son perfectamente conocidos: existen los técnicos; sólo se espera la voluntad política.

Octubre 1981.

() El Dr. D. José Manuel Lado Romero, nuestro representante ante la Xunta de Galicia es Director Médico del Hospital Psiquiátrico de Conxo (Santiago de Compostela).

- LAS FUGAS, por Santiago Lamas Crego (x)
- No hay apartado alguno en los manuales de Psiquiatría que trata de este tema. Sin embargo, es un problema diario y complicado dentro de los hospitales psiquiátricos. El hecho de que no se estudie tiene que ver con la mala conciencia de la Psiquiatría. Si se habla de FUGAS es que el hospital está cerca de la CARCEL, de la custodia, más que de la curación. No hay FUGAS en los hospitales generales. Las FUGAS es algo que pertenece a las instituciones encargadas del aislamiento de individuos que pueden alterar el orden público: cárceles, reformatorios, campos de concentración y psiquiátricos.
- A las Residencias y Hospitales se va porque:
 - 1º) Se siente uno enfermo
 - 2º) Se acude voluntariamente
 - 3º) Se espera recibir ayuda
- El paciente que normalmente ingresa en un hospital psiquiátrico no lo hace de la misma manera, lo normal es que:
 - 1º) No se sienta enfermo. Se sentirá "realmente" perseguido, Dios o demonio con superpoderes, etc., pero no enfermo.
 - 2º) Suele ingresar de modo forzoso y engañado.
 - 3º) En principio, por lo dicho anteriormente, no sólo no espera recibir ayuda sino que se sentirá en un lugar desconocido, en contra de su voluntad y probablemente rodeado de enemigos más o menos imaginarios.
- Las FUGAS de los primeros días que siguen al ingreso tienen que ver con esta situación. La posibilidad de evitarlas dependerá de que seamos capaces de resolver estos malentendidos. De lo contrario, el paciente fiel a sus creencias, procura escapar de un lugar del que sólo puede recibir daño. Sería una FUGA "sana".
- A deducir de lo dicho:
 - No se puede traer engañado a un enfermo a un hospital psiquiátrico. Se le puede traer a la fuerza, JAMAS engañado. El énfasis debe ponerse en el momento del ingreso, en el "reconocimiento" de que se encuentra en un hospital para ser atendido. Hay técnicas para conseguirlo muy variables según la situación del paciente.
- La FUGA tiene dos aspectos:
 - A) Es un síntoma y hay que entenderlo y tratarlo como tal.
 - B) Es una situación jurídica especial para algunos enfermos especiales. Los gubernativos o ingresos de orden judicial, generalmente ingresados por problemas de peligrosidad o de alteraciones del orden público. En estos casos es obligatoria la comunicación inmediata de la FUGA al Juez, Gobernador, Policía y G. Civil.
- Como síntoma, obedece a numerosas causas. También como síntoma genera numerosos conflictos indirectos. Enumeraremos algunos:
 - 1) Un paciente que se FUGA provoca una situación de "BUSQUEDA DE RESPONSABLES" y de "ACUSACIONES MUTUAS" entre el personal implicado

en el cuidado del enfermo. Suelen ser acusaciones "no dichas" que perturban todo el funcionamiento del hospital.

- a) Los aux. suelen quejarse y responsabilizar al médico de la FUGA, por no haberlo aislado, incrementando así la labor de los aux. ya de por sí considerable.
- b) El médico reprocha a los aux. no vigilar adecuadamente, no responsabilizarse del cuidado.
- c) El aux. piensa que el médico es incompetente, que no es capaz de tratar adecuadamente al paciente para conseguir que mejore y evitar su FUGA.

- Esta situación no suele decirse claramente. Es un malestar más o menos definido que envuelve a todo el personal y puede llegar a generar lo que se llama una **PERTURBACION GENERALIZADA COLECTIVA**: varios o incluso todos los enfermos de un sector o pabellón determinado se trastornan al mismo tiempo sin que sea posible explicar el por qué. A veces los enfermos están agitados con algunos aux. o médicos y tranquilos con otros. El único remedio es la reunión colectiva de todo el personal para discutir abiertamente la situación permitiendo que afloren todos los reproches no dichos que generan las FUGAS y el CONFLICTO.

- Entre los tipos de FUGAS, merece que se destaquen algunos:

- 1) El enfermo "MOLESTO". Todos consideran que no hay nada que hacer con él. Es incitado inconscientemente a FUGARSE. Todos respiran aliviados cuando ésta se produce. El personal "no se entera" de las intenciones de FUGA del mismo a pesar de que pueden ser evidentes. El médico "olvida" advertir del peligro a los aux.
- 2) El paciente "CONFUSO". No ha logrado orientarse debidamente. No sabe donde se encuentra, para qué está allí ni lo que debe hacer. Es una fuga sin rumbo definido.
- 3) El paciente desea comprobar si **SE PREOCUPAN DE EL EN EL HOSPITAL**. Se FUGA abiertamente para comprobar si merece que alguien se interese lo bastante por él como para detenerle. El paciente "PRUEBA" al hospital.
- 4) El paciente "SANO". Está lo bastante bien para comprender que no hay ayuda posible para él en este hospital a donde generalmente ha sido llevado por presión de sus familiares.
- 5) Conflicto en el tratamiento (ACTING-OUT). Es difícil de explicar aquí. Podemos decir que puede ser un modo de expresar a través de la FUGA agresión, temor, desprecio, etc. (en el curso de una psicoterapia intensiva) hacia el terapeuta que lo está tratando.
- 6) FUGA toxicómana o alcohólica. Para beber.
- 7) FUGA psicopática. El enfermo **INGRESA** cuando tiene problemas. En realidad, está en FUGA permanente con "descansos" en el hospital.

- Hay otros muchos tipos que no podemos explicar ahora aquí. Podemos decir que hay FUGA cuando el paciente es incapaz de pedir ayuda (o definir la ayuda que necesita) y el hospital es incapaz de identificar esa ayuda y/o suministrarla.

- LO QUE SE PUEDE HACER

- 1) Es imposible la prevención de las FUGAS a través de la construcción de edificios o muros diseñados de manera especial. Las FUGAS se seguirían produciendo, pero se haría ya desde una cárcel, no desde un hospital.
- 2) La curación del enfermo exige la responsabilidad de sus propias acciones. Es incompatible con una "vigilancia" exagerada. Las FUGAS son, pues, algo inherentes a la estructura de un hospital cuando éste es abierto y suministra algo más que custodia a los pacientes.
- 3) El que se produzcan FUGAS no quiere decir que no puedan ser evitadas. Deben manejarse como síntoma, no como problema carcelario, lo que puede, en principio, hacer insólita una frase como ésta: " SI USTED SIENTE DESEOS DE FUGARSE, HAGA EL FAVOR DE AVISARNOS PARA QUE LO AISLEMOS ".
- 4) El paciente suele "avisar" directa o indirectamente de sus intenciones de fuga. Toda comunicación en este sentido debe ser tomada en serio, discutida con el paciente y, si el caso lo requiere y no es posible establecer un pacto, se procederá a aislar al paciente.
- 5) Aislar o no a un paciente que puede fugarse no depende en muchas ocasiones de cuestiones terapéuticas sino del número de personal disponible. Basaglia encargaba en algunas ocasiones a 3-4 enfermeros la tutela permanente de un sólo paciente agitado. En algunos de nuestros hospitales, tales situaciones son imposibles. Hay turnos de 3 enfermeros para 200 pacientes. En estos casos, los métodos disuasorios directos se imponen por sí mismos. En contextos como éste, poner al paciente en pijama o similares es la única opción, y no debe ser vivida con bochorno excesivo. El bochorno corresponde a quienes toleran una escasez de personal semejante y no a quienes deben afrontar y resolver las situaciones generadas en otros lugares.
- 6) Considerar siempre que toda fuga tiene un sentido y éste puede ser descubierto.

(x) El Dr. D. Santiago Lamas Grego es Psiquiatra Jefe del Sector C del Sanatorio Psiquiátrico "Cabaleiro Goas" (Toén) ORENSE.

por Santiago Lamas Crego (x)

Aunque menos popular que Feijo, Sarmiento (1695-1772) compartía con éste no sólo la pertenencia a la Orden Benedictina, sino una erudición "renacentista" que acercó su obra a los temas más dispares. Literatura, Heráldica, Arqueología, Geografía, Botánica, alternan en sus escritos con materias de otros ámbitos. Hay, sin embargo, una preocupación constante por los temas lingüísticos y a ellos dedicara algunos de sus trabajos más importantes, recientemente editados y estudiados por J.L. Pensado (1).

Es probable que haya sido esta preocupación por los asuntos lingüísticos lo que le haya permitido una "interpretación" del sueño que transcribimos, por "lo material del sonido de las voces" y no por el significado, como él mismo señala.

Al propio Pensado no se le escapa la importancia precursora de este sueño y observa que "esboza una perspectiva hasta entonces inexplorada".

Para mejor centrar lo que aquí comentamos, se recordará que Freud cita en el capítulo II de la "Interpretación de los Sueños" la interpretación que Aristandro da de un sueño de Alejandro Magno: "Preocupado éste (Alejandro) por la tenaz resistencia que le oponía la ciudad de Tiro a la que tenía sitiada, tuvo un sueño en el que vio a Satiro bailando sobre su escudo..." Aristandro interpretará: Sa-Tiro (Tuya es Tiro)". Freud conoce este sueño a través del libro de Artemidoro de Dalcis, autor conocido de Sarmiento, pues Pensado hace notar que en el "Catálogo de Autores" de la Biblioteca del Benedictino figura una sección consagrada a la Astrología y Artes Venales encabezada por un tomo de Oneirocrítica donde aparece en primer lugar Artemidoro Daldiano. Es posible también que a un hombre de saberes tan vastos como Sarmiento, no le fuera desconocida la "De divinatione per somnum" del Médico y Filósofo tudense, Francisco Sánchez (Tuy 1550-Toulouse 1623) de la que Abellán dice que anticipa algunas tesis freudianas.

Aristandro otorga al sueño un sentido profético. A Sarmiento le preocupa el modo de funcionamiento, la manera en que "las especies están colocadas en la fantasía". Descubre y describe sin nombrarlo el significante y su valor en la vida onírica. Parece suficiente mérito como para colocarlo en la lista de "Precursores" ocupada como casi siempre por personajes menos ilustres. Sarmiento, al menos, era pontevedrés y eso, como es sabido, es ya de por sí un mérito.

Reflexión física sobre un sueño

Al venir yo desde Justáns a Pontevedra por Marcoñ, pasé por la falda de dos montes muy altos que se ven, desde Pontevedra, al sudeste. Al mayor de éstos llaman Parafita o Pedrafita, y en Pontevedra los montes de Loureda o los montes de Marcoñ. Discurrí al pasar que Marcoñ se llamaría así por aquella alta peña fita, que parece "marco" o "marcoñ", y de hecho allí se dividen algunas feligresías.

El sábado 25 de septiembre pasé al Monasterio del Poyo por la Ponte das Cabras. Al doblar desde Campañó a la izquierda se elevan dos cotos, picotos, cotarros (todo de cautes) "out'ros" o montes, los que me excitaron (158 v.) (la idea) de los dos dichos de Pedrafita o de Marcón, por la similitud que imaginé entre unos y otros; y habiendo preguntado al mozo por sus nombres, dijo que no los sabía.

A la tarde registré el archivo del Poyo; hallé en instrumentos San Miguel de Marcum y Marchum por sinónimo de San Miguel de Marcón.

Aquella noche soñé que, preguntando al mismo mozo cómo se llamaba el más alto monte de los dos dichos, que vi al doblar de Campañó para el Poyo, me respondió: Ese se llama Marco Antonio. ¡Ah!, dije yo, entonces, entre sueños; bien, bien, bien, pues el otro se llamará Cleopatra. La realidad es que, según después me informé en Lérez, el uno se llama Outeiro do Corbo (y creo es el más boreal) y el otro se llama Outeiro de Senderiz. (159 r).

El domingo por la mañana escribí al punto todo este sueño en un papel, no por superstición sino para hacer sobre él algunas reflexiones físicas, que puedan dar alguna luz para rastrear el modo con que las especies están colocadas en la fantasía. La voz Marcum me excitó la voz Marco Antonio y ésta la de Cleopatra, sin haber conexión alguna entre los significados, sino entre lo material del sonido de las voces. Acuérdomme haber tenido otros sueños de este género, pero por no haber tenido la curiosidad de escribirlos no me puedo servir de ellos, y así puse la historia de éste para filosofar cuando estuviera desocupado.

- (x) El Dr. D. Santiago Lamas Crego es Psiquiatra Jefe del Sector C del Sanatorio Psiquiátrico "Cabaleiro Goas (Toén) ORENSE.

6.- CONVOCATORIAS , NOTICIAS , Y COMENTARIOS.

1) Para cuestiones relacionadas con INTER/NOS (Boletín de Psiquiatría Pública Galega) dirigirse al Apartado de Correos número 977 de Vigo.

2) El Boletín Oficial del Estado de 18/XI/81 ha publicado el Real Decreto 2690 por el que se modifican los baremos del procedimiento para la provisión de vacantes del personal facultativo de la Seguridad Social. Es de interés para quien quiera saber que méritos podrá presentar en el futuro, si eventualmente desea trabajar en la S.S.-

3) El Boletín Oficial del Estado de 34/12/81 ha publicado una resolución del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social por la que se regula la acreditación de méritos de formación post graduado por el sistema de residencia. Es de interés para quienes intentan acreditar su periodo de especialización ante la S.S. en igualdad de condiciones con los méritos que se han especializado haciendo la residencia en la Seguridad Social. El plazo termina el 24 de Junio de 1.982 y si no se homologa su especialización valdrá menos ante la S.S.-

4) Según un miembro, generalmente bien informado, de la comisión de docencia del Hospital Rebullón, esta-s serian las actividades que se vienen desarrollando ó se van a desarrollar si nada lo impide (es decir, si algo no lo impide, ya que nada es difícil que impida) en el programa de formación:

- Seminario teórico sobre las "neurosis" para Médicos Becarios y Residentes. todos los miercoles de 12 a 14 horas.

- Programa general de formación continuada.

Se está celebrando un Seminario sobre Psiquiatría Comunitaria. Hasta ahora han participado en él:

- Dr. Valenciano: Antecedentes de la Psiquiatría Comunitaria en España

- Dr. Leal: Reflexiones personales sobre la práctica Psiquiátrica Comunitaria en la provincia de Valladolid.

- Dr. Garrabá: La Psicoterapia Institucional en Francia, desde 1.970 hasta hoy.-

Participarán: - Joan Salinas Roses (Martorell). Prevista para el 7/V/82 a las 16,30 horas. "El trabajo analítico en las Instituciones Psi-

quiátricas".

- José Garcia (Oviedo).Pendiente de confirmar fecha.

- Vicente Mira (Paris).Previsto para el 4/VI/82 a las 16,30 horas."La transferencia en la Institución,consecuencias prácticas".

- Pendiente de confirmar fecha hay un Seminario sobre "Psicomotricidad relacional", que en un principio sería para la segunda quincena de mayo.

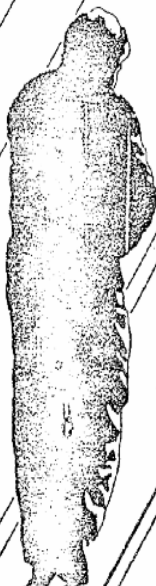
5) La Comisión de Política Social y Empleo del Congreso de los Diputados ha aprobado una Proposición no de Ley según la cual antes del 1 de mayo de 1983 los hospitales (residencias) de la Seguridad Social deberán dispensar asistencia psiquiátrica.

INTER DOS

Nº 1

1982

*Revista da
Associação Psiquiátrica
Pública Galega*



SEMPRE

Dep. Leg. Nº VG-240-82

1. EDITORIAL
2. ESTUDIO: "Comentario de "La Tía Tula" de M. de Unamuno desde una perspectiva sociobiológica", Dra. B. Guerra. "Respecto del Respecto", Dr. J.M. García de la Villa.
3. CLINICA: "A propósito de un caso de "Folie à Deux" y otros avatares", Dr. S. Lamas Crego.
4. ASISTENCIA: "Evaluación y Prevención del suicidio", Dr. S. Agra Romero.
5. PSICOFARMACOLOGIA: "Neurolépticos y Tranquilizantes en otras especialidades", Dr. J.M. García de la Villa.

EDITORIAL

La "normalidad" -para aquel personaje de película inglesa del tiempo de guerra- era encontrar "todas las mañanas, a la puerta de casa, la botella de leche y el periódico". Para un ciudadano de otro país, la normalidad podría ser, entre otras muchas posibilidades, encontrarlo en una tienda.

¿Cuál es la "normalidad" en nuestra situación psiquiátrica? ¿En la asistencial, en la docencia, en investigación?

Esta pregunta nos situaría, entre/nosotros en la obligación de coordinarnos para saber dónde estamos y para saber también si puede haber otros muros, o, si por el contrario es irremediable la resignación.

Es tiempo de mudanzas o debería serlo, como todo tiempo vivo, o, al menos el tiempo que nos tocó vivir. Y, en todo tiempo la tentación puede ser el cansancio, el estancamiento o incluso lo peor: el hastío.

Rota la entropía del Inter/nos ya que el "cero" pertenece a la historia, iníciase el nº 1 que esperamos constituya hábito. Hábito detrás del cual se edifique, sólida y multidimensional otra normalidad.

COMENTARIO DE "LA TÍA TULA", DE M. DE UNAMUNO DESDE
UNA PERSPECTIVA SOCIOBIOLÓGICA (Basilía Guerra)

RESUMEN

Se busca, de una forma muy parcial, la interpretación de la línea de conducta del personaje central de una novela de Unamuno: la tía Tula. Sin pretender hacer un estudio de la novela, ni de su autor; sino simplemente exponerla como ejemplo y excusa de la teoría.

PALABRAS CLAVE

Adaptación, aptitud, autopropagación, biogramática, comportamiento, evolución, genes, logro evolutivo.

INTRODUCCION

"La tía Tula" es la "novela existencial española". Podría abordarse desde diversas ópticas, que serían, con seguridad, más completas. Pero no está en mi intención hacer un estudio a conciencia de la novela de Unamuno, sino establecer el paralelismo entre la teoría sociobiológica y el "estar en el mundo" de la protagonista, porque bien puede valer de ejemplo el comportamiento de ésta para validar la teoría.

Se me puede objetar algo tan evidente como "la tía Tula es una novela" a lo que puedo responder con una frase del propio Unamuno "toda novela es autobiográfica" (real, o esperable al menos), y quizás añadir, para limar más las diferencias (si las hay) entre "lo vivido"/"lo fantaseado", aquella otra de Sartre "toda historia es novela".

II. SOCIOBIOLOGIA

1. Inicios Hacia los años sesenta aparecen informes sobre el comportamiento humano con cariz de divulgación popular; algunos llegaron a ser tan conocidos como "El mono desnudo", de D. Morris; "Sobre la agresión", de K. Lorenz, o "Genética africana, el imperativo territorial y el contrato social", de R. Ardrey. Pero no es

hasta 1975, año en que D. Wilson publicó su "Sociobiología: la nueva síntesis", que se empieza a hablar de una ciencia del comportamiento. Su libro, con pretensiones de enciclopedia, armoniza teoría evolutiva, ecología y comportamiento animal, y puede decirse de él que es el ensayo princeps de la corriente sociobiológica.

A partir de entonces se han multiplicado estudios e investigaciones de los que damos algunos títulos al final de nuestro comentario.

2. Fundamentos

- a) La distinción entre lo "cultural" y lo "biológico" no es realmente válida. Uno de los más antiguos y menos fecundos debates de la historia de la ciencia ha opuesto "naturaleza contra crianza", "instinto contra instrucción". Lo que viene a ser una distinción sin sentido, una mera abstracción del estudioso, puesto que no puede haber comportamiento sin organismo y todo organismo se distingue por un comportamiento.

Cultura y biología son pues difícilmente separables. La biología influye en la cultura y la cultura modifica la biología.

Dice D. Barash tratando de la biología:

"La biología no es absoluta. Sea cual fuere la verdad que acarree, es siempre relativa a ambientes y épocas particulares y, cuando se hace inadecuada, el resultado es invariablemente la extinción. Es una seria reflexión que el 90% de las especies que alguna vez vivieron se hallan ya extinguidas"

Y a propósito de la cultura el científico Weston LaBarre afirma:

"...en el último análisis toda cultura es una geometría moral... un sistema no inalterativamente encajado en el mundo físico, sino un medio contingente de triangular nuestra trayectoria a través de la realidad. Pero una cultura es también la inmortalidad de hombres muertos, un sistema en el cual sus

juicios y elecciones procuran coaccionar a los vivos. Sin embargo, todos los hombres, incluyendo los muertos, pueden estar equivocados".

- b) Cada animal no es otra cosa que la excusa material de manifestarse sus genes.

La biología representa nuestra dotación genética; su sustrato, los genes, conservan la biología de nuestros antecesores modificada por la cultura que recibieron.

Los genes pueden incorporar así mismo más información, a través de su proceso de socialización, que luego intentarán transmitir.

- c) La razón de ser de los genes es puramente su autopropagación.

Todo comportamiento va a estar dirigido a conseguir copias de uno mismo, para tener más posibilidades de ser y de seguir siendo. Cada vez que un animal consigue un "logro evolutivo" tiene la seguridad biológica de que su muerte será menos radical.

En relación a la razón de autopropagación genética explica R. Alexander:

"La función de la célula es suicidarse según una norma particularmente evolucionada que realiza la potencia de supervivencia de sus genes".

- d) Es más apto para autopropagarse quien mejor dotación genética posea.

Para conseguir su propósito los genes se combinan de la manera más adecuada que les facilite su adaptación al medio. Es el proceso conocido por "selección natural" y su resultado es la evolución.

- e) La aptitud es siempre relativa al medio ambiente, y éste siempre está cambiando.

De ahí que el hombre tenga que exhibir continuamente un comportamiento como mecanismo de adaptación. Se reproduce mejor el que sea más apto, no sólo biológicamente sino también en la sociedad que lo incluye y en que se desarrolla. El hombre en "zoon politicus" (animal social).

3. Núcleo de la sociobiología: el comportamiento

Basados en los postulados anteriores podemos explicar el comportamiento como un modo de adaptación encaminado a mejorar la aptitud evolutiva. El comportamiento es la manifestación de una serie de pautas elegidas de entre un conjunto más amplio. La disposición de las reglas biológicas que establecen los límites de ese comportamiento es lo que estudia la "biogramática", estas reglas permiten una serie amplia de comportamientos, al igual que la gramática permite un gran número de frases. Las lenguas se aprenden, pero la capacidad es innata. De igual forma las conductas pueden ser modificadas, elegidas, por la cultura, pero sólo elegidas de entre la serie que la biología le ofrece.

Y todo ello por una razón: permanecer. Como la Reina Roja le dijo a Alicia "mientras el mundo vaya cambiando, tenemos que estar moviéndonos, sólo para permanecer donde nos encontramos".

La finalidad es clara, consiste en negar biológicamente la muerte, y para ello hay que cambiarse de sitio continuamente, según vaya cambiando el medio. El que sea capaz de tal dinamismo, por su fortaleza biológica, o por su facilidad de adaptación, será el más apto.

Lo que nos es dado para poder observar es el comportamiento, y es a partir de éste que podemos desarrollar la teoría.

¿Cuáles son sus normas?

David Barash acepta que las normas se desarrollan gradualmente, atendiendo al imperativo genético y a las exigencias del medio, y enumera las siguientes:

- Agresividad del macho, junto con una insistente y relativamente indiscriminada sexualidad, como opuesta a la docilidad y sexual remilgo de la hembra.
- Competencia macho-macho.
- Extendida tendencia a la poligamia.
- Papel principal en la elección por parte de la hembra, actuando con preferencia por la elección de compañeros con "buenos genes", el acceso a importantes recursos, y/o apropiado comportamiento, o sea, elevador al máximo de aptitud.

Todas estas normas de conducta son comprensibles si se tiene en cuenta el papel de la hembra (dadora de vitelo nutritivo y con pocas ocasiones de reproducirse, por el tiempo que le supone) y el del macho (menos preocupado por la crianza, y con muchas más posibilidades de engendrar). La hembra tiene que mirar bien con quien "se juega su óvulo", expone más. El macho tiene más espermatozoides, muchos más, y puede permitirse su conocida generosidad al respecto.

La necesidad de adaptación explica porqué los padres aman a sus hijos (es adaptativo), porqué los padrastros son desagradables (no son sus genes), porqué los padres siempre están dispuestos a dar más por los hijos que éstos por sus padres (los padres crecen en los hijos, pero éstos no esperan reproducirse gracias a sus padres); porqué existe el nepotismo (se favorece a la familia porque las combinaciones genéticas que portan son más parecidas a las propias)...

4. Sociobiología y Psicoanálisis

La sociobiología no intenta inmiscuirse en el terreno psicoanalítico, ni es incompatible con él. Se ocupa del sustrato biológico y de su modificación por la exigencia social. La sociobiología no entra en los recovecos psicoanalíticos, tan sólo apunta en relación con esta escuela que la tensión mental (la angustia) podría ser generada por situaciones que no conducen al mejoramiento.

to de la aptitud, y la enfermedad mental sería un estado de comportamiento aparejado con la imposibilidad de esta mejora.

Un ejemplo de que podrían ser coincidentes está en la afirmación de Freud "el tabú del incesto es un conflicto básico de toda la humanidad", es un conflicto de toda la humanidad porque es de raíces biológicas; la combinación de genes muy parecidos (familiares) representan un paso atrás en los logros de aptitud biológica, y es razonable que exista un tabú que nos proteja de un cruce que sería degenerativo.

Para corroborar el que podrían ser coincidentes, transcribo dos párrafos que podrían referirse tanto a la sociobiología como al psicoanálisis:

"Hay algo despiadado en el mostrarnos demasiado analíticos acerca de nosotros mismos, pero también encierra algo maravillosamente interesante el enterarnos de porqué obramos como lo hacemos y descubrirnos qué somos. La libertad y la dignidad humana nacen del hecho de que en lo más profundo de nuestro ser somos algo" (D. Barash, El comportamiento animal del hombre)

"intenté escarbar en ciertos sótanos y escondrijos del corazón, en ciertas catacumbas del alma, adonde no gustan descender los más de los mortales. Creen que en esas catacumbas hay muertos, a los que es mejor no visitar, y esos muertos, sin embargo, nos gobiernan". (M. de Unamuno, comentario de "Abel Sánchez").

Barash está hablando del conocimiento del hombre como ser biológico en interacción con su ser social, del miedo a ver más allá de lo manifiesto. El mismo miedo sobrecoge cuando se trata de mirar a través del psicoanálisis.

Unamuno no sabe de la naturaleza de sus fantasmas, bien podrían llamarse genes o inconsciente.

II. LA TIA TULA

Julián Mariás habla de esta novela llamándola "la novela de la convivencia". Más que una historia personal, dice, es la historia d

una casa, la aglomeración de relaciones interpersonales que se dan en ella.

¿Y qué es una casa, una línea genealógica, unas relaciones interpersonales sino la dinámica de la evolución?

El relato se centra en un personaje: la tía Tula, Gertrudis, quien formaba con su hermana, con Rosa, una pareja "al parecer indisoluble". Huérfanas desde muy pequeñas, habían sido educadas por un cura, su tío D. Primitivo, quien se cuidó bien de que venerasen a su santa madre.

El comportamiento que las dos vayan a desplegar podría ser muy parecido, comparten la mitad de sus genes y el proceso de socialización lo preside la figura de la madre muerta, ninguna relación extrafamiliar importante, "formaban una pareja al parecer indisoluble".

Las dos se enamoran de un mismo hombre, de Ramiro, que, antes de acercarse, elige a Rosa. Ante esta decisión Tula se ocupa en agilizar la boda "es que hay que ir de prisa, porque la vida es corta". Unamuno hace ver más tarde que "el destino" la lleva a obrar así, puesto que ella también andaba enamorada de Ramiro y resolvía su estado afectivo prohibiéndose toda esperanza. Tras "imponer" la boda exclama "yo haré de tía".

Lo que no es de extrañar. Es preferible hacer de tía:

- Porque la mitad de sus genes, los de su hermana, se van a combinar con quien ella quería (quiere).
- Porque su ascendencia moral ante su hermana le permite llevar "la carga" de la educación. Ella se encargará de lo modificable que alcance la cultura.
- Porque no se arriesga a morir en un parto. En 1920, año en que se publica la novela, el 20% de las mujeres que llegaban al parto morían a consecuencia de problemas del mismo (Botella Llusí), cifra que daba la primera causa de muerte en las mujeres en edad de procrear, y ellas lo sabían.

En el primer parto hay peligro para la madre o el feto, y al hablar el médico de sacar la cría viva o muerta se sucede este diálogo con Tula:

- ¿muerta? -exclamó Gertrudis- ¡eso sí que no!

- ¿pero no ve usted -exclamó el médico- que aunque se muera el crío queda la madre para hacer otro, mientras que si se muere ella no es lo mismo? Pasó rápidamente por el magín de Gertrudis replicarle que quedaban otras madres, pero se contuvo e insistió:

- Muerta ¡no!, ¡nunca! Y hay, además que salvar un alma.

Ramiro, en su consternación por el desarrollo de los acontecimientos se pregunta "¿cuál es la madre?" La sociobiología habría sabido darle cumplida respuesta.

El trance se resuelve. Y Tula, con una serenidad que a todos admira:

- Cuando sea le das de mamar a este crío para que se calle. De todo lo demás no te preocupes.

Y más tarde:

- Este se llamará Ramiro, como su padre, y la otra, porque la siguiente será niña, Gertrudis, como yo.

Y ante el asombro de don Primitivo, que todavía está taquicárdico, y protesta por la prontitud de ese pensamiento, su respuesta es:

- ¿Y para qué se han casado si no?

La sociología nos ayuda a entender la actitud de Tula y del bueno de Don Primitivo. Cuestión de economía genética.

El tío muere poco después del segundo parto de Rosa, y ante el cadáver, a manera de proclamación de proyecto en una situación crítica, dice Tula a su hermana:

- Y ahora a querer mucho a tu marido, a hacerle dichoso y ... ¡a darnos muchos hijos!

Tampoco nos sorprende. Ha muerto el único de sus "mayores" que quedaba y su quehacer, en lo sucesivo, es preparar su semilla para cuando ella muera.

Rosa se murió a consecuencia del tercer parto. Ramiro queda con ella y mientras:

"Gertrudis tomó a su sobrinillo, que no hacía sino gemir, encerróse con él en un cuarto y sacando uno de sus pechos secos... ..puso el botón en la flor sonrosada de la boca del pequeñuelo..." Pide entre lágrimas de milagro, hasta que llega Ramiro a dar la noticia "¡Ya acabó!"

Escena de amor y muerte. La escena. Intento de ser biológicamente (una madre) cuando la biología muere (la otra madre).

"Dios la tenga en su gloria, contesta Tula. Y ahora, Ramiro, a cuidar de éstos".

"Estos" parece ser el objetivo fundamental de Tula. En una carta en que niega sus amores, explica: "Y puesto que tengo estos hijos a que cuidar, no debo ya casarme".

La sociología nos ha dicho ya el porqué de este comportamiento.

Tras la muerte de Rosa, su cuñado la asedia. Ella se resiste, por fidelidad a Rosa, dice, porque no quiere ser "remedio" del bruto que lleva el hombre dentro...

Le da un plazo de un año tras el que luego vería... Pero Ramiro no es capaz de esperar y busca "remedio" en la criada de la casa, Manuela, la hospiciana, "lo que tiene más a mano".

Tula lo obliga a casarse, pese a sus objeciones. Llegan más hijos. La primera es un ser enclenque y debilucho que Tula cuida con fervor, con biberón, porque "ninguna ama de cría mercenaria es buena". Unamuno describe así este ritual de madre cuasi-biológica:

"el biberón, ese artificio industrial, llegó a ser para Gertrudis el símbolo y el instrumento de un rito religioso. Limpiaba los botellines, cocía los pisgos cada vez que los había empleado, preparaba y esterilizaba la leche con el ardor recatado y ansioso con que una sacerdotisa cumpliría su sacrificio ritual. Cuando ponía el pisgo de caucho en la boquita de la pobre criatura, sentía que le palpitaba y se encendía la propia mama. La pobre criatura posaba alguna vez su manecita en la mano de Gertrudis que sostenía el frasco".

Tiene que dar de ella más que dió a los anteriores, no hay genes en la niña, tiene que haber más "biología" en el postpartum.

A la muerte de Ramiro y la hospiciana, ella lleva el timón de la casa. Cuando su confesor cree observar en el sobrino mayor inclinaciones religiosas las rechaza:

- Quítele eso de la cabeza. ¡El ha nacido para padre y no para abuela!

Y se apresura en pensarle una novia. La primera vez que en la novela se habla de enfermedad de Tula es ya en el capítulo XXI, que empieza así:

"¿Qué le pasaba a la pobre Gertrudis, que se sentía decretir por dentro? Sin duda había cumplido su misión en el mundo. Dejaba a su sobrino mayor, Ramiro, a su otro Ramiro, a cubierto de la peor tormenta, embarcado en su barca de por vida, y a los otros hijos al amparo de él; dejaba un hogar encendido y quien cuidase de su fuego."

Cerca de su muerte habla con todos, sobre todo con Caridad, la mujer elegida para su sobrino: "... Y ya sabes, Caridad, Tula, Tula como yo..." dice refiriéndose al que va a nacer, al nieto.

El último capítulo es un diálogo que demuestra como el espíritu de la tía sigue vivo en la familia, y en el anterior Unamuno diserta sobre la transmisión de la cultura, con el parangón, algo manido, de la sociedad de las abejas:

"¿Herencia? Se transmite por herencia en una colmena el espíritu de las abejas, la tradición abejeil, el arte de la melificación y de la fábrica del panal, la abejidad, y no se transmite, sin embargo, por carne y jugos de ella. La carnalidad se perpetúa por zánganos y por reinas, y ni los zánganos ni las reinas trabajaron nunca, no supieron fabricar panales, ni hacer miel, ni cuidar larvas, y no sabiéndolo, no pudieron transmitir ese saber, con su carne y sus jugos, a sus crías. La tradición del arte de las abejas, es, pues, colateral y no de transmisión de carne, sino de espíritu, y débese a las tías, a las abejas que ni fecundan huevecillos ni los ponen."

Lo que puede añadirse es que el interés de las obreras no es sencillamente cultural y de transmisión de saberes por convivencia. Las obreras comparten con sus hermanas las 3/4 partes de sus genes, a

las que cuidan mejor que si de madres se tratasen, como era de esperar, y sólo comparten 1/4 con los zánganos, a los que cuidan lo indispensable para que puedan cumplir su misión, montar a la reina.

La explicación a la importancia de la figura de "la tía" en Unamuno es comprensible, teniendo en cuenta su frase "toda novela es autobiográfica" y su infancia (huérfano de padre desde muy pequeño y conviviendo entre mujeres que le transmitieron la cultura de la casa.

Bibliografía reseñada:

- Alexander, R. "La evolución del comportamiento social"
- Barash, D. "El comportamiento animal del hombre"
- Mariás, J. "Miguel de Unamuno"
- Freud, S. "El tabú del incesto"
- LaBarre, W. "El animal humano"
- Unamuno, M. "Cómo se hace una novela"
- Unamuno, M. "La tía Tula"
- Wilson, O. "Sociobiología: la nueva Síntesis".

B. Guerra Amador es médico residente en el Hospital Psiquiátrico
"Dr. Cabaleiro Goás" de Toén (Orense), adscrita al Sector C.

RESPECTO DEL "RESPECTO"

por J.M. García de la Villa

1. JUSTIFICACION:

Un médico residente, de otro sector, en mi presencia, hace a su jefe de servicio un gesto "irrespetuoso" sin trascendencia en la situación y relación que entre ellos se juega, pero, abusando de mis responsabilidades docentes, me entrometo diciendo: "debe usted tener más respeto y s u m i s i ó n" a su jefe de servicio. En la conversación, que se juega, el jefe de servicio indica a su médico residente que debe repasar la historia del paciente de que se habla y establecer un diagnóstico, ya que no parece cierto que se trate de una esquizofrenia.

En la misma mañana tengo que entrar en el despacho del jefe de servicio y encuentro a éste preguntándole al médico residente qué le parece de lo que dice aquel libro. El jefe de servicio ha dado a leer al médico residente la clasificación de la O.M.S. por el ítem que trata de los trastornos de la personalidad. El médico residente lee (no sabe si con sinceridad o con sordina) que aquello se refiere al paciente, pero el jefe de servicio deja clara la ambigüedad de su pregunta, es decir, no aclara si da a leer el texto en relación al diagnóstico del paciente o a la actitud precedente del médico residente.

Esa misma tarde, mientras hablo con otro médico residente y con la monitora de enfermería, el médico residente asoma a mi despacho y forzando el momento oportuno pregunta: ¿qué es el respeto?

2. DATOS DEL DICCIONARIO:

- a) Forma Antigua: "Respecto" es la antigua forma de "Respeto". Si el título de este trabajo prima o destaca esa forma antigua es para hacer notar su coincidencia, no sólo originaria, con la palabra

Respeto, que en sus diversos usos actuales (respeto a, respecto de, con respecto a, al respecto, etc.) significa la "razón o relación de una cosa a otra", ya que tal relación no es ajena al significado actual de la palabra "Respeto" que sólo tiene algún sentido en los fenómenos de interrelación.

- b) Etimología: "Respeto" deriva de respectus que significa atención, consideración. "Respecto" deriva de respectare que significa mirar con atención, considerar. Ambos vienen de respicere que significa mirar atrás. Supongo que ello se debe a que sólo cuando algo llama nuestra atención o merece ser considerado nos obliga a mirar atrás, a no pasar de largo.
- c) Definiciones: "Sentimiento o actitud deferente o sumisa con que se trata algo o a alguien, en razón de su autoridad, edad, mérito, etc.". "Sentimiento que lleva a reconocer los derechos, la dignidad, decoro de una persona o de una cosa y a abstenerse de ofenderlos".
- d) Sinónimos: "Consideración", "Acatamiento", "Deferencia", "Miramiento", "Sumisión", "Veneración", "Reverencia", "Fidelidad", etc.
- e) Usos particulares: "Tener, dar o producir respeto" significa miedo o temor. "Campar por su respeto o por sus respetos" significa hacer lo que se le antoja, actuar sin ningún respeto.

