

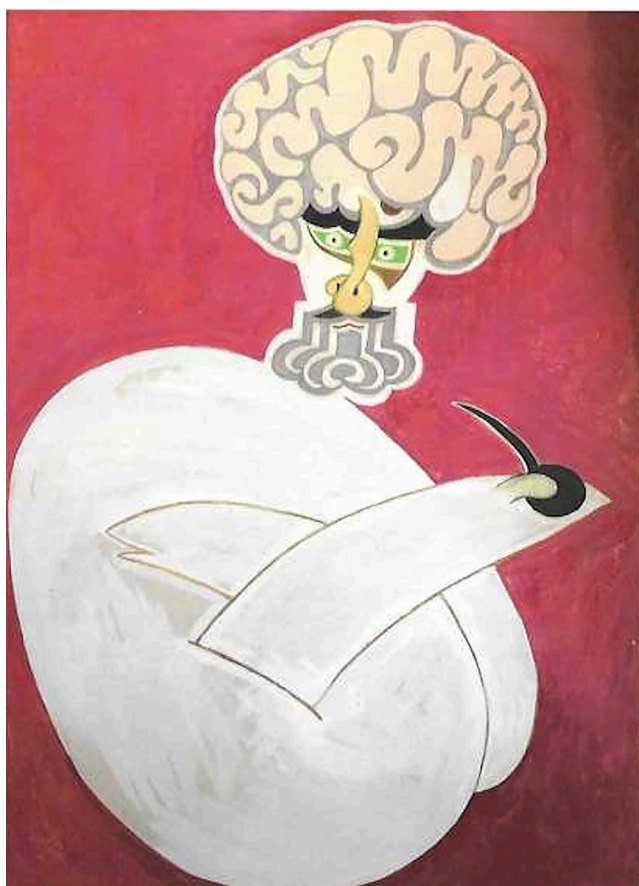
REVISTA

*de la Asociación Española
de Neuropsiquiatría*

VOLUMEN 43

NÚMERO 144

JULIO-DICIEMBRE 2023



REVISTA

*de la Asociación Española
de Neuropsiquiatría*

VOLUMEN 43

NÚMERO 144

JULIO-DICIEMBRE 2023



REVISTA

*de la Asociación Española
de Neuropsiquiatría*

Directora

Olga Villasante Armas
Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid.

Editora

Rebeca García Nieto. AEN, Madrid.

Consejo de Redacción

Montserrat Alsina Arqués (Consorti Sanitari de Terrassa, Barcelona), Valentina Bruno (Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona), Ruth Candela Ramírez (Hospital Universitario Fuenlabrada, Madrid), Ana Consiglieri Gámez (Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid), Marcelino López Álvarez (C. Autónoma Andaluza), José M. López Santín (Parc de Salut Mar de Barcelona), Emilio Pol Yanguas (Farmacia Hospitalaria, Alicante), Ander Retolaza Balsategui (País Vasco), David Simón-Lorda (Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense), Andrés Suarez Velázquez (Clínica Nuestra Señora de la Paz, Madrid)

Consejo Asesor

José María Álvarez (Valladolid), Víctor Aparicio (Oviedo), M^a Fe Bravo (Madrid), Germán Berrios (Reino Unido), José Miguel Caldas de Almeida (Portugal), Fernando Colina (Valladolid), Josep M. Comelles (Tarragona), Valentín Corcés (Madrid), Manuel Desviat (Madrid), Ramón García (Barcelona), Elena Garralda (Reino Unido), Manuel González de Chávez (Madrid), Mariano Hernández Monsalve (Madrid), Rafael Huertas (Madrid), Alberto Lasa (Bilbao), Isaac Levav (Israel), Fernando Lolas Stepke (Chile), Óscar Martínez Azumendi (Bilbao), Enric Novella (Valencia), Begoña Olabarría (Madrid), Tomás Palomo (Madrid), Francisco Pereña (Madrid), José Luis Peset (Madrid), Cándido Polo (Valencia), Guillermo Rendueles (Gijón), Antonio Rey (Valencia), Benedetto Saraceno (Francia), Graham Thornicroft (Reino Unido), Jorge Luis Tizón (Barcelona), Thierry Trémine (Francia), Francisco Vázquez (Cádiz), Ernesto Venturini (Italia), Fernando Vidal (Barcelona), José M. Villagrán (Jerez)

Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría (www.aen.es).

Magallanes, 1, sótano 2, local 4. 28015 Madrid, España.

Correo-e: aen@aen.es

Página web: www.RevistaAEN.es

Depósito legal: M. 17149-1981 ISSN: 0211-5735

Periodicidad: Semestral

Edición de textos: Rebeca García Nieto

Maquetación: Gráficas Marí Montañana. Av. Blasco Ibáñez, 22 Almàssera 46132 Valencia

Ilustración de portada: Andrés Vázquez de Sola

SUMARIO

Editorial

- Unidades de psicoterapia: una alternativa clínica 9
JOSÉ MARÍA ÁLVAREZ

Artículos

- Retraumatización en los servicios de salud mental: una revisión y propuesta
de actuación alternativa 17

ANA MORENO PÉREZ, ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA

- Suicidio más allá del diagnóstico: un enfoque centrado en la persona y su circunstancia 47

JUAN GARCÍA-HARO, HENAR GARCÍA-PASCUAL, ELENA BLANCO DE TENA-DÁVILA,
PALOMA ARANGUREN RICO, MÓNICA MARTÍNEZ SALLENT, SARA BARRIO-MARTÍNEZ,
MÓNICA T. SÁNCHEZ PÉREZ

- Análisis de interconsultas derivadas desde atención primaria y rechazadas por salud
mental en el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia) 73

MARÍA HERNÁNDEZ GARCÍA, EVA OJEDA RODRÍGUEZ, LUCÍA JANNONE PEDRO,
JOSÉ MANUEL GARCÍA VALLS, LAURA ALCANTARILLA CHAVES, CRISTINA SEGURA VICENT,
MARCOS L. MOYA DIAGO

- ¿Un “nuevo” Perspectivismo? Delirio y verdad desde el punto de vista del Nuevo Realismo 91
GUILLERMO RUIZ PÉREZ

- La psicopatología como estabilizador de la psiquiatría 109

PABLO RAMOS-GOROSTIZA

Perspectivas actuales

- La grave incongruencia existente entre el nuevo sistema de apoyo y la emisión
del consentimiento informado por las personas con discapacidad 137

JAVIER PALLARÉS NEILA

Dossier (Coordinado por Francisco del Río Noriega, José M^a Valls Blanco y Mariano Hernández Monsalve)

- Centenario de Castilla del Pino. Actualidad y rescate de su obra 153
FRANCISCO DEL RÍO NORIEGA, JOSÉ M^a VALLS BLANCO, MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE

- Carlos Castilla del Pino: resistir, explorar, comunicar... 163

JORGE L. TIZÓN

- Carlos Castilla del Pino, mentor y maestro de una generación 183

AMELIA VALCÁRCEL

- ¿Cómo actualizar la propuesta psicopatológica de Castilla del Pino (y no morir en el intento)? 201

JOSÉ M. VILLAGRÁN

- Los sentimientos en el modelo relacional de Castilla del Pino 211

JOSÉ MARÍA VALLS BLANCO

| | |
|---|-----|
| Validez y pertinencia de la semiología de las psicosis en Castilla del Pino FRANCISCO DEL RÍO NORIEGA, JOSÉ CARMONA CALVO | 225 |
| Castilla del Pino: un faro indispensable para navegantes de lo mental MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE | 251 |
| El centenario de dos Castillas del Pino: el intelectual y el psiquiatra JOSÉ LÁZARO | 275 |
| De Onofre Gil a Carlos Castilla del Pino: <i>Scientia, sapientia et infantia</i> JOSÉ FABIO RIVAS GUERRERO | 287 |
| <i>Crítica de Libros</i> | |
| Promoviendo alternativas de cambio al modelo biomédico en la comprensión, intervención y diseños de servicios de salud mental (MPAS) MARY BOYLE, LUCY JOHNSTONE, <i>Una introducción directa al Marco de Poder, Amenaza y Significado. Una alternativa al diagnóstico psiquiátrico.</i> BEGOÑA OLABARRÍA | 299 |
| Un viaje exploratorio por las premisas, la ciencia y las prácticas de salud mental JOSÉ GARCÍA-VALDECASAS, AMAIA VISPE, <i>Postpsiquiatría. Textos para prácticas y teorías postpsiquiátricas.</i> MIGUEL A. VALVERDE EIZAGUIRRE | 305 |
| Las vicisitudes del <i>self</i> según Kohut CHARLES B. STROZIER, KONSTANTINE PINTERIS, KATHLEEN KELLEY, DEBORAH CHER, <i>The New World of Self. Heinz Kohut's Transformation of Psychoanalysis and Psychotherapy.</i> FRANCISCO BALBUENA RIVERA | 309 |
| En contra de las guerra IÑAKI MARKEZ, <i>Freud y Einstein no van a la guerra.</i> FLORENCIO MONEO MARTÍN | 315 |
| Epistemologías del sur: memoria e historia de la psiquiatría chilena. La experiencia comunitaria de Temuco ROSA TORRES, CLAUDIA ARAYA, <i>Psiquiatría comunitaria en el sur de Chile: Temuco y Nueva Imperial, 1968-1973.</i> CÉSAR LEYTON ROBINSON | 319 |
| Un manual de referencia en psicoterapia grupal JOSÉ RIBÉ BUITRÓN, <i>Técnica en psicoterapia analítica grupal. Experiencia desde la asistencia pública.</i> FERNANDO LACASA SALUDAS | 325 |
| Síntomas, inventos, arreglos y apaños CLAUDIO GODOY, EMILIO VASCHETTO, <i>Locura y creación.</i> JAVIER CARREÑO VILLADA | 329 |

TABLE OF CONTENTS

Editorial

- Psychotherapy Units: A Clinical Alternative 9
JOSÉ MARÍA ÁLVAREZ

Articles

- Retraumatization in Mental Health Services: A Review and Alternative Proposals 17
ANA MORENO PÉREZ, ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA
- Suicide Beyond Diagnosis: A Person and Their Circumstances-Centered Approach 47
JUAN GARCÍA-HARO, HENAR GARCÍA-PASCUAL, ELENA BLANCO DE TENA-DÁVILA,
PALOMA ARANGUREN RICO, MÓNICA MARTÍNEZ SALLENT, SARA BARRIO-MARTÍNEZ,
MÓNICA T. SÁNCHEZ PÉREZ
- Analysis of Interconsultations Derived From Primary Care and Rejected by Mental Health
in the Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia) Health Department 73
MARÍA HERNÁNDEZ GARCÍA, EVA OJEDA RODRÍGUEZ, LUCÍA JANNONE PEDRO,
JOSÉ MANUEL GARCÍA VALLS, LAURA ALCANTARILLA CHAVES, CRISTINA SEGURA VICENT,
MARCOS L. MOYA DIAGO
- A “New” Perspectivism? Delusion and Truth from the Point of View of New Realism 91
GUILLERMO RUIZ PÉREZ
- Psychopathology as a Stabilizer of Psychiatry 109
PABLO RAMOS-GOROSTIZA

Current Affairs

- The Serious Inconsistency Between the New Support System and the Issuance of Informed
Consent by People with Disabilities 137
JAVIER PALLARÉS NEILA

Dossier (Coordinated by Francisco del Río Noriega, José M^a Valls Blanco y Mariano Hernández Monsalve)

- The Centenary of Castilla del Pino's Birth. Relevance and Recovery of his Work 153
FRANCISCO DEL RÍO NORIEGA, JOSÉ M^a VALLS BLANCO, MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE
- Carlos Castilla del Pino: Resisting, Exploring, Communicating... 163
JORGE L. TIZÓN
- Carlos Castilla del Pino, Mentor and Teacher of a Generation 183
AMELIA VALCÁRCEL
- How to Update Castilla del Pino's Work on Psychopathology (and Not Die Trying)? 201
JOSÉ M. VILLAGRÁN
- Feelings in Castilla del Pino's Relational Model 211
JOSÉ MARÍA VALLS BLANCO
- Validity and Pertinence of the Semiology of Psychosis in Castilla del Pino 225
FRANCISCO DEL RÍO NORIEGA, JOSÉ CARMONA CALVO

| | |
|---|-----|
| Castilla del Pino: An Essential Lighthouse for Navigators of the Mental MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE | 251 |
| The Centenary of Two Castillas del Pino: the Intellectual and the Psychiatrist JOSÉ LÁZARO | 275 |
| From Onofre Gil to Carlos Castilla del Pino: <i>Scientia, sapientia et infantia</i> JOSÉ FABIO RIVAS GUERRERO | 287 |
| <i>Book Reviews</i> | |
| Promoting Alternatives to the Biomedical Model in the Understanding, Intervention, and Design of Mental Health Services (MPAS) MARY BOYLE, LUCY JOHNSTONE, <i>Una introducción directa al Marco de Poder, Amenaza y Significado. Una alternativa al diagnóstico psiquiátrico.</i> BEGOÑA OLABARRÍA | 299 |
| An Exploratory Journey Through the Assumptions, Science and Practices of Mental Health JOSÉ GARCÍA-VALDECASAS, AMAIA VISPE, <i>Postpsiquiatría. Textos para prácticas y teorías postpsiquiátricas.</i> MIGUEL A. VALVERDE EIZAGUIRRE | 305 |
| The Vicissitudes of Self according to Kohut CHARLES B. STROZIER, KONSTANTINE PINTERIS, KATHLEEN KELLEY, DEBORAH CHER, <i>The New World of Self. Heinz Kohut's Transformation of Psychoanalysis and Psychotherapy.</i> FRANCISCO BALBUENA RIVERA | 309 |
| Against Wars IÑAKI MARKEZ, <i>Freud y Einstein no van a la guerra.</i> FLORENCIO MONEO MARTÍN | 315 |
| Epistemologies of the South: Memory and Social History of Chilean Psychiatry. The Community Experience of Temuco ROSA TORRES, CLAUDIA ARAYA, <i>Psiquiatría comunitaria en el sur de Chile: Temuco y Nueva Imperial, 1968-1973.</i> CÉSAR LEYTON ROBINSON | 319 |
| A Reference Manual in Group Psychotherapy JOSÉ RIBÉ BUITRÓN, <i>Técnica en psicoterapia analítica grupal. Experiencia desde la asistencia pública.</i> FERNANDO LACASA SALUDAS | 325 |
| Symptoms, Inventions, Repairs and Fixes CLAUDIO GODOY, EMILIO VASCHETTO, <i>Locura y creación.</i> JAVIER CARREÑO VILLADA | 329 |