3. PARADOJAS DEL RESPETO HUMANO:

Prescindiendo del respeto a las cosas, las plantas o los animales como objetos del respeto ejercido por el hombre y también del respeto que estas entidades pueden ejercer en el sentido antropocéntrico en que se dice "el incendio respetó la mitad del edificio", lo que nos interesa es el respeto absoluto del hombre por el otro hombre.

En un sentido absoluto, el respeto es algo que habría de abarcar la totalidad del otro, pero éste no es el caso. Es utópico decir, como

se dice hasta el punto de constituir un tópico habitual, que toda persona (humana por supuesto) merece nuestro respeto. Si fuera así no habría lugar a decir de alguien que es "una persona respetable", pero, puesto que se dice, debe ser que algunas otras no lo son. No lo son, por supuesto, aquéllas que "campan por sus respetos", aun cuando muchas veces produzcan más respeto que otras, pero esas personas son en el fondo despreciables. Dejo ahí lo de "despreciables" porque las cuestiones de precio pertenecen a la teoría económica y a mí la economía, lo confieso, me produce mucho respeto.

El "campar por su respeto" es algo que sólo desde una posición de autoridad o de fuerza puede ser hecho. También desde una posición de insensatez o de locura, pero sólo porque esas posiciones remiten a una fuerza que el sujeto cree tener aunque no tenga. Al respecto nada como el feudalismo para hablar del respeto, pero no entraré aquí en el "derecho de pernada" que tanto juego podría dar al tema. Sólo diré que de una forma insensible nos hemos deslizado del "por supuesto" al "por su puesto".

Es "por su puesto" por lo que muchas personas son respetadas, lo cual (dicho sea de pasada, entre paréntesis y sin ánimo de llamar la atención) es frecuente entre los dirigentes). Y dado que todas las comparaciones son odiosas, escojamos las alejadas para no ofender: Truman (Hiroshima), Eisenhower (Corea), Kennedy (Cuba), Johnson (Vietnam). No tiene objeto continuar puesto que de lo único que se trata aquí es de señalar que por muy respetable que en un aspecto sea una persona, no lo es en otro, o en todo caso que por lo que es respetado para unos, es motivo de desacato, crítica demoledora e irreverencia para otros.

4. RESPETO Y NARCISISMO

El luchar por alcanzar una utopía, en el sentido de ideal, es algo que ha caracterizado, tal vez, la evolución del espíritu humano. Hemos citado ya ese respeto por la persona humana. Existen algunos ejemplos, incluso, de personas que han sido galardonadas por ese intento de respetar a todos los otros. Si alguien lo consiguiese,

realmente, podría pavonearse de un narcisismo justificado, si alguien respetase a todos merecería, sin duda, el respeto de todos. Sin embargo, las personas que más se aproximan a ese caso utópico no son psicopatológicamente hablando narcisistas, al menos a este respecto.

El narcisismo está de hecho en el lado contrario, del lado de la completud individual e incompañible. Si otro es tan respetable como yo no es para mí respetable, es un enemigo, es un rival, pues si yo le respeto como igual es que le tengo "miedo" (respeto) como adversario. Incluso en la dialéctica medieval de la Tabla Redonda había un Par entre los Pares.

Se considere como se considere y con todo miramiento, el respeto está inserto en la dialéctica del amo y el esclavo. El amo está del lado del narcisismo, el esclavo está del lado del respeto. Para supervivir como tales, el amo necesita hacerse respetar formalmente y el esclavo necesita respetar formalmente. Los sentimientos y el goce de cada uno van por otro lado.

5. RESPETO Y LEY

Sea lo que sea lo que se respeta tiene que ver con una ley. No importa si es una ley tácita, hablada o escrita, el caso es que es la Ley. Y psicoanalíticamente hablando, la Ley es la Ley de la Prohibición del Incesto. O se respeta eso o el respeto no existe. La Ley de la Prohibición del Incesto es la Ley del Padre. El respeto tiene más que ver con el Padre que con ninguna otra cosa. Pero si alguien establece la Ley, o la Norma, no será superfluo señalar su conexión con la Normalidad.

6. PSICOPATOLOGIA DEL RESPETO

Hemos visto en las definiciones que el respeto es tanto un sentimiento como una actitud. Todos sabemos que los sentimientos no se expresan necesariamente tal cual, o lo que es lo mismo, que las

actitudes no es obligatorio que respondan a los verdaderos sentimientos. Valdría por ello decir que el respeto guarda siempre cierta ambigüedad.

Advirtiendo aquí que hablamos del Sentimiento y la Actitud de Respeto y que el esquema no sería válido para otros sentimientos y actitudes, podríamos llamar S al sentimiento respetuoso y A a la actitud respetuosa, llamando -s y -a respectivamente a las ausencias de tales. Con tales premisas y aun sabiendo que todo esquema o simplificación contiene un cierto grado de inexactitud, podríamos proponer el siguiente esquema:

S más A = Respeto coherente
 -s más A = Respetuosidad formal
 S más -a = Irrespetuosidad formal
 -s más -a = Irrespetuosidad coherente.

De ahí puede deducirse que el respeto funciona como síntoma, señalando que cuando digo síntoma lo digo en cuanto a señal, indicio o manifestación, nunca en cuanto a certidumbre. El respeto es síntoma tanto en su presencia como en su ausencia en cualquiera de los dos aspectos (sentimiento y actitud) señalados. Por si alguien pretende encontrar contradicción aquí, en el sentido de que el sentimiento sólo puede expresarse en actitudes, citaré al paso que no nos referimos a todas las actitudes. Como actitudes entendemos las habitualmente conscientes, pero quedan los lapsus, los sueños y todo lo referente a la actitud no verbal cuando no es intencionada.

Forzando la especulación podremos decir que la fórmula -s -a corresponde a las Psicosis, no sin discusión, pero aun con ella sólo podríamos decir que el psicótico funciona como neurótico la mayor parte de su vida, una estructuración psicótica no evita una estructuración neurótica, ni siquiera en el autista más autista.

La fórmula S -a correspondería a lo que habitualmente se conoce como Psicopatía, Sociopatía o por ser más extensos Perversión ("lo sé bien, pero sin embargo actúo como que no lo sé").

Tales asignaciones tendrían el inconveniente de tener que asignar, para mantener la coherencia, las fórmulas: -s A a la Neurosis y S A a la "llamada normalidad". La Normalidad es un presupuesto teórico en Psicopatología y es algo inexistente en Psicoanálisis, dado que "todos somos neuróticos" cuando menos. Las cosas no son en efecto tan matemáticamente claras y correspondientes. Ya hemos visto que el respeto no abarca nunca la totalidad del otro, sino sólo algunos de sus aspectos. Habría por tanto que decir que el sentimiento de respeto es cuando menos ambivalente (S -s). De ahí a establecer niveles de patología no hay ni un paso y la correlativa confusión entre Normalidad y Neurosis (S -s A) por un lado y entre Psicosis y Perversión (S -s -a) por otro, no vendría sino a corroborar la existencia de gradientes que la clínica nos muestra.

El esquema psicopatológico puede orientar en un determinado momento, pero no podemos olvidar que las mezclas existen y que un mismo individuo puede siendo neurótico hacer episodios psicóticos. Si lo calificamos como neurótico sólo debemos entender que esa es la estructura de personalidad predominante. Ya Freud señaló en su trabajo "Historia de una neurosis infantil" (Caso del "Hombre de los Lobos") como diversos diagnósticos nosológicos pueden aparecer en la historia de un solo individuo. Nadie se extrañaría, por otra parte, de que un hepatópata fuese también un prostático, ni de que alguien que hace una faringitis hiciese también una ileítis terminal. Pero hay más, cada uno hace su faringitis como cada uno hace su neurosis, lo estudiamos reiteradamente en la carrera de Medicina y reiteradamente parece olvidarse en la práctica "No hay enfermedades sino enfermos".

RESPETO Y GENTALIDAD

Una de las más grandes e injustas críticas a Freud viene de la confusión entre sexualidad (como él la entendía) y genitalidad (como corrientemente se entiende a lo sexual). Aquí vamos a entrar directamente por la genitalidad para evitar confusiones.

En los amores de pubertad e incluso de adolescencia de mi época (sospecho que hoy las cosas son distintas) primaba el "amor platón-

nico". En tales amores destacaba el componente espiritual, la inflamación del corazón en lugar de otra cosa. Como en toda mística el sujeto amado era altamente idealizado, reverenciado, eliminándose todo lo carnal, todo lo que tuviese que ver con tocar, manchar o mancillar. El ser amado era profundamente respetado y la genitalidad, como tal, era la gran ausente, sin que ello quiera decir que algún síntoma, derivado de represiones o sublimaciones, no delatase la presencia subterránea de la sexualidad.

Sin embargo, el acceso a la sexualidad adulta, a la genitalidad, pasa porque el objeto amoroso sea accesible. Si el amor está basado en la idealización del objeto, el objeto como todo ideal será inaccesible. Si se hace accesible dejará de ser un ideal y podrá con ello hacer sucumbir tal amor, si persiste idealizado, inaccesible, algo impedirá la plena genitalidad.

El respeto aparece aquí como contrario a la genitalidad, lo cual no es completamente cierto, pues ya hemos dicho que nunca el respeto abarca la totalidad del otro, pero algo del otro debe de dejar de ser respetado para acceder a la sexualidad adulta. Sobre ese algo que en cada caso debe degradarse podrá leerse "Sobre un tipo especial de elección de objeto en el hombre" y "Sobre una degradación general de la vida crónica", dos trabajos de Freud que aportarán cierta luz sobre el tema.

8. RESPETO COMO SIGNIFICANTE

Además de las acepciones señaladas, más o menos comunes a nuestra cultura, respeto es un palabra y como tal actúa como significante, es decir, ligar en cada sujeto con diferentes cadenas asociativas. Así, cuando hablamos del mar a un poeta, a un pescador, a un submarinista o al padre de un ahogado, lo que suscitamos en cada uno de ellos son cadenas asociativas distintas, ligadas a distintos sentimientos. Así, un compañero que leía el comienzo del borrador de este artículo dijo: "yo pensé que tendría que ver con res (cosa) y peto (pecho)". Seguro que es cosa de tomarse a pecho, pero para otros tendrá que ver con la cosa de la hucha, la economía, sobre todo si

valoran el respeto por "su posición económica". Pero si en lugar de tomar a res por cosa, se la toma por cabeza de ganado, como éstas frecuentemente tienen pitones, y como los pitones son generalmente dos, pues ¡vaya dos pitones que lleva en el pecho!, pero si alguien no lo ve por lo agresivo sino por lo defensivo también puede decir ¡qué parapeto! Ustedes lo ven, sin quererlo, ya estamos de nuevo a la sexualidad, ¡para que luego digan de Freud!

SOCIEDAD Y RESPETO

Hasta aquí apenas hemos rozado el cariz que el respeto toma cuando se incluye en determinada sociedad, o en determinada cultura, pero es fundamental si uno quiere saber qué debe respetar. Si un caníbal se come a un enemigo no sólo es una acción respetable sino respetógena, en su medio, si usted lo hace, en occidente, es posible que no vaya a la cárcel, porque resulta tan inusual que salvo que usted lo haya matado, previamente, no será fácil que figure en el Código Penal, pero usted no se librará de pasar por un psiquiátrico o de que la prensa lo comente (que hoy es difícil saber lo que es peor). En todo caso, la valoración cultural o social del respeto nos sitúa una vez más en el lindero de lo normal y lo anormal. De ahí que volvamos a decir, no sólo que "la enfermedad la hace el enfermo", en sus peculiaridades, sino que "no hay enfermedades sino enfermos", es decir, que cada síntoma (sea sentimiento, manera de actuar o cualquier otra cosa) sólo adquiere su significación total, no ya en la microcultura de lo que rodea al individuo, sino en la peculiaridad de su propia cadena asociativa, en lo que habríamos de llamar, como poco, angstromcultura. La cultura puede ser de uno sólo, aunque en ella esté presente siempre "el Otro", ya que para que exista un cultivado ha debido de existir un cultivador. La sociedad exige, al menos, dos individuos y al contrario de la cultura, si uno muere la sociedad desaparece. La normalidad exige al menos tres individuos, mínimo para la comparación estadística, lo que coincide con la Ley, que es Ley del Padre con respecto a la madre en presencia del hijo, pero, como se ve, la Ley no es exactamente igual que la Norma.

10. ALGO MAS SOBRE EL RESPETO

El respeto parece tener que ver con una propiedad del otro que uno debe salvaguardar, ya sea porque se trata de un ideal, de una meta, de algo con lo que uno se identifica, ya sea porque no acatarlo engendre peligros, riesgos que no merezca la pena soportar. En el primer caso tiene más que ver con el sentimiento y en el segundo con el formalismo, pero siempre es un fenómeno de interrelación. De ahí su difícil comedimiento, no sólo intercultural sino en la propia cultura, porque ¿cómo evitar el faltarle al respeto a otro? si uno no sabe qué es lo que el otro valora en ese sentido o si, aunque lo sepa, está en total desacuerdo con lo que uno valora como real, ¿cómo no faltarle al respeto a un delirante que se cree Dios, cuando cualquiera de nuestras manifestaciones ante él va a denotar que lo consideramos como tal? Si su narcisismo es total, o desaparecemos como otro o ya estaremos faltando al respeto.

Creo que debemos respetar aquello que nos parece respetable, no sólo a un nivel completamente individualizado, ya que eso sería insuficiente, sino también a nivel de nuestra comunidad más próxima, a lo que pudiéramos llamar nivel tribal. Es ese mínimo el que permite, mediante la persistencia de un conjunto de valores comúnmente aceptados, la pervivencia social en contra de la disgregación. No parece que ninguna cosa de ese conjunto de valores sea inmutable, cada cosa es en un momento dado sustituible, pero nunca el conjunto (ni siquiera una revolución lo sustituye todo), sólo algo cada vez. No es por volver sobre la sexualidad, pero hacer lo contrario de lo dicho, respetar algo porque simplemente se nos impone como "respetable", incluso se nos impone de forma arbitraria, sin que algo nos aproxime a compartir eso, eso es..., eso sería hacerlo "por cojones".

J.M. García de la Villa Merchán es Jefe de Servicio del Sector Puente-áreas - Vigo Norte y Subdirector del Hospital Psiquiátrico Provincial Rebullón en MOS (Pontevedra).

A PROPOSITO DE UN CASO DE "FOLIE A DEUX" Y OTROS AVATARES (1)

Antes de presentar el caso presentaré brevemente la sesión. Esta, como las anteriores, no es una sesión clínica al uso. Se supone que actividades como éstas, son discusiones libres y consecuentemente voluntarias (al menos para la audiencia) sobre casos de interés clínico. Concorre quien quiere; habla quien lo desea; se exponen (en sus dos sentidos) las ideas que cada uno tenga. Se precisa un cierto ambiente para que esto sea posible y estas sesiones tal como vienen determinadas no cumplen los requisitos necesarios. Su celebración nada tiene que ver con el deseo de intercambio de opiniones. Es una imposición y se nos recuerda mediante oficio, la obligación de la asistencia o la presentación de un paciente. Se colocan así las sesiones sobre un registro administrativo en el que se escenifica el ceremonial de una jerarquía más allá de cualquier pretensión de aprendizaje.

Yo cumplo la obligación que se me impone y presento un caso. Discutirlo es otra cosa. Se discute cuando se quiere y con quien uno quiere. Una vez finalizada la presentación, habré dicho todo lo que aquí tengo que decir. Lo que no digo, lo diré en otra parte donde la discusión sea posible para mí.

* * *

Se trata de un hombre de 40 años de edad que ingresa a primeros de Abril de 1982. Su internamiento ha sido una decisión vecinal. Hacía tiempo que las molestias que les acarrea el comportamiento del paciente, se habían venido incrementando hasta el punto de temer una agresión. Al final se "arriesgan" y solicitan su ingreso al Alcalde que realiza los trámites necesarios.

Lo traen los enfermeros de la Diputación que apenas saben otra cosa de él, que la que nos va a alertar: "su mujer está peor que él -tuvimos que reducirla por la fuerza -casi nos mata- no dejaba que nos lleváramos a su marido".

Por lo demás, el paciente apenas habla. Suspicious, lejano, contesta con monosílabos o para-respuestas que termina casi siempre con una palabra, "Claro", que por su lugar en el discurso suena como el eco de un neologismo.

Tardaremos bastante en ordenar su historia. Debimos recurrir además del testimonio del paciente, al de su mujer, sus vecinos y algunos familiares. En síntesis podemos decir:

Es el mayor de los varones de una familia de campesinos tradicionales de la zona de Bande. Tiene una hermana mayor que él y tres hermanos menores, dos hombres y una mujer, todos ellos emigrados desde hace años en Suiza y Francia. Su padre falleció hace ya muchos años en una "caída" en una casa en construcción que al decir de algunos vecinos no fue otra cosa que un suicidio. Había trabajado de minero, camarero y portero en Santander, sin haber vivido prácticamente nunca con sus hijos que marcan con sus nacimientos la cronología de sus escasas presencias en casa. Fue siempre, "el ausente" y lo fue de tal modo, que el paciente se negará a recibir el importe de la pensión que les corresponde, después de la muerte de su padre: "no tengo nada que ver con eso".

Su madre vive todavía y hasta hace poco tiempo el paciente y su esposa vivían con ella.

No hay demasiados datos de su infancia y juventud. Todos dicen que siempre fue "raro", pero no son capaces de precisar el "qué" de su rareza. Sólo un vecino es capaz de relatar un episodio que llame la atención: "hace 16 años cuando nació un hijo mío, J. Manuel (el paciente), se presentó en mi casa a felicítarme. Se dirigió a la cuna del niño, le estrechó la mano y le dijo "encantado de conocerte".

El resto es silencio y aparente normalidad. Acudé a la escuela primaria y trabaja en casa sin conflictos aparentes. Hace el Servicio Militar en Madrid en un destino que tendrá su importancia años más tarde: un regimiento de Transmisiones. Aprende a tender cables, manejar emisoras, teléfonos, etc. Adquiere conocimientos sobre códigos diversos aunque dice no recordar nada de todo aquello. Todo transcurre sin problemas y vuelve a casa terminado su servicio militar para emprender el camino de la emigración.

Está 3 años en Francia trabajando en la construcción, sin acabar de adaptarse del todo, aunque sin quejarse excesivamente. Viene a casa para unas vacaciones pero terminará quedándose definitivamente: "alguien tenía que trabajar el capital -mis hermanos estaban todos fuera, mi padre fallecido- me quedé yo, pensaba volver a marcharme, pero al final me quedé".

Poco tiempo después de su vuelta se casará con una vecina a la que conocía desde niño. Algunos vecinos afirman que el cura, no los quería casar porque "los dos eran muy raros, ella un poco retrasada". Tampoco para esta ocasión, nadie precisará sus rarezas, pero es llamativa la constancia de esta opinión vecinal.

Tienen un hijo varón que será el único. Como matrimonio llaman la atención: "son el uno para el otro -no pueden vivir separados ni por un momento- ella sólo piensa en su Manoliño".

Cuando más adelante visitamos a su esposa en el Sanatorio en el que está internada, nos confirmará llorando lo difícil y doloroso de su primera y única separación: "nunca estuvimos separados".

Todo parece ir bien durante años. Los dos viven con la madre del paciente trabajando un capital y una "facenda" no despreciables. Hace tres años se inician los trastornos que lo llevarán al internamiento.

El paciente comienza a sospechar que toda una serie de pequeños infortunios que le venían sucediendo no son casuales. Había comprado un pequeño tractor con el que trabajaba a jornal en las fincas de los vecinos. Un día SIN MOTIVO alguno (sic) el tractor se "derrama" (estropea) cuando araba una finca. Hay letras y préstamos por el medio. La avería supone una gran complicación que culmina una serie que de repente cobra sentido para el paciente. Las cosechas que no rinden a pesar de trabajarlas afanosamente; el ternero tan esperado que "alumbra" muerto... Todo ocurrido en un corto espacio de tiempo y sobre todo, "sin motivo alguno". La explicación se le hace evidente. Como la enferma que comenta Clavreul (2) puede reconocer que cada hecho aisladamente considerado puede ser explicado de manera más "racional", pero es la CADENA de hechos y la ausencia de motivos lo que indica al paciente el origen

del mal: "no puede tratarse de otra cosa que de envidias de vecinos que se valen de un aparato, una especie de T.V. que funciona con la luz y que sirve para ver y emitir rayos maléficos". Ahora no sólo dañan las cosechas, el ganado o los objetos valiosos. El paciente comienza a notar que le meten corrientes en la cabeza valiéndose del aparato, corrientes que incluso le impiden trabajar y pensar. Además, con el aparato le miraban el pipí a su mujer (sic).

La serie de "infortunios sin motivo" constituía una cadena significativa organizada en discurso que remitía obligadamente a un sujeto emisor de ese discurso. Así, el paciente no tardará en identificar a los responsables: "son unos portugueses y unos vecinos que viven aquí cerca". Ahora, todo es "Claro" para el paciente.

No será casual que los vecinos sospechosos posean los únicos tractores de la parroquia (además del que es propiedad del paciente) y compitan con él en la realización de trabajos. Tampoco lo será la elección de los portugueses.

El paciente comienza a pegarle a su mujer: "te ven el pipí y por su culpa tengo que pegarte". Las agresiones son numerosas y en ocasiones graves. La mujer acude a un vecino influyente a explicarle que su "Manoliño" está loco y que es preciso internarlo. Sólo será al comienzo. Pronto ella comenzará a compartir sus creencias y poco a poco ella misma aportará "pruebas".

Al mismo tiempo (no fue posible precisar con exactitud la fecha), el paciente comienza a decir que en un ladrillo situado en el muro de la casa de un vecino había dos santos y que éstos eran él. Durante algún tiempo plantará flores debajo de estos ladrillos que cuidará delicadamente. Un día decide arrancar el ladrillo (es un ladrillo "raro" blanco y negro) que llevará para su casa donde lo conservará desde entonces empotrado en la pared. El enfermo nos dirá sobre este ladrillo:

"Ellos, los que están en el ladrillo y que son dos cuerpos, me dieron la vida. Yo soy dos personas y me debían tratar de señorito y no lo hacen. Ahora soy el AMIGO que son los dos cuerpos que están en el ladrillo. Los dos cuerpos me ayudaban a evitar el mal que me hacían estos vecinos con

el aparato. Yo estaba muerto pero me despertaron estos Santos de antes del fin del mundo que están en los ladrillos y me salvaron. Son muy antiguos e importantes. Los tengo en la pared de mi casa. Tienen que ver con el sol y la luna y estaban abajo. Cuando comenzaron a meterse conmigo y con mi mujer por medio del aparato, se metieron en los ladrillos para salvarnos. Yo soy santo y mi mujer también. Tenía que regar todos los días el ladrillo para que no murieran pues si morían ellos yo también moriría".

Su esposa no acabará convenciéndose por completo de su propia santidad: "el lo decía, pero yo no estoy muy segura ... quizás sea verdad... no sé... "Será lo único que acepte con reticencias. De lo demás que su marido va "descubriendo", poco a poco llegará a tener absoluta certidumbre, incluso aportará pruebas materiales al delirio que comprobará ella misma: "un día llevaba el ganado al prado... al llegar ví que había un plástico colgado de un árbol... empecé a notar unas picadelas en la cabeza... me dí cuenta de que era el aparato enfocado sobre el plástico el que me estaba produciendo el daño... tanto dolor me producía que me caía al suelo... si no llega a ser por mi marido que es santo y me acudió me mataban... todos son envidias... se valen de un aparato para provocarnos todos estos daños... no hay derecho a estropear así la vida de un matrimonio... los vecinos a veces incluso me probaban. Dejaban hoces tiradas en el camino a ver si yo las cogía, pero yo soy honrada y nunca envidié a nadie".

Atrapados en el sistema de creencias que levantaron entre los dos, construirán un dispositivo de defensa absolutamente coherente contra lo que ellos creen que ocurre.

Si nunca fueron demasiado sociables y vivían casi aislados cerrados sobre su pareja matrimonial, ahora incrementarán su aislamiento. Puesto que el aparato funcionaba con la luz (la electricidad) huirán a una casa en el monte a donde ésta no llega.

Con la precisión de una estrategia militar, atacarán el suministro del aparato. Construyen ganchos de hierro, madera y goma, con los que hacen entrechocar los cables del tendido eléctrico produciendo cortocircuitos que dejan sin luz a numerosos lugares. Fabrican filtros que colocan

debajo de los cables para impedir que, "lo que por ahí llegaba", secase todas las cosechas al absorber la humedad. Rompían "focos emisores", que localizaban en bombillas situadas en casas de fachada de plaqueta, que actuaban a modo de un espejo reflector.

El enfermo realiza todas estas acciones de noche acompañado de su esposa y disfrazado de mujer. Por el día se enmascara. Nunca nos dirá porqué. En alguna ocasión le reclamará violentamente a un vecino una pinza de mujer que es de él y del señor de los ladrillos.

Acumulan medios de protección en su casa. Están los del ladrillo pero no son suficientes. Rodean la casa de botellas llenas de pan para que las emisiones del aparato óptico/eléctrico se metan allí y no alcancen el interior. Cuelgan de los muros fotografías de políticos y futbolistas famosos que enmarcan rudimentariamente. También hierbas diversas y cruces que pintarán en los muros exteriores.

Progresivamente el espacio seguro se reduce. Marido y mujer apenas salen ya de la casa y de las leiras que la rodean. Fuera de este pequeño recinto les alcanza con toda su energía el mundo de influencia del aparato.

Su conducta es llamativa para sus vecinos, pero aún soportable. Alcanzan el límite cuando el paciente asalta la casa de un vecino para destruir un armario de espejo del W.C., desde donde sospecha que partían emisiones contra él. La anciana que en ese momento ocupa la casa, intuye un cuchillo y reclamará protección. Los vecinos deciden colectivamente solicitar el ingreso del paciente, ya que sus hermanos que vienen en ocasiones de visita, se niegan a admitir la posibilidad de una locura, que día a día se hace más evidente.

Cuando unos desconocidos se presentán de improviso a llevarse a su marido, la mujer confirma definitivamente lo que tanto había temido. Creyendo que es el final, defenderá a su marido con todas sus fuerzas, sin que pueda impedir que se lo lleven. Abandonada al campo maléfico vecinal, éste se le presenta ahora abrumador y terrorífico. Lo que antes se mantenía en un sistema simbólico repleto de significaciones y alusiones, aparece ahora con los caracteres más desbordantes de lo imaginario.

Al modo de un sueño, lo que antes eran palabras aparecen como imágenes: "veía hombres por las paredes que yo creía que me venían a matar -no podía salir de casa porque tenía miedo de que me atacaran los lobos- los sentía arañar la puerta".

Llena de terror, coge las vacas y huye hacia la casa de un vecino, todavía de confianza, que se da cuenta de su estado y la interna en un centro privado. Durante su hospitalización, alucinará, se agitará, delirará con los mismos temas que su marido. Reclamará una y otra vez a su "Manoliño".

La identidad del delirio es sorprendente. Cuando la visitemos en el Hospital nos relatará con claridad todo lo ocurrido. Evidentemente no es una subnormal. Negará la enfermedad del marido: "como iba a estar loco, si NUNCA DEJÓ DE TRABAJAR".

Para ella salud mental y capacidad de trabajo son la misma cosa. No por conocido dejará de sorprendernos el dato mostrado con tanta evidencia.

Ambos evolucionarán igual. Poco a poco se tranquilizan. No abandonaron sus creencias pero "quizás las cosas vayan mejor ahora --no creo que nos vuelvan a molestar los vecinos".

Se dan de alta simultáneamente. A los diez días los visitamos en su casa de Bande. Habíamos citado en el Dispensario a toda su familia. Al no presentarse nadie nos acercamos a su casa. El paciente está encamado con un síndrome extrapiramidal acusado producido por un Lonseren. No había tomado la medicación correctora prescrita. Su madre está ausente y también su hijo. No conseguiremos nunca hablar con su madre, pero sí con su hijo, al que en esta ocasión entrevistamos en el Grupo Escolar donde estudia.

"Todo lo de mis padres es cosa de nervios -no creo que sean envidias aunque de eso también hay- mi padre y yo nos llevamos muy bien, siempre me dio lo que le pedí".

En este tiempo de ausencia paterna ha sido su hijo (11 años) quien ha realizado las faenas de la labranza manejando el tractor con eficacia.

Nos pide que no le contemos a su padre nada de estas cosas. El vive con su abuela en la casa de ésta situada al borde de la carretera general. No acompañó a sus padres a la casa sin luz porque debía tomar el autobús escolar que se detenía delante de su casa. Abuela y nieto, permanecerán escépticos frente a la pareja delirante, como si la carretera los mantuviese unidos a otros lugares.

No parece haber muchas dudas sobre la ubicación de este caso. Parece tratarse de una Folie à Deux, entidad descrita por primera vez en 1877 por Falret y Lasègue que la definían, como la "transferencia de ideas delirantes y conducta anormal de una persona a otra".

La concepción primitiva de la Folie à Deux aislaba 5 características de observación casi obligada:

- A) Aislamiento y convivencia íntima de los afectados.
- B) Uno de los pacientes domina al otro y le "impone" el delirio.
- C) Las ideas delirantes compartidas se mantienen dentro de los límites de la credibilidad.
- D) El delirio es más marcado en el dominante que en el dominado.
- E) El dominado cura con la separación.

La publicación de nuevos casos introdujo variaciones importantes en este esquema primitivo. En ocasiones el estallido es SIMULTANEO, no hay transferencia sino simultaneidad en la eclosión del delirio o también como observará Clérambault "DIVISION DEL TRABAJO" delirante. Clerembault añadirá también una observación importante: "se transmite el delirio, no la psicosis" (3)

Lacan escribió con Claude y Mignault un amplio artículo, "LOCURAS SIMULTANEAS", en el que se procedía a una revisión del concepto. En realidad, en toda la obra lacaniana está presente el tema: las hermanas Papin, el caso Aime, de una cuestión preliminar, etc. En el trabajo citado, se destacaba la simultaneidad de los delirios, la evolución independiente con el aislamiento, la ausencia de contagio y la posibilidad de sorprendentes críticas recíprocas entre los pacientes.

Una revisión más tardía de Wartel en la "Evolution Psychiatrique", resumía en tres puntos las condiciones de aparición del delirio:

- a. Un cierto número de elementos delirantes son propios de la cultura familiar.
- b. El grupo familiar está aislado socialmente. Sólo tiene seguridad y coherencia coaligándose frente a un entorno hostil que le impone la pobreza.
- c. Hay una o varias catástrofes reales que golpean al grupo y que aparecen como injustas y/o incomprensibles (4).

De modo general, puede admitirse la existencia de dos variantes de la Folie à Deux según se destaque la transmisión o la simultaneidad en el desarrollo de la misma. El caso aquí discutido parece encajar dentro de la descripción primitiva, aun compartiendo rasgos comunes con las otras descripciones que hemos comentado.

Así: su rareza de siempre los hacía ya marginales. Cuando se casan, vivirán solamente el uno para el otro. Como las Papin (5), cada uno de ellos es "todo el mundo para el otro". La mujer parece ser la dominada. Es "subnormal" nos repiten todos los vecinos y se recordará que la inferioridad intelectual del "pasivo", es una constante en todas las descripciones clásicas. Pero conviene una cierta cautela. Cuando hablamos con ella, su exposición es clara, concisa, incluso no está exenta de una cierta brillantez. Lo que sus vecinos llaman "retrasada", parece tener más que ver con su no acceso a la "modernidad". Es retrasada porque no está acorde con los tiempos, permanece anclada en creencias antiguas que pertenecen al pasado. En todo caso, parece ser la dominada. Su delirio no es tan amplio, tan rico, no comparte todo lo que el marido dice. Cuando las pequeñas catástrofes reales los golpean sin motivo o explicación, ella concederá credibilidad a las teorías explicativas del marido y lo hará en base a su colocación en un campo cultural que será el que le otorgue esa credibilidad, como más adelante veremos.

La Folie à Deux es un borde para la psiquiatría (6). No toda teoría psiquiátrica puede "abordarla" y la veremos en consecuencia desaparecer de la mayoría de los Manuales de Psiquiatría al uso. Pone en juego desde sus cimientos, la concepción de lo que es la enfermedad mental o incluso como piensa Szasz y no sin razón, su adscripción al campo de lo que se viene denominando enfermedad. Todas estas dificultades y reticencias, provienen del hecho de que el delirio cualquiera que éste sea, no es más que un sistema de creencias. En este sentido tan difícil es explicar un delirio de grandezas, como las más dispares y comunes creencias religiosas. Ambas son ininfluenciables, incorregibles, de gran convicción subjetiva, "irreales", se convierten en el eje de la vida, etc. Las dos, escapan al principio de verificabilidad; asentando sus raíces en la Fe (creer lo que no vemos), en lo no verificable. Expliquemos como se transmiten las creencias religiosas o cualesquiera otras y habremos avanzado bastante en la comprensión de como se transmite la Folie à Deux.

La diferencia entre delirios y creencias religiosas por ejemplo, parece residir en que mientras estas últimas están soportadas colectivamente (7) el delirio es una teoría explicativa personal o grupal, no soportada por la colectividad, que no sólo no la sostiene sino que la combate. El delirio como el chiste, exigiría ser reconocido como tal por el A. Sería este gran A el que con su sanción decidiría el destino de las creencias y su ubicación en el campo del delirio, de la hipótesis científica o de la Fe y no es difícil recordar las vicisitudes de numerosas creencias trasladadas en el curso de la historia desde uno a otro campo. El propio Freud se plantea al final de su Schreber, el destino de su trabajo: "... el porvenir decidirá, si la teoría íntegra más delirio del que yo quisiera o el delirio más verdad de lo que otros creen hoy posible".

Y si el delirio impacta en su extrañeza lo hace por su carácter de solución personal no por ello menos lícita que las soluciones colectivas que nos ofrecen los textos religiosos. Como en éstos, hay también un texto cifrado que se desarrolla conforme a leyes semejantes que no son otras que las de la metáfora y la metonimia. No se equivocan quienes afirman el carácter poético del delirio aunque su tipo poético pertenezca a lo épico, en el que se juega la odisea del sujeto. Tal vez por eso, el delirio sería un hecho de certeza y sería precisa una fenom-

nología rigurosa que estableciese las diferencias entre ideas, creencias y certezas para dar cuenta de las dificultades con las que nos enfrentamos (8).

En este caso como en cualquier otro de Folie à Deux se plantean entre otros dos problemas:

1. La génesis y dinámica del delirio del paciente "inductor".
2. El modo y manera de su transmisión.

Para lo que aquí discutimos nos interesa fundamentalmente lo que se relaciona con el hecho de la transmisión.

Sobre la primera cuestión, notemos al paso, que para el paciente todo parece girar alrededor de temas genealógicos y de perjuicio: ¿quién soy yo?... ¿cuál es mi origen?... ¿qué es ser hombre o mujer?... El sexo, la filiación, la paternidad, la procreación y también los "otros".

El paciente teoriza alrededor de una ausencia fundamental, intentando restituir sus funciones como sujeto. Nos recordará, que la paternidad no es un asunto biológico y la fundamentará en unos santos antiguos sin nombre existentes desde siempre, ancestros primigenios a los que deberá su vida. Intentará la tarca loca de producirse a sí mismo, producir su origen y su propio nacimiento, origen y nacimiento que se reciben siempre de Otro, de un símbolo que marca la unión entre los padres (9). A su casa le falta un ladrillo y ese ladrillo es el de la paternidad. Forcluido el nombre paterno retornará en lo real de la casa, en forma de ladrillo que no por azar llevará inscrito en su exterior el sistema de oposiciones que lo fundan y sin las que él no podría existir: blanco/negro... sol/luna... hombre/mujer.

Porque del padre nadie sabe nada. Ni su familia, ni sus vecinos y menos que nadie su propio hijo, que no podrá situarse en el "tú eres mi hijo" que en forma de paga de la Seguridad Social, rechazará después de la muerte de su padre, porque "nada tengo que ver con eso". Quien conozca

el medio rural gallego y el valor otorgados a las "pagas" en el mismo, comprenderá rápidamente lo absoluto del vacío que aquí se expresa y su "llenado" delirante. El ladrillo simbólico que falta en su genealogía, lo colocará el paciente en las "reales" paredes de su casa, intentando construir a partir de él, un sistema significativo que dé cuenta de todo aquello que su no acceso a la castración simbólica, convirtió en exterior. Su travestismo y la atribución del pipí a su mujer confirmará, de que como afirma Safuoan, para él todas las criaturas poseen el falo y no ha podido instituir la diferencia de los sexos dándose a sí mismo un destino como sujeto sexuado. Ser alumbrado debe ser leído "también" desde esta posición, sin excluir todas las otras consideraciones que expondremos más adelante.

Considerados de modo aislado, la suerte diagnóstica de estos pacientes sería diversa. Para los que hagan una clínica "alemana", ambos serían quizás formas paranoides de la esquizofrenia, al menos para aquéllos que admiten como base diagnóstica los "síntomas Primarios". Para los que se sitúan en el área francesa, los cuadros serían delirios crónicos, concepción no superponible a la paranoia de la concepción alemana. Los franceses utilizan criterios como la discordancia, ambivalencia o autismo más que los síntomas primarios para realizar sus diagnósticos. Su concepción de los delirios crónicos es muy amplia y abarca tanto las parafrenias como la paranoia Kraepeliniana, así como cuadros que en otros ámbitos serían considerados como esquizofrénicos sin duda alguna. Si se le hace caso a Lacan, incluso la propia Paranoia de Kraepelin entendida, como "el desarrollo insidioso y continuo debido a causas internas de un delirio duradero imposible de eliminar, y que se instala con conservación completa de la claridad y el orden del pensamiento voluntario y acción "no tiene ni punto de verdad: ni es continuo, ni es insidioso, ni es duradero ni conserva el orden, y lo que es más, puede desaparecer con el "paso del acto". A demostrar todo esto dedicó ni más ni menos que toda una tesis doctoral modélica en su género por otra parte.

En cualquier caso si se sigue a Clérambault lo que no sería transmisible será todo eso que es realmente la Psicosis (y no hablo ahora de las supuestas alteraciones de las endorfinas, virosis lentas o teorías semejantes, que sitúan la búsqueda sobre bases epistemológicas equivocadas que expresan una insuficiente reflexión sobre la teoría del sujeto.

Cualquier hallazgo de este estilo, perfectamente posible, nunca dará cuenta del fenómeno psicótico.