Editorial

Unidades de psicoterapia: una alternativa clínica

Psychotherapy Units: A Clinical Alternative

JOSÉ MARÍA ÁLVAREZ

Psicólogo clínico. Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid)

Correspondencia: alienistas@me.com

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL se asienta tradicionalmente en tres pilares: el médico, el psicológico y el social. En la actualidad, estos pilares se concretan sobre todo en la psicofarmacología, la psicoterapia y la intervención comunitaria. Estos tres apoyos –de una u otra forma, siempre presentes– se dan el relevo, y mientras uno toma la delantera, los otros se sitúan a la zaga. Esta jerarquía persiste hasta que el modelo reinante no da más de sí y colapsa, o incluso sucumbe de vanidad y se corrompe a causa de falso éxito. La historia de la clínica muestra con claridad estos continuos movimientos, estos ascensos y caídas de los que nadie se libra. El caso es que ninguno de ellos sobrevive sin los otros dos. Este hecho conlleva la creación de un extraño triunvirato, tanto más chocante cuanto que a menudo se mira más por los intereses propios que por la función asistencial a la que están destinados. Está claro que todos nosotros tenemos nuestros puntos de vista y servilismos diversos. Eso es así. Pero también es evidente que la asistencia en salud mental no debe convertirse en un campo de batalla donde se dispute sobre nuestras teorías e ideologías. Y también

es evidente, eso creo, que ese omnipresente sindió se contrarresta y ordena con algo tan simple como es el criterio clínico, es decir, el saber dar a cada paciente lo que le conviene en cada momento vital, más allá de cuáles sean nuestras amadas preferencias y deslumbrantes insignias.

Durante las últimas décadas, quienes ya peinamos canas hemos asistido al ascenso y caída del modelo biomédico, pese a su impecable retórica diagnóstica y sus medicamentos supuestamente tan específicos y precisos. A través de las agencias de publicidad creadas *ad hoc* para divulgar la buena nueva de las enfermedades y sus fármacos, de las alteraciones neuroquímicas y su reversión mediante tal o cual medicamento, se nos llenó la cabeza de expectativas que luego no se cumplieron. Solo hay que darle un vistazo al monumental informe de la OMS (1). En los estudios ahí recogidos se destaca que los esquizofrénicos que viven en los países en vías de desarrollo tienen, en general, mejor pronóstico que quienes viven en países más desarrollados, en los que la atención médica, psicológica y social está mucho más extendida, países que cuentan con los mejores medicamentos y un amplio repertorio de tratamientos. La cosa es cuando menos chocante si no inquietante. Tan preocupante como lo es preguntarse a qué se debe que las enfermedades mentales se hayan multiplicado en número y agigantado en tamaño hasta el esperpento, al mismo tiempo que se dispone de nuevos y más precisos psicofármacos.

Ahora bien, también el pilar comunitario, sobre todo a partir de que se le ha cargado con buena parte del peso de la salud mental, ha comenzado a cimbriarse. A medida que se comprobó la debilidad y limitaciones del modelo biomédico, se empezó a echar mano de las intervenciones comunitarias, a veces a la desesperada. Después de unos cuantos años de rodaje, este modelo y sus ingeniosos dispositivos comienza a crepitar y balancearse. Y no tanto por su falta de interés, sino por el exceso ideológico que se ha adueñado de este tipo de prácticas en detrimento del necesario fundamento clínico y terapéutico. Y qué decir del omnipotente y omnipresente psicoanálisis al modo norteamericano, cuando hace setenta años dominaba las universidades y los hospitales, y acabó sucumbiendo del empacho de éxito hasta desaparecer casi por completo durante décadas. En fin, en nuestro pequeño mundo de la clínica mental, en consonancia con la esencia de los sujetos de los que nos ocupamos, lo inestable es la regla.

En vista de que lo biológico y lo social también muestran sus debilidades, por caminos muy distintos lo psíquico parece resurgir y vuelve a tener una nueva oportunidad. A través de la revitalización de la psicopatología en su sentido noble (el *pathos* subjetivo), de las nuevas versiones del trauma y la disociación, de la

psiquiatría crítica y de la Otra psiquiatría y, por supuesto, de la cada vez mayor presencia de psicólogos clínicos en los servicios de salud mental, la exánime alma vuelve a recuperar el pulso. Y a consecuencia de este resurgimiento *psi*, surgen las unidades de psicoterapia en el marco de los servicios de salud mental. En este contexto, hace unos años pusimos en marcha la Unidad de Psicoterapia Especializada (UPE) en el Servicio de psiquiatría y salud mental del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

En ella atendemos a pacientes adultos de la red que pasan por periodos existenciales delicados –incluso críticos–, con diagnósticos severos, muchos de los cuales, de no ser por este tipo de soporte clínico, estarían hospitalizados o en situaciones de grave riesgo. Como digo, la mayor parte de nuestros pacientes presentan una patología psíquica importante (locura, en su mayoría), pero tienen visos de recuperación. También se atiende, estudia y analiza a algunas personas de esas que pululan de una especialidad a otra, de las que todos se quitan de encima porque nadie sabe muy bien qué les pasa. Los pacientes de los que nos ocupamos son remitidos por los compañeros de cualquiera de los dispositivos de la red. El criterio principal es que el facultativo que les atiende considere que esas personas necesitan un tratamiento intensivo o pormenorizado y que están dispuestas a hablar y relacionarse con un terapeuta. Una vez que nos entrevistamos con ellas y consideramos que podemos echarles una mano con la psicoterapia, estos pacientes acuden con regularidad a sus sesiones, a veces dos o tres veces por semana, a veces semanalmente o cada mes, eso depende de cada sujeto, tomado uno a uno y atendiendo a su momento personal. Por lo general, llegan con cita previa, pero también se presentan sin avisar, cuando nos necesitan. Como todo el mundo sabe, con este tipo de pacientes, la presencia y la disponibilidad sirven de firme soporte a la inestabilidad esencial en la que suelen vivir. Por fortuna, en la UPE contamos con la colaboración habitual de cuatro residentes externos (españoles y de otros países) y uno de la casa, lo que facilita la atención de algunos pacientes que necesitan un seguimiento especial.