Lo transmisible sería el delirio y solamente éste. Habitualmente se acepta que todo delirio es psicótico, pero no toda psicosis es delirante. Aun más: donde no hay delirio el pronóstico es sombrío. Comprender esto implica la consideración del delirio como sistema de creencias en las que se pone en juego el deseo, el fantasma y se reordena el mundo tapando la brecha que la psicosis abre. De ahí, que aquéllos que no consigan construir un sistema semejante terminen en la destrucción más absoluta. Ahí están las llamadas hebefrenias, o las formas simples esquizofrénicas en las que el delirio apenas se insinúa, para recordárnoslo.

El delirio es síntoma, satisfacción imaginaria del deseo y al mismo tiempo intento de curación. La psicosis es previa al delirio y correspondería al momento de repliegue libidinal, al autismo que precede al despliegue delirante con el que nuevamente se vuelve a la "realidad" (10).

Cuando se leen los tratados clásicos o los casos publicados modernamente de Folie à Deux, la decepción es la norma. Es raro que la explicación vaya más allá de la sugestión o el contagio como modelo explicativo, como si tales "explicaciones" no exigieran a su vez ser explicadas. Lo que parece jugarse en todos estos casos y ocupar un lugar central es la cuestión de la IDENTIFICACION, definida más o menos como "el proceso psicológico mediante el que un sujeto hace suyo un aspecto, propiedad o atributo del otro y se transforma total o parcialmente sobre el modelo de éste".

No es lugar para exponer aquí toda la teoría de la identificación, sus clases y sus modos, así como las situaciones en las que éstas se producen. Nos bastará saber, que si la paciente acepta las creencias del marido, es porque se halla con él en una relación de "enamoramiento". En esta situación como en la hipnosis, el objeto externo (J. Manuel) viene a ocupar el lugar del Ideal del Yo de la paciente. Es una relación en la que la transmisión de ideas, creencias o comportamientos puede ser masiva y acrítica, dado que nada que provenga del objeto es susceptible

de crítica, pues equivale a provenir del ideal de yo y en éste está depositado el narcisismo infantil, la completud, la omnipotencia y tal vez como Freud pensaba en muchos momentos la prueba de realidad. "El hecho de ocupar un sujeto el lugar del ideal del yo de otro sujeto le confiere el poder de someter este último a su palabra, la cual desde ese momento, es ley, tanto más cuanto más maleable es la estructura psíquica del sometido. Toda influencia que un sujeto puede ejercer sobre otro se opera de esta manera" (11).

Recordemos su unión que ni siquiera es mediada en la última fase por ese tercero que podía haber sido su hijo al que sin embargo su padre con su sistema delirante quizás haya salvado de la psicosis. Marido y mujer son en su aislamiento y en su ser todo el uno para el otro, como esos seres esféricos y omnisexuales que Platón describe en el Banquete. Ejecutan una danza identificatoria como las que en el reino animal se producen, cuando un cambio imaginario en la hembra desencadena un ritual de apareamiento en el que escenifican algo que los sobrepasa. Al final no es posible negarlo: su locura, es una locura de amor.

Pero no está demasiado loco. La mujer lo sabe: lo que su marido dice, tiene un sentido y, además, trabaja.

La credibilidad de la que hablaban los clásicos tiene en este caso su base en una creencia cultural vigente y extendida en todo su entorno, de modo pleno algunas veces, y en otras las menos, al modo de una Verleugnung, renegación que adopta la forma del "ya sé que no... pero aun así...", fórmula que como demostraron Freud y O. Mannoni pone en evidencia algo sabido y olvidado con frecuencia: las creencias pueden seguir ejerciendo sus efectos a pesar del desmentido que la realidad les inflinge (12).

La base es aquí el Mal de Ojo que constituye un síndrome junto con la Meiga y la Envidia (13). Los términos son intercambiables y se recubren mutuamente.

El ojo alcanza el 50% de la humanidad y se presenta siempre en asociación con el Ganado. En Galicia está presente en toda su extensión y en la zona de Bande con excepcional relevancia. No es ni de lejos, el

único paciente de nuestro hospital en el que el ojo esté presente como etiología.

El Mal de Ojo remite a la envidia, que se expresa en una morada especial sobre el objeto que va a resultar afectado. Los daños que produce recaen en primer lugar sobre vacas y cerdos que aparecen con una sintomatología que se expresa en "no lactar-no arar-abortos-no comer-dar coces, etc.". Alcanza también a las personas y a los objetos valiosos que enferman o se estropean.

La "ausencia de motivos" es lo que permite atribuir una calamidad determinada al campo del ojo y marca el comienzo de la búsqueda de responsables que se suelen ir a encontrar entre aquellos vecinos que "piden sin dar nada a cambio". Suelen ser marginales a la comunidad que aparecen descritos, como malas personas, avaros, entrometidos, rencorosos o chismosos, pero sobre todo, pobres. Si piden y no se les da se rompe el código comunal y se da pie a que la culpa consiguiente les venga devuelta en forma de ojo, que restablece el equilibrio comunitario.

Si no son pobres, son competidores situados en posición de rivalidad y esto más allá de la propia oposición estructural de las casas como núcleo básico del mundo social del rural gallego.

El ojo puede incluso llegar a la amenaza o a la violencia sobre el supuesto ojador. Uno de los auxiliares psiquiátricos de nuestro hospital fue víctima de anónimos en los que se le exigía la devolución de la salud a la vaca de un vecino supuestamente ojada por él, un vecino por lo demás absolutamente "normal".

Lo que el ojo parece permitir es situar las desgracias ocurridas sobre los bienes propios, en un registro cultural que elimina las responsabilidades individuales y otorga un sentido a todo los fenómenos pertenecientes al campo de la pulsión escópica. No se trata como dice Lacan de "pensamiento mágico" concepción que no es para él, más que una especie de "connerie scientifique" (y dejo la traducción a la benevolencia del lector). Se trata al contrario de una serie de significantes de base que establecerían un orden simbólico que daría cuenta del caos de lo real.

Pensar que estas personas toman al pie de la letra sus relatos es una concepción que se sitúa del lado del observador incapaz de aprehender la verdad quizá inexpresable de otro modo, que míticamente, aparece en estos relatos.

El propio sistema simbólico así dibujado, proporciona también los medios de defensa eficaces contra el ojo. Lisón enumera para Galicia los siguientes, entre algunos otros:

- a) Cuchillos o navajas que hayan ido a misa en el bolsillo, adquiriendo así la capacidad de cortar las envidias.
- b) Hacer cruces en puertas y ventanas.
- c) Colocar en las paredes hierbas como las de la envexa (*Saponaria vulgaris*) o acebo.
- d) Colocar estampas en idénticos lugares.

Si retomamos ahora el caso desde este campo cultural así esquemáticamente delimitado no dejaremos de sorprendernos por lo que aquí ahora encontremos. Parece tratarse de un "delirio" (ya no parece tan claro que lo sea) que perfecciona, pone al día tecnológicamente, el ojo. El "aparato" es un artefacto óptico para ver y lanzar maleficios contra los objetos valiosos (tractor), cosechas, vacas y personas. Contra él, pondrá el paciente todo el arsenal defensivo que antes enumerábamos.

Cuchillos (el paciente aceptaba llevarlos pero para "otra cosa" que para agredir), hierbas, cruces, estampas. Los santos participan también de todo el sistema aunque ocupan otro lugar.

Toda la "sintomatología" (en esta altura las comillas son obligadas) exige un reordenamiento y una lectura cuando menos diferente. Todo parece ser más claro en la mujer que hablará directamente de envidias y que conduce todo su discurso por este campo del ojo para ella familiar. La credibilidad tiene ahí su asiento, su posibilidad dentro de la relación amorosa que los une.

Además, por qué no admitir la "modernidad" del procedimiento que su marido ahora le propone. El sabe de eso. Hizo su servicio militar en Transmisiones y no le son ajenos ciertos modos de emisión muy sofisticados.

Los manipuladores del aparato van a ser elegidos en función del mismo campo: unos portugueses, los más pobres y por su nacionalidad los más marginales de la comunidad. También, otros dos vecinos que como por casualidad, serán los únicos que como el paciente posean tractor, y que como él trabajan para los vecinos.

Marido y mujer se encuentran a merced de la mirada de los otros que los interpela sin huída posible. Hay una esquizia entre el ojo y la mirada y esta última no necesita del ojo para manifestarse. Existen otras aberturas capaces de convertirse en portadores de la mirada: una ventana entreabierta, el movimiento de una cortina, un haz de luz nos coloca en el campo de la mira, alcanzados por ella (14).

En estos pacientes se ve como la mirada que los invade, remite a un conjunto de objetos e hiancias en los que no está presente el ojo. Por esta esquizia entre ojo y mirada, puede decir Lacan, que el "objeto petit a" en el campo de lo visible es la mirada, en tanto que ésta es separable y tiene alguna relación con la carencia. Lacan siguiendo a Roger Caillois, establece que el mimetismo (del que el Travestismo es una de sus formas) es análogo en otro registro, a lo que se manifiesta como arte o pintura y en ambos se produce una cierta satisfacción de la Pulsión Escópica. Ejercen una función de "domeña-mirada".

El paciente con su travestismo y su máscara ejecuta una creación plástica, un cuadro, y en su "darse-a-ver" sosiega ese apetito voraz del ojo que aoja, al tiempo que mediante máscaras "encuentra de la manera más incisiva lo masculino y femenino". La mirada, añade Lacan, sólo comienza más allá de la máscara (14).

Afirma Dévereux (15) que la cultura parece funcionar como si ella misma propusiese los modelos de locura. Diría: no delires, pero si lo haces, hazlo así. Quizá se trate de esto en el caso que venimos exponiendo, pero no parecen razones suficientes. Si algo parece deducirse es la

múltiple sobredeterminación de los fenómenos relatados y las encrucijadas a las que su seguimiento conduce. Si determinados aspectos parecen claros hay muchos más que no lo están o que permiten otras lecturas. Aquí como en cualquier otro lugar conviene recordar que debido a S, nunca es posible llegar a comprender todo y que además "comprender es siempre creer comprender".

1. El presente texto es la transcripción de una sesión clínica celebrada en el Sanatorio donde trabaja el autor. He decidido dejar el pequeño prólogo para que los lectores puedan juzgar por sí mismos el epílogo de la lectura del presente texto. Su autor fue sancionado con un apercibimiento por "falta de respeto", lo que indirectamente vino tal vez a confirmar la imposibilidad de la celebración de sesiones clínicas bajo discursos administrativos tal como se denunciaba en el prólogo.
2. Clavreul. Psicoanálisis y Semiótica. Granica.
3. Littoral. Números 3/4. Se recogen en Dossier resúmenes de los textos clásicos sobre la Folie à Deux hoy difícilmente encontrables.
4. Wartel. "Essai sur les Délires Familiaux. Evolution Psychiatrique".
5. Tesis sobre la Psicosis Paranoica. Siglo XXI
6. Erik Porge. Littoral 3/4.
7. O. Mannoni. La otra Escena. Amorrortu.
8. Cabaleiro Goas en sus Temas II desarrolla para el campo psiquiátrico el trabajo de Ortega sobre "Ideas y Creencias".
9. Salinas Roses. Psicosis y Punto de Umbilicación.
10. Teoría psicoanalítica del delirio. Nacht. Fundamentos (En curar con Freud).
11. C. Millot. Freud Antipedagogo. Paidós.
12. Mannoni. Obra citada.

13. Todas las referencias al Mal de Ojo en su aspecto antropológico están tomadas de Lison Tolosana. "Brujería, estructura social y simbolismo". Akal.
14. Lacan. Los 4 conceptos... Les Psychoses.
15. Dévereux. Etnopsiquiatría. Barral.

EVALUACION Y PREVENCION DEL SUICIDIO

por SANTIAGO AGRA ROMERO, Médico Psiquiatra Asistente Voluntario
del Sanatorio Psiquiátrico "Dr. CABALEIRO GOAS", TOEN, ORENSE

INTRODUCCION

Es frecuente que después del suicidio o del intento de suicidio de un paciente o de otra persona, el análisis retrospectivo de cualquiera de estos casos nos descubra que tales acciones no son fruto de una actuación impulsiva, irresponsable, no premeditada, sino que en la conducta de esas personas hubo datos, hechos, palabras, que sólo cobran sentido ahora, después de realizada la acción, como formando parte de un plan o de un comportamiento cuyo fin era atentar contra la propia vida.

Debido a la importancia que esto tiene, desde siempre se ha intentado fabricar un "retrato robot" del presunto suicida sobre la base de datos sociológicos (edad, sexo, raza, estado civil, social, religión, etc.) o bien mediante la creación de escalas, índices, modelos matemáticos, tests bioquímicos (determinación de 17-hidroxicorticoesteroides en orina), llegando a valorarse incluso la relación entre el número de suicidios y la estación del año en que se producían. Aunque todos estos estudios han contribuido a conocer mejor a la persona potencialmente suicida, la probabilidad de suicidio todavía es demasiado compleja y variable como para ser manejada a partir de escalas o tests en general. Lo que aquí pretendemos es resaltar la importancia de los criterios clínicos sobre los estadístico-sociológicos subordinando estos a aquéllos. Para ello hablaremos de las conductas y las comunicaciones suicidas así como de los factores que pueden ayudarnos a valorar el riesgo de suicidio y su prevención en la clínica.

1. CONDUCTAS SUICIDAS

Dentro de ellas podemos incluir:

- a) Suicidio consumado: se denomina así a la acción violenta y destructiva que una persona comete contra sí misma y que tiene como resultado la propia muerte.
- b) Intento de suicidio o gesto suicida: son acciones violentas y destructivas contra uno mismo cuyo fin no es lograr la muerte, aunque las acciones sean realizadas de tal forma que otras personas puedan interpretarlas como acciones destructivas.
- c) Equivalentes suicidas: son conductas en las que existe una motivación inconsciente o preconscious de lograr la muerte.

A continuación vamos a destacar algunos aspectos de las mismas:

A. SUICIDIO CONSUMADO

En la conducta de estas personas llama la atención sobre todo la interrupción de la comunicación y el planeamiento del acto suicida.

La interrupción de la comunicación se realiza con las personas significativas, entre las cuales puede encontrarse el terapeuta. Esta interrupción no se refiere únicamente a la suspensión de la terapia sino que también puede abarcar a otras actividades o intereses de la persona: aislamiento del resto de los enfermos, fugas o paseos en solitario fuera del sanatorio (quizás buscando el lugar adecuado para suicidarse), rechazo del alimento, de la medicación, de las visitas, etc.

Estos sujetos suelen planear su suicidio sin contar con nadie, cometiéndolo cuando no hay personas presentes o próximas que impedirían su consumación; suelen emplear métodos rápidos y expeditivos

(armas de fuego, salto desde lugares altos, sección o punción de órganos vitales, arrollamiento, ahorcamiento, ahogamiento).

Dado que el sujeto no suele comunicar directamente sus intenciones, debe prestarse gran atención a las comunicaciones indirectas tales como los sueños, las observaciones autodespreciativas y determinadas claves conductuales, ya sea antes o después de la interrupción.

Si se sospecha que un paciente está planeando cometer suicidio debe preguntársele acerca de los pasos que ha dado en ese sentido; si el terapeuta consigue hacer hablar al paciente sobre sus ideas, mejorarán las expectativas de que esta persona no llegue a cometer suicidio. El potencial suicida de un paciente con ideas suicidas aumenta cuando no puede hablar de sus ideas con nadie. Si se descubre que esa persona desea o planea quitarse la vida, no debe ser considerado como adecuadamente protegido a menos que sea aislado y vigilado hasta reanudar la terapia. En estos casos siempre cabe la posibilidad de pactar con el enfermo.

3. INTENTO DE SUICIDIO - GESTOS SUICIDAS

En los intentos o gestos suicidas el planeamiento es menos elaborado pues el sujeto actuará de tal forma que nunca llegue a producirse la muerte: utilizará métodos letales lentos (sección o perforación de órganos no vitales, arrojarse al agua sabiendo nadar, envenenamiento por gas, intoxicación por sustancias analgésicas o hipnóticas), los cuales permiten prestar pronto auxilio; tendrá lugar en sitios concurridos o próximos a personas; comunicará directa y previamente sus intenciones, etc. Lo que expresa esta conducta es el deseo de llamar la atención y no el de lograr la muerte.

Al igual que en el caso anterior, ante la sospecha de un posible intento o gesto suicida, deben indagarse todas las circunstancias relativas al mismo y sobre todo cuál es la significación que para esa persona tiene el recurrir a este tipo de conducta.

Si hay evidencia de que esa persona va a hacer un intento de suicidio, deberá ser aislado o vigilado hasta que por medio del contacto terapéutico desaparezca el peligro; si esto no se consigue, es probable que se desarrolle posteriormente otro intento o una conducta suicida más grave.

C. EQUIVALENTES SUICIDAS

La vida de estas personas se caracteriza por un continuo desafío a la muerte: empleos peligrosos; deportes violentos, accidentes de automóvil. Algunos autores consideran al alcoholismo como un equivalente suicida. De todas formas es un grupo poco estudiado y no está muy claro que exista un evidente deseo de poner fin a la propia vida.

2. COMUNICACIONES SUICIDAS

Vistas ya las conductas suicidas con algunas de sus características, vamos a enumerar una serie de comunicaciones, directas e indirectas, que pueden encontrarse en las mismas:

A. COMUNICACIONES SUICIDAS INDIRECTAS

Son las que presentan con mayor frecuencia los que planean consumar el suicidio y que pueden presentarse a lo largo de la terapia, de ahí su importancia pues gracias a ellas puede sospecharse la intención que los mueve; las más importantes son:

- Los sueños: los sueños típicamente suicidas suelen versar sobre la apertura de una puerta hacia un territorio tenebroso y prohibido, el escape hacia un territorio desconocido y tranquilo o bien el salto desde lugares altos. Los sueños relacionados con espacios cerrados y con caídas pueden encubrir sentimientos suicidas.

- Observaciones autodespreciativas: "yo no soy bueno", "yo he pecado, merezco morir", o bien el cinismo en la autodescripción pueden tener un significado suicida.
- Claves conductuales: ciertas llamadas telefónicas, la realización en pantomima del acto suicida, la compra de armas, despedida de familiares o amigos como si fuera a emprender un largo viaje, venta de propiedades, legación de las mismas o de objetos personales, aumento o modificación del seguro de vida, modificación del testamento o redacción del mismo, etc.

B. COMUNICACIONES SUICIDAS DIRECTAS

Son las que presentan con mayor frecuencia aquéllos que planean un intento de suicidio y tienen el valor de avisos o advertencias; suelen hacerse a familiares, amigos, médicos, terapeutas, cuidadores, enfermeros, entre ellas tenemos:

- frases tales como: "yo no estaré aquí mañana", "estoy cansado de la vida, quiero acabar con todo", "cualquier remedio es demasiado tarde"
- mención del método o del lugar, día y hora
- escritura de notas explicativas o cartas de despedida
- amenazas de suicidio: en ellas se expresa la intención pero no se realiza ninguna acción
- ideas de suicidio: el sujeto piensa, habla o escribe acerca del suicidio sin expresar ningún intento definido ni realizar ninguna acción.

Si alguna de estas comunicaciones no es tomada en serio y valorada debidamente, la comunicación con esa persona será cada vez más

difícil y lo que en principio era una idea ó una amenaza puede convertirse posteriormente en una conducta suicida clara.

3. OTROS FACTORES

Existe una serie de factores que pueden ayudar a completar la evaluación del riesgo suicida y son los siguientes:

Enfermedades Psiquiátricas:

Las más importantes son: alcoholismo y toxicomanías, enfermedad maníacodepresiva, depresión y esquizofrenia. Existe la creencia de que sólo se suicidan los depresivos, pero la realidad es que se puede producir en el curso de otras enfermedades puesto que las ideas suicidas no van acompañadas siempre de tristeza, dolor moral o de inhibición psicomotriz.

Factores Personales Recientes:

Pérdida de familiares, abortos; problemas de salud (enfermedades invalidantes o crónicas); problemas sociales (bancarrota, paro, pérdida de la imagen social); impotencia sexual, etc.

Relaciones con Personas Significativas:

- a) La familia: es necesario conocer las relaciones del presunto suicida con su familia para recoger información y para valorar la actitud de la misma. Una familia que no reacciona ante mensajes claramente suicidas aumenta el potencial de autodestrucción de esa persona (es frecuente encontrar casos de "ceguera" o "sordera" intencionadas que suelen acompañarse de vivencias de aislamiento, rechazo o desprecio); en esta situación, la familia puede precipitar la determinación al suicidio.

Por el contrario, si la familia o alguno de sus miembros se muestra preocupado y reacciona a los mensajes, el peligro letal disminuye pues todavía es posible mantener la comunicación.

- b) El terapeuta: al igual que en el caso anterior, un terapeuta que no reaccione a los mensajes suicidas, aumentará el riesgo de suicidio; la pérdida, amenaza de pérdida o la suspensión de la terapia pueden precipitar el suicidio. Un intento de suicidio en el curso de una terapia puede ser la respuesta al fracaso de la misma. Una historia de fracasos previos con psicoterapia ensombrea el pronóstico.

Cuando deba ser interrumpida la terapia con un paciente que ha amenazado o intentado o se sospecha que pueda suicidarse, se darán facilidades para que pueda localizar a su terapeuta (dirección, teléfono, etc.); a veces una frase como "... si durante este tiempo se presentase algún problema, aunque crea que no tiene importancia, no dude en ponerse en contacto conmigo", puede ser suficiente para alejar el peligro de suicidio.

El Teléfono:

¿Qué hacer cuando alguien comunica su intención de suicidarse o que alguien va a suicidarse? Generalmente estas llamadas tienen carácter de urgencia por lo que la valoración del potencial suicida es dificultosa. Lo fundamental en estos casos es recoger la mayor cantidad de datos posible sobre la persona y sobre los hechos:

sobre la persona: a parte de la edad, sexo, etc., es conveniente averiguar si existe alguna enfermedad, cual es el estado de las relaciones con las personas significativas, si hubo intentos previos, etc.

sobre los hechos: es necesario conocer el grado de intencionalidad para lo cual se preguntará sobre los planes, el método, etc.

Después de valorado el potencial suicida se recomendará la pauta a seguir: hospitalización, rescate, visita al domicilio, consulta ambulatoria, consejo, etc.

4. CONSIDERACIONES FINALES

- A) Ante la sospecha de planeamiento o de intento de suicidio, es necesario preguntar sin miedo todo lo que haga falta para aclarar la situación en vez de arriesgarse a esperar la evolución del paciente. Algunos autores recomiendan no hablar a los pacientes sospechosos sobre temas relacionados con el suicidio por miedo a que aquéllos tomen la resolución de suicidarse. La experiencia indica lo contrario: si se consigue que un paciente hable sobre sus ideas o proyectos suicidas, disminuye el peligro de suicidio.
- B) Los psicofármacos no hacen desaparecer las ideas suicidas, pero facilitan el abordaje psicoterapéutico del enfermo.
- C) Las altas o los permisos no debieran concederse a menos que: 1) desaparezca el peligro de suicidio; 2) existan garantías de aceptación por parte de la familia o personas encargadas del paciente; 3) posibilidad de revisiones periódicas en consulta ambulatoria.

Un paciente cuya conducta hospitalaria es correcta, pero que mantiene ideas suicidas y cuya familia no lo acepta de buen grado, será candidato al suicidio.

- D) Dentro de la institución hospitalaria, el paciente puede manifestar sus intenciones suicidas a auxiliares, enfermeros, monjas, etc.; siempre que éstas se produzcan, deberán ser tomadas en serio y comunicadas al médico responsable de dicho paciente. La escasez de personal o un elevado número de enfermos contribuyen a que pasen desapercibidas situaciones de este tipo.

NEUROLEPTICOS Y TRANQUILIZANTES EN OTRAS ESPECIALIDADES

Además de por sus efectos llamémoslo psiquiátricos (ansiolíticos, sedantes o antipsicóticos), los neurolépticos se usan en otras especialidades por su potenciación de los analgésicos y de los anestésicos, al igual que los ansiolíticos se usan también por sus efectos miorelajantes. Otras veces la utilidad de estos fármacos está para otras especialidades en lo que psiquiátricamente se consideran efectos secundarios, cual es el caso de la hipotensión.

Sea como fuere, el caso es que estos psicotropos tienen una amplia utilización fuera de la psiquiatría. Citemos una lista inevitablemente incompleta:

Anestesiología

Los ansiolíticos se usan en la premedicación y en la inducción a la anestesia en muchos casos.

En la anestesia propiamente dicha existe una forma llamada neuroleptoanestesia basada en la asociación de un neuroléptico y un anestésico ambos potentes que ha proporcionado tan buenos resultados que ha permitido en ciertos casos prescindir de los clásicos narcóticos e hipnóticos. Ello no sorprende si se tiene en cuenta que los neurolépticos ya venían siendo usados para combatir los estados nauseosos de la postnarcosis.

Por su potenciación de los analgésicos se combinan los neurolépticos con aquéllos en muchos casos de dolor intenso y más concretamente se usan en las Unidades de Cuidados Intensivos en traumatismos craneoencefálicos.

Cirugía

Cuadros confusionales postoperatorios pueden requerir el uso de psicofármacos si bien cada caso deberá ser estudiado.

... hernias discales el Diazepam aporta sus efectos miorelajantes. En otras situaciones se busca la tranquilización, sedación o analgesia.

Digestivo

En la aerofagia y en el ulcus péptico se han usado los ansiolíticos en base, fundamentalmente a los hábitos y personalidad premórbida de este tipo de pacientes. En los últimos años una nueva sustancia neuroléptica, no perteneciente a ninguna de las familias químicas anteriores se ha introducido en el tratamiento del ulcus, es el Sulpiride (Dogmatil, Tepavil) que se viene usando en dosis bajas, solo o bien asociado con protectores de la mucosa.

Los tranquilizantes se han usado también en el colon irritable y en la colitis ulcerosa, asociados a veces en esta última con antidepresivos.

Neurolépticos como sedantes generales en algunas discinesias biliares, la Clorpromacina inyectable en el hipo grave y el clásico cóctel lítico de Largactil, Fenegan y Dolantina en la pancreatitis aguda son otros tantos ejemplos del uso en este campo.

Cardiología

Tranquilizantes y a veces sedantes se han usado en la insuficiencia cardíaca, la taquicardia sin base orgánica o en la paroxística supraventricular frecuente y breve, así como en el tratamiento preventivo de la fibrilación auricular. También se han usado Benzodicepinas en el síndrome preinfáctico, mientras que en algunos casos de infarto de miocardio se ha preferido la mezcla de neurolépticos con Dolantina (Meperadina clorhidrato).

En realidad el uso de los tranquilizantes en Cardiología está condenado a restringirse notoriamente, al menos en aquellos casos en que no estén contraindicados los Betabloqueantes, ya que éstos aportan una importante acción ansiolítica hasta el punto de que ya se han introducido en el uso psiquiátrico en ciertos cuadros de ansiedad somatizada, preferentemente precordial.

Una cuestión histórica debería ser la de la Reserpina. Se usaba como hipotensor y neuroléptico. Los cardiólogos decían que tenía un efecto secundario desagradable, la depresión nerviosa. Los psiquiatras decían que tenía un efecto secundario desagradable, la hipotensión. Los psiquiatras dejaron de usarla porque proporcionalmente a sus efectos extrapiramidales no compensaba su acción antipsicótica. Los cardiólogos disponen hoy de mejores hipotensores, como la Clonidina. Por eso sorprende que se la siga citando en los tratados de terapéutica ya que si lo que se trata es de buscar el doble efecto hipotensor y sedante existen neurolépticos más a la izquierda en la curva de Lambert.

Angiología

Los psicótropos se han usado como relajantes musculares en la claudicación intermitente y como sedantes en la enfermedad de Raynaud y en la noctilmelalgia.

Neumología

Una sedación general no deberá hacerse nunca cuando el enfermo ha llegado a alterar sus constantes gaseosas arteriales, ya que podría conducir a la hipoxia, acidosis y muerte. En cambio se ha usado el Clordiacepóxido en algunos casos no tan graves de disnea crónica.

Para combatir el insomnio se han utilizado Benzodiazepinas en las neumopatías infecciosas.

La Clorpromacina como gangliopléjico y la Reserpina como hipotensor se han usado en casos de edema de pulmón cuando éste se acompañaba de crisis hipertensiva.

ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

Se ha usado la Reserpina como tratamiento complementario de la tirotoxicosis. Me ha llamado la atención no encontrar a los neurolépticos citados en el tratamiento del hipererotismo cuando estos fármacos producen a veces una importante disminución de la libido.

Nefrología

La Clorpromacina se ha usado para la sedación de los vómitos en el cólico pielouretral.

Neurología

En la esclerosis múltiple se han usado el Diazepam y el Largactil para la espasticidad en el tratamiento sintomático de los brotes y los ansiolíticos y antidepresivos para los trastornos emocionales.

Los ansiolíticos se han usado en la migraña, en la cefalea miógena y en otras cefaleas como la postraumática y la psicógena. También se han usado en las epilepsias por su poder anticonvulsivante. El Clonacepan (Rivotril) a dosis de 7 a 12 mg ha tenido uso en la mioclonías.

Los neurolépticos tienen utilidad en la fase aguda del hemibalismo y en la corea de Huntington.

El Diazepam y otras Benzodiácepinas se han usado contra el temblor.

Locomotor

Los psicofármacos se han usado en la neuralgia cervicobraquial y en el síndrome psicógeno del Aparato Locomotor (dorsalgia benigna y síndrome cervicocraneal).

Pediatría

Los gangliopléjicos a dosis de 1 mg/kg se han usado en los vómitos crónicos funcionales del lactante así como para prevenir vómitos y agitación en casos de deshidratación o en enteritis del lactante.

El Meprobamato y las Fenotiacinas han sido usados en algunos casos de parálisis general infantil.

La Tioridacina (Meleril), neuroléptico con cierto componente antidepresivo, se usó en la enuresis nocturna, pero ha sido desplazada por la Imipramina.

Obstetricia

Aun cuando la norma general es no usar estos fármacos durante el embarazo, la Clorpromacina se ha prescrito en algunos casos graves de vómitos. No está demostrado que los neurolépticos sean teratógenos, pero existe riesgo de daño para el hígado fetal.

Otorrinolaringología

Sedante en los espasmos laríngeos, tranquilizantes en el herpes zoster ótico y Fenotiacinas, Butirofenonas y Sulpiride en el vértigo de Ménière son las principales indicaciones.

Dermatología

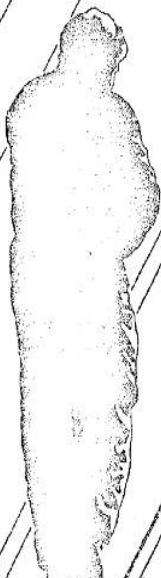
Se ha hablado mucho y practicado poco sobre el origen embrionario común, a nivel del ectodermo, del sistema nervioso y la piel. Sin duda faltan investigaciones que amplíen la colaboración terapéutica en este campo. En cualquier caso, la psicosis pelagrosa tiene el valor de inquietar con su recuerdo.

Existe un uso singular de la Reserpina en la esclerodermia (síndrome de Raynaud) mediante inyección intraarterial, pero es mucho más común el uso de tranquilizantes como tratamiento coadyuvante del eczema endógeno, el prurito, las quemaduras, el edema de Quinke, la urticaria, la hiperhidrosis y el prurigo simple subagudo entre otros muchos cuadros dermatológicos.

(parte de la conferencia dada por el Dr. J.M. García de la Villa en la Academia Médico-Quirúrgica Provincial de Vigo el 30 de Abril de 1982).

INTER NOS

*Boletín da
Psiquiatria Publica Galega*



SUMARIO

- 1- EDITORIAL
- 2- ESTUDIO:
Pequeno catálogo de impaciencias o "va pensiero sull'alli durati". S. Lamas
- 3- CLINICA:
Algunos comentarios a una historia edificante: "El delito como acto sexual". 1ª Parte.
J. Rodríguez Eiras.
"Manifestaciones psicicas de la intoxicación crónica por plomo".
L. Ferrer Balsebre.
- 4- DOCENCIA:
"Un programa de formación continuada"
J. Pérez Montoto y T. Angosto.
- 5- POLITICA SANITARIA:
Psiquiatria en el Parlamento Gallego.
- 6- LIBROS:
"Formas actuales de la neurosis" de F. Alonso Fernández.
"Folies hysteriques et psychoses dissociatives" de J.C. Maleval
"La quimioterapia en Psiquiatria" de J. Baldassarini.
"Nueva filosofía de la naturaleza del hombre" de O. Sabaco de Nantes.
- 7- NOTICIAS.

EDITORIAL

Internos, tenemos que decirlo ya con la arrogancia precisa: sabemos muchas cosas.

Desactivemos, sin embargo -- e inmediatamente -- lo vano de la suficiencia preguntándonos: qué cree la gente que sabemos, qué creemos nosotros que sabemos o qué sabemos en realidad...

Y naturalmente, la cuestión final: ¿servimos?

(Entre estas preguntas, como un puente tendido entre las orillas de nuestro dudar, propongamos las graves confrontaciones: ¿podemos, queremos?).

Porque en suma, todo se vuelve, tras el esfuerzo de la palabra útil, tras el oficio que nos posee, una cuestión axiológica, ética: ya que por el qué hacer, por las obras, se nos conocerá.

Obra es el amor, y ello, en lo inmediato, es lo que cada día vamos haciendo; pero obra tiene que ser también en lo mediato, qué organización nos encuadrará, en qué sistema, o sistemas, podremos hacer mejor lo que de nosotros se espera que hagamos.

Y tenemos muchos riesgos, que son nuestros propios riesgos; los riesgos de nuestra hora y nuestro país: por ejemplo, perdernos. Confundirnos en entramados abrumadores tales como quiénes somos, o cuántos; o bien en qué idiomas hablaremos, qué acechanzas sospechamos o tememos y qué argucias, ay, emplearemos.

Unos querremos certezas, otros desearemos seguridades, otros en fin, seremos tentados por idealizaciones de absolutos que tampoco nos saciarán.

A pesar de todo deberemos intentarlo, acordar mínimos que sean multiplicadores: mejorar la organización asistencial, incrementar la calidad de las docencias de nuestros oficios, investigar en los territorios de nuestra ignorancia.

La tarea, - el hacer -, es inacabable para la Psiquiatría Pública Gallega.

Primavera 83.

PEQUEÑO CATALOGO DE IMPACIENCIAS PSIQUIATRICAS O
 "VA PENSIERO SULL'ALLI DORATI".

"Quién, si yo gritase, me oiría desde los órdenes
 angólicos".....R.M. RILKE

Lo que sigue no debe ser tomado muy en serio. Es una especie de reflexión provocativa, impertinente, quizás resentida, sobre los usos y maneras que caracterizan nuestra práctica psiquiátrica. No hay dogmatismo por mi parte, aunque el estilo pueda parecer presuntuoso. En al guia parte dice Borges que solo hay borradores. Los tex tos definitivos pertenecerían a la Religión o al cansan cio, desviaciones frecuentes en nuestro oficio de las que no se si he logrado mantenerme alejado.

HUMANISMO Y HUMANITARISMO

La atribución de humanidad a los pacientes psiquiátricos que pueblan los Manicomios no es todavía un hecho demasiado habitual. En ocasiones se les ha dispensado un tra to humanitario, pero no es lo mismo, sino más bien su contrario. Lo humanitario es una cualidad del "benefactor" ejercida sobre objetos que va a utilizar para sus propios fines. Con frecuencia encubre lo humano y acostumbra a ser el obligado complemento de determinadas teo rias sobre la locura.

Lo humano está del lado del paciente. Es una posición, una ética, que implica que todo es inteligible, poseedor de un sentido. Es el permanente reconocimiento de que el "otro" no es una cosa-en-si, sino un para-si dotado de pleno sentido, aunque éste se nos escape. Es también la negativa a la aceptación como determinante absoluto, de lo real demoníaco del más acá de la palabra.

Hace ya varios años, Castilla del Pino hacía notar que Comprender y Explicar, bases como se sabe de gran parte de nuestra Psiquiatría Académica, eran algo que dependía del observador y no del fenómeno observado. Es la teoría con la que uno se acerca a los fenómenos, la que va a determinar los límites de lo que podemos observar. Toda la obra de Bachelard con su concepto de obstáculo epistemológico, o la de Althusser con la noción de "corte", van en esa dirección. Para Bachelard, el progreso en el conocimiento puede volverse imposible, no por las dificultades que ofrece en sí el objeto, sino por lo inadecuado de la metodología aplicada. Hay que saber plantear los problemas y estos no lo hacen por sí mismos. En su "Tratatus" resumía Wittgenstein la cuestión: "si una pregunta es susceptible de formulación también lo es de respuesta". También Sami-Alí más cerca de lo nuestro: "la clínica permanece muda si no se le plantean las preguntas precisas".

Una división como la que Jaspers establece entre Compresible y Explicable, opera como un verdadero obstáculo epistemológico, reforzado por las otras categorías de proceso, desarrollo y reacción. Pertenecen a un orden inadecuado para dar cuenta de la cadena de sentido de los fenómenos psicológicos. Ni siquiera el concepto de Comprensión tal como lo formula Jaspers establece tal continuidad. Se lo lea como se lo lea, para Jaspers algo es comprensible cuando es "obvia" la relación entre un fenómeno y otro; alegrarse con el triunfo, llorar en el fracaso, por ejemplo. Lacan recordaba lo endeble de tales construcciones:

"yo recuerdo a un niño, que cuando recibía un cachete preguntaba - ¿es una caricia o una bofetada?-. Su respuesta dependía del registro en el que su interlocutor situara el acontecimiento.

Lo "obvio", va a depender de la mediación establecida por ese sistema jerarquizado de significantes que es el dis-

curso o discursos concretos en los que uno está atrapado.

El sentido que aquí reivindicamos como esencial a la relación humana con el paciente, no es ni la psicogénesis ni la comprensión Jaspersiana; mucho menos el que encierra la frase: "hay que comprender al paciente", producto humanitario debido a la impotencia teórica más absoluta. El sentido presupone que el más allá de toda palabra, es otra palabra; que detrás del texto manifiesto hay un texto latente cifrado, una "otra escena"; y hay una posibilidad de conocer las determinaciones que unen ambos textos, que en última instancia no son otras que las leyes del lenguaje.