Al igual que es necesario adaptar el procedimiento estándar de la psicoterapia a este tipo de personas y contextos, es imprescindible la buena coordinación con el resto de los compañeros, con quienes se trabaja de continuo, repartiendo los cometidos conforme conviene a cada paciente en cada momento: enfermería, psiquiatría, trabajo social, psicología clínica, etc. A mi manera de ver, si tuviera que resaltar un factor necesario para desarrollar este tipo de quehacer clínico, destacaría el buen engranaje del sistema, esto es, la buena y respetuosa relación con los compañeros. Si no fuera así, si reinara el mal rollo, los primeros en resentirse serían los pacientes. Y junto con esa compenetración y consideración con el trabajo de los colegas, la rapidez de comunicación: aquí, más que en otros dispositivos, el teléfo-

no se impone al protocolo y al papeleo. Cuando todo esto funciona, las unidades de psicoterapia se benefician del soporte comunitario y del apoyo psicofarmacológico que reciben algunos de nuestros pacientes, los cuales tienen la inmejorable oportunidad de sentarse a hablar con alguien que los puede estimular a dar un paso de gigante en su reequilibrio.

No está de más recordar que psicoterapia no es lo mismo que charlar con los pacientes. Se trata de hablar, sí, pero no de cualquier manera. En el fondo, el terapeuta suele escuchar, aunque también habla. Y cuando habla tiene que saber qué puede y qué no puede decir, y cómo y cuándo debe decirlo. El fondo y la forma se entrelazan en la práctica de la psicoterapia con gran sutileza, de ahí el valor que adquiere la presencia y el teatrillo de la transferencia. Porque lo esencial es la transferencia y el buen uso de la palabra.

Además de las dotes personales y la experiencia, quizá la ayuda más importante a la práctica de la psicoterapia provenga del conocimiento profundo de la psicología patológica. La confluencia de la psicopatología y la psicoterapia se aúna en la visión de la locura como defensa. Desde este punto de vista, el tratamiento psíquico de la locura consiste en alcanzar un aceptable equilibrio del sujeto con su defensa a partir de la transferencia y el buen uso de la palabra. Si la ceguera de la locura se fundamenta esencialmente en el empacho de verdad, en el tratamiento de la locura hay que medir convenientemente cuánta dosis de verdad se administra. Porque, bien aplicada, la transferencia es el fármaco más potente para el tratamiento de la locura. Ese fenómeno universal del que habló Freud, si se emplea y dirige adecuadamente puede resultar muy útil en el tratamiento anímico con el que se pretende mediar en el paciente de cara a revertir su mal. Lo curioso es que el poderío de la transferencia proviene, en el caso de la locura, de la soledad esencial del loco. No se trata, como en el neurótico corriente, de la relación al saber, sino de la soledad esencial que lo lleva a agarrarse a nosotros, a veces de por vida.

Como decía, la principal guía del tratamiento psíquico de la psicosis consiste en saber que la locura es una defensa. Si se concibe de este modo, el clínico está en condiciones de calcular, en cada caso concreto y en cada momento subjetivo, si se perturba o no esa defensa. Y si se opta por ello, esto es, por abrirle un poquito los ojos al paciente, el terapeuta debe valorar cuánto, cuándo y cómo. Además, y de manera especial en el tratamiento de la psicosis o locura, resulta fundamental considerar los síntomas desde el punto de vista de la función que están desempeñando, sobre todo de su vertiente protectora esencial. De manera que si las formaciones sintomáticas son invenciones que están al servicio de la defensa, hay que andar con cuidado a la hora de manipularlos para no dejar al sujeto a la intemperie. En fin, la cosa no es tan sencilla como repantingarse en la silla y charlar con el paciente sin orden ni concierto.

Los tres pilares a los que antes me referí pueden armonizarse en beneficio de los pacientes o pueden también volverse un obstáculo y convertir la asistencia en salud mental en un galimatías. A mi modo de ver, tanto lo médico como lo psicológico y lo social deben supeditarse a un principio común, al que vengo llamando “criterio clínico”. Esta regla clínica básica implica, *grosso modo*, que la atención de cada paciente se orienta hacia lo que más le conviene en ese momento, es decir, hacia lo que más contribuye a su reequilibrio. Como se trata del punto de vista clínico, debe tenerse en cuenta el caso por caso, además del momento subjetivo de cada uno y la adecuación al personal y los recursos de los que se dispone en el servicio en el que uno trabaja. Este enfoque subraya que no hay ninguna ayuda que sirva para todos, ningún bien aplicable al colectivo, ningún ideal extensible al conjunto. Ni vivir en sociedad es bueno para todos, ni tampoco lo son los fármacos, ni lo es la psicoterapia. El trabajo, las relaciones, la armonía familiar, el hablar con un terapeuta de ciertas cuestiones —a menudo dolorosas—, o el tomar psicofármacos que afecten a la capacidad de pensar y sentir, son cosas que, por buenas que parezcan y acordes a los ideales de la época, no pueden aplicarse a todo el mundo. A cada sujeto, lo suyo. Y ahí entra en juego el criterio clínico para indicarnos qué es eso particular que le conviene ahora a este y que no le conviene en absoluto a aquel otro. La clínica mental tiene mucho que ver con la diversidad y el dinamismo, con la adaptación del clínico a las posibilidades de reequilibrio de cada sujeto, cosa que se averigua hablando con cierto método y conociendo en profundidad la psicología patológica. Según este parecer, el criterio clínico está por encima de nuestros gustos teóricos y de nuestros ideales. Así concebido, es el principio organizador de nuestra acción y la psicopatología es su más sólido fundamento. Además, el criterio clínico es el territorio común que compartimos (o deberíamos compartir) especialistas de los más diversos pelajes y orientaciones.

Contrario al eclecticismo, el criterio clínico es jerárquico. Pero su jerarquía es variable. Cambia en función de cada sujeto al que atendemos y se transforma también dependiendo del momento en el que se encuentra dicha persona, sobre todo si está estable o inestable. De acuerdo con estos factores, el criterio clínico aconsejará cuál es el orden adecuado de esa jerarquía variable. Esta movilidad se materializa en que a tal paciente le conviene ahora apoyarse más en este pilar, o en varios a la vez, según la combinación y orden que resulte más pertinente. Y, por supuesto, también puede darse el caso de que, aplicando con precisión el criterio clínico, lo mejor que podemos hacer por algunas de las personas que nos visitan es alejarlos de todos nosotros y que nos pierdan de vista, quién sabe por cuánto tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Hopper K, Harrison G, Janca A, Sartorius N. Recovery from schizophrenia. An international perspective. A report from the WHO collaborative project, the international study of schizophrenia. Oxford: Oxford University Press, 2007.

Artículos

Retraumatización en los servicios de salud mental: una revisión y propuesta de actuación alternativa

Retraumatization in Mental Health Services: A Review and Alternative Proposals

ANA MORENO PÉREZ, ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Correspondencia: Ana Moreno Pérez (anamorenoperez@gmail.com)

Recibido: 20/01/2023; aceptado con modificaciones: 21/06/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: Las experiencias traumáticas son muy frecuentes entre las personas que acuden a los servicios de salud mental. Hay evidencia de que las circunstancias vitales de las personas juegan un papel fundamental en el desarrollo y el mantenimiento de los problemas psicológicos, emocionales y conductuales. Sin embargo, las experiencias traumáticas se infradetectan en los servicios de salud mental y, con frecuencia, ni los servicios ni las prácticas que se realizan en ellos están adaptadas a esta realidad. Existe una diversidad de prácticas, desde el modelo de comprensión de lo que le ocurre a la persona hasta experiencias relacionadas con el trato o la coerción, que pueden retraumatizar. Se realiza una revisión narrativa sobre la presencia del trauma en las personas que acuden a

los servicios de salud mental, las prácticas retraumatizantes y las propuestas para avanzar hacia servicios conscientes del trauma.

Palabras clave: trauma, retraumatización, servicios conscientes del trauma.

Abstract: Traumatic experiences are very common among people attending mental health services. There is evidence that people's life circumstances play a fundamental role in the development and maintenance of psychological, emotional and behavioral problems. However, traumatic experiences are underdetected in mental health services and, frequently, neither the services nor the practices carried out in them are adapted to this reality. There is a diversity of practices, from the model of understanding what is happening to the person to experiences related to treatment or coercion, that can retraumatize. A narrative review on the presence of trauma in people attending mental health services is carried out. Retraumatizing practices and some proposals to move towards trauma-informed services are examined.

Key words: trauma, retraumatization, trauma-informed care.

INTRODUCCIÓN

EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS la visión sobre qué son las alteraciones de la salud mental, cuáles son sus causas, cómo podemos ayudar y qué daña a las personas que atendemos ha ido cambiando para hacerse más compleja, más “ecológica” en el sentido de entender el sufrimiento psíquico en el entramado de relaciones que se dan en un contexto socio-político-cultural determinado. Quizá no conocemos completamente los mecanismos biológicos por los que la violencia, el racismo, el abuso sexual o la negligencia dañan a las personas. Pero sabemos que la violencia, el racismo, el abuso sexual y la negligencia están presentes en la vida de la inmensa mayoría de las personas que presentan sufrimiento psíquico intenso a lo largo de su vida (1,2).

A pesar de este conocimiento, las intervenciones que ofrecemos a las personas que acuden a los servicios de salud mental –desde cómo están pensados y organizados los propios servicios a qué ocurre en el interior de la relación profesional/paciente– están condicionadas de manera mayoritaria por una visión biomédica del sufrimiento psíquico, que ofrece una explicación de lo que está pasando desconectada de la biografía y del contexto (y, por consiguiente, carente de sentido), cuya principal herramienta es el fomento de la conciencia de enfermedad y el tratamiento farmacológico. El problema con esta organización no es solo que no sea útil a algunas de las personas que atendemos (y que abandonan los servicios por ello), sino que refuerza ejercicios de poder que vuelven a poner en situación vulnerable y desempoderada a

los ya vulnerables y desempoderados, contribuye a fomentar el estigma y, finalmente, tiene un alto potencial de daño.

La idea misma de que los servicios que prestamos pueden retraumatizar a las personas que atendemos puede ser difícil de aceptar. Pero ocurre. Nos lo dicen los estudios y las personas que atendemos, seamos o no capaces de escucharlo. Una de nuestras responsabilidades es mirar hacia ahí: mirar con las pacientes, con las compañeras de trabajo, con las autoridades sanitarias y contribuir a transformar nuestras prácticas en seguras y útiles (3,4).

EL TRAUMA Y LAS PERSONAS ATENDIDAS EN SALUD MENTAL

Las experiencias traumáticas son muy frecuentes entre las personas que acuden a los servicios de salud mental. Hay abundante evidencia acerca de que las circunstancias vitales de las personas juegan un papel fundamental en el desarrollo y el mantenimiento de los problemas psicológicos, emocionales y conductuales (5). Entre los factores más importantes se encuentran: la clase social y la pobreza, la desigualdad de recursos, el paro; el abandono y el abuso sexual, físico o emocional en la infancia; la violencia sexual y la doméstica; la pertenencia a grupos sociales desfavorecidos; la guerra y otras situaciones que amenazan la vida; el acoso en sus diversas formas y la discriminación; y las pérdidas significativas, como la de un padre en la infancia (2).

Diversos estudios (6) encuentran una fuerte relación entre la adversidad en la infancia y las consecuencias negativas a lo largo de la vida: ansiedad y ánimo muy bajo, problemas de alcohol y drogas, conducta antisocial, bajo rendimiento escolar, problemas relacionales, autolesiones y suicidio. Estos vínculos se han encontrado también en relación a conductas dañinas para la salud, como fumar o una mala dieta, además de con una gama de problemas de salud, como enfermedad cardiovascular, hepática, cáncer de pulmón, obesidad y diabetes (1,7). Las adversidades en la infancia también se vinculan con casi todas las categorías del diagnóstico funcional, incluyendo “ansiedad y alteraciones del ánimo”, “trastornos alimentarios”, “trastornos de personalidad”, “trastornos de conducta” y “psicosis”, autolesiones y suicidio, estados relacionados con el “bienestar mental” en general (2). Existen estudios muy interesantes que aportan luz sobre cómo se establece esta relación causal entre la adversidad en la infancia y el desarrollo de psicopatología en la vida adulta que han sido revisados exhaustivamente por Johnstone y colaboradoras (2).

Se reconoce un rol causal de los abusos sexuales en depresión, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos del comportamiento alimentario, uso problemático de sustancias, disfunción sexual, trastornos de personalidad, trastornos disociativos y psicosis (8-11).

Las personas atendidas en los servicios de salud mental sometidas a abuso sexual o físico durante la infancia tienen (8):

- primeros ingresos más tempranos,
- hospitalizaciones más largas y frecuentes,
- pasan más tiempo en aislamiento o contención,
- reciben más medicamentos,
- más probabilidades de automutilarse
- mayor gravedad de los síntomas globales.

Es mucho más probable que estas personas intenten suicidarse que las que son atendidas en los mismos servicios pero no han sufrido dicho abuso (12).

Desde hace años está documentado el probable papel causal de las experiencias adversas en la infancia con los problemas de salud mental en la edad adulta (2,8,13-15).

Tanto en términos humanos como económicos, el coste de no abordar el daño asociado a estas experiencias adversas es elevado: las repercusiones se observan en los sistemas de atención sanitaria, el empleo, el bienestar infantil, las personas sin hogar, la justicia penal y la educación.