El recorte de lo "real" que proponen las categorías Jaspersianas no puede atrapar el sentido circulando en su insistencia por toda la topología de la cadena significante. Lo que falta en Jaspers no es otra cosa que el "Inconsciente" como construcción Freudiana-Lacanian, pues es sabido que hubo otros inconscientes antes de Freud que nada tienen que ver con éste.

Al final, hablar de locura es hablar de lenguaje y olvidarlo es, como afirma Tosquelles, convertirse en Zooterapeuta, en un Veterinario que no contempla los trastornos biológicos como lo que son, posibilidades de regresión o fracaso en el proceso de humanización. El campo psiquiátrico como tal, liberado de lo propiamente médico, estaría más allá de los trastornos biológicos y una psiquiatría que se reivindique como exclusivamente biológica es cualquier cosa menos Psiquiatría.

LOCOS JUDIOS Y DEMAS RALEAS.

Lo que aquí se juega no es baladí y acontecimientos históricos, todavía recientes, se han encargado de demostrar que quizás existe una estrecha relación entre las teorías psiquiátricas y la práctica de algunos psiquiatras, que en principio podría aparecer como desviación aberrante, ajena a la teoría como tal.

En 1912 exponía Alfred Hoche su teoría de la "reacción Biológica" y de los "Síndromes Preformados". Hoche mantenía que las hipotéticas causas de la esquizofrenia hacían que salieran de su estado latente ciertos mecanismos psíquicos preformados en la constitución del individuo, al igual que el temperamento o el carácter. En 1920 Hoche publica un nuevo libro de gran éxito: "La libertad de destruir la vida desprovista de valor", en el que aboga por la eliminación de la gente "inútil" y sabemos su concepto de inutilidad, no era restringido en demasía.

Su discípulo Carl Schneider desarrolló las teorías de Hoche y también, y de modo particularmente siniestro, la "terapéutica" que quizás ellas entrañaban. Aislo los "Complejos Sintomáticos" esquizofrénicos del Pensamiento Embolismático Saltigrado y Robo de Pensamiento. Cabaleiro concede tanto a Hoche como a Schneider un lugar destacado en su libro sobre las Esquizofrenias, así como a Ruedin, Profesor de Psiquiatría de las Universidades de Munich y Basel, autor de numerosos trabajos de Genética Psiquiátrica y responsable científico de la Ley de Esterilización de enfermos mentales.

Hitler nunca dió ninguna orden directa de exterminar a los locos. Existía tolerancia para aquellos que quisieran ejercitarla. Pero todos aquellos psiquiatras que se negaron (Bonhoefer, por ejemplo), subsistieron sin demasiadas complicaciones. Carl Schneider seleccionó y ordenó personalmente la ejecución de miles de estos pacientes y se suicidó cuando poco después de la guerra iba a ser sometido a juicio. Con él colaboraron la mayoría de los Profesores de las clínicas psiquiátricas alemanas, lo que permitió cerrar multitud de hospitales. En total la cifra de asesinatos por gas de enfermos mentales se calcula en unos 275 000 de los que 50 000 eran niños.

La pregunta es: ¿existía relación entre las ideas psiquiátricas de Hoche, Ruedin o Schneider y esta eutanasia organizada o bien se trataba de aberraciones personales sin relación con ellas?

Ruedin, genetista confeso, no parecía realizar otra cosa que una "Profilaxis Radical". En Hoche (quizás también en Schneider) puede seguirse la relación entre su teoría de lo preformado (variante de lo constitucional y por lo tanto de lo inevitable) y su propuesta de exterminio. Lo preformado es un vecino de lo racial y puede compartir con este último concepto algunos de sus avatares. La mayoría de los psiquiatras alemanes se situaban sobre registros biológicos y genéticos muy groseros que excluían de su consideración todo el campo del lenguaje y las determinaciones que éste introduce en los demás órdenes. Si se considera que el vehículo de transmisión es ajeno a todo el orden del lenguaje, entra dentro de la lógica acometer la terapéutica en un nivel exclusivamente biológico. Lo que distingue a Hoche o Ruedin de sus antecesores o posibles sucesores, es que una determinada situación social favorable (que ellos mismos ayudaron a instituir) permitió que desapareciera el ropaje humanitario que convivía con sus tesis y viera desarrollarse hasta el final las posibilidades demoniacas que escondían sus tesis.

Se dice hoy que el Gulag Staliniano estaba ya en la concepción materialista de la historia de Marx. Fue la pretensión de éste de poder conocer científicamente las "inevitables" leyes de la historia y de predecir en consecuencia el futuro, lo que habría producido tales desviaciones. Quizás el énfasis en lo hereditario, lo preformado, lo biológico, entendido como registro único dentro del campo psiquiátrico, conduzca a lo racial, y en ocasiones excepcionales, cuando el entorno lo tolera, al exterminio.

Las cosas ya no son así, pero existen otras formas más larvadas y sutiles de "exterminio", al menos psicológico. Cada vez que alguien dice "endógeno" o "explicar" se está desposeyendo de sentido a la palabra del paciente, robándole su humanidad, reduciéndole a cosa.

No podría afirmar las razones, pero allí donde las teorías psiquiátricas establecen órdenes diferenciados de lo meramente biológico, parece más difícil la aparición de estas patologías. Lo contrario también parece ser cierto: no debe ser azaroso que Hoche fuera un absoluto adversario del Psicoanálisis, que estos fueran expulsados de la Alemania Nazi (y no sólo por su contaminación Judía) o que lugares militantemente ajenos al Freudismo, como la URSS, hayan extrapolado su concepción de la esquizofrenia a las disidencias del más variado tipo.

HISTORIAS E HISTORIALES.

Repasar los historiales clínicos de nuestros Hospitales es hacer el inventario de una exclusión: la palabra del paciente.

En el mejor de los casos encontraremos una pequeña narración sobre lo que motiva el ingreso del enfermo; algunas anotaciones sobre si sufrió paperas o apendicitis y un breve análisis psicopatológico donde se observará, si está confuso u orientado, si muestra alucinaciones o percepciones delirantes, etc.

Después, el anotador se limita a ocupar la posición de un espectador que asiste al despliegue de los supuestos efectos de fármaco que prescribió para ejercer de Notario: "más tranquilo y abordable-conciencia o no conciencia de enfermedad-negro positivo (una o más cruces), se le cambia tal fármaco, se le añade tal otro, etc".

No es infrecuente que nada se diga de lo que "oye" o "ve" el paciente, ni del contenido concreto de sus delirios. Si están anotados, se hacen como curiosidades, especies carentes de sentido a las que es preciso aplicar la reducción formal psicopatológica que permitirá el diagnóstico y en consecuencia la "correcta" aplicación del fármaco. Después, a esperar.

El historial no es recogido por el sentido que otorgue al discurso del paciente. Es el material sobre el que se operará para establecer el género y la especie, lo cual no sería criticable si éste fuera el prolegómeno obligado a todo ejercicio psiquiátrico que se elija como hu mano. Pero lo habitual es que esto sea principio y fin y no se me negará que éste es (o era) el trabajo cotidiano de la mayor parte de los Psiquiatras Hospitalarios de este país.

Por supuesto no todo es así. Hay historiales más puntillosos donde "todo" es anotado con detalle, pero es un lujo que no va a ser utilizado en el proceso terapéutico y cuyo destino no es otro que la misma catalogación de género y especie ahora más sofisticada.

En el extremo, podríamos decir que la "historia" del paciente no está en el historial; que historia e historial son innecesarios y también (y es un resentimiento) que para realizar la mayor parte de nuestro trabajo, es suficiente un cursillo.

Hay otro tipo de exclusiones más sutiles que se revelan a través del barroquismo y la prolijidad diagnóstica. Son modos de funcionamiento basados en el "esto-y-lo-otro" y no en el "o-esto-o-lo-otro", única fórmula que permite la estructuración y jerarquía en la ordenación del material, evitando la mera acumulación de datos no organizados.

Diagnósticos como el que sigue pueden ser un ejemplo aproximado de lo que aquí comentamos: Esquizofrenia Paranoide en estadio defectual Esquizoafásico de larga evolución cursando en fases de gravedad progresiva en personalidad ciclotímica con tendencia al ánimo hipotímico con desencadenantes traumáticos por atopismo migratorio y comportamiento esporádico alcoholómano, con situación familiar desfavorable, etc. etc.

Los habituales a este tipo de diagnósticos suelen adoptar con "gran amplitud de criterios" enfoques "biológico-socio-culturales-dinámico-estructurales" en el campo etiológico y por supuesto terapias del mismo estilo: "socio-terapias-farmacoterapia-laborterapia-psicoterapia etc." o "coterapias en general sin que nunca quede aclarado, lo que hay que entender por cada concepto, cual es su razón etiológica o terapéutica y cual su lugar teórico.

Estos diagnósticos, enfoques y terapias por acumulación, suponen una clara ilustración de los fenómenos de retención que ejercen los obstáculos epistemológicos y demuestran lo vano del intento de obtener claridad de la mera acumulación: UN MONTON DE LADRILLOS NO ES UNA CASA; ENUMERAR NO ES ORGANIZAR.

"Explicado y tratado" el paciente enmudece. Instituye en propiedad privada sus delirios y en espera de orejas más avisadas se acomoda, a veces, para siempre, a lo que le es ofrecido. Si todavía mantiene la esperanza, se agitará y gritará hacia los "órdenes angélicos" que aumentarán su dosis de neurolépticos. Después de un cierto tiempo, se les llama "sedimento".

Sabemos de las dificultades para devolverles la voz. En el Hospital, exige la constitución de ciertos lugares de intercambio. En ellos o en el interior del despacho, un modo de escucha asentado en la ética del sentido. El mejor historial será una hoja en blanco dónde estén recogidos los avatares de esa palabra y esa escucha. O lo que es lo mismo: SOLO HAY UNA HISTORIA - que merezca ese nombre- LA HISTORIA DE LA TRANSFERENCIA.

El modelo médico es aquí inoperante. Se sabe de determinadas enfermedades que cursan con "síntomas psiquiátricos", pertenecen al campo médico y a él deben ser remitidas. Los síntomas psiquiátricos como tales, "no remiten a otra cosa que al sujeto mismo". No son tales síntomas sino significantes y la posición ante ellos es completamente

diferente al discurso médico. Olvidarlo es perpetuar el error que ahoga al paciente.

PSIQUIATRIA COMUNITARIA. PSIQUIATRIA IMPERIAL. PSIQUIATRIA POPULAR.

Pero en ocasiones también somos modernos, no lo olvidemos. Tenemos Dispensarios, salimos a los pueblos. A veces hasta nos jugamos la vida y el fulgor de una navaja o la curva de una hoz, nos han visitado en alguna ocasión, no por infrecuente imposible.

¿Pero qué llevamos?. Parecemos CAPERUCITA ROJA con la cestita de psicofármacos saliendo al bosque más allá del Manicomio, reponiendo abuelitas donde se habían colado lobos.

Durante años negamos la peligrosidad de los locos y denunciábamos el horror de nuestros hospitales. Es difícil admitir que cuando empezamos a salir descubrimos que por horrorosos que fueran nuestros hospitales para un gran número de pacientes podía ser más horroroso abandonarlos (y no hablo de institucionales). Es preciso haber ido "fuera" y haber visto como vivían muchos de estos pacientes para darse cuenta de que el horror era nuestro horror y que para muchos de ellos éste era inexistente.

Ante la Ley defendíamos su "irresponsabilidad", sin darnos cuenta de que así, la perpetuábamos y condenábamos al paciente a un destino psiquiátrico en ocasiones inacabable. La lógica jurídica nos exigía que puesto que habíamos determinado su "irresponsabilidad", ahora deberíamos establecer su "responsabilidad" y garantizarla. De ese modo, nos confrontaban con la debilidad de nuestro ejercicio profesional pues en el fondo: ¿quién puede decir de alguien si es o no responsable de sus actos?. Acaso Dios, y eso sólo estaba claro para Guillermo de Ocken. Cabe preguntarse, si con estos enfermos que llamamos judiciales, no irían mejor las cosas, si fueran condenados

(con plazos fijos) como si fueran "responsables".

Pero estas son preocupaciones comunitarias de "gente de hospital". ¿Y nuestros grandes Patrones de la Psiquiatría Imperial?.

Uno dedica abundantes páginas a analizar el "Hombre de los Lobos" de Freud para demostrar lo erróneo de su interpretación. Cuando esperamos su propio análisis, despacha el asunto con su habitual coletilla: se trataba de una oscilación vital, endógena, es decir, una forma de manifestación del Endon, que como se sabe, "parece pertenecer a la región del soma, pero en cierto modo extraterritorialmente como disposición ilocalizable y da la impresión de ser más un como que un qué de la corporalidad, que parece desplegar su acción en medio del soma, de modo que puede soltar lo somático en formas de procesos no apreciables aún". etc. en palabras de Tellembach resumidas por Weitbrecht.

Otro parece el Proveedor de tantos por ciento. Se le pregunte lo que se le pregunte, se mostrará hondamente preocupado: un 20% de alcohólicos; ni se sabe cuantos de neuróticos de los que mantiene concepciones muy particulares. En ocasiones son capaces de precisiones asombrosas: "Los niños no deben ver más de 60 minutos de TV al día, la contemplación de violencia en la TV incrementa la agresividad en el niño-la niña está más preservada por su hábito de ver las imágenes sin confundirlas con la realidad" (SIC).

Otro muy asiduo a la TV explicaba la masacre de la Guyana porque el Jefe además de Psicópata era un sinvergüenza.

Donde no hay teoría se acostumbra a funcionar según el modelo del Diccionario de Autoridades. Son discursos Imperiales o Papales que se sostienen no por su coherencia interna sino por el lugar "Sujeto Supuesto Saber" desde donde son emitidos sin que la mayoría de las veces el

Sujeto se sepa Supuesto. Las respuestas comenzarán siempre por un "Yo opino..." o "Fulano opina..." (fulano acompaña a ser una imagen gemela) acompañado por un razonamiento ecléctico donde se van a entremezclar trozos de las más variadas procedencias en un intento de reunir lo mejor de cada sitio, que no conduce sino a una mezcla sin sentido de materiales procedentes de ordenes diferentes desvinculados ahora de toda referencia estructural, convertidos en una especie de FRANKSTEIN teórico. En sus Manuales, se los ve cómodos y expansivos en los capítulos "médicos": reacciones exógenas, traumatismos, tumores cerebrales, oligofrenias o incluso las toxicomanias, mientras se trate de describir los efectos del tóxico o su familia química. Se tambalean en las Psicosis y se derrumban en las Neurosis y Perversiones, dónde en ocasiones es posible leer opiniones de lo más peregrino. Es habitual ver aparecer categorías como el "Ambiente" o el "Stress" como factores etiopatogénicos sin la más mínima aclaración a lo que hay que entender por tales. Estas invocaciones son equivalentes a los "factores nerviosos" en la Úlcera o la "Educación" en la homosexualidad. Con respecto a esta última, alguno habla de Endocrinopatías subclínicas con lo que aquello de "la pulsión no tiene objeto" con lo que Freud había colocado la investigación en el registro apropiado, no parece haberlos afectado, aunque se ufanan una y otra vez de haber superado este tipo de cuestiones, a pesar de que sus textos demuestren una y otra vez, que confunden del modo más vulgar pulsión con instinto, represión con represión social, sexualidad con genitalidad etc.

Leyendo a los emperadores se tiene la certeza de que la época de Marco Aurelio queda lejos y la de Peter muy próxima.

En alguna ocasión los Emperadores se extravían y aparecen en los Hospitales Psiquiátricos, incluso en los Comunitarios. Es posible asistir entonces en toda su crudeza a ese típico conflicto latente siempre, entre Jerarquía y Autoridad.

La Jerarquía es un concepto administrativo, relacionado con el escalafón, las pólizas, oficios y con lo imaginario de todo poder que no se sabe supuesto. La Autoridad está del lado clínico, como encerrada en esa frase que dice: "es una autoridad en la materia".

A veces (conozco algún caso afortunado) Jerarquía y Autoridad coinciden. Las más, es estridente su discordancia y el Hospital se resiente. El modelo hospitalario Imperial (obligadamente jerárquico) es siempre cuartelario y ejercita apasionadamente el hábito del oficio y el fetichismo del reglamento.

El modelo "autoridad" puede devenir comunidad terapéutica o cuando menos ofrecer la posibilidad del trabajo con fortable.

Ambos modelos responden a demandas diferentes: el autoritario-terapéutico a las necesidades de los pacientes. El jerárquico a las de la administración.

Pero la locura puede tener reglas, difícilmente soporta reglamentos y quienes trabajan en Psiquiatría Comunitaria tienden a desdeñarlos. De ahí la preferencia o al menos la nostalgia de la administración, por los Cuarteles-Hospitales donde reinan las ordenanzas (no el orden que es otro asunto), el reglamento y el escalafón donde los méritos más destacables para el ascenso no son otros que los de haber sobrevivido a sus antecesores.

Conocemos desde hace años la estructura organizativa para que un Hospital Psiquiátrico no genere al menos tantos daños como los que procura evitar, pero observamos como cada vez se avanza un paso en esa dirección hay que estar alerta para que la administración (siempre asustadiza) y sus embajadores en el Hospital no lo desmoronen. El Psiquiátrico organizado como C Terapéutica o en camino de serlo, es una amenaza permanente al mundo de la burocracia

cia. Allí las insignias y titulaciones que uno posea no valen para otra cosa que para bordado de una bata que no por casualidad sigue siendo aun hoy la señal indiscutible de aquellos que no han aprendido que en un lugar como ese los "uniformes" no sirven para nada.

Hay también la Política o si se quiere afinar el modo de producción y/o la opresión como causa de todo. Pero de ahí a la enfermedad hay un salto que no llena ningún puente político y cuyo ejercicio es lo específicamente psiquiátrico. Las revoluciones pueden cambiar los locos de sitio, darles más confort. Pero la locura es una posibilidad específica de lo humano. "No hay ninguna revolución que pueda abolir la diferencia de los sexos". Ninguna tampoco que puede desbarrar al β . Organizar una buena asistencia es un asunto. El porque de la locura otro. En no confundirlos está buena parte de la cuestión.

TEXTOS Y CONTEXTOS

Cojamos los textos psiquiátricos que han tenido que ver en nuestra formación. En alguno no hay ni tratamientos. En la mayoría ausencias notables: ningún capítulo dedicado a la valoración del riesgo del suicidio u homicidio; nada sobre organización de asistencia, funcionamiento del hospital o manejo de entrevistas; nada tampoco sobre el que hacer con un paciente que se niega a ser operado, nada sobre trastornos relacionados con el aborto, viudedad, separación o terapia familiar... Se comprende el porque: son fenómenos de abordaje imposible con un modelo médico o con una teoría bioquímica o exclusivamente biológica.

Este es válido para los textos europeos (alemanes fundamentalmente) y para casi todos los españoles. Los USA sí tratan este tipo de problemas, con lo que al menos demuestran que han sabido responder de algún modo a la demanda que la sociedad les hace. Es su tipo de respuesta el que se sitúa sobre bases no demasiado aceptables. Es posible leer en ellos, confesiones, alentaciones, predicaciones y consejos muy influidos por toda una Psicología del Yo,

hoy en día muy difícilmente sostenible:"(el paciente)... aprende a confiar en el apoyo y afecto de su terapeuta.. ...(el terapeuta le demostrará) que es capaz de interesarse sinceramente por el...(es preciso realizar una) reeducación emocional".

Haré una afirmación impertinente: leyendo estos textos se tiene la impresión de que en Psiquiatría hay escasas teorías sobre la enfermedad mental que den cuenta de los fenómenos. Psicoanálisis con su extensa red de heterodoxias y derivados y de modo parcial, tal vez la Teoría de la Comunicación. Está también el conductismo, pero quizás para que una psicología de roedores funcione, es exigido convertir previamente a los hombres en ratas. A quien le guste el Waldenjos de Skinner merece vivir en él. Las teorías neuroquímicas o similares no son tales teorías y dejan fuera de su campo la "explicación" de la mayor parte de la patología. Son constataciones de sincronías que en algunos casos establecen la base sobre la que debe buscarse el sentido de la anomalía.

Si los textos USA son capaces de responder a multitud de demandas que en los de aquí apenas se insinúan, es debido a su penetración por el Psicoanálisis aunque este haya revestido esa versión edulcorada de Hartmann y Cia. muy lejos de la "Peste" que Freud ingenuamente pretendía llevar. La flexibilidad USA (al menos en la práctica) que no les impide tener un detallado y en ocasiones prolijo Manual de Diagnóstico, tiene como contrapunto el rigor nosológico Europeo. Las clasificaciones nosológicas pueden prolongarse al infinito y alcanzar estadios intermedios en los que la belleza de su nombre nos hace añorar lo hipotético de su existencia: Psicosis Angustia-Felicidad...Confabulosis Expansiva del Yo...Quien de nosotros no experimentaría aquí, el goce inefable del diagnóstico puntual...En verdad tales entidades merecen existir.

Me permitiré una nueva impertinencia: para curar no hace falta saber, o el saber que es necesario no tiene que ver

con la erudición. Tal vez por eso, creo que era a Bleuler a quien sorprendía el zapatero que recuperaba alcohólicos triunfando allí donde el fracasaba.

El hecho es que todavía hay gente que espera el santo advenimiento, substancia filosófica que está en la base de la esquizofrenia, esa anomalía enzimática huidiza e im palpable eternamente inhallable. Reich lo afirmaba hace ya muchos años: si la locura se explica por la química, habrá que explicar de manera semejante la militancia política o la afición al cine. Para conocer la orientación del voto sólo será preciso esperar las correspondencias enzimáticas de los votantes del PSOE o AP. O como quería aquel cartel del Mayo: ¿Tendrán los Gaullistas un cromosoma de más?.

O bien: ¿dependen las leyes del fútbol de la geología del terreno de juego? ¿Pertenecen al mismo nivel las reglas del fútbol y los trastornos del juego derivados de su infracción o desconocimiento y aquellos debidos a lo encharcado del terreno? ¿No nos enseña la Historia que las palabras actúan sobre el cuerpo, preñando, paralizándolo, cegando o incluso matando? ¿No nos dicen nada fenómenos como el efecto placebo o la Folie à Deux?.

Es que acaso la palabra en última instancia no induce cambios enzimáticos o lo que sea y que con seguridad diferentes palabras o discursos producirán diferentes cambios?.

La percepción de su propia imagen determina en el pichón la puesta en marcha de un complejísimo mecanismo endocrinológico. Se le niega sin embargo a la palabra la posibilidad de acciones semejantes o al menos no se las considera.

El obstáculo epistemológico de la psiquiatría, es el de la confusión y no la diferenciación de los Ordenes. Real, Imaginario Simbólico, se entrelazan como un nudo borromeo de tal suerte, que la ruptura de uno produce la de todos

los demás, la unión de uno la de los otros. Pero cada Orden se constituye conforme a leyes que le son propias y ajenas al otro nivel.

Es tal vez en los puntos de sutura, donde esté lo etiopa togénico. Podría decirse que eso que llamamos enfermedad mental, ES UN ACCIDENTE EN EL ENCUENTRO ENTRE EL CUERPO Y EL LENGUAJE.

S. LAMAS

POSDATA. Paul Valery decía que la noción de autor es problemática. Releyendo estas páginas lo confirmo. Ello me permite afirmar que el "autor" no es responsable de las opiniones aquí vertidas.

ALGUNOS COMENTARIOS A UNA HISTORIA EDIFICANTE:

" EL DELITO COMO ACTO SEXUAL "

1ª Parte

Robert J. Stoller nos relata el capítulo IX de su libro "Perversión: The erotic form of hatred", las últimas sesiones del tratamiento de la Sra. G. Tratamiento que duró 15 años y que había publicado en toda su extensión en "Splitting: A case of female masculinity". New York de 1973.

La Sra. G. es "una mujer en su treintena que hasta el momento del tratamiento - no análisis - era muy masculina. Estaba intermitentemente psicótica con alucinaciones y delirios y sufría de estados de trance y múltiple personalidad. Estaba, también, firmemente convencida de que poseía un pene, con las dimensiones anatómicas y cualidades del de un hombre normal, pero emplazado dentro de la pelvis...la paciente tenía momentos en que se sentía la mujer que ella quería ser y en otros momentos igual de claramente se experimentaba deseando ser el hombre que quería ser...".

"En su adolescencia había practicado toda clase de conducta delictiva - desde falsificación de cheques a intento de asesinato- por lo cual fue varias veces arrestada y encarcelada".

.....Había sido también hospitalizada en innumerables ocasiones.

Y continua el autor: "El material que presentamos ahora revela por primera vez el ritual de M.O. - conocida como tal por la policía por su "modus operandi" que encaja para el delincuente como sus huellas dactilares-, ritual que ella usaba para entrar en las casas con el propósito de robar".

"Este material es presentado aquí con las propias palabras de la paciente y las mías propias, tal como fueron dichas". (El material fue recogido en cinta magnetofónica).

.....

Stoller:¿Por qué hace eso?

Paciente: Porque me da algo...algo limpio. Es mejor que el sexo...Ir a un lugar entrar y robar. Es mejor que tener una mujer. Cuando empecé a robar era casi una niña, robaba comida. Recuerdo que robaba comida...No recuerdo es tar terriblemente excitada, recuerdo estar satisfecha porque mi estómago estaba vacío. Yo no recuerdo lo que hacía con aquello; pro bablemente lo tiraba. Es lo que hacía con la mayoría de lo que robaba.No lo quería. Cuando fui un poco mayor íbamos a robar en grupos y yo era siempre la que robaba; yo lo escogía y también me escogían porque era muy capaz. Tengo miedo cada vez que robo. No tengo miedo a que me cacen. No sé a lo que tengo miedo. Después de que todo ha terminado, estoy muy excitada; no tiemblo y nada parecido mientras lo hago, pero una vez hecho tiemblo has ta que mis manos tiemblan. Tiemblo toda. Y paseo alrededor del edificio y jodo a alguien; y normalmente como algo; siempre tomo un helado de chocolate; no se porque. Hay un restaurante y cuando me ven entrar me sirven un inmenso helado, ellos no me conocen, soy una extraña para ellos. Siempre voy a ese lugar.

.....

Simplemente me tumbo y me dejo joder. Ellos pueden hacerme cualquier cosa. No estoy hablando de sexo, estoy hablando de hacerme joder; es tan importante hacerse joder...Si el primer hombre no puede, salgo, y busco otro, y otro, hasta que consigo sentir haber sido jodida...

Le digo que me joda. Es lo que quiero. No se si tengo orgasmo. No es en mis genitales, es en mi cabeza. Una explosión. Y entonces me siento liberada y no tiemblo más,...

S: ¿Qué hace con las cosas que roba?

P: La mayoría las tiro...Si robo para mi solo robo una cosa...Si robo para algún partenair suelo robar otras cosas.Una vez me quedé con una caja de música durante un tiempo.

Otra sesión.

Sigue hablando del ritual.

P: "No soy nada cuando robo. Robo porque soy mala. Robo porque lo necesito. Si me sentase y pensara Voy a robar a esa pobre vieja, voy a robar todos los ahorros de su vida me sentiría mal y no podría hacerlo. No robo a nadie.

Sigue asociando en la misma sesión: "El doctor me preguntaba porque quería tener otro niño, (¡había tenido niños ilegítimos repetidamente!) y yo le contestaba:"Cuando algo se ha ido una tiene que tener algo para reemplazarlo. Cuando te sacan algo, uno tiene que meterlo otra vez, sino sientes un gran vacío dentro".

.....

El robar me lleva dos días de preparación. La primera noticia es cuando despierto hambrienta. En mi estómago, pero no como. No es esa clase de hambre...Estaba pensando en un viejo que iba a visitar cuando era pequeña: "Sólo te lo daré si lo robas"- (un regalo que tenía para ella)-. No te lo voy a dar, pero si lo robas te lo puedes quedar. Y un día mi hermana y yo fuimos a verlo y estaba muerto.. Entonces ya no era robar.

La mañana que empieza todo esto me levanto temprano. Y siempre me visto de la misma forma: una camisa, un par de levis y unos tenis.

S: ¿Qué clase de camisa?

P: Una de mangas largas. Siempre me la remango. Es azul. No se porque, pero no podría ser verde o roja.

S: ¿Está tu padre en todo esto?

P: No... Cuando me pregunta sobre la camisa azul tengo la imagen de mi padre llegando a casa con una camisa remangada y su sueter. Siempre me traía algo para mí, el no traía nada para los otros niños.

S: Es decir tu lo robabas.

P: Sí y lo que robo es para mí. Primero lo aprietó en mi mano y luego lo llevo a casa.

Otra sesión.

P: La cosa que cojo sólo tiene valor para mí durante un tiempo y luego tengo que deshacerme de ella.

La única cosa que guardé un tiempo fue una caja de música. Era una caja de música de juguete. Tenía unas pequeñas figuras esculpidas y tenía unos niños que jiraban alrededor de un círculo cuando la música sonaba. Nunca robé nada de valor, a menos que robase para alguien. Si hubiese una joya y una piedra, podría haber cogido la piedra... Y lo guardaba un par de días y luego lo tiraba. Las cosas que cojo no son triviales pero usted va a pensar que lo son. Cuando entro en una casa, miro alrededor; no se cual es el valor de las cosas pero si me parece de esa clase de valor, entonces las cojo. No es valor monetario.

S: ¿Por qué las tira? ¿Por qué pierden valor?

P: Por la misma razón que tiro la basura. Todo el

valor se marchó. No las necesito. Ahora tengo el sentimiento dentro, el sentimiento que tomo del objeto que robé.

Siguiente hora. Entre esta y la anterior la paciente me mandó una carta y me llamó por teléfono. Ahora se refiere a esas comunicaciones.

- P: Esto de robar no tiene nada que ver con mi infancia.
- S: Por supuesto que no; me escribes una carta sobre pechos y sueños sobre pechos y me dices que bebas....¿Cuando? Tres litros de leche al día y que en las ultimas horas has estado comiendo como un cerdito. Y anoche, deliciosamente te measte dos veces.
- P: Estaba pensando cuando mi madre me llamó anoche.
- S: (Me había dicho por teléfono): Te acostaste temprano y mojaste la cama dos veces. Y despertaste sintiendo: "No es maravilloso". ¿Y ella te llamó cuando aun estabas en cama?.
- P: Si; casi recuerdo algo y justo ahora pienso, "Dios, ahora recuerdo", pero no recuerdo lo que es. Lo que veo en mi cabeza, es mi madre dando de mamar a un bebé; siento hambre. Mi madre siempre olía bien. Algo caliente y bueno. Probablemente si no hubiera sido tan fría...Cuando mi abuela me cogía, sabe, mi abuela era gorda y grande y tenía grandes pechos de esos que uno podía ahogarse; no era lo mismo que mi madre. No sé. No quiero...No quiero pensar en cosas malas (se desliza hacia un trance). Recuerdo..., se acuerda, cuando hacia que los pezones de un niño parecieran un pene. (Ella había hecho eso porque quería un pene a toda costa). "Eso no va ahí, va en la boca". (Parece que repite las palabras de su madre). Pero no se puede tener los dos, sabe, una tiene que decidirse por cual

es más importante. No sé cual es más importante. De la manera que era entonces... Todo va a la boca... Hay un agujero ahí, hay un punto vacío. Porque el agujero nunca se llena y eso produce dolor aquí (labios). Lo hace duro, frustrante.

S: Ahora, cuéntame cuando tienes bastante.

P: Cuando tengo la cosa (el objeto) en la mano...

S: ¿Lo pones en la boca?.

P: Si lo pongo contra la boca. Es frío. No tengo que llorar. Es bueno... ¿No recuerda esas cosas? (En trance). Había patos pequeñitos. Es difícil meterlo en la boca.

S: ¿Cuál es la mejor cosa?

P: Mi madre. Huele bien. Cuando me puso en la bañera, cuando estábamos las dos en la bañera, LO ROBE.

No recuerdo... Estoy cansada... No sé... Fue la única vez que estuve a gusto... No quiero llorar... Vamos a otro sitio... Necesito ir a alguna parte. Uno tiene que saber donde ir. Si eres un niño... No sé que hacer cuando soy un niño. No sé que hacer. No recuerdo como hacer eso. Usted lo sabe, lo intento seriamente, pero nunca pude hacerlo bien. Necesito ir a otra parte. ¿Quiere ir usted? Usted está siempre aquí. Hay lugares terribles. ¿Puedo oír eso? (Alucinación mientras está en trance. Se experimenta a sí misma como un niño). Si fuera suficientemente alto.. No entiendo. No se porque esperan esa clase de cosas. Primero decían que O.K. y luego me pegaban, nunca se lo que se supone que debo hacer. Y aquel niño... tan malo. No sé, no sería tan mala sino hiciera siempre tanto frío.

S: No hace frío, ¿No era cálido cuando te measte?

- P: Sí
- S: ¿No fue eso por lo que te measte?
- P: Sí. Sí, casi tan bueno como estar en la bañera con alguien. Una vez estaba en la bañera y me meé. Me sentí muy bien. Usted recuerda cuando estaba en la jaula (usada como cuna durante su primer año de vida), lo hice cuando estaba despierta. Hay dos cosas buenas, estar caliente y tener la boca llena...si lo haces con ella.
- S: ¿Cuando te meabas, que hiciste para tener la boca llena?
- P: Ponía el dedo en la boca o cosas buenas. Como el pato. La manta; pero sólo hay una parte de la manta que se puede meter en la boca, por dónde están los flecos. Cuando tuve mis hijos los metía en la boca. A mis amigos también. No a los hombres, excepto el pecho o algo así o morderlos; quiero morder. Metía a las mujeres en la boca. Pero si lo haces, puedes hacerte daño.
¿Siento esto? (Una sensación dentro de ella; se toca el abdomen). Fue una pequeña excitación para obtener algo. Lo siento aquí (labios) y va hasta aquí (estómago)...Anoche sentía la necesidad de estar caliente y húmeda. Recuerdo lo bien que me sentía.
- S: Me hablaste por teléfono anoche. Te dije que no fueras a la calle (obedecer el impulso de robar). Te dije que alguna otra cosa podía tomar su lugar. Y te measte. ¿Por qué lo hiciste mientras dormías?
- P: No lo pude hacer cuando estaba despierta...Estaba soñando que estaba en la bañera. Soñé que estaba mojada y caliente; si te meas te dan azotes. Recuerdo las cosas, anoche.
Es bueno y malo.
Soñé con una mujer con pechos. Usted sabe, yendo ahí y cogerlos...Yo no fui ahí...Fuimos a un lugar en donde hacía calor y olía bien; eso no es

así, porque allí nunca huele bien, pero olía bien y ella estaba allí tomando un baño y yo fui por detrás y ella no se enfadó. Cogi sus pechos. Los cogí con mis manos y los puse en mi boca. Y entonces me meé. Estaba mecida y caliente. (Fuera del trance). Estoy muy cansada. Cansada de muchas cosas; cansada de hacer...

- S: Ayer hablaste de cuando eras una niña y tenías un pato de goma que metías en la boca.
- P: No sé, no recuerdo haberlo dicho. No recuerdo eso...

Espere. Debíamos estar hablando de...no todo son pechos...Tengo sentimientos sobre pechos, pechos profundos...

¿Pero por qué robo? ¿Por qué ese método tan particular de obtener algo?.

Hay la parte de meterse dentro...Me imagino que es meterse dentro de una mujer...Solo robo en casas. No en apartamentos. Tiene que ser una casa donde vive una familia, oscura y silenciosa...Me veo gateando dentro de mi cuna, en donde estaba mi mantita...era difícil...Cuando entro en una casa siempre siento como si hubiese estado allí antes. Siempre entro a través de una ventana. Las ventanas son difíciles de abrir. Quiero escurrirme dentro. Me gusta que haya cortinas en las ventanas, rozar me contra ellas. Me imagino metiéndome por el agujero más pequeño que puedo...Antes estoy tensa, ansiosa, como si fuera a hacer el amor...Entonces entro, es limpio, es bueno...¿Tiene sentido todo esto?. Y luego cuando lo tengo en mi mano, todo ha terminado. Entonces no importa que salga por la puerta. No tengo que gatear para salir. Y entonces...viene la parte mala, la parte de hacerme joder. Hacerse joder no hace que se vaya el mal sentimiento, pero la cosa lo hace.

Cuando voy hacia la casa siento que no soy una mujer. Pienso, siento, deseo como un individuo macho...

S: ¿Tienes un pene?

P: No sé. No sé, si tengo lengua.

S: Eso es lo que quiero decir, nada tiene que ver con un pene.

P: No. No. No. No.

"Robar los objetos gratificantes le producía un cierto confort temporalmente, y al robarlo ella se vengaba de su madre que no le había dado nada.

Pero este acto malo demandaba castigo (o como en todos los actos masoquistas, solamente el castigo es lo que uno escoge. No importa cuan doloroso sea en realidad, es en el fondo un controlado, gratificante, libidinizado -jodi do- castigo). Para satisfacer su inmensa culpa por robar lo que su madre (ahora el mundo) no le dió libremente, ella renunciaba a su pene: con una indefensa feminidad arreglaba con ecuanimidad su violación, y la invulnerabilidad volvía solamente cuando el ritual era completado.

Podemos ver la forma que su feminidad toma en el ritual. Se necesita para imaginación que ella se siente a sí misma como un pene erecto contra un cuerpo de mujer -su madre- como una vuelta a la primordial bendición. El simbolismo se aproxima al de los actos perversos, pero el propósito -y el resultado- no es un placer erótico; y llamarlo una perversión oscurece el significado de la palabra."

S: ¿En que momento sientes que eres un hombre?

P: Ando hacia la casa, supongo. Tengo que andar; no me siento un hombre cuando estoy en el coche. ¿Por qué iba a sentir eso en mi coche?. Supongo que porque es mi coche.

S: Quieres decir: que cuando sales del coche, te desconectas a tí misma como mujer -físicamente desconectada-. Pero te vistes con anterioridad para lo que va a suceder. Llevas unos pantalones,

una camisa y unos tenis, (por seguridad y silencio), ropas que eran exclusivamente de hombre cuando tu eras una niña. ¿Pero qué clase de ropa interior usas?. Te olvidaste de eso. (La paciente mira atónita).

P: Sí, no sé si uso ropa interior. Debo llevarla. Supongo que llevo mi ropa interior de todos los días, mis bragas y mi sujetador... Ese hombre lleva bragas y sujetador.

S: O.K. Sales del coche y eres un hombre y buscas la casa apropiada. ¿Cómo la escoges?.