La investigación sugiere que la violencia interpersonal debería ser un foco principal cuando los profesionales de la salud mental evalúan a los usuarios, formulan las causas de sus dificultades y hacen planes de tratamiento (16).

Sandra Bloom (17) sugiere que es fácil no hacer estas preguntas o ignorar las respuestas, entre otras cosas, porque es difícil escuchar las historias de heridas profundas y al mismo tiempo es relativamente fácil, con el tiempo, endurecerse con estas historias llenas de tristeza, trauma y pérdida. Hemos descubierto, afirma, que la razón por la que no exploramos más estas historias no es porque sea demasiado difícil para nuestros usuarios, sino porque es difícil para nosotros, los profesionales.

En su relación con los servicios de salud mental, no es infrecuente encontrar personas que se definen como “supervivientes de la psiquiatría” y que denuncian los perjuicios que han sufrido en su relación con la misma: desde una comprensión de lo que les ocurre que les devuelve una imagen culpabilizadora y desempoderada, en la que la posibilidad de retomar la responsabilidad sobre su vida pasa por aceptar una cosmovisión que puede ser completamente ajena a la persona, hasta aceptar medicación y prácticas específicas que dañan una y otra vez, repitiendo vulneraciones de derechos. El relato de personas que han sido dañadas por los servicios que deberían proporcionarles atención y cuidados no cesa (18-21). En la actualidad, la defensa de la atención a la salud mental respetuosa con los derechos de las personas y libre de coerción forma parte de las reivindicaciones de colectivos en primera persona y profesionales (22,23).

a) Servicios de salud mental

La prevalencia estimada de trauma psíquico entre las personas que acceden a servicios de salud mental se sitúa aproximadamente entre el 70% y el 90% (24).

Phipps *et al* (25) examinaron las tasas y los tipos de trauma informados por los usuarios que utilizan un servicio de salud mental del centro de la ciudad en Sídney, Australia. El estudio también exploró si los usuarios sentían que había sido útil que se les preguntara sobre su experiencia traumática, si pensaban que estas preguntas deberían hacerse de forma rutinaria y si querían hablar sobre estas experiencias. El 88% de los usuarios evaluados informó que había experimentado al menos un evento traumático, mientras que el 79% informó haber experimentado dos o más eventos. La mayoría de los usuarios pensaban que era útil que se les preguntara sobre el trauma y que debería ser parte de la evaluación. Sin embargo, menos de un tercio de estos usuarios encuestados querían hablar sobre el trauma en el momento de la evaluación (25).

Jennings (26) lleva a cabo un estudio cualitativo en el que recoge el testimonio de 199 personas atendidas en servicios de salud mental y que han sido hospitalizadas al menos una vez. Encuentra que entre el 87% y el 99% tenían antecedentes de exposición a múltiples tipos de traumas a lo largo de sus vidas. El 47% había sufrido agresiones físicas y el 33%, agresiones sexuales durante la infancia y/o la edad adulta. El 27% cumplía criterios de TEPT, aunque pocos (3%) fueron diagnosticados como tales (26).

b) Recursos de rehabilitación

Cusack *et al* evalúan la prevalencia vida de eventos traumáticos y TEPT actual entre 142 usuarios de salud mental con enfermedades mentales graves atendidos por un programa de día de rehabilitación psicosocial. La exposición de por vida al trauma fue del 87% (27). La tasa de TEPT detectada con la Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático (PCL) también fue alta (19-30% según los diferentes criterios de puntuación). La documentación del trauma y el TEPT fue excepcionalmente baja en los registros médicos. Los resultados sugieren que el trauma y el TEPT se pasan por alto con mucha frecuencia en el sistema público de salud mental y que es necesario un mejor reconocimiento del trauma y el TEPT para brindar servicios significativos a esta población altamente vulnerable (27). González Cases señala que la prevalencia de la violencia de pareja hacia mujeres con trastorno mental grave es muy elevada: 80% de las mujeres con trastorno mental grave han sido maltratadas por su pareja o expareja en algún momento de su vida y el 30%

lo han sido en el último año. Este último dato multiplica por tres la prevalencia en comparación con mujeres de población general (10% en el último año) (28,29). En un estudio en nuestro medio en dos centros de rehabilitación psicosocial, encuentran que la prevalencia de la violencia en los doce meses previos a la entrevista fue del 40,3% y del 74,1% a lo largo de la vida. La forma de abuso más frecuente fue el psicológico, seguido del físico y en último lugar el sexual (30).

c) Hospitalización

Los usuarios que acceden a unidades de hospitalización de salud mental también pueden experimentar trauma o retraumatización al acceder a dichos servicios. El trauma y la retraumatización ocurren como consecuencia de prácticas coercitivas comunes, como la reclusión, la contención mecánica, el tratamiento involuntario y la administración forzosa de la medicación, el transporte involuntario por la policía o la ambulancia; el entorno en sí mismo también se informa como traumatizante. Además, ni suele explorarse el trauma previo ni ofrecerse un tratamiento específico para el trauma. No es frecuente que estas unidades se organicen con una filosofía de servicios conscientes del trauma (31).

LAS PERSONAS CON TRAUMA FRENTE A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Para Doob, un porcentaje significativo de mujeres adultas atendidas en los servicios de salud mental son sobrevivientes de abuso sexual en la infancia en el entorno familiar y muestran un patrón de síntomas que se cree que están relacionados con esa experiencia (32). Cuando el tratamiento está dirigido a resolver las secuelas emocionales y psiquiátricas de los abusos sexuales en la infancia, el pronóstico es bueno. Sin embargo, cuando la naturaleza postraumática de los síntomas no se tiene en cuenta en el diagnóstico y tratamiento, la respuesta profesional puede emular el contexto del abuso original y el pronóstico es generalmente pobre. Es cada vez más evidente que puede haber un porcentaje elevado de sobrevivientes de abuso sexual en la infancia entre la población de pacientes con enfermedades mentales crónicas. Para fomentar la curación en lugar de la intensificación y mantenimiento de los síntomas, es esencial que los profesionales reconozcan los efectos persistentes de experiencias de abuso y comprender las necesidades específicas que puedan tener los sobrevivientes. Una actitud de negación recrea el contexto de las experiencias de la niñez cuando las sobrevivientes han sido culpadas por su victimización y cuando su sufrimiento fue ignorado (32).

Los problemas de salud mental son un factor de riesgo para el trauma y, paradójicamente, el tratamiento de salud mental también se ha asociado con la retraumatiza-

ción, cuando una experiencia presente induce la reviviscencia de un evento traumático pasado (33). Prácticas como la inmovilización, la reclusión y la administración forzada de medicación, que pueden darse en entornos médicos, de salud mental y de urgencias, se han relacionado con efectos perjudiciales para los pacientes que presencian y experimentan personalmente estas intervenciones, así como para los profesionales sanitarios (34). Además, los antecedentes de experiencias traumáticas se han relacionado con un menor compromiso con la atención clínica, lo que puede contribuir aún más al empeoramiento de la salud (35). La exposición a traumas puede predisponer a las personas a experimentar la atención como angustiada y dañina, con desconfianza y evitación de la atención clínica, lo que crea barreras para la participación en la atención. El trauma, por tanto, es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud y puede hacer más compleja la participación en la atención sanitaria (36).