P: Tiene que ser una casa. Con padre, madre y niños. Uno puede saberlo porque hay bicicletas en el jardín...

S: ¿La persona que pasa a través de las ventanas es un hombre?

P: Uh, uh, uh... No estoy segura. Puedo pensar en subir me a la casa y puedo pensar en coger la cosa en mi mano... debe ser... tiene que ser un hombre el que va a través de la ventana. ¿Quién sino puede ir a través de un agujero?. Es esa clase de agujero para un hombre.

S: ¿Cómo lo atraviesas?. Muéstrame tu cuerpo como si estuvieras atravesando.

P: No. Es demasiado embarazoso... Primero meto la cabeza. Luego tiro del cuerpo. Hago lo mismo cada vez. La cabeza primero. Y tiro de mí misma con mis brazos, con mis manos. No sé como. No me pregunte. También podría meter antes los pies; sería más fácil algunas veces. Pero siempre la cabeza primero. No puedes entrar demasiado aprisa, puedes hacer ruido... No quiero hablar más con usted.

S: ¿Cuando vas a través de la ventana, eres gorda o delgada? (Era gorda).

P: Soy yo misma. Delgada... Me apoyo en el estómago.

Mis piernas están estiradas. Algo así. (Sus pies, rodillas y piernas están estiradas; los brazos extendidos rigidamente contra el cuerpo que forma una línea recta con la cabeza). Como un renacuajo. Una pieza. Sin curvas, ni ángulos. Si fuera una cosa, diría: entro tan recta como una flecha. Estoy cálida y soy real; y soy la cosa que es real.. Soy un hombre real. Uno se siente confuso. Hay algo que no funciona. Mire, es oscuro y yo estoy ahí con el pelo corto y pantalones, pero tengo esa cosa en mi mano. ¿Como va usted a saber si soy un hombre o una mujer?. Usted tiene que saberlo.¿COMO LO VOY A SABER YO si usted no lo SABE?.

S: ¿El que nadie te lo haya dicho, es lo que siempre notas en falta?.

P: ¿Por qué cree que tengo que hacerme joder?. (Su máxima esperanza durante el tratamiento era poder restituir su sentido de feminidad y aceptarse completamente como mujer. Hacerse joder le servía para despertar un pleno sentimiento de tener un cuerpo de mujer).

S: No sé. Me lo estás contando. O.K. yo pensé que era solo para castigarte. ¿Qué pasaba con el helado?

P: Es todo la misma cosa.

S: O.K. Lo entiendo mejor. Cuando estabas en la ventana, una vez todo tu cuerpo, incluso los dedos de los pies, habían pasado a través, era el final de ser un hombre. Entonces estabas de pie, y ¿qué eras; algo incierto?; hasta que te hacías joder.

P: Entonces era toda clase de cosas. El joder era por ser mala, por ser lo que soy y por ser lo que no soy...

S: Quiero que vuelvas atrás. Ya estás dentro. ¿Qué eres entonces?. No estás segura. Coges la cosa: ¿Estás más segura o es lo mismo?

P: Si. Si usted me viera...estaría confuso, No lo sé.

S: ¿Pero tu estás menos confusa o estás igual de con
fusa hasta que te haces joder? ¿No te sientes más
mujer a medida que el tiempo va pasando?

P: Si.

S: ¿Cuando vas a comer el helado?

P: No está bien que siga hablándome así.

S: ¿Por qué?

P: Porque no sé si soy lo que se supone que debo ser:
una mujer.

S: ¿Lo haces para llegar a ser una mujer?

P: Seguro.

S: ¿El impulso es parte de querer llegar a ser una
mujer?

P: Conocer...que es lo que se supone que yo sepa...
Cuando lo tengo en mi mano, casi recuerdo...No pue
do recordar.Lo he intentado. Lo siento en mis pe-
chos y en mi toda. ¿Cuando usted era niño fue al-
guna vez a cazar renacuajos?. Eso es lo que real-
mente era, un renacuajo. Antes perdí la cola. Cuan
do tenía cuatro años y medio era demasiado vieja
para aguantar siendo lo que era. Ya era demasiado
tarde.

S: Dejaste algo de lado. Cuando te escurres por la
ventana ¿eso te ocurre inmediatamente antes de es
tar dentro?. ¿Qué sientes en tu cuerpo?.

P: Es muy confuso. Si no usara la ropa interior no
sería una mujer cuando lo tengo en mi mano.
No tengo pechos cuando voy a través de la ventana.
¿Cómo un hombre puede tener pechos?.

S: ¿Qué le suceden a esas cosas que tienes en el pe-
cho? ¿Están dentro de tu sujetador? ¿Qué les pasa?
¿Como te las arreglas para desconocer que están
ahí?

P: No se trata de saber si están ahí. Los hombres no tienen tetas. Calculo que no tocándolos... Calculo que simplemente ignorándolos. (Denegación? Splitting?. Supresión?. Represión?. ¿Cual es la experiencia subjetiva que estos términos no acaban de capturar?). No recuerdo saber que están ahí. Es simplemente ilógico tener tetas si eres un hombre. ¿Por qué tienes que hacer algo si sabes que no están ahí?.

S: ¿Sabes lo que eres cuando a través de la ventana vas pasando? ¿Cómo te sientes?.

P: Es como meterse en un lugar cálido y estrecho.

S: ¿Cuando vas a través de la ventana eres un hombre o una cosa?

P: Era un hombre cuando empecé a cruzar la ventana. Debo ser una cosa, porque no soy nadie. Entonces me siento fuerte y bien y...realmente no quiero ser yo. Sabe...cuando era paciente de la sala y ellos decían "parece confusa", "suenas confusa" o yo decía "estoy confusa sobre eso" todo esto era irrelevante: NO HAY CONFUSION COMO LA DE NO SABER SI ERES REAL O NO, O QUE ERES...(Itálicas del autor).

S: Volvamos atrás por un momento. ¿Cuando sales a la calle y usas ropa interior femenina, qué haces con ella cuando te conviertes en un hombre?.

P: Lo mismo que con mis pechos. Pero debe haber algo en mí que lo sabe porque yo sé que cuando entro en la casa necesito esa ropa interior y esos pechos.

S: Si pero, antes de eso cuando atraviesas la ventana. Tu eres un pene erecto. ¿Te suena eso?. Sin embargo no ocurre nada mientras atraviesas la ventana. Tu sabes de penes de una forma que yo no sé. Para tí un pene puede desaparecer y sin embargo no te quedas ni completa ni incompleta. Es suficiente tener una erección. Supongo que eso es lo que tu eres: eres un falo, que es diferente de un pene.

Un pene es algo que existe; un falo es un símbolo. Y cuando caminas hacia la casa tienes pechos y vientre y vagina y útero de donde salen los niños. Tu -ahora escúchame bien, porque esto es grotesco- quiero decir, eres grotesca cuando haces eso: una mujer, una mujer completa biológicamente, con su ropa interior camina hacia la casa diciendo que es una picha, un pene, todavía mas un falo. Es grotesco. O sea que si tu quieres ser realmente tu, entonces tienes que estar avergonzada por haberme mostrado a mi esa parte tuya que siendo una mujer es un falo. Según caminas hacia la casa te niegas a tí misma. ¿Cómo puedes hacerte eso? La respuesta es: tienes que hacerlo. Pero como puedes desposeerte incluso esos minutos. Tu no eres un falo y porque quieres llorar.

Siguiente hora.

- S: ¿La cosa que robas es la cosa más real del mundo, no es así?. Nada podría ser mas sustancial y sólido. Tiene la talla justa. Es algo grande...¿No es así? ¿Es algo femenino? (Ella niega con la cabeza) Es un objeto femenino, algo que tiene una mujer. (Niega con la cabeza).
- P: No sé. Estaba pensando en cosas de niños. La caja de música, una muñeca en una caja de cristal, una pequeña...una fotografía con una madre y un niño.
- S: O.K. El objeto es algo que tiene que ver con tu relación con tu madre.
- P: Oh, vamos deje a mi madre en paz. Déjeme a mí y a mi madre. Estoy cansada de mi madre. ¿Por qué no podría ser una tía, o mi abuela o...? Sabe, mi madre tambien roba cosas. (Esto, es la primera vez que lo cuenta). Creo que todo el mundo lo hace. Bueno, supongo que no todo el mundo. Ella nunca va a un restaurante sin llevarse un cenicero o algo así. Su casa está llena de cosas que ha robado.

Todos nosotros robamos. Toda la familia roba.
 Mi padre lo hacía... cosas inútiles. Una vez robó
 un camión de naranjas. Nunca olvidé eso, sabe....
 (Se rie).

S: ¿Qué le has robado a tu madre?

P: Nada. Dinero. Le robaba dinero; muchas veces. Me quiero marchar. No quiero oír toda esta porquería. Déjeme ponerme mis botas....y marcharme. Solamente le robé dinero y desde entonces es lo único que tiene valor para ella y estuvo bien (tengo un calambre en un dedo y es por culpa suya). Le robaba dinero. Ella lo escondía. Me hacía pasar por todos esos horribles rituales. Sabía que era yo. Recordando que teniendo seis o siete años me mandó a la tienda y perdí el dinero. Entonces me dijo: "Lo robaste" y yo le dije "No lo hice" y ella me dijo: "Lo hiciste y si no lo confiesas te voy a pegar" y entonces dije: "Lo robé".

S: Y así ganaste.

P: Bien.

S: Y después empezaste a robarla.

P: Así fue.

S: Ya que si ella dijo que ibas a robar, lo mejor era hacerlo y divertirse con ello.

P: Mi madre siempre tenía razón. Robé y robé. Y apreciaba mucho el dinero: Dios mio, una moneda, yo sabía que mi vida dependía de aquellas monedas, ella tenía cinco hijos.

.....

S: ¿Es el tiempo máximo que guardaste algo?

P: No lo sé.

S: ¿Y la caja de música?

P: Dos semanas. ¿Por qué no se hace usted policia?.

S: Es parecido. Cuéntame más cosas de cuando le robabas dinero a tu madre.

- P: Estoy preguntándome de que diablos me habla. Cogía el dinero y lo gastaba, no en mí, en mis amigos. El dinero me importaba una mierda. No significaba nada para mí. Solo desde que ella tu vo que empezar a discurrir nuevos sitios para es conderlo (se rie).
- S: ¿No es el mismo sentimiento que tienes cuando en una casa encuentras lo que buscas aunque lo hayan escondido?
- P: Sí. Era todo un ritual, ella escondiéndolo y yo buscándolo. A veces no lo cogía todo. No lo cogía todo, si había quince dólares, cogía diez.
- S: Para indicar que la habías burlado.
- P: Oh, era una buena indicación, porque cogía tres cuartas partes de la que había. Lo hacía para molestarla. ¿"Qué vamos a hacer; estoy harta de tra bajar tanto. Qué vamos a hacer sin dinero"? Se lo decía a todo el mundo pero nunca lo discutía conmigo.
- S: Pienso que te sentirías liberada si fueras capaz de recordar que lo más terrible para ti es tu madre riñéndote, despreciándote desde que eras un bebé y aún hoy.
- P: No sé. No recuerdo que ella me insultase cuando era un bebé. Sé algo de eso. Sé que mi madre me desprecia en cuanto tiene una oportunidad. Lo hace calladamente. Una simple mirada, una palabra. Y lo que pasa es que tengo que robar cada vez que me hace sentir que no soy una mujer. Antes de robar, alguien ha dicho una palabra, un comentario o me miró de tal forma que indican que no están seguros....al menos me confunde a mí: ¿soy masou lino o femenina, un macho o una hembra?. Si llamo por teléfono y me confunden con un hombre...

"El impulso de robar desapareció en este momento del tra tamiento, hoy, varios años después, sigue sin tenerlo."

"El sentimiento de privación le vuelve a menudo, pero ahora ella es consciente de lo que significa la privación y a través de la exposición de su ritual, pudo buscar gratificaciones menos hostiles, más directas y sin tanto riesgo. Ahora habla con la gente y obtiene de ella el amor que su madre no le dió. Y otras cosas también están en su lugar: La señora G. sabe que ella es una persona y no un pene, no necesita practicar actos sexuales con las ventanas, si no que lo hace con los cuerpos vivos de sus amantes. ¿Que desgraciada es la gente para quien lo obvio tiene que ser distinguido y la verdad soportable está registrada como insoportable!. (Comentario del autor).

.....

Al terminar una de estas sesiones Stoller le dió a la paciente "unos pocos dólares para que se comprase algo bueno". Ella se compró un pato. Al día siguiente la paciente relata en una sesión:

P: Ayer no me sentí como un hombre. No me sentí cualquier cosa, me sentí bien. No pensé si era hombre o mujer...

Me pregunto, ¿qué pasó?

Es algo extraño.

S: ¿Te había sucedido antes alguna vez?

P: No

S: ¿Es la primera vez en tu vida?

P: Sí

S: Y todo porque te di dinero y te mandé comprar "algo bueno". ¿Qué tal lo pasaste ayer?

P: Ayer fue maravilloso...ahora puedo salir. Sé quien soy y voy andando con mi hermana y ella sabe quien soy...el hombre de la tienda que me vendió el pato me dijo:"gracias señora"...USTED SABIA QUIEN ERA YO Y ME DIO EL DINERO...Me dió el dinero para gastar PORQUE SABE QUIEN SOY YO.

S: Lo que sientes ahora ¿es mejor que cuando robabas?

P: No hay comparación...cuando cojo la cosa en mi mano, cuando robo...tengo que pensar en todo eso. Sé lo que soy cuando voy hacia la casa -es obvio- es simplemente un hombre el que entra, pero hay algo en esto de ser un hombre que no funciona... No tengo las palabras para decírselo...yo sólo quiero sentirme cálida...quiero que alguien sepa quien soy yo. ¿Qué quiero ser? Pienso que no quiero ser un hombre. Usted me miró ayer y supo quien era yo. Puedo salir a la calle y mirarme a mí misma y saber quien soy yo...¿Cómo sé quién soy yo? Nadie más lo sabe. NUNCA NADIE ME LO DIJO... Necesito ser alguien definitivo. Ayer yo fui real para usted. Cuando había robado y tenía la cosa en la mano me sentía bien, pero había algo malo...es como si no tuviera derecho a ser lo que soy en ese momento. Tengo que ser castigada por lo que soy en ese particular momento. Pero no puedo nunca ser realmente yo hasta que lo tenga SIN ROBARLO. Pero ayer, usted dijo "se lo voy a dar...te lo estoy dando....no es un préstamo ni algo así..."

El autor presenta esta historia para poner de relieve y "mostrar de que manera las teorías, mi teoría, es sacada de los datos durante mi investigación". "Y la gran distancia entre lo que es dicho durante el tratamiento y las teorías e hipótesis con que este libro está cargado".

Por otra parte señala que se trata de un tratamiento y no de un psicoanálisis. Aunque añade: "el caso ilustra el punto de vista de Freud de que los síntomas neuróticos y psicóticos son (debería decir, quizás) actividades sexuales inconscientes disfrazadas".

Se trata sin duda de un éxito terapéutico, de un tratamiento que duró quince años y al que las palabras de Freud para describir su trabajo se podrían fácilmente aplicar: "Lento, penoso y vacilante".

Si el autor quiere señalar que lo que hizo no fue un análisis, parecería que se está dirigiendo a sus colegas analistas, a los analistas de su escuela, de la que Stoller es un miembro destacado y de cuyo saber atestiguan sus libros.

Se podría deducir fácilmente que la ortodoxia no le permite llamar a esto psicoanálisis.

Quizás lo que a Stoller le resulta difícil es calificar su lugar durante el tratamiento. Al no llamarlo análisis él no ocuparía el lugar del psicoanalista -al menos de lo que entiende de lo que debería ser un psicoanalista- lo que a su vez le permite tomarse ciertas licencias técnicas, pero que hacen posible el tratamiento de esta paciente.

Leyendo esta historia resulta imposible no llamar a esto un análisis y aunque Stoller busca los datos que le permitirían saber qué lugar ocupa, su duda es mantenida hasta el final. Su lugar-supuesto-saber y su saber están centrados en un no-saber que le permite a la paciente encontrar aquellos significantes que la determinen. Se diría que no sólo es un análisis, sino que es un análisis terminado (de los que no existen muchos nos advierte J. Lacan). Es saltándose la ortodoxia de su escuela, desde donde su lugar no podría ser concebido, como dirige una cura y lo hace bien. De ello no parece tener duda, pues publica un libro con el caso, y al final del análisis nos lo presenta en otro de sus libros. Stoller aún así, parece que sigue sin poder dar cuenta de su propia posición.

¿Cómo entender que la paciente al recibir unos pocos dólares del analista "para que se compre algo bueno", recibe el DON de ser ella misma, y sólo en virtud de "Ud.

sabe quien soy", de "Ud. sabía quien soy y por eso me lo dió".

Pregunta incontestable con el bagaje teórico que maneja el autor, que busca la explicación de los síntomas en una reacción de la paciente a una madre: "Fría, incapaz de dar -ungiving mother-... "Su masculinidad, como una cualidad inventada para hacer menos penoso su devastadora vulnerabilidad."

"No deseada por su madre cuando nació, según crecía vió que su hermano -unos años mayor- era admirado; decidió que era la masculinidad lo que hacía a su madre desear a su hermano y apartarla de ella. Así, desde los cuatro años, ella tuvo un pene; esto significaba masculinidad: fuerza y poder que la prevenían de sentirse fría, hambrienta, abandonada y humillada".

Pero las palabras de la paciente hablan de otro factor, hablan de: "Nunca nadie me dijo quien era yo".

¿Cómo pasar de estos "DATOS", de una madre "mala", a ese DECIR que la paciente no escuchó y que Stoller con su ACTO, reestructura?

ROBAR y sus avatares es el significante que determina a la Sra. G. El robar manifiesto - síntoma, delito- signo para la policía por lo que se podía identificar a M.O. con tanta seguridad como por sus huellas dactilares, sólo lo aparece después de muchos años de tratamiento, en el relato, es el decir de la paciente. Sorpresa para el analista, sorpresa que acompaña a las formaciones del inconsciente. Es en tanto que aparece en el decir de la paciente, como el robo ritual pasa de ser un signo para convertirse en un significante, que metonímicamente ligado en diferentes cadenas significantes, hacen surgir distintos lugares metafóricos, que le permiten a la paciente la reconstrucción de un pasado que nunca había existido. Sería mejor decir, que el analista con su acto lo constituye, al menos en este caso. (Se trata de una

psicótica que, a diferencia del neurótico, su historia edípica nunca estuvo constituida).

La verdad, que sin saberlo, escenificaba en el robo; verdad que sin poder decirlo, la hacía ser M.O. la ladrona; verdad que no podía alcanzar ni edintificándose al padre, ni identificándose al falo, ni degradándose como mujer para obtener un pene, que sólo poseía por su delirio, pero que la excluía de su decir.

Sólo esos objetos, sin valor de uso, mantenían durante un poco tiempo el valor de cambio que le permitía hacerse joder y sentirse mujer; pero como los objetos, degradada y cuyo único destino era el de ser abandonada, como basura.

La verdad de su síntoma es que ella era una ladrona, la ladrona de aquello que un día había robado a su madre en la bañera y que por una vez le había hecho sentirse "caliente y buena".

Sólo cuando el enunciado de "eres una ladrona" puede ser dicho, ella deja de ser M.O. la ladrona y puede enunciar se siendo simplemente la Sra. G. Enunciado, no dicho, pero constituido por el discurso -vínculo social (Lacan)- de la familia de la Sra.G.

Enunciado que le impedía SER: "No tengo derecho a ser lo que soy..."

Ser sin robarlo, ser mujer sin tenerlo porque alguien se lo dió, es lo que la Sra. G. obtuvo de este "no análisis" con Stoller.

Dr. J. Rguez. Eiras
Psicoanalista miembro de la
Biblioteca Galega de Estudos
Freudianos.

Bibliografía:

- Robert J. Stoller: PERVERSION
 " " " THE EROTIC FORM OF HATRED
 SPLITTING. A case of female
 masculinity
 Sex and
 The transexual experiment
- Moustapha Safouan: Contribución al psicoanálisis
 del transexualismo en ESTUDIOS
 SOBRE EDIPO
- LACAN; Seminario : El deseo y su interpretación.

Ministerio de Sanidad y Consumo

ADMINISTRACION INSTITUCIONAL DE LA
SANIDAD NACIONAL
P S I Q U I A T R I A

Sanatorio Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goás"
T O B E N (Orense)

CLINICA

" MANIFESTACIONES PSIQUICAS EN LA INTOXICACION
CRONICA POR PLOMO "

Dr. Luis Ferrer Balsebre

Orense, 14 Febrero 83

La intoxicación más frecuente producida por metales pesados es, sin duda, la ocasionada por el plomo ("saturnismo"). Se calcula que aproximadamente 150 ocupaciones laborales diferentes pueden tener contacto con este metal. Siendo al mismo tiempo un ejemplo fundamental de enfermedad de origen ambiental. La mayor parte de los casos de saturnismo dependen de la absorción y almacenamiento progresivo de pequeñas cantidades de plomo, hasta que acaban alcanzándose valores tóxicos acumulándose en el cuerpo.

Numerosas y antiguas son otras fuentes de intoxicación no profesionales, casi siempre alimenticias, por uso inadvertido, o criminal, de compuestos de plomo. Intoxicaciones de este tipo incluso se produjeron con carácter epidémico como los cólicos del siglo XVI en Poiteau (Francia), y del siglo XVIII en Madrid, provocados por la presencia de plomo en harinas, vinagres, etc...o el cólico epidémico de 1923 en Bulgaria, provocada por el empleo de pimentón adulterado con minio.

El saturnismo profesional es esencialmente crónico o subagudo y con muy escasa frecuencia se presenta bajo forma aguda. Existe también un saturnismo alimentario ocasionado por la ingestión de alimentos contaminados ocasionalmente por plomo (vasijas de plomo, botes de conserva con estafío adulterado, aves y caza envasada con perdigones, etc..), que no tienen relación habitual con el saturnismo profesional, pero que deben tenerse en cuenta a título preventivo general.

Las profesiones más expuestas a este riesgo son los obreros de fábricas de pinturas y pintores, linotipistas, cerámica, fundiciones de plomo, soldadores, fontaneros, fabricación de caucho, fabricación y reparación de acu-

muladores, fabricación de papeles pintados y flores artificiales entre otras, son las más significativas. El problema de la exposición crónica se complica con los vapores resultantes de la combustión de gasolina que contiene aditivos contra el golpeteo como el tetraetila to de plomo. Estos gases y los tubos de escape contaminan no solo el aire sino también el suelo, y por lo tanto, el agua y los alimentos.

La contaminación por plomo puede ser importante sobre todo en una parte relativamente pequeña de la población y en particular en los niños, sobre todo los comprendidos entre las edades de 1 a 5 años y particularmente en los que viven en casas viejas en las que se usaron pinturas de plomo. En estudios realizados en la provincia de La Coruña (1) se deduce que la principal fuente de contaminación de las aguas potables por plomo procede de las tuberías. Además en la región gallega, las aguas son en su mayoría blandas y agresivas por lo que disuelven con mayor facilidad las tuberías de plomo.

A consecuencia de esta contaminación prácticamente ubicua, el adulto medio alberga aproximadamente 150 a 400 mgrs. de plomo corporal y tiene concentraciones sanguíneas que, en promedio, son de 25 μ grs. por 100 ml. (Goyer 1971). Valores tan bajos como 70-80 μ grs. por 100 ml., en sangre ya pueden ser causa de síntomas clínicos.

En un muestreo realizado también en La Coruña, de 308 muestras analizadas, 280 tenían una concentración de plomo considerada normal, o sea inferior a 80 μ grs/l, y las otras 22 superan esa concentración. Este porcentaje no es muy elevado, lo cual es lógico, pues la zona estudiada está en general poco contaminada por plomo y los valores altos de plomo en orina se deberán a accidentes aislados.

FISIOPATOLOGIA CLINICA

La acción tóxica del plomo tiene lugar porque la eliminación es inferior a la dosis absorbida, con lo que se produce un efecto acumulativo por fijación del exceso no eliminado en los huesos, los tejidos, médula espinal, cerebro, pelos y SRE, originándose así desórdenes clínicos anomalías biológicas y alteraciones histopatológicas variadas.

Clásicamente, en la intoxicación saturnina se han descrito 3 niveles de alteración a nivel orgánico:

El sistema hematopoyético; el S.N.C.; y los riñones:

- Cambios hematopoyéticos: tanto en la intoxicación aguda como crónica hay Anemia, que resulta de la síntesis inadecuada de Hb. Los pacientes intoxicados eliminan grandes cantidades de ácido aminolevulínico (ALA), lo cual puede ser la primera señal de que se está desarrollando la intoxicación crónica por plomo. Característica también, es la alteración de los hematies los cuales aparecen punteados (granulaciones basófilas).
- Sistema nervioso: resultan afectados tanto el cerebro como los nervios periféricos. La intoxicación saturnina puede conducir tanto en sus formas agudas como crónicas, una encefalopatía. La participación del cerebro suele manifestarse por ataxia, convulsiones, o pérdida más o menos intensa del conocimiento. Los nervios periféricos más frecuentemente lesionados son los motores que activan músculos corporales; el cambio morfológico adopta la forma de degeneración de la mielina de los cilindroejes.

Por lo tanto, los músculos extensores de la muñeca y de los dedos suelen ser los primeros y más grave

mente lesionados produciendo la característica caída de la mano y dedos: "signo de los extensores". La parálisis de los músculos peronéos de la pierna origina la caída del pie.

- Lesiones renales: suelen ser menos claras que las de los otros sistemas. Sin embargo, puede existir una disfunción tubular que se manifiesta por amino aciduria, glucosuria e hiperfosfaturia constituyendo el síndrome de Fanconi. La base de estas disfunciones parece ser una lesión que las sales de plomo provocan en la respiración de las mitocondrias, posiblemente la inhibición de una deshidrogenasa esencial para el metabolismo del ácido pirúvico y el transporte de los electrones. (Goyer y Krall, 1909).

Pueden descubrirse otras alteraciones en el saturnismo crónico como son: la formación local y precipitación del sulfuro de plomo a nivel de las encías creando el llamado "ribete de Burton". También suelen presentar a veces crisis de intenso cólico renal de etiología poco clara.

Todos estos detalles fisiopatológicos son los que van a condicionar la abigarrada clínica de la intoxicación saturnina. Clásicamente se han descrito los siguientes síntomas y signos principales:

- A.- La anemia
- B.- El ribete gingival de Burton.
- C.- Cólicos saturninos: son dolores abdominales violentos por espasmos segmentarios del intestino delgado con poca o sin diarrea.
- D.- Alteraciones vasculares: que varían desde la hipertensión arterial diastólica (por vasoespasmo) tolerada o sólo con cefalalgias, hasta la gangrena

na por arteritis y nefrosclerosis renal maligna con albuminuria.

E.- Parálisis radial periférica: causa del "signo de los extensores".

F.- Encefalopatía saturnina: la más grave con aprosexia, temblores, insomnio, cefaleas y luego epilepsia con estados de delirio y agitación. En un periodo de presaturnismo o primer periodo de impregnación plúmbica se describen signos precoces como son: la pérdida de fuerza, fatiga, trastornos del sueño, dolor de cabeza y musculares, cólicos abdominales, estreñimiento, náuseas, anorexia y posible ribete de Burton. A estos signos o síntomas reseñados pueden añadirse otros valiosos que aporta el laboratorio y cuyos valores límite pueden indicarnos una exposición excesiva profesional o ambiental.

Estas pruebas se relacionan en el siguiente cuadro:

<u>Nivel de exposición profesional</u>	Pbs µg/100 ml	Pbo µ/l	AALO mg/l	CPO µg/l.
Nula	10-20	<50	<5	<150
Ligera	15-40	<120	<10	<150
Moderada	10-70	100-200	50-200	100-300
Excesiva	> 70	<150	<100	≥200

Pbs = plomo en sangre

Pbo = plomo en orina

AALO = ac. aminolevulínico en orina

CPO = coproporfina en orina

El plomo ingresa en el organismo en forma de vapores, humo o polvo, por vía respiratoria, o por vía digestiva;

en este último caso por contaminación de alimentos por las manos, fumar cigarrillos en el ambiente de trabajo y otras manipulaciones incorrectas del producto tóxico.

Una mención particular requiere el efecto del plomo sobre los niños. Estos son los mismos que en los adultos, pero el niño puede resultar más seriamente dañado, así, un niño intoxicado con plomo que llegue a presentar encefalopatía plúmbica puede llegar a ser un retrasado mental. En un reciente trabajo en los años 1972-73 se han observado síntomas de envenenamiento por plomos en niños con niveles de plomo en sangre superiores a 60 $\mu\text{g}/100\text{ ml}$. El trabajo incluye un 23% de niños de 1-8 años de la ciudad de New York. Aumenta el número de casos con el grado de deterioro de las viviendas y la mayor exposición al plomo se correlaciona con el aumento de plomo en sangre.

El departamento de Salud y Bienestar ha estimado la intoxicación por plomo en más de 400.000 niños anuales en E.E.U.U. y 200 muertos. Entre 12 000 y 10 000 son tratados y sobreviven pero quedan efectos de retraso mental u otros daños permanentes. En España se conocen muy pocos datos de la intoxicación por plomo de los niños.

En los últimos años ha aparecido varios trabajos en los que se demuestra la correlación entre los niveles de plomo en los niños y los problemas de conducta y escolares de los mismos. Los resultados obtenidos muestran que los niños con problemas de conducta tienen altos niveles de plomo en pelo, excepto los de las escuelas rurales, pues el aire que respiran es más limpio. Concentraciones de plomo en sangre se correlacionan con problemas de conducta, excepto en escuelas que están en un ambiente más limpio.

Se considera que concentraciones de plomo superiores a 40 $\mu\text{g}/100\text{ml}$ de sangre pueden causar disminución del ren

dimiento académico en niños. De acuerdo con el "U.S. Surgeon General" 50 $\mu\text{gPb}/100\text{ml}$ en la sangre de los niños requiere un tratamiento urgente.

A continuación pasamos a exponer una breve casuística en relación con el saturnismo crónico y pacientes psiquiátricos.

—

CASO 1º

Paciente que desde hace dos años, aproximadamente, presenta episodios de crisis convulsivas nocturnas iniciadas generalmente con una pausa apneica, tras la cual comienzan las contracciones de tipo clónico, acompañadas de expulsión de espuma por la boca y aspecto cianótico al final de la crisis. Junto a este cuadro aparece una hipertensión arterial llamativa con valor diastólico de 11 mm de Hg.

Como antecedentes personales cabe destacar una marcada obesidad, que le lleva a efectuar un régimen severo tras el cual pierde 12 kg. Coincidente con este dato surge toda la sintomatología antes descrita.

El paciente había trabajado 10 años antes de la fecha de consulta como fontanero.

A la exploración presenta un "déficit de extensores", sugestivo de intoxicación por plomo. Le fue practicada una investigación de plomo en sangre y orina. Se encontraron en el Instituto Nacional de Toxicología las cifras de: 50 microgramos de Pb por 100 ml. de sangre y 97 microgramos de Pb. por litro de orina. Se le efectúa un EEG con registro normal y un exámen psicológico que ha sido concluyente en favor de un síndrome orgánico cerebral. No se apreciaba ribete gingival, ni existían molestias gastrointestinales.

A la luz de los anteriores datos, se establece el Juicio Diagnóstico de una intoxicación por plomo, el cual ha sido movilizadado suponemos, por el régimen de adelgazamiento. Instaurándose el Tratamiento con: Sales quelantes de plomo (Complecal Ibys) vía intravenosa y 2-mercap topropionil-glicina (Thiola) (Vincol forte) vía oral a

razón de 1 gramo al día.

En revisión hecha a los siete meses de iniciado el tratamiento, el paciente se encuentra subjetiva y objetivamente mejorado, habiendo desaparecido los síntomas en su totalidad e incorporado a su trabajo habitual con plena normalidad.

CASO 2º

Paciente de 46 años de edad que es ingresado en nuestro Servicio tras presentar un cuadro de temblor intenso, inquietud y alucinaciones visuales (imágenes Gulliverianas). Bebedor habitual de más de 3 litros de vino al día desde hace aproximadamente 17 años.

Cuatro días antes del ingreso presenta un episodio de dolor abdominal fuerte, vómitos y diarrea sin relación aparente con ingesta excesiva o en mal estado. Presenta a menudo convulsiones nocturnas, sin llegar a caer de la cama o perder el conocimiento.

Como antecedentes personales de interés, destaca una gastrectomía por ulcus péptico, a raíz de la cual comienza a beber. Trabajó como fontanero de los 13 a los 17 años y estos últimos cinco.

A la exploración se observa una ligera anemia hipocrómica y normocítica. Signo de los extensores positivo, así como un predominio de los músculos supinadores. Solicitada al Instituto Nacional de Toxicología una valoración de plomo en sangre y orina se nos informan unos valores de 130 microgramos de Pb por cien mililitros de sangre y 110 microgramos de Pb por litro de orina. El exámen psicológico orienta hacia un cuadro orgánico. No se apreciaba ribete gingival.

CASO 3º

Paciente de 43 años de edad, que hace tres meses presenta unos "pinchazos" en la cabeza diagnosticándosele de neuralgia del trigémino, e instaurándose tratamiento al respecto sin observarse ninguna mejoría. A los pocos días sufre un fuerte vértigo acompañado de vómitos, palidez, sudoración y pérdida de conocimiento por lo que es ingresado en un centro hospitalario, efectuándose un juicio clínico de síndrome vertiginoso vestibular con predominio del lado derecho.

Como antecedentes personales de interés, destaca el hecho de que el paciente trabaja en un garage como recepcionista estando situada su mesa de trabajo delante del módulo en que se prueban los tubos de escape. Lleva trabajando en ello 11 años.

Se solicita valoración de plomo en orina al Instituto Nacional de Toxicología dando un valor de 70 microgramos por litro de orina. Presenta a la exploración déficit de extensores, ligera hipoacusia derecha y bajo estado de ánimo.

Valorando los datos anteriores se establece el diagnóstico de intoxicación crónica por plomo, instaurándose tratamiento con Sales quelantes (Complecal Ibys) por vía intravenosa y oral.

Al mes de iniciado el tratamiento el cuadro remitió en su totalidad.

CASO 4º

Paciente de 23 años de edad que ingresa en nuestro Servicio presentando un cuadro de matiz maniaco, con pensamiento inconexo y disgregado, exhibiendo una gran hiperactividad motora y fuga de ideas.

A la exploración sintomática no se aprecia nada llamativo. No hay anemia, no hipertensión arterial, ni organomegalias. El signo de los extensores, es sin embargo positivo. Se solicita determinación de plomo en sangre y orina, obteniéndose valores de 160 microgramos por litro en orina y 80 microgramos por 100 ml de sangre.

Es diagnosticado de Psicosis exógena e intoxicación crónica por plomo, instaurándose tratamiento para ambos procesos, no pudiendo valorar todavía su evolución.

CASO 5º

Paciente de 41 años de edad, bebedor habitual desde hace 12 años, ingresa en nuestro Servicio con un diagnóstico de pre-delirium tremens, no observándose sintomatología concordante con dicho cuadro. Hace un año tiene un episodio de pérdida de conciencia sin convulsiones, ni pérdida de orina que remite a los 5 minutos. Hace diez días se repite el episodio. Destaca el hecho de que durante las noches sufre fuertes dolores de estómago acompañados de vómitos.

Como antecedentes personales llama la atención, por su posible relación etiológica, el trabajo desempeñado por el paciente; pues tras ser mecánico de la casa Barreiros

varios años, actualmente se encarga de vigilar un aparca
miento subterráneo.

A la exploración se aprecia signo de los extensores, no hipertensión arterial, ni ribete gingival, no hay anemia.

Se determina el plomo apreciándose: 65 microgramos/l de orina y 60 microgramos/100 ml de sangre.

Se inicia tratamiento con sales quelantes y Thiola.

CASO 6º

Paciente que consulta en nuestro Servicio de forma ambulatoria, por presentar, hace aproximadamente unos tres años, dolor en epigastrio, decaimiento, pérdida de apeti
to e insomnio. Todo ello acompañado de un estado de ánimo "deprimido". Al parecer el cuadro se desencadena a raíz de una operación de hernia inguinal.

Como antecedentes personales, destaca el hecho de que ha
ya trabajado durante 10 años como soldador y los últimos veinticinco en un taller dedicado a la reparación de tubos de escape.

A la exploración se aprecia: una hipertensión arterial con valores de 15/10 mm de Hg; signo de los extensores positivo; supinador dominante en flexión. No ribete de Burton; convulsiones nocturnas hace aproximadamente tres años; cefaleas de vez en cuando y cambio de carácter, notándose el propio enfermo más agresivo.

El insomnio aparece hace tres años siendo de tipo terminal. El examen psicológico orienta hacia un cuadro de características orgánicas. En el EEG se aprecian signos de irritabilidad cortical difusa. Se le practica investigación de plomo en sangre y orina, encontrándose en el Instituto Nacional de Toxicología los siguientes valores 100 microgramos/100 ml de sangre y 200 microgramos/l de orina.

Establecido el juicio diagnóstico de una intoxicación crónica por plomo, se inicia el tratamiento con sales quelantes (Complecal IbyS) vía intravenosa y thiola (Vincol compuesto) vía oral.

A la semana de instaurado el tratamiento, el paciente duerme bien encontrándose subjetivamente muy mejorado.

CASO 79

Se trata de la esposa del caso 69, la cual, durante la consulta del marido, se queja de presentar también un insomnio persistente de tipo inicial desde hace unos 6 años, así como un estado de nervios muy exaltado.

A la exploración se aprecia una tensión arterial de 14/8 mm de Hg. Signo de extensores negativo, no supinador dominante, no cefaleas ni convulsiones, sin ribete de Burton ni cólicos intestinales. Se le practica una exploración psicológica apreciándose un cuadro neurótico ansioso, que favorece la aparición de estados de ánimo depresivos. El estudio de niveles de plomo da como resultado unas cifras de 40 microgramos/100 ml de sangre y 100 microgramos/l. de orina.

Valorando globalmente el cuadro se establece un juicio diagnóstico de ligera intoxicación crónica por plomo, adquirida, suponemos, en forma inhalatoria al respirar el mismo ambiente que el marido. Se inicia tratamiento con sales quelantes y Thiola, aconsejándose la conveniencia de no compartir la misma habitación durante el tiempo que dure el tratamiento de desintoxicación.

En revisión hecha a la semana de iniciada la terapéutica, se encuentra subjetivamente mejorada.

CASO 82

Se trata de la esposa del caso 52, a la cual estudiamos tras comprobar el hallazgo del caso anterior.

A la exploración no se aprecia nada que haga sospechar en una intoxicación por plomo. Únicamente refiere dolores en región lumbar desde hace un tiempo. Se solicita determinación de plomo en sangre y orina arrojando los siguientes resultados: 75 microgramos/100 ml. en sangre y 126 microgramos/l. de orina. Cifras que comparadas con las de su marido resultan un tanto elevadas.

Se instaura tratamiento únicamente con sales quelantes, no estando todavía en condiciones de poder realizarse una valoración evolutiva.

RESUMEN:

Es evidente que dentro del amplio espectro de las llamadas enfermedades psicósomáticas, y aún de las psíquicas, existen trastornos etiquetados de esta forma, y que sin embargo tienen un correlato orgánico muy concreto.

El diagnóstico "no acertado" es fruto la mayoría de las veces de una tendencia a diagnosticar en base a una mediana estadística determinada por la relación síntoma-diagnóstico. Es pues ese "pensar" en otras posibilidades diagnósticas y etiológicas lo que puede determinar la adquisición del preciado don que es el "buen ojo clínico".

El plumbismo es una enfermedad insidiosa difícil de diagnosticar y que frecuentemente permanece sin reconocer y sin tratar. Según se recoge en la breve casuística expuesta en este trabajo, recogida durante dos años de labor en un Centro de gran cantidad de pacientes ambulatorios como el Hospital Provincial de Madrid (Servicio de Psiquiatría I Prof. López Zanón). Cabría deducir las siguientes consideraciones:

- A.- La intoxicación crónica por plomo es una patología mucho más frecuente de lo que se piensa.
- B.- No existe cuadro psiquiátrico concreto que oriente hacia su diagnóstico.
- C.- Existen síntomas típicos pero no patognomónicos, destacando de entre ellos "El signo de los extendores" como el más frecuente. El clásico ribete de Burton no es todo lo frecuente que parece deducirse de la bibliografía.
- D.- Los niños son una población de alto riesgo. Los trastornos escolares y de comportamiento deben considerarse como orientativos en poblaciones urbanas o de riesgo.

- F.- Crisis convulsivas, astenias y síndromes depresivos deben valorarse en pacientes profesionalmente expuestos.
- G.- Existe tratamiento útil y efectivo una vez diagnosticado.
- H.- Cabe la existencia de una contaminación a través del aire respirado por un intoxicado grave.
- I.- Es conveniente la valoración de plomo en sangre y orina en todo profesional expuesto con sintomatología psiquiátrica o neurológica.
- J.- El plomo acumulado en depósito puede movilizarse bajo determinadas circunstancias exógenas.

Valga pues, esta pequeña aportación para llamar la atención sobre lo que dentro de nuestra especialidad, sin entrar en escuelas de ningún tipo, puede tener de importante el conocimiento de estas manifestaciones clínicas producidas por la intoxicación crónica por plomo.

BIBLIOGRAFIA

- Medicina Preventiva e Higiene ambiental. Piedrola; Editorial Labor
- Medicina Interna. Farreras-Rozman; Ed. Salvat.
- "El plomo. Presencia y efectos. Métodos de análisis". Adela Bermejo Barrera. Publicaciones Santiago de Compostela.

Dr. Luis Ferrer Balsebre
Médico Residente en el Sanatorio Psiquiátrico
"Dr. Cabaleiro Goás"
Orense

IV JORNADAS DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA
"LA FORMACION DEL PERSONAL EN LA INSTITUCION PSIQUIATRICA"

"UN PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA"

Javier Pérez Montoto, Tiburcio Angosto Saura.
Jefes de Servicio del Hospital Psiquiátrico
Rebullón, Vigo.

JAEN, Diciembre, 1982

Hablo después de muerto
callas después de viva.
Pobres conversaciones
no expresadas ni dichas
nos llevan lo mejor
de la muerte y de la vida.

M. Hernandez

"UN PROGRAMA DE FORMACION CONTINUADA"

La ponencia recoge la experiencia de diversos ciclos de Formación Continuada llevados a cabo en el Hospital Psiquiátrico Rebullón durante los cinco últimos años.

La hemos estructurado en tres apartados:

1. Formación e Institución, a modo de reflexión teórica.
2. La experiencia del programa de Formación Continuada en el Hospital Rebullón, cronología y desarrollo histórico.
3. Análisis y conclusiones.

1. Formación e Institución

"Para hablar de formación, es primordial la serenidad", escribía en 1977 Marguerite Audras, en un artículo publicado en la Información Psiquiátrica a propósito de la formación en el sector.

Pués bien, con serenidad, permitidnos la reflexión sobre determinados elementos que configuran la institución psiquiátrica e inciden esencialmente en toda experiencia formativa.

Desde la perspectiva dinámica en que pretendemos situarnos, institución no es sino discurso, el discurso emergente en un lugar, sometido a constantes fluctuaciones entre locura y razón, mediatizado por categorías y jerar

quías. Que esta situación entraña una dialéctica de poder, parece obvio, y no por reiterado resulta desdeñable.

Por otra parte, si bien es verdad que los procedimientos coercitivos de antaño han dado paso a estereotipadas y sutiles normas, fármacos o palabras..., no es menos cierto que los nuevos métodos, inspirados en la progresiva medicalización del manicomio, instituyen e imponen el "orden médico" como patrón relacional y salvaguarda de otros u otras órdenes.

La transmisión del saber en la institución, no es ajena a estas consideraciones y se produce desde múltiples vertientes que conjugan a un tiempo, al menos tres posiciones interrelacionadas:

- a) detentan un supuesto saber y ostentan el poder (médicos),
- b) necesitan el saber para acercarse al poder (enfermeros),
- c) son el objeto del saber (pacientes).

Es sabido que la formación sólo puede venir de aquél al que se ha investido como poseedor de un saber transmisible y que la transmisión será plena en tanto en cuanto los enseñados se coloquen en posición de alumnos. Pero, todo lo interpersonal pasa por una relación imaginaria y, es ésta precisamente la que coloca a unos en posición de enseñantes y, a otros en posición de alumnos. La relación imaginaria va a colocar al profesor, al maestro en un lugar de supuesto saber, es decir, aceptándose de entrada que aquél sabe de lo que va a enseñar.

En la Institución Social, ese lugar de saber tiene que ver con lo contractual: alguien contratado por la Institución, al que se le supone que sabe la técnica que va a emplear y al mismo tiempo enseñar (recuérdese que la docencia, además de la asistencia y la investigación, era uno de los fines de los hospitales, clásicamente aceptados), exhibe su curriculum. A ese saber que se le

supone, la Institución le atribuye un poder: organizar, exigir responsabilidades en el trabajo, curar, etc. etc. Poder y saber que en una Institución de carácter social difícilmente pueden ser cuestionados.

Así pues, el saber nunca se transmite ni solo ni exclusivamente, sino que en esa relación imaginaria se transmite también parte de la ideología que ha colocado al sujeto en posición de poder y, por lo tanto, todo cuanto diga va a ser percibido y tamizado desde esa óptica del poder. A una más fuerte estructuración de las relaciones de poder, mayor dificultad para la formación.

La dialéctica del poder en la institución, imposibilita a unos situarse en posición de enseñantes y a otros en posición de alumnos. A los enseñantes, porque han sido colocados ahí por algo ajeno a la relación maestro-alumno: el contrato con la institución. A los supuestos alumnos, porque también los ha colocado en esa posición la institución, mediante la jerarquización, y aún más, para ser alumno, uno mismo tiene que aceptarse en esa posición. Los supuestos alumnos, acaban preocupándose más por el acercamiento-enfrentamiento al poder, que por conocer su posición con respecto al saber, lo que incluso lleva a considerar el abandono de esa posición de supuesto alumno como un enfrentamiento a los que detentan el poder.

En la "jerarquía del saber" (director, jefes, residentes, auxiliares, etc.), la locura de los locos, auténtico objeto del saber, estaría al final de la cadena. Al final, pero al principio, saben de su locura sin saber que saben y asisten impasibles a la dialéctica saber versus poder.

2. La experiencia del P.F.C. en el Hospital Rebullón

A finales de 1977, cuando el Hospital lleva funcionando dos años, con severas deficiencias estructurales, existe no obstante un proyecto terapéutico colectivo e ilusionado, que en muchos aspectos remite a una organización la-

boral de tipo artesanal. El equipo asistencial lo componen 5 psiquiatras, 40 auxiliares psiquiátricos y 1 asistente social; el número de pacientes hospitalizados no sobrepasaba los cincuenta y el de pacientes ambulatorios se aproximaba a los quinientos. El trabajo se desarrollaba sobre la apoyatura esencial del "gran grupo".

Del grupo emerge en distintas reuniones un sentimiento intenso y al tiempo ambiguo, de promoción, que progresivamente instrumentalizado culmina en un P.F.C., previa elección de una "comisión" que integran un psiquiatra y dos auxiliares.

El programa se estructura en base a tres niveles integrados, teórico, teórico-práctico y práctico, unos presupuestos que en síntesis eran los siguientes:

- A) Abordar la formación continuada de los profesionales comprometidos en la asistencia psiquiátrica, desde la perspectiva del Hospital moderno y con una finalidad netamente comunitaria.
- B) Realizar un programa interestamental, unitario, con máxima participación, preconizando el trabajo en grupo, la funcionalidad respecto de la praxis comunitaria, el aprovechamiento de todos los recursos inmediatos disponibles y, con un mínimo de calidad a tenor de la formación previa recibida (todos los médicos habían realizado una residencia mínima de tres años y/o habían trabajado en otros hospitales, todos los auxiliares habían realizado un curso de nueve meses programado específicamente para Rebullón).
- C) Referir el programa a una concepción de la psiquiatría fundamentalmente psico-socio-dinámica.
- D) Coordinarlo mediante la "comisión de enseñanza" antedicha, fijar una duración experimental de seis meses con una sesión semanal y realizar una evaluación

ción crítica-conjunta del mismo al término del ciclo.

Dicha evaluación se produce en junio de 1978. La comisión elabora una síntesis de lo realizado y convoca una reunión general de discusión en la que ya se insinúan algunos "problemas" significativos:

1. La esencial naturaleza coordinadora de la comisión de enseñanza, se trastoca progresivamente en protagonismo funcional.
2. Dotación económica del P.F.C. a través de un presupuesto controlado por la comisión.
3. Discrepancias respecto del contenido de la programación teórica y del equilibrio teoría-práctica, decantado hacia la teoría.
4. Disminución del número global de asistentes a las sesiones, manteniéndose sin embargo el nivel de participación y compromiso del subgrupo hegemónico (todos los médicos y aproximadamente unos doce auxiliares).
5. Retribución y/o reconocimiento del tiempo de formación como "tiempo trabajado", incluyéndolo en el horario laboral (las sesiones se celebraban fuera del horario laboral de los médicos y de dos turnos de auxiliares psiquiátricos).
6. Extensión del P.F.C. al personal no sanitario del Hospital.

Cronológicamente, se producen en este tiempo diversas modificaciones estructurales reseñables:

- a) La contratación de los primeros médicos en formación, con estatuto de becarios.
- b) Los primeros y tímidos inicios de sectorización.
- c) El crecimiento de la plantilla, del número de pacientes ingresados y en definitiva de todas las magnitudes asistenciales.

El P.F.C. se desarrolla en forma muy similar durante el segundo ciclo, 1978-79, dada de una parte la incapacidad institucional de respuesta a las cuestiones planteadas y, de otra, un persistente mimetismo operativo. La formación analítica de los médicos y excepcionalmente de algún auxiliar psiquiátrico, que se desarrolla paralelamente fuera de la institución, supone progresivamente una especie de cuña que, incrustada en la mecánica del P.F.C., monopoliza ya buena parte de los contenidos teóricos y de los intercambios coloquiales.

En octubre de 1979, parece inaplazable un replanteamiento drástico del P.F.C. cuya evolución y desarrollo durante el segundo ciclo no ha resultado satisfactoria para casi nadie. La comisión, modificada su composición en búsqueda de una mayor representatividad, elabora una encuesta "con el fin de conocer aproximadamente lo que la mayoría desea respecto al P.F.C." Sin otros comentarios, ofrecemos los datos globales más relevantes agrupados en tres categorías:

1. Participación: 74,35% de los encuestados, cuyos datos personales se resumen en:
 - 72,4% mujeres - 27,6% hombres
 - Idéntica proporción de solteros/casados
 - 72% con edades comprendidas entre 20-30 a.
 - 93% con estudios medios-superiores.

2. Profesionalización: 41,3% lleva más de dos años trabajando en psiquiatría y, aproximadamente el 69% lo hace a turnos (auxiliares psiquiátricos).
 - El 46,55% realiza otro trabajo o estudio fuera del Hospital, remunerado tan sólo en 1,72% de los casos.
 - El trabajo psiquiátrico interesa bastante-mucho al 98,26% de los encuestados, satisfaciendo en la misma dimensión al 68,94%, no explicitándose el porque en un 55% llamativo.

3. Formación Continuada:

La consideran necesaria el 94,82%
 Asisten regularmente el 62,06%
 Participan activamente el 46,50%

El bajo índice de asistencia y/o de participación, se atribuye a:

- 68,9% al horario
- 43,10% al interés y enfoque de los temas
- 46,55% a que la F.C. no es retribuida, ni recuperable, ni mejora el grado profesional.
- 32,75% a dificultades personales de expresión.
- 26,86% a otros motivos.

Respecto a la mecánica del programa, el 51,72% prefiere una frecuencia quincenal y el 34,48% semanal, con un tiempo de duración de dos horas (82,75%).

La sesión clínica es la fórmula mayoritariamente aceptada (82,75%) y le siguen la sesión cinematográfica, la mesa redonda y la charla-coloquio con porcentajes aproximados al 50%.

Sorprendentemente, un 86% de los encuestados no añaden nada al sistema utilizado hasta ahora.

Los resultados de la encuesta, ampliamente difundidos y discutidos, no se traducen en la revitalización del programa ni en su continuidad, sino más bien, prolongan su desarticulación. El tercer ciclo de Formación Continuada que se desarrolla durante los últimos meses de 1979 y 1980, supone lenta pero irreversiblemente el abandono (por agotamiento) del viejo esquema de programación unitaria-global, pero también, la aparición de al menos una alternativa parcial, el Seminario Teórico de Becarios (médicos en formación), cuyo programa es elaborado por ese colectivo de forma autónoma y cuyas sesiones son

abiertas al resto del personal sanitario.

El cuarto (1981) y el quinto ciclo (1982), contemplan la estabilización fructífera de dicho seminario (ahora, de residentes) y la aparición de sendos seminarios monográficos, "Antropología y Psiquiatría" y "Psiquiatría comunitaria versus institución psiquiátrica", que se realizan respectivamente y durante algunos meses, en cada uno de esos años. Dichos seminarios, como todas las actividades de formación esporádicas que surgen en este tiempo, continúan siendo abiertas pero registran una casi exclusiva participación de los médicos. A pesar de los múltiples intentos llevados a cabo no ha resultado posible que del colectivo de auxiliares psiquiátricos, mayoritario en todos los aspectos, surgiera una alternativa específica a la formación continuada salvo la participación importante en sendos Cursos de Psicometría realizados en este último año y en cuya organización si tomaron parte activa los auxiliares psiquiátricos.

3. Análisis y conclusiones .

No resulta fácil el análisis de los datos expuestos, dada su densidad y el largo período de tiempo transcurrido desde el inicio del P.F.C. Tampoco pretende ser exhaustivo, sino destacar aquellas circunstancias puntuales, más o menos definitivas de los "trajines" -que diría Tosqueles-, propios de la formación en una institución psiquiátrica.

Subrayar pues, el largo camino recorrido entre aquél primer presupuesto teórico esbozado al inicio del programa, netamente de acción comunitaria, hasta la que pudiera ser posición actual de aproximación y comprensión de la locura. Evolución que conlleva un distanciamiento progresivo de aquellos estamentos profesionales más proclives a la acción, a tenor de la naturaleza de su trabajo, y con una posición menos estructurada respecto al saber. El fenómeno paralelo de la "funcionarización" (obtención

en propiedad de las plazas, mediante oposición), consolidada absolutamente el status laboral y significa posiciones de saber total, lo que obviamente desnaturaliza el primitivo sentido de la formación continuada.

Algo muy similar pero a la inversa, sucede con los médicos becarios y residentes. Su situación contractual los define en posición de alumnos y como tal, juzgan insuficiente el programa establecido y reclaman fórmulas específicas para su formación, lo que les convierte en auténticos impulsores del nuevo planteamiento formativo. La demanda de estos médicos, tiene no obstante un claro destinatario, el staff médico del Hospital, obligado de esta forma a una redefinición de su posición enseñante, no ajena a la trayectoria analítica del colectivo y, que cuestiona por otra parte su posición de poder.

Ha sido mencionada ya la incapacidad institucional para resolver problemas concretos en un tiempo y espacio dados; remite exactamente al encuadre en que se produce nuestra experiencia.

Concluir, en fin, que toda experiencia de formación continuada en la institución psiquiátrica está inmersa en las relaciones de poder que hemos intentado explicitar, y que no parece viable desde esa óptica una planificación unitaria, conjunta y global, que eluda al sujeto respectivo de la misma, a su reivindicación de la formación y a su compromiso de ser enseñado.

A LA MESA DEL PARLAMENTO DE GALICIA

ANXEL GUERREIRO CARREIRAS, Diputado del Grupo Mixto formula al Gobierno Gallego, la siguiente INTERPELACION sobre la Asistencia Psiquiátrica Pública.

Es suficientemente conocida la negativa de la Seguridad Social (o INSALUD) de hacerse cargo de la Asistencia Psiquiátrica global de sus asegurados. Hasta ahora, este trabajo venia siendo prestado, con diferentes niveles de eficacia, por las Diputaciones Provinciales.

En el caso de la provincia de La Coruña, esta prestación de Servicios se viene proporcionando a través de la FUNDACION PUBLICA SANATORIO PSIQUIATRICO DE CONXO, fundación sufragada, tutelada y dependiente de la Diputación Provincial de La Coruña.

Esta Diputación, aprueba en el año 1972 el Plan Provincial de Asistencia Psiquiátrica elaborado por los Drs. Hernández Cochón y Montoya Rico. El Plan se fijaba como objetivos, procurar una asistencia precoz, continua, comprensiva y de orientación comunitaria a la totalidad de la provincia de La Coruña.

Sin perder su vigencia oficial, el plan se fue deteriorando progresivamente en estos últimos años en los que se siguió una política de inversiones públicas en grandes obras dentro del recinto del Sanatorio en perjuicio del desarrollo de los Servicios Extrahospitalarios.

La aprobación por la Diputación Provincial de La Coruña con fecha 31 de Mayo de 1980 de la "ORDENANZA FISCAL REGULADORA DE LA EXACCION DE DERECHOS", consecuencia de un largo contencioso Sanatorio Psiquiátrico de Conxo e INSALUD para que éste se haga cargo del coste de la asistencia psiquiátrica de sus asegurados y la posterior aprobación de "Normas reguladoras" de esta ordenanza por el

CONSEJO DE GOBIERNO DE LA FUNDACION, en su reunión de 23 de Abril de 1982 (que entrarán en vigor el próximo 15 de mayo de 1982), viene a agravar aquel proceso de deterioro asistencial que señalábamos. Hasta el punto que su aplicación, conllevará la cesación de prestación de Servicios de Asistencia Psiquiátrica a la totalidad de la población de La Coruña, con la excepción de los pertenecientes a la Beneficencia a los que no puede abandonar por Ley.

Este Consejo de Gobierno está compuesto en su mayoría por Diputados Provinciales elegidos en el seno de la propia Diputación Provincial, y está asumiendo funciones que son competencia de la Junta de Gobierno (en contra de la opinión de ésta) según Real Decreto 2082/78 de 25 de Agosto de 1978.

De esta manera, la provincia de La Coruña pierde los únicos servicios de Asistencia Pública a los que tiene derecho y puede suponer en la práctica una privatización forzosa de la Psiquiatría.

Por todo ello hacemos al Gobierno de Galicia la siguiente interpelación:

¿Piensa la Xunta de Galicia hacer gestiones para la no entrada en vigor de las Normas antes nombradas, mientras no se resuelva el conflicto administrativo que subyace y no se dispongan las medidas necesarias para conseguir la integración de la Asistencia Psiquiátrica Pública dentro de la Red Sanitaria General?

¿De qué manera piensa intervenir la Xunta de Galicia delante de la Diputación Provincial de La Coruña para evitar el grave perjuicio que la entrada en vigor de estas medidas ocasionaría a la población de La Coruña?

¿Piensa la Xunta intervenir como mediador en el conflicto planteado entre la Fundación Pública Sanatorio Psiquiátrico de Conxo y el INSALUD, con objeto de buscar una solución satisfactoria?

¿Cuales son los planes futuros que tiene la Xunta con respecto a la Asistencia Psiquiátrica Pública en Galicia?

Santiago de Compostela, 11 de Mayo de 1982

Fdo. Anxel Guerreiro Carreiras
Deputado e Portavoz do G. P. Mixto

PREGUNTA AL GOBIERNO GALLEGO SOBRE HOSPITALIZACION
PSIQUIATRICA DE LOS BENEFICIARIOS DE LA ASISTENCIA MEDICA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL REINTEGRO DE LOS GASTOS CAUSA
DOS.

SR. PRESIDENTE DE LA MESA DEL PARLAMENTO DE GALICIA

EL Diputado CAMILO NOGUEIRA ROMAN integrado en el GRUPO
PARLAMENTARIO MIXTO, haciendo uso de los derechos que le
otorgan las normas provisionales reglamentarias del Par-
lamento realiza la siguiente pregunta al Gobierno Gallego:

PREGUNTA

De acuerdo con la legislación vigente, todo beneficiario
de la "cartilla" de asistencia sanitaria de la Seguridad
Social tiene derecho a ser atendido médicamente por es-
pecialistas en Psiquiatría, y a recibir el tratamiento
necesario tanto en régimen ambulatorio como hospitalario.

Este derecho se deduce del reconocimiento específico que
hay de la especialidad de Neuropsiquiatría en la regula-
ción de la organización funcional de la asistencia médi-
ca (artículos 28 y siguientes del Decreto 2766/196 de 16
de noviembre), así como de las modalidades de la presta-
ción de la asistencia en régimen de internamiento, bien
en instituciones propias de la Seguridad Social o median-
te concierto económico en aplicación del principio de
coordinación hospitalaria (artículos 103 y 104 de la Ley
General de la Seguridad Social).

En la práctica, los enfermos son atendidos por psiquiatras
en consulta ambulatoria, pero la Seguridad Social no dis-
pone de centros especializados para el internamiento de
estos enfermos y, por razones que desconocemos, no quie-
re hacer uso de la facultad legal de tener conciertos
económicos con los centros psiquiátricos públicos y pri-

vados que existen en Galicia.

Cuando un enfermo requiere tratamiento psiquiátrico en régimen hospitalario en Centro especializado, se ve obligado a ingresar como enfermo privado, exigiendósele una provisión de fondos, teniendo además que soportar los gastos de internamiento, tanto en el aspecto médico-farmacéutico como de pensión.

Después, si tiene la suerte de estar bien informado, puede iniciar un lento y complicado procedimiento para reclamar el reintegro de los gastos, al INSALUD, pues este organismo se niega sistemáticamente a su pago, y, finalmente, tras una negativa reiterada (hay una primera fase llamada de petición previa, y una segunda de reclamación previa), tiene que plantear una demanda ante la Magistratura de Trabajo correspondiente, obteniendo, si reúne una serie de condiciones, una sentencia favorable que, en el supuesto de no sufrir un recurso (cosa que el INSALUD hace sistemáticamente cuando el reintegro supera las 100.000 ptas.) le será pagado a los dos o tres meses de haber sido notificada, con lo que pasa más de un año entre la producción de los gastos y la recuperación de su importe, tiempo que no da derecho a ningún tipo de interés compensatorio, ni a ninguna indemnización por los gastos producidos en la tramitación del expediente. Entre las condiciones exigidas (notificación del internamiento a INSALUD, presentación de facturas, etc.) para la recuperación de los gastos originarios por el internamiento a esta la de que tal internamiento fuese previsto por el psiquiatra de la Seguridad Social, y que tuviera el carácter de urgente. Tal exigencia se hace para no dar lugar a dudas de que el enfermo elija caprichosamente la medicina privada en el nombramiento del internamiento, habiéndolo hecho así por no disponer la Seguridad Social en ese momento del centro adecuado.

Pues bien, refiriéndose concretamente a la Magistratura de Trabajo de Vigo, son muchas las demandas de reintegro de gastos hospitalarios psiquiátricos.

Pretendiendo poner fin a esta situación, en la provincia de Pontevedra al INSALUD está enviando cartas a todos los psiquiatras prohibiéndoles extiendan el "Parte de consulta y hospitalización" (modelo P.10) por el que prescriben a los asegurados a conveniencia del internamiento urgente en un centro especializado.

Al margen de que tal prohibición suponga una intromisión en la forma de ejercer la medicina, lo cierto es que supone un fraude al asegurado, al que no sólo se le niega un servicio como el de internamiento automático en un Centro de la Seguridad Social, sino que, además se le impide lograr uno de los medios lógicos y necesarios para hacer prosperar su reclamación de reintegro de gastos: la demostración de que no se trata de un internamiento caprichoso ni prescrito por un facultativo privado, sino prescrito por su propio especialista de la Seguridad Social.

Ante esta situación referente al doloroso problema social del tratamiento por parte de la Seguridad Social de las enfermedades psiquiátricas y teniendo en cuenta las competencias de Autogobierno en esta materia perteneciente a Galicia, tal como consta en el Artículo 33 del Estatuto de Autonomía, se pide al Gobierno Gallego contestación a las siguientes preguntas.

¿Asumió el Gobierno Gallego las competencias que le corresponden en lo referente al INSALUD en cumplimiento del Estatuto de Autonomía de Galicia?

¿Conoce el Gobierno Gallego la anómala situación descrita en la anterior exposición de motivos? ¿Sabe quién es el responsable de las directrices ilegales citadas? ¿Pien^sa corregir esas irregularidades?

¿Está dispuesto el Gobierno Gallego a garantizar la asistencia psiquiátrica de nuestros enfermos por parte de la Seguridad Social?

¿Reconoce efectivamente el Gobierno Gallego que la búsqueda del bienestar y de la salud, en especial en caso de la salud psiquiátrica, de los gallegos y gallegas constituye una de las funciones públicas esenciales, que no puede ser abandonada ni puesta en cuestión por razones pequeñas y contrarias al interés de la inmensa mayoría de los ciudadanos?

Santiago, 6 de Junio de 1982

Fdo.: Camilo Nogueira Román
Diputado

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERIA DE SANIDADE
Santiago de Compostela

RESPUESTA A LA INTERPELACION Nº 332 PUBLICADA EN EL B.O. DEL PARLAMENTO DE GALICIA Nº 26 DE 12 DE AGOSTO Y PRESENTADA POR EL PARLAMENTARIO D. ANXEL GUERREIRO CARREIRAS; Y RESPUESTA, IGUALMENTE, A LA PREGUNTA Nº 426 FORMULADA POR EL PARLAMENTARIO D. CAMILO NOGUEIRA ROMAN Y PUBLICADA EN EL BOLETIN OFICIAL CITADO, QUE SE TRAMITAN POR ESCRITO, EN VIRTUD DE ACUERDO DE LA MESA DEL PARLAMENTO DE GALICIA, DANDO CUMPLIMIENTO A LO DISPUESTO EN LOS ARTICULOS 149.3 y 156.3, RESPECTIVAMENTE, DE SU REGLAMENTO REGULADOR DE 1 DE JUNIO DE 1982.

En razón a la analogía de sus contenidos en cuanto a las cuestiones planteadas en ambos, he considerado oportuno contestar conjuntamente a la INTERPELACION formulada por el Diputado y Portavoz del Grupo Mixto, D. Anxel Guerreiro Carreiras y a la PREGUNTA formulada por el Diputado del Grupo Mixto D. Camilo Nogueira Román, ambas referentes a la Asistencia Psiquiátrica Pública.

Dada la importancia de las cuestiones planteadas, se considera necesario hacer una exposición de la filosofía de la Consellería de Sanidad en este importante campo sanitario de la Salud Mental.

La Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia es consciente de la importancia de la Salud Mental dentro del marco de la Salud Pública y, en este sentido, la tiene en cuenta ocupando uno de los primeros puestos en su escala de prioridades.

Nos proponemos pues, elaborar, en el más corto plazo posible, unos Planes encaminados a mejorar la Salud Mental en nuestra Comunidad Autónoma con programas dirigidos hacia las tres vertientes sanitarias:

Reducir la incidencia de los trastornos mentales (Prevención Primaria), la duración de estos trastornos por medio de una Asistencia Psiquiátrica precoz, continua, comprensiva y de orientación comunitaria (Prevención Secundaria) y de los déficits que puedan quedar de dichos trastornos (prevención terciaria).

Pero también somos conscientes de una serie de hechos y de realidades cuya vigencia dificulta notablemente nuestra andadura en este sentido y nos obliga a ser muy cautos a la hora de planificar para evitar dar pasos en falso; entre estas realidades debemos destacar:

1º.- La injusta discriminación que la Asistencia Psiquiátrica viene sufriendo con respecto a las demás Especialidades Médicas en el marco de la Seguridad Social (INSA LUD) sobre todo en cuanto a la Hospitalización Psiquiátrica se refiere.

2º.- La complejidad de la problemática con una psiquiatría en continua evolución que hace que sean cuestionados en la actualidad planteamientos que eran válidos incluso hace diez años.

3º.- Los grandes costes económicos que un planteamiento Asistencial Psiquiátrico Integral supone, que es uno de los factores que, a nuestro juicio ha condicionado que, hasta ahora la Administración Central haya avanzado muy poco en este sentido, a pesar de habersele propuesto en innumerables ocasiones ante la continua demanda de los profesionales en la materia y de la población en general.

4º.- Que la Hospitalización Psiquiátrica se considera hoy un mal (aunque a veces necesario) y que si ésta se produce ha de ser breve y no invalidante debiendo realizarse preferentemente en el mismo marco de la Red Hospitalaria General.

5º.- Que la Seguridad Social (INSALUD) no contempla la Hospitalización Psiquiátrica entre sus Prestaciones Sanitarias y ni siquiera en su Organización Funcional de la Asistencia Médica considera a la especialidad de Psiquiatría a la que incluye en sus Ambulatorios en la inexistente especialidad de "Neuropsiquiatría", englobando dos especialidades distintas, Psiquiatría y Neurología, lo que supone que los profesionales que la desempeñasen deben poseer ambas especialidades o en su defecto revertir una deficiente atención al paciente en cualquiera de las mismas, dificultad que, en esta doble consulta, se incrementa por el gran número de pacientes que demandan asistencia.

6º.- Que una Legislación anacrónica vigente prevee que las Hospitalizaciones Psiquiátricas deben de correr a cargo de las Diputaciones Provinciales, pero hay que tener en cuenta que dicha Legislación hacía referencia a los tristemente célebres "Manicomios" cuya finalidad era mucho más asilar que de auténtica curación y rehabilitación. No obstante, no debemos olvidar que las Diputaciones disponen de una serie de recursos que les son atribuidos como consecuencia de sus obligaciones, entre ellas la asistencia psiquiátrica.

A todas estas consideraciones debo añadir, teniendo en cuenta que en la interpelación del Diputado D. Anxel Guerreiro Carreiras se me menciona expresamente, que mi preocupación personal por esa problemática viene reflejada a lo largo de mi trayectoria como profesional de la Sanidad; desde mi cargo técnico como responsable de la Sanidad de La Coruña, habiendo contribuido activamente a la puesta en marcha del Plan Provincial de Asistencia Psiquiátrica de la provincia de La Coruña que, desde la Diputación Provincial, a través de la Fundación Pública del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo, suponía un cambio total en la concepción del problema de la Asistencia Psiquiátrica encaminándola hacia una asistencia precoz,

continua, comprensiva y de orientación comunitaria.

Desde este mismo cargo, ponderando la creciente importancia de la Psiquiatría Extrahospitalaria, propicié, en colaboración con el P.A.N.A.P. hoy integrado en la A.I.S. N.A., la creación del Centro de Diagnóstico de Psiquiatría Infanto-Juvenil y del Centro de Salud Mental de La Coruña, que hoy, con los escasos medios económicos y de personal de que dispone, se ha convertido en uno de los pocos Servicios específicos de Alcoholismo, en los campos Epidemiológicos, de Prevención y Asistenciales existentes en Galicia y al cual acuden pacientes de las 4 provincias gallegas e incluso de otras provincias vecinas, pacientes que son atendidos de una forma totalmente gratuita (en contra incluso de las Ordenanzas Vigentes), sin ningún tipo de discriminación y sin exigencia de ningún tipo de volante, cartilla, etc. y sin plantear ningún tipo de contencioso con nadie.

A través de este Servicio se han creado las dos Asociaciones de Ex-alcohólicos hoy existentes en la provincia (La Coruña y El Ferrol) y cuya eficacia en el campo sanitario de la prevención nadie puede poner en duda.

Igualmente hemos colaborado activamente con la Asociación Ciudadana de la Lucha contra la Droga de La Coruña, de la que formo parte, que ha fructificado en la creación del primer Centro Asistencial de Drogodependencia de Galicia, cuyo funcionamiento y eficacia está en continuo auge afrontando la más moderna y novedosa parcela de la Psiquiatría, dentro de un marco interdisciplinar.

Después de este preámbulo, que ha podido resultar excesivamente largo, pasamos a contestar más concretamente a las cuestiones planteadas:

En primer lugar, el INSALUD no ha sido todavía transferido y, por tanto, la Xunta no tiene protagonismo alguno en los contenciosos y controversias que, hasta la fecha

haya podido tener este Organismo con otros provinciales como es el caso de las Diputaciones. No es propósito ni competencia de esta Consellería, ni de la Xunta de Galicia apoyar ninguna de las posturas contrapuestas que hasta ahora hayan podido surgir entre el INSALUD, Sanatorio Psiquiátrico de Conxo, Diputaciones y otras entidades asistenciales públicas o privadas, ni determinar quién o quiénes son los responsables de las mismas, pero lo que ni la Consellería ni la Xunta están dispuestos a admitir y harán todo lo que esté en su mano por evitar, es que las consecuencias de estas discrepancias administrativas reviertan en el empeoramiento de la ya de por sí deteriorada asistencia psiquiátrica de los gallegos, sean o no beneficiarios de la Seguridad Social.

En cuanto al conflicto concreto a que se hace referencia entre la Fundación Pública Sanatorio Psiquiátrico de Conxo y el INSALUD, esta Consellería ha seguido el mismo haciendo diversas gestiones con ambas partes para evitar las dificultades en la asistencia a que esta situación estaba abocada a dar lugar.

A la vista de lo anteriormente expuesto, queda perfectamente claro que es intención de la Xunta y del Gobierno Autónomo hacer desaparecer en el más corto plazo posible, la situación discriminatoria que sufre la Psiquiatría en el marco de la Seguridad Social, así como es meta nuestra que Galicia llégue a disponer pronto de unos dispositivos preventivos y asistenciales en esta materia que, siguiendo directrices actualizadas y eficaces, abarquen las necesidades de toda la población gallega.

JOSE MARIA HERNANDO COCHON
CONSELLEIRO DE SANIDAD

FORMAS ACTUALES DE LA NEUROSIS F. ALONSO FERNANDEZ
 Editorial PIRAMIDE

Intentando leer este libro recordaba aquella clasificación de una Enciclopedia China que Borges hace aparecer en "El idioma analítico de John Wilkins". Los animales se clasificarían en: a) pertenecientes al Emperador, b) embalsamados, c) amaestrados, d) lechones, e) sirenas, f) Fabulosos, g) perros sueltos, h) incluidos en esta clasificación, i) que se agitan como locos, j) innumera**bles**, k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de **ca**mello, etc. Toda clasificación exige la obligada referencia a categorías fijadas de antemano o bien corresponde, como en la Enciclopedia China, a la desmedida arbitrariedad del poder imperial.

A este libro de Alonso le falta esqueleto, es decir, teoría. Es una ausencia que se hace sentir en alguno de sus trabajos anteriores del mismo modo que en multitud de trabajos de la Psiquiatría de hoy que equiparan con cierta ligereza, las teorías con categorías firmemente establecidas, al dogmatismo o reduccionismo del campo de los fenómenos a estudiar.

Hace muchos años Heisemberg discutiendo con Einstein, defendía la opinión de que las teorías sólo se pueden construir con los datos observables. Einstein que había defendido anteriormente opiniones semejantes afirmaba lo contrario: "Es la teoría la que determina lo que podemos observar".

Sin teoría ocurre como en el libro de Alonso donde la abundancia de citas y datos en ocasiones desmesurada, no se ordena en relación a ninguna categoría, sino en agrupaciones de rasgos o imperaciones de criterios. Se recoge todo tipo de datos de diferentes procedencias sin englobarlos en un marco teórico de rango superior con lo que el resultado no puede ser otro que el "pluralismo" etio-

patogénico, epidemiológico o terapéutico. El libro es pues, una "enumeración" de actitudes, estructuras neuróticas básicas, tipos o rasgos sin jerarquía entre ellos, y cuya presencia pura o mezclada definirá la nosología en base a la mayor o menor coloración del tipo básico presente. No es fácil encontrar un concepto preciso de lo que el autor entiende por Neurosis, pero abunda en variadas clasificaciones y límites nosológicos de todo tipo. La consecuencia es la dificultad de su resumen lo que hace necesaria la lectura pormenorizada para aquellos interesados en este tipo de enfoques.

S.L.C.

LIBROS"FOLIES HYSTERIQUES ET PSYCHOSES DISOCIATIVES"

JEAN CLAUDE MALEVAL (PAYOT, 1981)

Este libro trata de un escamoteo y de su retorno como problema en la clínica psiquiátrica y analítica actual. Lo escamoteado, serían todos aquellos trastornos graves de la Histeria, que no sin reticencias podrían agruparse bajo la rúbrica de "Psicosis Históricas".

En efecto: es sabido que en la Histeria de antaño, eran habituales los delirios, alucinaciones o confusiones, pa tología que según Maleval, es arrebatada al campo de las Neurosis en los veinte primeros años de este siglo o in tegrada en el concepto Bleuleriano de Esquizofrenia, mucho más amplio por aquel entonces que en la actualidad.