¿QUÉ ES LA RETRAUMATIZACIÓN?

a) *Conceptos básicos*

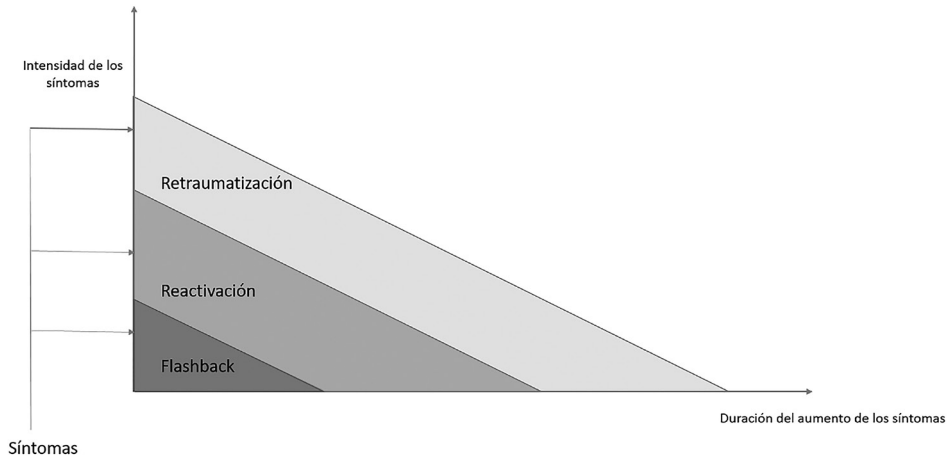
No existe una definición universalmente aceptada de retraumatización. En general, los trabajos publicados estudian la relación entre la exposición a un nuevo trauma y la reactivación de sintomatología postraumática en personas que ya han sido diagnosticadas de TEPT (37). Schock *et al* (37) revisan los resultados del impacto de nuevos traumas en personas diagnosticadas de TEPT y encuentran dos conceptos diferentes –reactivación y retraumatización– en base a la duración y la intensidad del aumento de los síntomas. Resumimos aquí:

- *Flashback o reviviscencia*: forma parte del cortejo sintomático del TEPT. La persona vuelve a *revivir* la situación traumática como si estuviera sucediendo otra vez. Generalmente se desencadena por algún elemento (un sonido, un olor, una imagen, un pensamiento...) que trae al presente el evento traumático.
- *Reactivación*: aumento a corto plazo de los síntomas que, en general, puede ser gestionado por la persona afectada. Tiene mayor duración e intensidad que el *flashback*.
- *Retraumatización*: aumento de la carga sintomática causada directamente por revivir el trauma en una experiencia actual. Implica una exacerbación significativa de los síntomas tras un nuevo acontecimiento traumático o situación estresante a consecuencia de la cual la persona ya no es capaz de hacer frente a este aumento de síntomas. Es más probable cuando la persona ha desarrollado un TEPT completo y el contenido del trauma actual guarda relación con el trauma original (37).

La Figura 1 es ilustrativa de estos conceptos:

FIGURA 1

Diferenciación de los constructos según la intensidad y duración del aumento de síntomas en personas con TEPT (37)



Los autores señalan que el grado en que el individuo afectado se siente impotente y desamparado es un factor decisivo para determinar lo traumática que se percibe una situación y que las situaciones actuales percibidas como amenazantes tienen una mayor probabilidad de provocar retraumatización. Este sentimiento de impotencia y desamparo, la pérdida de agencia de la persona sobre su vida, la imposibilidad de ayuda y/o de huida está en la base de las distintas experiencias que se señalan como retraumatizadoras.

El concepto de retraumatización también es utilizado en el campo psicosocial y en el de apoyo a víctimas de catástrofes y violencia política. Aporta una visión del trauma más amplia, no ligada al TEPT, que incluye elementos contextuales y se combina con políticas de verdad, justicia y reparación. Hace referencia a la ocurrencia de ciertos eventos asociados a las violaciones de los derechos humanos cuyo efecto previsible es el de incorporar nuevas situaciones dolorosas a un contexto humano previamente traumatizado (38).

Habrà retraumatización, señalan Sweeney *et al* (4), mientras los sistemas de salud mental no reconozcan el papel del trauma en la vida de las personas y su consiguiente necesidad de seguridad, mutualidad, colaboración y empoderamiento.

Ann Jennings define la retraumatización en los servicios de atención a la salud mental como una situación, actitud, interacción o entorno que reproduce los acontecimientos o la dinámica del trauma original y desencadena los sentimientos y reacciones abrumadoras asociadas a ellos. Puede ser evidente o no, suele ser involuntaria pero no por ello deja de ser hiriente, exacerbando los mismos síntomas que llevaron a la persona a los servicios (26). Distingue entre “trauma de santuario” y “daño de santuario” en el estudio en Carolina del Norte, que es una de las primeras investigaciones empíricas sobre el trauma y la retraumatización en entornos psiquiátricos:

Trauma de santuario: acontecimientos que cumplieran los criterios del DSM-IV para un estresor traumático extremo que conducía a síntomas de TEPT. Es un concepto desarrollado por Silver que “ocurre cuando una persona que sufrió un factor estresante severo se encuentra con más situaciones traumáticas en lo que se esperaba que fuera un entorno de apoyo y protección”. Silver desarrolla este concepto en su trabajo hospitalario con veteranos de la guerra de Vietnam (39) y está en la base del “Modelo Santuario”, desarrollado por Sandra Bloom y Brian Farragher (17). El concepto de santuario surge de esta idea cuando se dan cuenta de que muchos pacientes que acudían a los centros psiquiátricos esperando ayuda, comprensión y consuelo obtenían, en su lugar, normas rígidas, procedimientos humillantes, métodos contradictorios y sistemas explicativos a menudo confusos y culpabilizantes.

Daño de santuario: sucesos que implicaron acciones muy insensibles, inapropiadas, negligentes o abusivas por parte del personal (a menudo una pequeña minoría) que produjeron o exacerbaron los síntomas de un trauma previo, aunque no hayan sido retraumatizantes en sentido estricto.

En el estudio de Jennings (26), entre el 87 y el 99% tenían antecedentes de exposición a múltiples tipos de traumas a lo largo de sus vidas. El 47% había sufrido agresiones físicas y el 33% agresiones sexuales durante la infancia y/o la edad adulta. El 27% cumplía criterios de TEPT, aunque pocos (3%) fueron diagnosticados como tales. Casi la mitad (47%) experimentó “trauma de santuario”. El 91% experimentó “daño de santuario”. Eran especialmente vulnerables las personas que habían experimentado varios traumas a lo largo de la vida y las personas que habían sido abusadas sexualmente.