Lo que Maleval plantea en su libro, es que habría dos ti pos de "locuras": uno de estos grupos de pa tología delirante-alucinatória correspondería a la "Folie Hystérique" mientras que el otro estaría constituido por las Psicosis Disociativas (entendiendo este término en su acepción francesa, es decir, las esquizofrenias).

Dada uno de estos grupos que hoy aparecen confundidos en la clínica contemporánea, obedecería a di ferentes y presentaría cuadros clínicos y pronósticos también di ferentes.

Así, las Psicosis Disociativas obedecerían al mecanismo de la "forclusión del Nombre-del-Padre". En las Histerias sería la proyección delirante secundaria a la imposibilidad de la represión, lo que debe ser invocado.

Si en las disociativas es la aparición de un Padre en posición de tercero en alguna relación que tenga por base la pareja imaginaria, lo que desencadena el episodio

psicótico, en las Histerias sería un acontecimiento traumático a menudo sexual que reactiva elementos edipianos el responsable.

En el psicótico, el fallo de su acceso a lo simbólico por la forclusión de la metáfora paterna, lo priva de ese cierto número de puntos de unión fundamentales entre el significante y el significado, imprescindibles para que la actividad lingüística no sea un incesante proceso de derivación, sin pivot ni eje representable. Este déficit simbólico, se traduce en una desestructuración de la cadena significante, que se manifiesta en:

- palabras cortadas-asociaciones por asonancia-ausencia de algunos términos en las frases-sintáxis o giros particulares neologismos y "ritornellos" que sólo remiten a sí mismo y no a cualquier otra significación.

En el delirio histérico, no se asiste por el contrario, a un déficit simbólico, sino a una exuberancia de lo imaginario que no alcanza a los fundamentos del Parletre. Así:

La sintáxis está respetada - no faltan palabras en la frase - no están mutiladas - los neologismos reenvían a otras significaciones que el paciente puede incluso explicitar.

El Delirio Psicótico es una desestructuración de la cadena significante. El Histérico, un "bouleversement" de la significación, un delirio metafórico funcionando como castración imaginaria organizada por la represión y la proyección delirante y en la cual la identificación al sexo opuesto es discernible. Una realidad insistente colusionando con los fantasmas edípicos puede hacer fracasar la represión y dejar como única posibilidad la proyección delirante que se desarrollará metafóricamente, integrada en las asociaciones del sujeto.

En las Psicosis disociativas hay una deriva metonímica

de la cadena significativa suscitada por el vacío forclusivo, lo que priva al delirio también de la significación fálica que siempre encontraremos en los histéricos.

Maleval intenta con estas diferenciaciones así esquemáticamente resumidas, dar cuenta del sorprendente fenómeno de los contradictorios resultados del abordaje psicoanalítico de los psicóticos. M. Mannoni parece "curarlos a todos", dice... Para Miller sería lo contrario.

La transferencia, impensable sin que tome su punto de partida en el Sujeto-supuesto-saber, sería "imposible" en las P. disociativas por la deriva metonímica, y "masiva" en las histéricas. Los diferentes resultados tendrían pues que ver con la diferenciación o selección clínica de los pacientes.

Es libro de obligada lectura.

S.L.

INDICE: I. Clinique: Le delire hystérique n'est pas un delire dissocié
 Pour une rehabilitation de la folie hystérique
 * Hystérie et psychose infanto/juveniles
 La destruction de l'image du corps dans les neuroses et les psychoses
 Historique: L'escamotage de la folie hystérique
 A la recherche du concept de psychose
 Schizofrenie et folie hystérique.

Ficha crítica del libro:

LA QUIMIOTERAPIA EN PSIQUIATRIA

de ROSS J. BALDESSARINI

Fondo de Cultura Económica, México, 1981. 220 pág.

Libro elaborado con los datos y opiniones recogidas en torno al tema de la psicofarmacología, en un seminario impartido en el Hospital General de Massachusetts, entre los años 1909 y 1977, y dirigido a médicos residentes en psiquiatría y a especialistas. Porque está confeccionado por un clínico, que explicaba a clínicos, es por lo que estilo y contenido nos aparecen como familiares y útiles. El título viene a decirnos que es algo de lo que dispone el psiquiatra para su práctica, no de lo único que dispone.

El libro cuenta con un índice de cuadros, figuras y analítico y con bibliografía presumiblemente completa (28 págs.). Su cuerpo se distribuye en seis capítulos, así:

Un primer capítulo de introducción, en dónde se nos habla del giro de la práctica psiquiátrica a partir de la incorporación de los tratamientos farmacológicos, tras descubrimientos como la clorpromazina y los antidepresivos tricíclicos. Nos advierte los "trucos" que pueden tener las informaciones de los "nuevos fármacos", la manipulación de estudios... Su justa importancia a la historia y escepticismo sabio ante lo nuevo.

Los cuatro capítulos que siguen son los propios del libro: Agentes antipsicóticos, sales de litio, agentes antidepresivos, medicamentos ansiolíticos. En cada uno se revisa la farmacología (anotaciones reducidas, omitiendo teorías y discusiones farmacológicas sin conclusiones clínicas) y dedica más espacio a la explicación del empleo clínico, toxicidad, efectos secundarios, pautas, dosis....

Un último capítulo de temas especiales viene a dar luz a cuestiones sobre tratamientos en niños, ancianos, pacientes externos y en el escribe sobre dos puntos de gran importancia: simplificación y objetividad en la quimioterapia, que vienen a ser como la nota de sentido común que falta a veces, diciéndonos cosas tan obvias como "¿por qué añadir un antidepresivo a un paciente esquizofrénico que aparece una mañana como deprimido?".

En conclusión: un libro hecho de recomendaciones útiles para andar por la clínica psiquiátrica.

Dra. E. Guerra

NUEVA FILOSOFIA DE LA NATURALEZA DEL HOMBRE

O. SABUCO DE NANTES

Editora NACIONAL

Este libro fue escrito en 1587 por Oliva Sabuco o quizás por su propio padre. Si puede parecer sorprendente su comentario en esta sección, un breve repaso a algunos capítulos de su índice desvelará su interés:

"Del enojo y del pesar. Declara que este efecto del alma es el principal enemigo de la naturaleza humana y acarrea muertes y enfermedades a los hombres". "Del enojo falso. Avisa que el enojo falso o imaginado mata como el verdadero". "De la ira y su remedio la insinuación retórica". "De la tristeza. Aviso de los daños y muertes que acarrea". "Del afecto de amor y deseo. Avisa que este afecto mata y hace diversas operaciones". "Afecto de amor a su semejante. Avisa que este afecto empleado en los hijos da salud al hombre". "De la imaginación la cual hace lo mismo que la verdad". "Del microcosmo que dice mundo pequeño que es el hombre". "Del gran calor y aire que nos cercan que llaman ambiente". "De las mudanzas que hace el decremento en el hombre". etc...

Al editor Atilano Martínez no se le escapan las semejanzas entre muchas de las observaciones del libro y las teorías psicológicas modernas que va anotando a pié de página. Con todo, lo más hermoso del libro es el reencuentro con un lenguaje de cuya belleza dan cuenta algunos de los títulos de los capítulos citados anteriormente. Es un libro que no desmerece en absoluto con la "Anatomía de la Melancolía" de Burton, al que supera por su ligereza y por la modernidad de sus tesis a pesar de ser rarísimamente citado, al contrario del libro de Burton publicado años más tarde.

S.L.

NOTICIASCorrespondencia:

Toda la correspondencia relacionada con INTER/NOS debe dirigirse como ya se señalaba en el número cero al Apartado de Correos nº 977 de VIGO, y a nombre de INTER/NOS o de J.M. García de la Villa.

Convocatoria:

Se convoca para el sábado 14 de Mayo a las 5 de la tarde en el Hospital P.P. Rebullón a todos los profesionales de la Psiquiatría Pública Gallega al objeto de nombrar a los miembros que han de formar la Redacción de INTER/NOS, los corresponsales y los primeros colaboradores.

Docencia:

Estando esta revista interesada en publicar actividades docentes, principalmente abiertas, de los diversos centros y entidades, se ruega el envío de los correspondientes programas con la máxima antelación.

INTER DOS

№ 3

INVIERNO

1964

*Boletín de
Psiquiatría Pública Gallega*



1.- EDITORIAL

2.- ESTUDIO: "El Edipo, El Otro, ese desconocido; Las Residencias, El Deseo y La Muerte; El fin del Análisis", Dr. A. Seoane-Pampín.

"En torno al cuento del Flautista de Hamelin", Dr^a. B. Guerra.

"El concepto de Actitud Interna en la Antropología Comprensiva", Dr. E. Ferrer.

3.- ASISTENCIA: "Reflexiones sobre la intervención en Crisis en la Visita Domiciliaria", Drs. T. Angosto, M. García y J. P. Montoto.

4.- LIBROS: "Introducción a la Terapéutica Institucional", J. Chauzaud.

"Abordaje psicoterapéutico sobre la psicosis", A. Yauria.

"Jacques Lacan. La irrupción del Psicoanálisis en Francia", Sherry Thurle.

"Psicofarmacología psicodinámica", Julio Moizeszowicz.

SUMARIO

VG-240-82

EDITORIAL

Lentamente, tan lentamente que la moción es casi invisible, - tanto, que parece que no nos movemos - pasan los años, los desgranados días: Pasa el tiempo y pasan pocas cosas.

De lo que pasa, queda únicamente el fortuito encuentro, la fugaz salutación - ocasión: cátedra Lafora - Mira o bien encuentros "versus" relaciones con la Xunta, verbigracia - para volver al circunscrito ámbito de nuestras peculiares y domésticas preocupaciones y esfuerzos.

Y la disarmonía de los niveles: Coruña, Orense, Lugo, Pontevedra y Santiago.

Y Madrid.

¿O viceversa?.

INSALUD/ADINSAN, Diputaciones. Y el nivel Facultad/no facultad; y "lo privado"...

La niebla es grande, las luces pocas: acaso la embrionaria Asociación Gallega de Trabajadores de la Salud Mental pueda contribuir a coagular tanta liquidez desperdiciada, ya que en lo individual puede ser constatado que seguimos ocupando nuestro hueco en la vida, nuestro discurrir: lo que acaso ya es mérito, sin más.

Pisando este dudoso 1984, una esperanza nos proteja: la pública confesión que cada uno de nosotros ha verosímelmente hecho de que todo puede mejorarse.

Inter/nos, que seamos testigos.

Enero 1984

EL EDIPO

EL OTRO, ESE DESCONOCIDO

LAS RESIDENCIAS

EL DESEO Y LA MUERTE

EL FIN DEL ANALISIS

El Emperador -según dicen- te ha mandado a ti, el solitario, el más miserable de sus súbditos, la sombra que ha huido a la más distante lejanía, insignificante ante el sol imperial, precisamente a ti, el Emperador te ha enviado un mensaje desde su lecho de muerte. Mandó arrodillar al mensajero desde su lecho de muerte, y le comunicó el mensaje, al oído, en voz baja; le parecía tan improtante que se lo hizo repetir en su propia oído. Asintiendo con la cabeza, confirmó la exactitud de la repetición. Y ante la multitud congregada para contemplar su muerte (todas las paredes que impedían la vista habían sido derribadas, y sobre la ancha y alta curva de la escalinata estaban formados en círculo los grandes de imperio), delante de todos, ordenó al mensajero que se pusiera en camino.

El mensajero partió al instante; es un hombre vigoroso e incansable; estirando bieneste brazo, bien el otro, ábrese paso entre la multitud; si tropieza con un obstáculo, se hace sobre el pecho el signo del sol; avanza mucho más rápidamente que ningún otro. Pero la muchedumbre es inmensa; sus alojamientos no tienen fin. Si frente a él se extendiera el campo libre, de qué modo volaría, que pronto escucharías el famoso sonido de sus puños contra tu puerta. Pero, por el contrario, cuán vanos son sus esfuerzos; aún está abriéndose paso por entre las cámaras del palacio central. No acabará de atravesarlas jamás y, en el supuesto de que terminara de atravesarlas, poco habría adelantado; aún debería esforzarse para bajar las escaleras; y de lograrlo, no habría adelantado demasiado: debería cruzar los patios; y tras de los patios el segundo palacio que los rodea; y de nuevo las escaleras y los patios; y otra vez un palacio; y así por miles de años. Y cuando, por último, atravesara la última puerta (pero esto jamás, jamás puede ocurrir), aún le faltaría cruzar la capital, el centro del mundo, donde sus deseos se amontonan de una manera asombrosa. Nadie se podría abrir paso a través de ella, y menos aún con el mensaje de un muerto. Tú, sin embargo, te sientas junto a tu ventana, y te lo imaginas cuando cae la noche.

FRANZ KAFKA

NOTA: Antonio Seoane-Pampin Montenegro ha retitulado este artículo de Kafka, originalmente llamado "El Mensaje Imperial"

EN TORNO AL CUENTO DE FLAUTISTA DE HAMELIN

B. Guerra (x)

"Estos son en verdad los pensamientos de todos los hombres en todas las épocas y países: no son originales míos.

Si son tan suyos como míos, son nada o casi nada, si no son el enigma y la solución del enigma, son nada, si no son tan cercanos como lejanos, son nada."

(Walt Whitman. "Hojas de hierba")

RESUMEN:

Revisión de concepto freudiano se lo "siniestro" y apoyo de este y otros términos de psiquiatría dinámica en el cuento del Flautista de Hamelin.

PALABRAS CLAVE:

Siniestro, castración, temporalidad, cuento, mito, narcisismo, cuerpo fragmentado, imagen especular, ambivalencia, comida totemica.

1

No es habitual que nos pongamos a revisar las teorías y conceptos en que apoyamos nuestra concepción del universo, cuando nos tropezamos con algún relato de tinte siniestro. Entendiendo lo siniestro en sentido freudiano, algo así como "aquella suerte de espantoso que afecta las cosas conocidas y familiares desde tiempo atrás" (1). Ese "espantoso" que Freud dice puede venir representado por angustias y fobias comunes, pero en último término siempre puede reducirse a un temor: la castración. La castración es tanto pérdida de la integridad del ser (2), (3). El miedo a la muerte, a la locura, al maleficio y al poder, no son más que lecturas de un único texto: el temor a la fragmentación, a dejar de ser tal como se cree ser.

La sensación inquietante, que nos produce ese contenido siniestro, es lo que determina el nacimiento de la teoría; discurso que sirve para explicar porqué esa inquietud, y que, por ende, disminuye la tensión creada. Es por esto que, cada vez que miramos "lo espantoso", nos apresuramos a revisar la teoría aprehendida, con objeto de explicar eso que nos llama la atención y que va a corroborar lo útil de nuestro sistema interpretativo.

De siniestro califico el contenido de una canción (4) que me sirve para revisar conceptos como: temporalidad, ambivalente, castración, apoyo y narcisismo.

La ventaja de revisar conceptos desde una historia es que estos quedan engarzados por la trama argumental y, en conjunto, resultan más fáciles de entender.

Lo siniestro es un problema-tipo a través del que nos hacemos más fácilmente con lo abstracto de la formulación científica.

2

El tema de la canción de que hablo está relacionado con el viejo cuento del Flautista de Hamelin. Es ésta su letra:

"Erase un hombre pegado a una flauta/ con un solo pie para andar
día tras día buscaba una esquina/ y la convertía en hogar/ con
un cartel extendido a sus pies/ donde hablaba de la soledad/
Erase un hombre de pocas palabras/ vestido con un viejo frac.../
No serás nunca el Flautista de Hamelin/ no irán los niños
ni las ratas tras de ti...(estribillo)

Era la flauta de un hueso sacada/ parecía de marfil/ con una fle-
cha en la punta grabada/ de algo que habla de Madrid/ de alguna
apuesta al bajar del tranvía/ y un hombre a punto de morir/ de
aquella pierna tirada en la vía/ que ahora suena para ti.../
estribillo

Fue con su pierna feliz bajo el brazo/ al salir del hospital/
no consintieron en ser separados/ la querían enterrar/ con una
sierra cortó aquel pedazo/ que pudiera trabajar/ lo fue pulien-
do con mucho cuidado/ hasta hacerlo al fin sonar.../
estribillo.

La canción se inicia con la fórmula de las narraciones cortas: "erases". Fórmula que habla de lo intemporal y de lo esencial anónimo. "Erase", "había una vez", colocan la historia por encima del tiempo. "Una vez" quiere decir "cualquier tiempo", pasado, presente o de ficción futura. "Erase" es: "era porque sí", por sí mismo, es decir: un momento del ser recortado de su historia total; es como el intervalo, en una línea, que deja fuera, a izquierda y derecha, el pasado y el futuro probables. Esta característica de intemporalidad es común al cuento y al mito, la diferencia entre ambos es del orden de la permisividad; mientras que el cuento relata una "historia falsa", consabidamente falsa, inventada, fantaseada, el mito relata una "historia verdadera". Leemos (5) a propósito de esta diferencia:

"Los mitos no pueden referirse sin respeto a las circunstancias (...) se transmiten a los neófitos en su iniciación.

Los cuentos pueden recitarse en cualquier tiempo y no van dirigidos a personas o grupos determinados."

El mito tiene una cualidad de seriedad (respeto a las circunstancias) que falta en el cuento. Representa lo oficial, el saber sin crítica; el cuento es más la interpretación que se filtra, haciéndose rumor, y al que todos tienen acceso, porque se dice sin reglas.

El cuento se acerca más a lo onírico, al argumento de formas arcaicas en donde, a veces, nos sorprenden los resultados ilógicos. El mito es de consistencia más real. Dice Levi-Strauss en su "Antropología estructural":

"El tipo de lógica que se emplea en el pensamiento mítico es tan riguroso como el de la ciencia moderna; la diferencia solo estriba en la naturalidad de las cosas a que se aplica, no en la calidad del proceso intelectual"

El mito podría escribirse en forma de ensayo, de hecho ocurrido; el cuento en forma de novela, de ocurrencia fantástica.

La canción de que hablamos pertenece al grupo de los cuentos.

Está compuesta por tres estrofas que terminan en puntos suspensivos (único signo ortográfico del poema), son estrofas inacabadas, que invitan a la reflexión del contenido que ofrecen.

La primera nos presenta al protagonista, plantea la historia: un pobre flautista, mendigo, medio loco, cojo y solitario.

El estribillo apostilla: sí, eres solo, tu música no atraerá nunca a nadie, no serás el flautista de Hamelin.

La segunda cuenta el origen de la flauta: el hueso de la pierna que tuvieron que cortar por una apuesta imprudente.

Tras ésta, el estribillo se repite más veces, y la música se alarga por más tiempo, dejándonos pensar en lo que de entrada "no sabemos si hemos oído bien". Seguramente se rechazaría la frase "de aquella pierna tirada en la vía que ahora suena para ti" si un saxofón solitario no sobresaliera del conjunto orquestal para apuntar tristeza y desánimo inexplicables.

La tercera estrofa da más detalles de lo siniestro: el hombre fabrica, él mismo, de su propia pierna, la flauta a la que se pega y que le impide otra actividad.

El mismo estribillo aparece como sentencia final.

3

¿Qué hay detrás de esta sensación siniestra?

Puede presumirse un significado: la negación de la castración. La reparación del corte producido, haciendo del narcisismo su única relación de objeto. (6)

Pensemos en J. Lacan, en el estadio del espejo (7): el niño se mira en el espejo y queda alienado en su imagen, prefiere su imagen especular, en donde se apoya el YO (8), antes que su cuerpo real, que percibe fragmentado.

El cuerpo fragmentado, real, es un conjunto de datos propioceptivos adosados unos a otros. Son datos contiguos, con espacios virtuales entre ellos. La diferencia con el cuerpo castrado es grande. En el cuerpo castrado faltan datos, los espacios entre los fragmentos son reales.

El hombrecillo del relato, que ya tenía una unidad imaginaria, un yo, se niega a abandonar su trozo, el que le quitan, y lo incorpora a su cuerpo en la forma más bella y atrayente: la música. Vuelve a ser completo, no deja de alienarse en una completud imaginaria.

El corte de la pierna, castración real, se repara eligiendo un símbolo fálico relativamente universal: la flauta, que invita a los demás a desearla.

La flauta, según la mitología griega, (9) fue inventada por Pan, mitad hombre y mitad animal, que representaba la vida pastoril en sus orígenes, venerado como dios de grutas y de bosques (lo intrincado, lo misterioso). Con sus sonos encantó a todos los dioses y a todas las criaturas (la omnipotencia de lo fálico). Su invento denota lo sensible y lo primitivo (lo sexual), frente al arpa de Apolo de carácter celestial y luminoso (sublimación cultural).

Si en nuestro cuento la flauta funciona como elemento fálico, es porque no viene, de fuera, a completar; sino que es el producto de una reconversión imaginaria, sin adornos.

El YO, resultado de la alienación en su imagen especular, no sufre cambios, porque es una imagen que ya fue introyectada. Su defensa consiste en mantener la imagen antigua, en no permitir que un átomo suyo se pierda, porque perdería el soporte en donde apoya la constitución del yo.

Esa imagen especular que eligió, en vez de su cuerpo real, fragmentado es de donde resulta el narcisismo, que no solo queda intacto; sino que se esfuerza en el proceso de mantener la unidad y se constituye en objeto único de elección. El sabe muy bien que no le seguirán ni los niños, ni las ratas, no toca para nadie fuera de sí mismo. Toca para sentirse completo, y poco le importa explicar más, es "un hombre de pocas palabras" Es el prototipo de "músico-loco", en su papel, "vestido con un viejo frac", que toca por tocar, independientemente de que tenga o no público. Es el músico tambaleante entre lo sublime y lo ridículo, que vive en la música, más que de la música.

En vez de hacer un trabajo de elección sin salir de su propio cuerpo imaginario, podría haber hecho un proceso de identificación con otro, con el "otro estatuario" de que habla Lacan. Esa identificación llevaría como flecha de vuelta la proyección de su imagen real castrada, no solo fragmentada, en el otro, y la

agresividad que toda constitución narcisística conlleva se vería incrementada en forma potencial, incremento derivado del paso de proyección de cuerpo fragmentado a proyección de cuerpo castrado.

Nuestro sujeto no manifiesta agresividad. Se queda en el estado de identificación con su imagen, y, al no sufrir ésta menoscabo alguno, sale del hospital "con su pierna, feliz, bajo el brazo"; trabajar él mismo su objeto perdido para acabar siendo "un hombre pegado a una flauta". Su imagen queda salvaguardada.

La resolución de no identificarse con otro "estatuario" puede venir dada de la simbolización de la "imagen estatuaria", que además de cuerpo completo, habla de muerte. Una estatua puede ser un canon de belleza en su forma, pero no es algo vivo. En algunos sueños la muerte se simboliza así, apareciendo el muerto como estatua de piedra, retornando a la imagen del primer hombre sin vida: muñeco de barro.

En este punto tiene interés ilustrativo un sueño recogido de Yung (10):

"Un joven de veinticinco años soñó que escalaba una montaña en cuya cima había una especie de altar. Cerca del altar vio un sarcófago que tenía encima una estatua de sí mismo. Después se acercó un sacerdote cubierto con un velo y portando un báculo sobre el que relucía un disco de sol vivo (...)

Para su sorpresa se encontró a sí mismo muerto, y en vez de una sensación de haber conseguido algo (escalar la montaña) sentía privación y miedo. Luego vino una sensación de fortaleza y rejuvenecimiento al sentirse bañado en los rayos cálidos del disco del sol."

Ve una estatua de piedra, que es él mismo. No puede identificarse con ella y proyectar agresividad de cuerpo fragmentado, porque se identificaría con la muerte (sería un muerto) y proyectaría agresividad contra su propio cuerpo. Esto lo inmoviliza (lo inmóvil es la muerte) y lo identifica, en círculo vicioso, con su imagen de piedra.

Necesita al padre para volver a estar vivo, necesita a un dios que vuelva a soplar y le haga recobrar las fuerzas que perdió escalando la montaña en el proceso de identificación con la estatua.

Eliminada esta posibilidad de identificación (no siempre uno sueña dioses que vengán a sacarlo de la piedra) queda definido el flautista: hombre que niega la castración de su unidad imaginaria, apresurándose a recomponer su cuerpo real. Salvado su yo, y el apoyo del mismo no sigue el proceso de identificación con un otro externo y toma como objeto de elección a sí mismo, imaginariamente completo. Elige el narcisismo porque su experiencia (otras relaciones=apuesta imprudente en el tránsito=pérdida de su pierna) lo fuerza.

4

Y tras responder a la pregunta de cómo y porqué de nuestro flautista, nos llega esta otra: ¿porqué no puede ser el Flautista de Hamelin? ¿quién era éste?

Hay varias versiones del cuento. Unas narran al flautista que, con su música, encanta a las ratas y las ahoga en el río, recibiendo como recompensa la mano de la princesa (desenlace feliz). Otras versiones recogen un final bien distinto: no recibe la recompensa prometida y en venganza vuelve al pueblo y hace lo mismo con los niños, que mueren ahogados o en el interior de una montaña (desenlace trágico).

Aquí es donde quiero apuntar el concepto de ambivalencia. La ambivalencia sería como el conjunto de dos versiones, de dos finales de una misma historia. Dibujados caricaturescamente, sería la alternancia del gran amor, simbolizado en la boda con la hija del rey, y del gran odio, simbolizado, asimismo, en la muerte de los niños. La boda con la princesa es el principio de una vida, la muerte de los niños es la imposibilidad, la muerte de lo contingente.

Este nudo ambivalente parece tener su origen en un sentimiento de culpa ancestral que Freud contó en su "Totem y Tabú" (11). Para él todo arrancaría de un crimen primigenio: los hijos se unen para matar al padre tirano y devorar el cadáver. Luego se reparten las mujeres que el padre guardaba para sí. Es la escena de la comida totémica, ilustrando el final trágico del padre.

Pero con el tiempo esta muerte provoca sentimientos de culpa y añoranza del padre, toda vez que no llegaron a satisfacer su deseo (ser, cada uno de ellos, el padre, y quedarse con todas las mujeres). El resultado es hacer equivalente el recuerdo del padre a Dios, al que se ofende y se ofrecen sacrificios en eterna dualidad de ida y vuelta, que al ser vivida en bloque, al mismo tiempo, constituye la ambivalencia.

Este sentimiento de ambivalencia expresado como conflicto es el tabú. Freud lo define así (12):

"El tabú es un mandamiento de la conciencia cuya transgresión es seguida por un sentimiento espantoso de culpabilidad, tan natural como desconocido en su origen".

Y buscando este origen es cuando nos cuenta la escena de la comida totémica, según él responsable del nacimiento del tabú, de la ambivalencia.

Pero de los dos grupos de versiones de nuestro cuento, ¿cuál es el origen?

Puede que tenga razón Borges (13) cuando dice que en el cuento del Flautista de Hamelin puede ser eco de una antigua leyenda, extraordinariamente patética, que nos ofrecen los detractores

de las guerras santas: "la cruzada de los niños". Esta leyenda relata como perecieron dos expediciones que habían iniciado su peregrinaje a los santos lugares con el objeto de todas las cruzadas. Lo que caracterizaba a ésta era que sus columnas no eran de guerreros armados, eran niños que emprendieron la marcha en el encantamiento de las palabras de magia y otras vidas de algún predicador con oficio.

No hubo milagro. Los niños franceses fueron apresados y esclavizados, los alemanes perecieron víctimas de enfermedades y pestilencias.

No se precisan más historias para decantar posturas y resolver dudas con respecto al tema de las cruzadas. Lo divino (la pagana mágica del líder-padre) y lo diabólico (la muerte cruel del futuro) representados en boca y cola de ouroboros, cierran un círculo que apartamos al mundo inconsciente. Ahí está lo ambivalente, el tabú.

La leyenda de esta cruzada viene a explicar la razón de la comida totémica, en una rueda de tiempos pasados y futuros. El líder-padre (embaucador y tirano) lleva a la muerte a los niños, y entonces/porque los niños (los hijos del padre primigenio) matan al líder y devoran su cadáver.

¿Por qué el flautista de la canción no será nunca el Flautista de Hamelin?

Porque el flautista cojo se niega a entrar en el círculo de lo ambivalente, del otro, de la identificación con la imagen estatuaria. Se queda, negando su castración, alienado a su imagen especular.

Su flauta no atrae, porque no reclama a otros en quienes proyectar sus fallas, está ahí para completar una imagen, y esa función se agota.

(x) Médico R-3 del psiquiátrico de Toén.

BIBLIOGRAFIA:

- (1) FREUD, S. "Lo siniestro" en Obras Completas, tomo III. El. Biblioteca Nueva. Madrid, 1973. Pág. 2484.
- (2) FREUD, S. "Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso Juanito)" Fuente (1), tomo II, pág. 1365-441.

- (3) LACAN, J. "El estadio del espejo como formador de la función del yo..", en Escritos, tomo I, Ed. siglo XXI. México, 1976. Pág. 11-20 (Tra. del francés).
- (4) VICTOR MANUEL. "No serás nunca el Flautista de Hamelin", del álbum "Por el camino". Discos CBS. Madrid, 1983.
- (5) ELIOT, A. y colbs. "Mitos" (trad. del inglés). Ed. Labor. Barcelona, 1976. Pág. 19-20.
- (6) LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. B. "Diccionario de psicoanálisis" Ed. Labor (Trad. del francés). Barcelona, 1981. Pág. 110-112.
- (7) LACAN, J. Fuente (3), Pág. 14.
- (8) Fuente (6), Pág. 31-2.
- (9) MARIN, M. "Historia del mundo insólito". Ed. Gran Biblioteca Marín. Barcelona, 1973. Pág. 185.
- (10) YUNG, C. G. "El hombre y sus símbolos" (Trad. del inglés). Ed. Aguilar. Madrid, 1979. Pág. 132;
- (11) FREUD, S. "Totem y tabú". Fuente (1), tomo II. Pág. 1838-50
- (12) Fuente (11) Pág. 1790.
- (13) BORGES, J. L. "Prólogos". Ed. Torres Aguilar. Buenos Aires, 1975 Pág. 140-1.

EL CONCEPTO
DE LA ACTITUD INTERNA
EN LA ANTROPOLOGIA COMPRENSIVA

En 1963 Jürg Zutt afirmaba que la Actitud Interna y la corporalidad manifestante, no son en principio "hechos de la conciencia", sino modalidades de la vida, vivida prereflexivamente. Esta concepción de la vida originariamente vivida, es la que ha permitido que el fenómeno de la Actitud Interna, como corporalidad vivida y manifestante, pudiera ser incluido en el lugar adecuado dentro de un orden antropológico.

Así es como la Antropología comprensiva interpreta la posibilidad del hombre de evadirse de su dependencia corporal propia de una situación actual cualquiera, haciendo de sí mismo, de la situación y sobre todo de su cuerpo y Actitud Interna objeto de la conciencia reflexiva. Ello es lo que determina que la persona no sea solamente capaz de "moverse" si no de "realizar movimiento" o sea, capaz de interpretar reflexivamente la falta de luz o visión tras un corte de fluido eléctrico. Gracias a ello el hombre "sabe que sabe".

Pero para seguir el hilo del presente trabajo debemos aclarar a que se hace referencia cuando hablamos de términos tales como Actitud Interna, corporalidad vivida, manifiesta o manifestante. En primer lugar y, al hablar del fenómeno de la Actitud Interna, cabe intentar una definición como "aquella particular toma de conciencia don el ser expresivo externo (Corporalidad manifiesta)". Intentando aclarar esto, pongamos por ejemplo el conocido juego de representar con gestos los títulos de una película; pues bien, si yo quiero representar la película "Pánico en el bosque", ¿Qué sucedería en mí en tales circunstancias? Evidentemente, lo primero que haría sería poner en marcha algo de mi interior que corresponda con la idea de pánico que quiero transmitir o "manifestar". Es decir, tomaría primeramente la Actitud de sentir pánico para después corporalizar la idea, manifestarla. Algo parecido ocurriría si quisiera transmitir enojo, alegría, locura, etc... A este respecto Zutt subraya que "si adoptamos la ACTITUD correspondiente a la idea de un ser ajeno, comprobamos en nosotros la aparición de un fenómeno del cual surgen nuestras acciones con una independencia manifiesta mientras nuestro yo, puede adoptar frente a ellos una posición contemplativa. A este fenómeno le llamamos ACTITUD INTERNA.

Volviendo al punto de partida de intentar aclarar los anteriores conceptos vertidos por la Antropología comprensiva, hay que señalar que entre el fenómeno de Actitud Interna, actitud y movimiento corporal, existen relaciones muy estrechas. Si bien, de la adopción de una determinada Actitud

Interna surgen actos motores de un modo independiente, no nos es posible suscitar una determinada Actitud Interna realizando los actos motores que la correspondan. Es decir, la toma de conciencia de la Actitud Interna va unida necesariamente al movimiento, a la postura, al gesto. Y por esta razón Klages dice que toda acción "muestra rasgos expresivos y la unidad vital del que actúa" a lo que podríamos añadir o completar manifestando que todo movimiento está impregnado de intelectualidad. Dando por cierta esta afirmación cabría cuestionarse la posibilidad clínica de aproximarnos a la Actitud Interna del paciente a través del estudio comparado de su expresión corporal. El punto comparativo podría ser, a simple vista, nuestra propia vivencia al representar la expresividad del paciente en cuestión.

Antes apuntamos la imposibilidad de generar una determinada Actitud realizando los movimientos que la corresponden, sin embargo, si volvemos la mirada a Oriente observaremos como todas las técnicas de meditación Yóguica, sus posturas y Asanas van encaminadas a la producción de un estado de conciencia especial. La postura de Za-Zen del Zen japonés induce al que la practica un estado similar de Hiperconciencia; e incluso técnicas occidentales en ellas basadas como la Sofrología médica con sus técnicas de relajación dinámica de Caycedo buscan y consiguen ese estado de serenidad interna a través del cuerpo (Corporalidad vivida reflexivamente). Parece según lo expuesto que el movimiento, el gesto, la corporalidad manifiesta, es psiquismo, reflexión y está por lo tanto íntimamente unida en el ser humano. El Psiquismo se manifiesta a través del cuerpo y el cuerpo se manifiesta en el psiquismo.

La más pura observación fenomenológica, nos demuestra que una conciencia anormal se manifiesta en una corporalidad, en un movimiento anormal; y más aún por el mismo Feed-back la corrección o actuación sobre esta corporalidad anormalmente manifestada o estructurada tiene repercusión positiva sobre esa conciencia, de ahí la valía de todas las técnicas de Psicomotricidad.

Sin embargo, como decía Zutt "la identificación de un proceso y la observación del mismo son fenómenos que se excluyen en cierto modo. La identificación es el estado de máxima participación subjetiva, en tanto que la observación exige colocarse fuera, frente a un fenómeno considerándolo como objeto" (El Yo del original se identifica con la actitud interna adoptada, en tanto que el Yo del que actúa representando no lo hace). Según esto la hipótesis de trabajo clínico antes expuesta queda en entredicho.

No obstante, la posibilidad de vivenciar una determinada Actitud Interna, representándola es un hecho cierto que algunos pueblos han incorporado a su patrón cultural, tal es el caso de la práctica de "La covada", practicada en algunos pueblos de Centro-América y Europa, y en España, sin ir más lejos, entre los Maragatos como prueban los estudios de Granizo. Consiste en la representación por parte

del marido del parto de la mujer, en el momento en que este se lleva a cabo, llegando en ocasiones a ser éste el que reciba todo tipo de atenciones, mientras la mujer pare sola y lava a su hijo en el río, para después subir una empinada rivera. Se pretende con ello conseguir por parte del varón la "vivencia" que tal acto provoca en la hembra, para ello no tiene más que representar y gesticular los dolores del parto.

Si de lo dicho deducimos que todas nuestras acciones son determinadas por la Actitud Interna adoptada, debemos estar de acuerdo con la línea de la Antropología Comprensiva, que supone un proceso biológico de base al estado de conciencia de la Actitud Interna, y afirma que la vivencia de ser "en cierto modo alguien que actúa", constituye una parte inseparable del proceso de acción voluntaria, y que no hay ningún proceso motriz de nuestra musculatura de inervación voluntaria que no esté representada en nuestra conciencia por medio de esta vivencia específica.

Zutt al respecto establece, dentro de los diferentes valores expresivos de los distintos procesos motrices (las manos son más expresivas que los pies, el rostro más que las manos, etc...), el más alto valor expresivo de todos, a los movimientos del lenguaje, debido a su mayor capacidad de diferenciación ("el hablar forma una unidad inseparable con el resto de las expresiones de nuestro cuerpo"). Para comprobar esta afirmación, basta intentar recitar un verso o una poesía o una pieza de teatro, expresando corporalmente lo contrario. Y si comprobamos esta unidad del habla con los demás procesos motrices, comprenderemos que el habla en lo referente a su configuración expresiva depende de la Actitud Interna existente.

Pero esta realidad antropológica plantea al clínico un gran problema: ¿qué se debe considerar como contenido expresivo del habla? ¿qué resulta determinado en una expresión verbal por la Actitud Interna del que habla y qué por las circunstancias exteriores a las que obedece la citada expresión?. La Antropología Comprensiva no da de momento respuestas satisfactorias a estas preguntas. Quizá los trabajos de campo antropológicos realizados por algunos autores dentro del marco de la psiquiatría transcultural puedan aportar alguna luz sobre el tema, pero lo cierto es que aquí no intervienen solamente cuestiones tales como la sintaxis, estilo personal, acento y ritmo de palabras; sino igualmente las que se refieren a los dialectos y las diversas lenguas de los distintos pueblos. Podríamos decir que también la Actitud Interna influye en la formación de cada palabra. Zutt subraya la importancia de este hecho para comprender ciertos fenómenos que nos resultan desconocidos dentro del ámbito de la psicopatología: encontramos aquí casos en los que junto a las peculiaridades del estilo personal, del acento y del ritmo, aparecen también formaciones similares a dialectos, así como neologismos, resultando fácil pensar que la Actitud Interna influye en tales casos configurando los síntomas.

Y modestamente me atrevería a afirmar que este hecho se aprecia no sólo dentro de la psicopatología, sino fuera de ella dentro de ciertos patrones culturales: ¿qué motiva la jerga, a veces incomprensible para el resto del pueblo, del chamán o brujo o curandero al practicar sus hechizos o curaciones, sino la adopción de una peculiar Actitud Interna, que le permite el "contacto" con las potencias del inframundo?. La Actitud Interna adoptada ejerce una influencia sobre el Yo por cuanto en este existe una clara tendencia a identificarse con aquella.

La escuela Comprensiva reconoce que por medio de la Actitud Interna queda representada en nosotros en cierto modo, la personalidad total. En esta propiedad de la Actitud Interna debe verse su principal significado para la comprensión de ciertos modos patológicos de vivencia que se refieren a la alteración de la personalidad. El hecho de que la Actitud Interna represente en cierto modo a una personalidad total, de que podamos vivenciarlos como una persona que actúa, tiene gran importancia debido a que sabemos que podemos influir voluntariamente sobre la configuración cualitativa de la Actitud Interna. Así pues, debe ser posible que nos vivenciamos como una personalidad distinta a la que somos. Esto es algo que no debe sorprendernos, sobre este respecto se cita el ejemplo clásico de aquella situación tan significativa y psicológicamente normal caracterizada por el deseo de ser como una persona que nos sirve de ejemplo. El significado de este deseo de ser como el ser ideal lo encontramos especialmente en la literatura psicoanalítica en donde a conducido a la aparición del concepto del Yo ideal: un segundo Yo que representa en nosotros la persona que nos gustaría ser.

Punto interesante en el estudio de la Actitud Interna es su importancia a nivel de la psicología colectiva, ya que, según Zutt, lo expresivo de nuestra actuación no es más que una función de la Actitud Interna. Y, a su vez, lo expresivo de la actuación constituye la fuente más importante de nuestro saber del vivenciar ajeno y, como consecuencia de ello, la base principal de todas las relaciones interpersonales. Como dice Bruno Castets "el cuerpo es el lugar de Identidad del sujeto, pero también el lugar de identidad del otro", por esto, el otro es reconocido y por este se reconoce como en el espejo. El cuerpo del otro tiene un sentido que impregna la visión que tenemos cada uno de nuestro propio cuerpo. Este hecho fundamental ha de tenerse en cuenta al considerar todo aquello que se relacione con el significado psicológico comunitario de la Actitud Interna. Esta es, como estamos viendo, influenciable y modificable a través de múltiples elementos: nuestra conciencia reflexiva la afectividad, el entorno natural, el arte, el vestir...; en tanto hace posible la realización de determinados movimientos expresivos, y, por supuesto, el "otro".

El propio Zutt valora afirmativamente la posibilidad, sino de poder identificar una Actitud Interna a través de su manifes

tación corporal al representarla en uno mismo, si la de influir en ella a través de un proceso sugestivo; es decir, la existencia de una influencia sobre nuestra Actitud Interna provocada por el comportamiento ajeno. Pudiéndose hablar de una "corrección del rumbo" de la Actitud Interna, y tal fenómeno resulta ser permanente, ya que, la situación de aislamiento no es más que una ficción teórica. Tal posibilidad queda plasmada en el ejemplo que Zutt expone: una madre acude al médico con su hijo gravemente enfermo. Este ejerce una influencia sugestiva sobre la mujer, y sin que esta pueda entender el motivo del juicio clínico, es posible que acepte la postura convencida de que no se trata de nada grave y sanará en pocos días. El médico le da una serie de indicaciones que la madre llevará cuidadosamente a cabo, sin embargo, ésta puede verse de repente obligada a tomar alguna decisión sobre algo que no haya sido hablado en la consulta, por ejemplo si sería necesario permanecer junto a la cama del niño. La madre carece de experiencia, y no puede hacer propio el juicio del médico porque no lo conoce. Es posible que se imagine lo que el médico podría aconsejarle, pero la falta de conocimientos puede hacer que su idea no corresponda con la que él tendría.

La Actitud Interna adoptada bajo la influencia del médico será la que influya sobre el modo de actuar, y haga que se comporte, por ejemplo, de forma despreocupada, ya que, tan pronto como se ha adaptado una determinada Actitud Interna bajo el efecto de la persona que actúa de modo sugestivo aparecen juicios y posturas de potencia: "se adopta una Actitud Interna, se adquiere una postura frente a las cosas y con ello se hace nuestro el mundo subjetivo del que ha modificado de esta forma nuestra Actitud".

En su artículo original "La Actitud Interna", Zutt desarrolla las relaciones existentes entre la Actitud Interna y procesos psicopatológicos como la Histeria, el Autismo o los procesos delirantes esquizofrénicos. Todos ellos vienen a aclarar un poco más y de forma concreta el concepto de Actitud Interna que hemos querido introducir, a título informativo, en este trabajo.

RESUMEN

Pretendemos en el presente trabajo exponer, aclarar y, en lo que nos es posible, analizar y desarrollar, uno de los conceptos básicos de la Antropología Comprensiva y Psiquiatría Antropológica como es "LA ACTITUD INTERNA".

El material del que se parte son los escritos del que primero elaboró y estudio este fenómeno, Jürg Zutt. Nuestro autor fue discípulo de

Bonhöffer y sucesor suyo en la dirección de La Charité. Siendo junto a Von Gebattel, Scheller y E. Strauss quienes emprenden el definitivo y verdadero camino de la Psiquiatría Antropológica.

Trascurre nuestra exposición alrededor de un principio básico: la importancia de LA CORPORALIDAD del cuerpo como piedra angular de los procesos psíquicos.

BIBLIOGRAFIA:

- Psiquiatría Antropológica. J. Zutt; Ed. Gredos
- Antropología Médica I. J. M. Reverter; Ed. Rueda
- Realidad de una ciencia: Sofrología. Pasado y presente. M. Espinosa; Ed. Egraff, S. A.
- Antropología Estructural. C. Leví-Strauss; Ed. Universitaria de Buenos Aires.
- Anatomía de la Conciencia. Anatomía Sofrológica. M. Guirao; Ed. Andes.
- Manual de educación Psicomotriz. G. Rosell; Ed. Toray

Dr. Luis Ferrer Balsebre
Médico Residente del Sanatorio
Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goás"
ORENSE

REFLEXIONES SOBRE LA INTERVENCION
EN CRISIS EN LA VISITA DOMICILIARIA

COMUNICACION A LA MESA REDONDA "INTERVENCION EN CRISIS"
DEL XVI CONGRESO NACIONAL DE LA A.E.N.

Oviedo. Noviembre 1983

Por: T. Angosto Saura. Psiquiatra
M. García Gómez. Psiquiatra
J. Pérez Montoto. Psiquiatra
Del Hospital Psiquiátrico Rebullón

"A los Auxiliares Psiquiátricos de
Oviedo y Rebullón, que situándonos
en un Saber, nos obligaron a aprend-
derlo. En ello estamos".

La evolución de la visita domiciliaria de la intervención en crisis, su historia, no puede aislarse de la historia de la institución, ni tampoco de los sujetos de la misma; es su propia historia.

Absolutamente todos los hechos sociales trascienden la dinámica institucional de la que parte nuestra experiencia comunitaria, que, por otra parte, conlleva un defecto de base sustancial: el hospitalocentrismo. Así pues, la actitud comunitaria viene definida para nosotros porque partimos de una institución, con su compromiso social y, como ya hemos dicho, con su historia, producto a su vez de múltiples ideologías asistenciales. Nuestro punto de partida es también el rechazo del manicomio carcelario y represor, y por ende de una asistencia exclusivamente hospitalaria. Queremos un hospital vivo, viviente, vivible y abierto, con capacidad de movilización hacia afuera.

1. Fase de intervencionismo-confusión.

Al inicio de la experiencia todo era actividad: abrumar al paciente, visitar a vecinos, alcaldes y fuerzas sociales... era más importante "acer" que "escuchar" y el predominio de la acción resultaba determinante. Cronológicamente este período coincide con una etapa de desarrollo asistencial, empezábamos a crecer en todos los sentidos. Cualquier demanda obtenía de inmediato respuesta, las más de las veces no exenta de humanismo y siempre lógica, en el más puro sentido aristotélico. Fue a través del intervencionismo como nos acercamos a la palabra del paciente, de manera automática con la mediación de quienes le rodeaban: una simple llamada familiar motivaba una salida y la intervención consiguiente. La "demanda", que remitía habitualmente a una petición de ingreso o aún, de tratamiento más incisivo, se enmarcaba nítidamente en un contexto de descontrol-control: "está descontrolado", decían y sin detenernos a pensar si el descontrol procedía de él mismo o de los otros, ofrecíamos a menudo respuestas tendentes a recuperar el control de la situación. La "demanda" venía exclusivamente de los otros, porque el paciente sólo puede producirla cuando se ha establecido una relación transaccional.

Sin embargo, este período intervencionista (de acción) provocó nuestro encuentro con la locura. La demanda de control y vigilancia, el activismo comunitario si se quiere, acabó convirtiéndose en encuentro de discursos y relación terapéutica. La acción resulta necesaria eventualmente para que sucedan estas cosas..."que eran realidad y hoy nadie cuenta".

Comprendimos el peligro que suponía un exceso de intervencionismo, que podía dar al traste con la significación de la visita domiciliaria y con la intervención misma. Si existe alguna diferencia entre un hospital moderno y un manicomio, radica esencialmente en el lugar que ocupa la imaginación; en el primer caso es posible, en el segundo no. Y así fue que, huyendo de la repetición, forzamos nuestra imaginación y buscáramos nuevas respuestas.

Continuando la reflexión sobre las intervenciones de aquella época, resulta fácil detectar múltiples errores y constatar como en su mayor parte terminaban por agotamiento con el ingreso del paciente, bien por la agravación del cuadro, la creciente intolerancia social o la decisión irrevocable de una autoridad. Defendíamos a ultranza cualquier alternativa a la hospitalización imbuidos de una exacerbada omnipotencia narcisista, lo que los sociólogos definen como ardor revolucionario y los psicoanalistas como transferencia masiva. Era un espejismo idílico, carente del más elemental análisis contra y transaccional, en el que se producía una completa identificación de cada uno de nosotros con un objeto (la locura) hasta terminar fusionándonos. Nuestra posición en el esquema asistencial estaba clara: dar respuesta total a la locura. Y era esa, creemos, nuestra locura.

2. Fase de individualización de la demanda

A tenor de lo expuesto anteriormente y, aún más, ante la progresiva dificultad para responder a todas las demandas producidas, da comienzo una nueva fase que traduce el primer intento de reflexión y análisis de las mismas.

Como ya hemos señalado, la "demanda" comunitaria por excelencia ante una crisis psicótica es la hospitalización, el ingreso. Hemos insinuado también que la crisis del paciente pone en entredicho la estructura sociofamiliar que lo envuelve y, por consiguiente, a la demanda explícita de ingreso subyace otra latente que podría formularse como de restauración del orden social establecido, obviamente perturbado por la crisis. Para todos y en particular para la familia, los terapeutas éramos los únicos que podían lograrlo y la expresión reiterada de dicha convicción: "a ustedes les tiene más respeto". En el medio rural gallego, marco de nuestra experiencia, respeto equivale no sólo a consideración e incluso veneración hacia una persona, determina implícitamente obediencia. Así pues, el "a ustedes les tiene más respeto" se convierte en "a ustedes les obedece", frase que a nuestro juicio condensa la proyección sobre el terapeuta de las propias fantasías familiares: "alguien, usted, señor todopoderoso, puede librarnos del mal". Con bastante frecuencia observamos que la crisis individual hace tambalearse la estructura familiar; sin extendernos ahora en el análisis de las fantasías antes dichas, parece ostensible que el sustrato esencial común a todas ellas es un intenso sentimiento de culpa, que si bien por una parte remite al complejo equilibrio obediencia-desobediencia suscitado en torno al sujeto psicótico, no es otra cosa que el reflejo dramático de la propia locura familiar.

Pero, volvamos a la realidad. Nada ni nadie resulta más irreverente, desconsiderado y desobediente que un psicótico en plena crisis. Es por ello que el primer movimiento del sujeto en el ámbito familiar, evitando la hospitalización e iniciando un tratamiento domiciliario. La urgencia de la familia la traducimos en la urgencia de la escucha de la demanda del paciente y en la espera. Y esto supone atención y respeto a su discurso al modo y a la forma en que se expresa, a la distancia que impone para aceptarnos, a los intentos de agresión si se produjeran, etc., incluso cuando la constelación psicótica entraña gran aparatosisidad y altera el orden social. La precipitación para tranquilizarlo o los intentos de explicación, la agresión indiscriminada o la huida.

A propósito de la espera, los terapeutas deban conjurar el tiempo real de la intervención con los tempus subjetivos que interactúan durante la misma, es decir, que entre la solución urgente que reclama la familia del paciente y la posición terapéutica evolutiva de escucha-comprensión-ayuda, media un complejo proceso de reconocimiento y fluctuaciones del contacto con la realidad que se operan en el sujeto psicótico. De la integración correcta de estas y otras variables dinámicas así como de las ansiedades recíprocas, depende en buena medida el éxito de la intervención.

Parece claro que los terapeutas soportan mejor la situación en tanto en cuanto se sienten más seguros; la seguridad viene dada muy especialmente por el conocimiento previo del paciente y el número de terapeutas que intervienen: uno, inseguridad; más de tres, invasión. En suma, la coherencia de las palabras, la cohesión en las acciones y la seguridad de los terapeutas hace que muchas veces la intervención no adquiera tintes dramáticos. Pero esto no se consigue sobre la marcha, sino en las reuniones previas de estudio del caso, cuando se valora la demanda, se contrastan informaciones, se analizan las relaciones previas establecidas y se verbalizan las fantasías imaginarias suscitadas.

Las limitaciones operativas y la experiencia obtenida, nos han inducido actualmente a descartar la intervención domiciliaria tanto en situaciones como en pacientes no identificados con anterioridad por nuestro sistema asistencial. La dimensión funcional de las intervenciones, registra asimismo otra modificación llamativa con el paso del tiempo, la creciente actuación de equipos integrados exclusivamente por auxiliares psiquiátricos frente a la disminución de intervenciones por parte de los médicos, habituales y constantes en una primera época. El incremento de la capacidad organizativa de los auxiliares, el índice notable de seguridad alcanzado y la consolidación del hecho simple pero trascendental de salir de la institución, da otras expectativas a las crisis y resitúa al médico a quien se recurre ante una complicación imprevista, una modificación del tratamiento o una indicación de ingreso.

La crisis y el orden socio-familiar

La intervención sobre una crisis en el domicilio del paciente produce que el análisis previo de la demanda de intervención sea importante para la evaluación del desarrollo del momento crítico.

Los términos que antes utilizábamos para la actuación del equipo: coherencia y cohesión, también nos pueden servir para precisar el funcionamiento familiar del paciente en crisis, es tan patógena o tan desestructurada que nuestra intervención suele acabar en un episodio de agitación mayor del paciente o con una intervención física por nuestra parte o la fuga del paciente de su domicilio. Hemos observado que cuando hay un miembro psicótico en activo de la familia, la intervención domiciliaria sobre el miembro en crisis provoca casi siempre la descompensación del primero. En un paciente joven, del cual nos habían avisado que se encontraba en grave descompensación psicótica, al llegar a su casa encontramos a una madre también psicótica (la cual ni nos conocía ni conocíamos) pero con una mayor adaptación y aceptación social que su hijo. Después de largo tiempo de intento de acercamiento psicoterapéutico con el fin de ingresar al paciente y en el momento en que había una mayor conexión con él la madre hizo un episodio de agitación agrediendo a los terapeutas y provocando la fuga del domicilio con una tremenda crisis de angustia en su hijo. Pero a veces

es el paciente quien, una vez compensado, impide el tratamiento de algún pariente psicótico descubierto en una V.D., sin embargo, el paciente es el que aparece más coherente cuando se enfrenta a familiares totalmente disociados.

Los casos anteriormente relatados sería lo que llamamos "familias a locura múltiple". En este tipo de familias, pensamos, que de nada vale el intento de acercamiento psicoterapéutico, ya que la mayoría de las veces que lo hemos intentado han acabado en intervenciones físicas, sea cual sea la relación personal que hayamos tenido con el paciente, pues si pensamos que la intervención debe ser una actuación conjunta equipo-familia, en estos casos, la familia opera como factor de desestabilización e imposibilitador de la relación que queremos establecer. Sin embargo, encontramos que es positivo a veces el apoyo que pudiera prestar un miembro ya compensado de la familia, que había estado a tratamiento con nosotros, cuando hay una demanda de intervención sobre un familiar.

Aparte, pues, de las familias a locura múltiple, la actuación conjunta equipo-familia suele ser beneficiosa. En el momento la intervención nosotros ocupamos el espacio más cercano al paciente, y generalmente marcamos la dinámica del encuentro. En algún momento hay que ser muy directivos haciendo callar a familiares inoportunos.

Como medio de acercamiento al paciente podemos utilizar elementos u objetos transaccionales que muchas veces permiten bajar la tensión acumulada por la crisis (habitación del paciente, objetos personales, identificación de personas en fotos a la vista, etc, etc,). La utilización de estos objetos transaccionales pueden hacer desaparecer en el paciente los temores de verse violado en su intimidad e invadido bruscamente.

Es importante reseñar que la relación previa que el equipo ha tenido con el entorno puede ser determinante. En esas relaciones se puede tener información sobre las fantasías mitificadas que se han forjado sobre la locura del paciente. El equipo debe ser capaz de analizar dichas fantasías y luego transmitir un proyecto terapéutico, que no tiene porqué pasar siempre por el ingreso en el hospital o sedación.

De la parte de los terapeutas

Si la demanda, de la familia o de la sociedad, más frecuente ante la crisis, es la del ingreso en el hospital, por parte de los terapeutas, la primera fantasía ante la situación es la del no ingreso. Así pues, la V.D. se realiza inmersa en esta dialéctica pre-establecida, que puede convertir en una dialéctica de poder y que en un principio aparece resumida en esta frase no dicha, por ambas partes: "yo sé bien lo que el paciente necesita". La familia piensa que necesita el ingreso, los terapeutas pueden caer en la tentación omnipo-

tente de "realmente saber" lo que el paciente necesita, hipertrofiando esa frase y acabar convirtiendo en una cuestión de honor/poder el cumplimiento de esa "fantasía previa", anulando todo posible análisis de la situación e imposibilitando tanto un futuro proyecto terapéutico, como lo que M. Guillet y J. M. Elcharden, llaman "relación terapéutica crítica"; en esto los terapeutas deben ser capaces de una comprensión y una adaptación constante a los diferentes registros de expresión patológica que viene no solo del paciente, sino algunas veces también de la familia. Las características del incisivo, condensado y rupturista del discurso del paciente en crisis, van a imponer una evaluación rápida, que será más precisa tanto en cuanto haya un mejor conocimiento, semiológico de la situación del paciente, de su historia y de la historia de otras crisis.

El terapeuta debe pensar que una crisis remite a una estructura compensada de la cual proviene y a la compulsión a la repetición que define a quien presenta el cuadro. Aunque lo más ruidoso sea la crisis y la tentación mayor escuchar esas palabras del momento, lo que el terapeuta debe aprender a escuchar es el silencio de la estructura que sostiene esa crisis. Esa estructura, a veces suele ser psicótica y los terapeutas pueden estar expuestos a las relaciones e identificaciones transferenciales que en este caso suelen ser delirantes. Durante las visitas domiciliarias llevadas a cabo en casos de algunas pacientes psicóticas, observamos con cierta frecuencia la aparición de un delirio de persecución referido a los terapeutas o la idea delirante de estar embarazada de algunos de los miembros del equipo, el cual "la visitaba de noche y entraba en su casa por el aire". Para la paciente no sólo violábamos su casa sino también su cuerpo.

El análisis posterior de este material psicótico transferencial nos puede dar la clave de nuestra correcta o incorrecta intervención, ya que, la maduración y evolución de la crisis psicótica, tendrá más posibilidades tanto en cuanto los miembros del equipo sean capaces de dominar su contratransferencia, que será más difícil en cuanto el paciente haya proyectado más de su parte enferma.

El conocimiento de todos estos "trajines" puede permitir a los terapeutas escapar de modelos estereotipados de intervención totalmente desarticulados del discurso del paciente, pudiendo llegar a una auténtica cronicidad de la intervención en crisis.

El como "se aguanta", cuando se produce la psicosis transferencial de un paciente, nos puede dar la clave de la situación de los terapeutas con respecto al paciente, a la institución, a la locura e incluso a sí mismos.

Función de la crisis en el paciente

Como hemos dicho la crisis sobreviene sobre una estructura dinámica. Dicha crisis incide sobre tres coordenadas: la intrapsíquica que es propia del sujeto, la intrapersonal, determinada por las relaciones del sujeto con su entorno y finalmente la transpersonal basada en las relaciones del grupo al

que pertenece el sujeto en crisis con otros grupos humanos.

En lo que se refiere sólo al paciente, la crisis debe ser entendida como fenómeno brusco y desesperado, expresión del resquebrajamiento de la estructura previa. Este resquebrajamiento, que unas veces tiene que ver exclusivamente con lo vivencial del sujeto sin que podamos objetivar modificación alguna externa, otras ocurre ante algún cambio o modificación exterior. En el primer caso aparece de lo "interno" del sujeto para desbordar sus límites y trascender al entorno. En el segundo, el conflicto viene de fuera, se hace interno, desborda al sujeto y acaba de nuevo trascendiendo en el entorno.

Podríamos entender esta situación crítica, bien como un conflicto, bien como una reacción. Sin embargo, desde nuestro concepto, la crisis no es una reacción sólo en el sentido de que una reacción sería una respuesta normal o patológica a un acontecimiento y por lo tanto sería comprensible. Pero tampoco en un sentido estricto sería sólo un conflicto, si este es definido como la lucha entre dos posiciones antagónicas. En la crisis coexisten las contradicciones que no pueden desembocar ni en una síntesis, ni sobre una solución de compromiso por sí solas, sino únicamente en una elección.

En el episodio crítico, podemos encontrar más o menos acentuado, hechos tanto del orden de lo comprensible, como del orden de lo in-comprensible, y de la reacción como del conflicto. En la crisis siempre hay en mayor o menor proporción algo que es posible comprender, algo que es posible interpretar, y algo que se escapa a cualquier intento de aproximación inteligible. Sin embargo, la expresión de la crisis es tanto una reacción como un conflicto, expresados como un proceso que puede marcar por una elección, el porvenir; la pérdida de identidad como salvaguarda de la existencia que tiene que ver con la crisis psicótica y lo que podríamos llamar, integración, adecuación, buen comportamiento, etc., por otro lado la pérdida misma de la existencia, física o psíquica para salvaguardar la propia identidad, como es el caso del intento de suicidio.

Por otra parte, la crisis se va a desarrollar; tanto en una dimensión sincrónica entre el sujeto y su entorno como en una dimensión diacrónica entre el sujeto y su historia, ésta, en el momento de la crisis aparece diacrónicamente organizada. Las fallas de su historia aparecerán metaforizadas en el curso del momento crítico. De esta forma la crisis tendría valor de síntoma que remite a una estructura previa u determinada. Mediante este síntoma el sujeto podría tanto decir, como preguntar algo, que de otra forma no sería capaz de articular: Un paciente que no tiene ni nadie ni nada en este mundo, diagnosticado de Esquizofrenia paranoide y después de 20 años de callada hospitalización, un día entra en crisis. La nota de un Auxiliar Psiquiátrico dice:

Un poco antes de las cinco de la tarde cogió su gabardina y se fue corriendo. Se le preguntó a donde iba, si le pasaba algo y quería hablar con el médico; dijo que no le pasaba nada, que no quería hablar con nadie, y que sólo iba a dar un paseo, y echó a correr, mirando continuamente para atrás.

Se salió a buscarlo con un coche. Al vernos, cogió una piedra y dijo que marchásemos, amenazando con pegarnos. Rechazaba todo contacto. Se fue intentando hablar con él, pero insistía en que iba para casa, que tenía una vaquita preñada e iba a ver como estaba. Nos decía que nos fuéramos para el Hospital a inyectar a otros. Después de mucho insistir, se metió en el coche y volvimos, comentó que lo hizo porque lo habíamos convencido, que si no, se hubiera ido a la aventura.

Al entrar dijo: "Usted sabe señorita que los bacalaos se mueven y saltan cuando los van a pescar, porque están vivos. Pues yo también salto de vez en cuando para que vean que estoy vivo". "Aún estoy vivo, por si existe Dios, por eso de la cristiandad, que si no, ya no estaría aquí".

Nos preguntó si teníamos padres y si nos querían, "yo no tengo quien me dé cariño, estoy aquí de papatoria".

Estuvo más tranquilo el resto de la tarde, aunque muy deprimido.

B.A.L.

Esta fuga/ crisis aparece como una sacudida en una estructura de supervivencia. No se vive, se sobrevive. El paciente hace una llamada para decirnos que existe y que está vivo. Pero esta crisis, que aparece como expresión de un desecho, y que sorprende tanto por la brusquedad como por la desesperación con que se nos presenta sentimos que a nosotros, los terapeutas, nos atraviesa y se dirige más allá, a algún Otro, del cual los terapeutas tan solo somos intermediarios. Es ese Otro al cual se le pide algo: una mirada, el retorno de un tiempo, una escucha, un reconocimiento... protección pero el cual nunca mirará, escuchará y nos querrá como alguna vez necesitamos crecer que alguien lo hizo.

En Rebullón, noviembre de 1983

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Estados psicóticos. H. A. Rosenfeld. Ed. Horma.
- Les visites á domicile. J. C. Rollet. Information Psychiatrique vol. 54 nº 6-1978
- La asistencia psiquiátrica a domicilio. P. Vincent (Sainte Foy. Québec-Canadá)
- El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis. Maud Mannuni. Ed. Siglo XXI
- Persona y Psicosis. Salomón Resnira. Ed. Paidós
- Escritos sobre esquizofrenia. H. Scarples. Ed. Gadisa
- Respecto del respeto. J. M. Cereza de la Villa. Revista Inter-nos 1º

- Psychiatrie d'urgence. Medicine de la crise. M. Debout. Ed. Masson
- L'information Psychiatrique. Vol. 57-1981
- Las fugas. S. Lamas Crego. Revista Inter-nps, nº 0
- "La visita domiciliaria". T. Angosto, J. P. Montoto, E.P. Martín. Revista de la AEN. nº 7
- D'une logique de la Psychose. Ed. Point Hors Ligue. Gerard Pommier
- De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. J. Lacan. Ed. Siglo XXI. Tomo II de los escritos.

INTRODUCCION A LA TERPEUTICA INSTITUCIONAL

J. CHAUZAUD. PAIDOS

ABORDAJE PSICOTERAPEUTICO SOBRE LAS PSICOSIS

A. YAURIA. PAIDOS

Hay una cierta continuidad entre ambos textos. Es aconsejable leer primero el de Chauzaud y pasar después al de Yauria, que retoma y prolonga, si cabe, algunos textos del primero. Es sabido que determinado funcionamiento de las Instituciones Psiquiátricas puede generar una patología específica. Nada impedía pensar que podría existir otro modelo de funcionamiento que fuese terapéutico. De esta reflexión nace la Terapia Institucional y otras series de movimientos que tomando como referencia el Hospital Psiquiátrico iban a intentar responder a esas cuestiones. El libro de Chauzaud es una exposición más o menos sistemática de los procedimientos de los que se vale la Terapia Institucional para estos fines. Separa los lugares (Clubs) y los medios (reuniones), advirtiendo siempre que las reuniones no son un fin en sí y que en ellas deben ser abolidas las pretensiones jerárquicas. Observaciones importantes (aparentemente banales) llenan el libro en una exposición que de continuo remite a Tosquelles: "... el problema es "desculpabilizar" a los enfermos de un saber que poseen pero que a menudo no se atreven a exponer dentro del marco jerárquico habitual"... la importancia del psicólogo... que por serlo está por definición fuera de toda jerarquía, y así es como pueden ser dueños de una escucha y de una disponibilidad para todo aquello que signifique dentro de la Institución y el equipo, entre lo dicho y lo no dicho".

Para los que hemos recibido una formación fenomenológica, después Analítica y/o en Psiquiatría Social, es decir, para los que tenemos dificultades para aplicar en un ámbito Hospitalario (p.e.) lo que hemos aprendido en otros, el libro de Yauria es prometedor. Apunta a un camino por el que el aporte Lacaniano "ilumina" temas como la Laborterapia o Socioterapia con criterios absolutamente novedosos que rompen con toda una serie de estafalarias teorías sobre las capacidades terapéuticas de estas actividades o mejor, sobre las supuestas causas de su eficacia terapéutica. Yauria viene a decir que estas actividades no son más que oportunidades para la intermediación simbólica para la "caza metafísica", y que no hay en principio nada en la actividad, uscular como tal que ejerza influencia terapéutica. El cambio terapéutico institucional habría que fundamentarlo del lado que eso que Levi-Strauss

llama Eficacia Simbólica, o de lo contrario terminaremos pensando que es el hecho "real" de hacer un cestito o una figurita de barro o el no aburrirse lo que "cura al paciente. Por sí mismas tales actividades no tienen nada de terapéutico. Son fundamentalmente oportunidades de producciones e intermeditaciones significantes que deben ser esperadas y aprovechadas. En el libro se pueden leer comentarios detallados de algunos casos concretos muy ilustrativos. El problema es que un enfoque de estas características exige un personal que sepa hacer algo más que "manualidades", tarea, hoy por hoy, difícil.

S.L.C.

JACQUES LACAN. LA IRRUPCIÓN DEL PSICOANÁLISIS EN FRANCIA
SHERRY THURKLE. PAIDOS

No sé si mi moderado entusiasmo por este libro sea compartido, pues la pasión que los libros pueden despertar acostumbra a estar en relación con la confirmación de lo que ya sabíamos o con la ordenación de los conocimientos dispersos que ya poseíamos. Es en primer lugar, un libro "sorprendente" para una autora a la que la escasez de datos biográficos nos hace suponer americana. Es sabido que frente a la prepotencia tecnológica, la cultura literaria filosófica y analítica USA es enormemente provinciana, y suele exhibir con arrogancia ignorancias destacables. Pues bien, en este libro están presentes Hegel, Bachelard, Dali, Deleuze, Sollers, Kristeva, Mannoni, Sartre, Althousser, Bastide, Foucault, Adorno, Wittgenstein, Holderlin, etc., y por supuesto, Freud, Lacan y todos los psicoanalistas franceses y americanos dignos de mención. Y lo que es más, adecuadamente citados, lo que traduce un conocimiento y una frecuentación de textos envidiable. Podemos asistír en su lectura a los diversos avatares de la implantación del Psicoanálisis en Francia y USA, a las razones de la rápida adaptación y esplendor del mismo en Francia. La exposición de los principales aportes Lacanianos está hecha con corrección y sencillez, lo que se comprende no es tarea sencilla. La evolución y crisis de las Instituciones Psicoanalíticas francesas constituye la mayor parte del libro; escrito, por si algo le faltara, en un estilo literario no exento de brillantez. Creo que es un libro de amena lectura, aunque no está de más advertir, que se trata de un libro de "sociología de campo" y su método ha sido, fundamentalmente, la encuesta personal. Con todo, trasciende su fin y consigue, en ocasiones, observaciones sobre los modos de vida USA y Franceses de una finura sorprendente.

S.L.C.

PSICOFARMACOLOGÍA PSICODINÁMICA
JULIO MOIZESZOWICZ. PAIDOS

Hay que decir que lo más psicodinámico de este libro es su título y su intención, pues procura situarse como respuesta a esa premisa que supone "que a través de las palabras (se) modifican sensibilidades a niveles neuroquímicos ... y el bloqueo de receptores ... con psicofármacos puede disminuir la angustia en el mismo enfermo". Digamos que si la parte farmacológica es correcta dentro de su convencionalidad, la parte "psicodinámica" y teórica demuestra una insuficiente reflexión sobre el modo en que el problema propuesto debe ser abordado. Lo que una vez más, se debate no es otra cosa que las relaciones entre cuerpo y lenguaje, entre lo simbólico y lo fisiológico; y eso exige conocimientos amplios de ambas disciplinas, y más allá de ellos, de antropología o/y filosofía; conocimientos que el autor no parece dominar. Así ocurre que los capítulos suelen ir precedidos de una breve disquisición teórica, donde abundan las citas Freudianas para a continuación pasar a la habitual exposición de las diferentes familias químicas de psicofármacos, pero siempre como discursos paralelos. En resumen: buena intención, mal planteamiento, mala resolución.

S.L.C.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

SISO/SAÚDE considerará para su publicación trabajos en castellano y/o gallego relacionados directamente con la Psiquiatría, la Psicología Clínica y los de disciplinas afines que sean relevantes para aquella, no aceptándose manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para publicación en otra revista. Las normas siguen las recomendaciones generales del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

TIPOS DE ARTÍCULO

1. Editorial. Artículo breve, generalmente encargado por el Consejo Editorial, en el que la Revista toma una posición (informa, comenta, critica o discrepa) acerca de un tema científico de actualidad. Las editoriales irán firmadas por su autor, pero se entiende que el Consejo Editorial está de acuerdo con su publicación.

2. Originales. Trabajos de investigación que han de cumplir dos requisitos básicos (además de los usuales de formato, redacción, orden y presentación de datos, etc.): aportar algo nuevo a un aspecto concreto del conocimiento psicopatológico o psiquiátrico y ser dicha aportación de suficiente relevancia. Su extensión no será superior a las 5.000 palabras incluyendo resumen, tablas, gráficos y bibliografía y, como regla general, se recomienda que el número de firmantes no sea superior a seis.

3. Revisiones. Artículos que abordan en profundidad la puesta al día crítica de un tema monográfico, redactado por un especialista en el mismo. Las revisiones se hacen a veces por encargo. Su extensión no deberá superar las 7.500 palabras.

4. Artículos especiales. Sección «A propósito de...», «A Velas vir», «Os eventos...». Trabajos de interés sobre temas psiquiátricos o de disciplinas

afines que por sus características no encajan como originales ni como revisiones. Salvo casos excepcionales se realizarán también por encargo a la Revista y podrán organizarse como «Series» que serán oportunamente presentadas.

5. Casos clínicos/Comunicaciones breves. Presentaciones concisas, de extensión total no superior a 1.500 palabras, que anticipan resultados de una investigación en curso o plantean casos clínicos de interés.

6. Cartas al Director. Sección en la que se recogen observaciones, respuestas y críticas a trabajos publicados, observaciones metodológicas, casos clínicos atípicos, observaciones clínicas o terapéuticas, efectos adversos de tratamientos no referidos o excepcionales, etc. Su extensión total no superará las 500 palabras.

7. Crítica de libros. Los libros para reseña serán remitidos al Redactor jefe de la Revista, quien solicitará su revisión a algún miembro del Comité de Expertos o a quien considere oportuno. Todos los trabajos serán revisados de manera anónima por dos miembros del Comité de Expertos de la Revista (lectores anónimos) que informarán al Comité de Publicaciones sobre la conveniencia o no de su publicación, de acuerdo con los criterios establecidos por éste para cada sección. El Comité de Publicaciones se reserva el derecho de publicar o no un original, así como el momento de hacerlo; también se reserva el derecho a realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación; que quedarán como propiedad permanente de SISO/SAÚDE y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso escrito de la misma.

En los trabajos realizados con pacientes los autores tomarán las medidas necesarias para preservar su anonimato e intimidad. Si se trata de trabajos experimentales es necesario incluir de manera explícita que se ha obtenido el consentimiento informado de los sujetos o sus tutores legales tras la explicación de los procedimientos que se van a utilizar.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá por orden los siguientes datos: títulos del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el centro de trabajo; dirección para correspondencia, y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. La Revista considera que el autor de un trabajo es quien haya tenido una participación relevante en el diseño, realización del trabajo, redacción y aprobación final del mismo. Los restantes participantes se harán constar, previo acuerdo por escrito de los interesados, en el apartado de Agradecimientos.
2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (Fundamento, Métodos, Resultados y Conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave para la indexación en los repertorios bibliográficos. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.
3. Texto, que conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema: Originales; Introducción; Observación clínica (o Métodos y Resultados), y Discusión.
4. Agradecimientos. En los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.
5. Referencias bibliográficas. Se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. Podrá ir acompañado del nombre del autor o autores si son uno o dos, debiendo mencionarse el primero seguido de la expresión *et al*, si son más. La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas en los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita. No se aceptarán como referencias las

observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión “en prensa” tras el nombre de la publicación. Los nombres de las publicaciones se abreviarán según el estilo empleado en el Index Medicus; en caso de tratarse de una publicación no incluida en dicho repertorio se pondrá su nombre completo. Se hará constar el nombre de todos los autores y se seguirá el estilo de los siguientes ejemplos:

Ejemplo 1: Artículo de revista

Sacristán JM, Germain J. Rodríguez Arias B. Psiquiatría práctica e higiene mental. Archivos de Neurobiología 1930; 10(4); 325-415. (La indicación del n° entre paréntesis es opcional en aquellas revistas que lleven paginación correlativa a lo largo de todo el volumen; en caso de ser varios autores se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número se añadirá et al., poniendo el (los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto al final, antes de pasar al título.

Ejemplo 2: libro

MIRA Y LÓPEZ E. *Manual de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1935

Ejemplo 3: Capítulo de libro

Valenciano L. La tesis de la psicosis única en la actualidad. En: Llopis B. *Introducción dialéctica a la psicopatología*. Madrid: Morata, 1970; 113-59.

6. Tablas y gráficas. Se presentarán en hojas aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (Tabla x; figura x) con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o gráfica por hoja.

7. Imágenes. Todas las imágenes (incluidos los pantallazos) que acompañen al artículo deberán tener una calidad mínima de 300 píxeles/pulgada.

Los manuscritos irán acompañados de una carta de presentación en la que se incluirá la dirección, teléfono y mail de contacto para los temas relativos a la publicación. En la misma se expondrá también la existencia de intereses en la financiación del trabajo (patrocinio por entidades públicas o privadas, laboratorios, etc), quedando a criterio del Comité de Publicaciones la decisión sobre la conveniencia de su publicación. No se devuelven originales ni se mantiene correspondencia sobre los trabajos no aceptados por el Comité de Publicaciones. Para una información más detallada, consulten “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas”. Med. Clin (Barc) 1991: 181-6 o Puerta López-Cózar JL., Mauri Más A. *Manual para la redacción, traducción y publicación de textos médicos*. Barcelona: Masson, 1995: 1-15.

El comité de redacción de la revista no se hace responsable de los puntos de vista y afirmaciones expresadas por los autores en sus artículos.

Envío trabajos:

Chús Gómez
Unidades Hospitalarias Rehabilitación Psiquiátrica
Hospital de Piñor
Estrada de Piñor, s/n
32930 Barbadás OURENSE
chusagomez2009@gmail.com