Entre los “traumas de santuario” se señalaron:

- Agresión física por parte del personal u otros pacientes (31%)
- Ser agredido sexualmente por el personal u otros pacientes (8.5%)
- Ser testigo de agresiones físicas o sexuales a otras personas (63%)

Entre los daños de santuario se destacaron:

- Aislamiento (60%)
- Estar rodeado de otras personas muy perturbadas, violentas o atemorizantes (56%)
- Ser esposado y metido en un coche de policía (65%)
- Ser derribado o presenciar el derribo de otras personas (47%)
- Ser inmovilizado (33%)
- Ser registrado desnudo
- No tener la privacidad adecuada para bañarse, vestirse o ir al baño
- Tener a la policía o a un guardia de seguridad fuera de la sala de reclusión sin ninguna explicación
- Utilización de la medicación o el internamiento como amenaza o castigo (20%)
- Ser obligado a tomar medicación contra su voluntad
- Uso por parte del personal de nombres despectivos hacia el usuario o hacia otros pacientes, acosándolos o intimidándolos de alguna manera verbal (23%)

El impacto de la retraumatización se deja sentir tanto en las personas que lo sufren como en los profesionales que llevan a cabo estas prácticas. Entre las personas atendidas se ha descrito (26, 40-44):

- Disminución o pérdida de confianza
- Mayores tasas de autolesiones
- Disminución significativa de la disposición a seguir cualquier tratamiento
- Aumento de recuerdos intrusivos, pesadillas y *flashbacks*
- Reexperimentación de síntomas y emociones de traumas anteriores, que cuando son extremos pueden adquirir una intensidad delirante
- Aumento de la cronicidad del estrés con mayor riesgo de morbilidad psiquiátrica, por ejemplo, TEPT, depresión crónica
- Mayores tasas de angustia -durante periodos más largos tras el alta
- Mayor recaída de síntomas y rehospitalización
- Necesidad de estancias hospitalarias más largas

Y entre los profesionales (26, 45-47):

- Mayores índices de agresiones y lesiones del personal
- Tasas elevadas de reclamaciones de los usuarios
- Mayor dificultad para generar confianza
- Mayor nivel de estrés y trauma secundario experimentado por el personal
- Mayores tasas de rotación de personal y baja moral
- Mayor índice de ausencias y enfermedades del personal

- Conflictos entre los códigos personales y los códigos éticos
- Desconexión, deshumanización, pesimismo que pueda proteger contra la impotencia
- Desvalorización del propio trabajo y de su capacidad para mejorar la vida de las personas atendidas
- Daño moral como mediador del desgaste profesional (48)

En relación con los profesionales y las organizaciones, Bloom señala que, como resultado del estrés organizacional agudo y crónico, ocurren procesos destructivos dentro y entre organizaciones que reflejan o son “paralelos” a los procesos por los cuales los pacientes buscan ayuda (17). Sobre este tema existe abundante literatura previa (49-52). El resultado para los proveedores de servicios es un tipo de trauma colectivo a medida que las organizaciones dejan de cumplir su rol social fundamental: el de contener la ansiedad, el sufrimiento, la derrota y la incertidumbre. Los mecanismos de defensa, continúa, llegan a dominar cualquier actividad terapéutica que se supone que está ocurriendo en la organización (17). No hemos encontrado, por otra parte, investigación sobre el efecto que ejercer coerción puede tener en personal sanitario que ha tenido, a su vez, experiencias vitales traumáticas.

MECANISMOS POR LOS QUE LA ATENCIÓN RETRAUMATIZA

Posiblemente ninguna intervención que quite el poder a la persona sobreviviente fomente su recuperación, sin importar lo mucho que parezca ser en pro de sus intereses
Herman (53)

a) El modelo biomédico de comprensión del sufrimiento psíquico

La tendencia actual en los sistemas de salud mental a conceptualizar las conductas extremas y de angustia como síntomas de enfermedad mental en lugar de como estrategias de adaptación a traumas pasados o presentes puede ocasionar que las intervenciones a personas en situaciones de extrema angustia sean inútiles e incluso (re)traumatizantes.

El daño que la visión biomédica de los sentimientos y conductas perturbadoras puede tener para las personas que son etiquetadas como “enfermas mentales” está bien descrito en el Informe del Relator Especial de la ONU (54,55) sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (que encuentra como obstáculos para el respeto de los derechos humanos en personas que padecen sufrimiento psíquico intenso el predominio del modelo biomédico, las asimetrías de poder y el uso sesgado de los datos empíricos). Aparece en múltiples artí-

culos de activistas/supervivientes de la psiquiatría (puede verse en páginas web como www.madinamerica.com, www.madinspain.org, www.hearing-voices.org, revistas como *Asylum* <https://asylummagazine.org/> o en textos de profesionales (56-60)).

Transformar lo que las personas *sienten y hacen* en algo que *tienen* (2,61) es señalado como una de las prácticas que vuelve a dejar a la persona indefensa, culpabilizada y con muy poca posibilidad de conocer y utilizar sus propias fortalezas para salir adelante.

La necesidad de revisar la literatura a la luz de estos sesgos y de proponer un modelo diagnóstico alternativo ha llevado a la Sociedad Británica de Psicólogos a la publicación en 2018 del *Marco de Poder, amenaza y significado. Un sistema conceptual no diagnóstico alternativo* (2,62-64), que entiende a los humanos como seres dotados de sentido y capacidad de agencia que pueden poner en marcha estrategias que ayudan a sobrevivir ante los efectos dañinos del poder. La conducta alterada o los sentimientos perturbadores se entienden mejor, a la luz de este presupuesto, como estrategias de supervivencia dotadas de sentido, que pueden haber perdido o no su utilidad en la actualidad.

La retraumatización ocurre cuando algo en una experiencia presente hace revivir un trauma pasado, como la incapacidad de detener o escapar de una amenaza personal percibida o real. Las formas evidentes de retraumatización incluyen aislamiento, contención, medicación forzada, registros corporales y observación permanente.

Hasta la introducción de la filosofía de los servicios conscientes del trauma, este ha sido un fenómeno que, a pesar de las denuncias de los usuarios, se ha negado, hasta el punto de no haber sido objeto de investigación más que muy excepcionalmente, por lo que es difícil encontrar datos generalizables.

b) Reproducción de situaciones traumáticas

Algunas intervenciones del sistema de salud mental pueden retraumatizar; intervenciones controladoras, coercitivas y paternalistas vuelven a reproducir relaciones de poder características de los eventos traumáticos experimentados, incrementan la retraumatización, impiden la construcción de una relación de confianza y provocan que las personas con sufrimiento se alejen de los servicios y no reciban la ayuda que necesitan.

El efecto dañino de la coerción ha sido bien documentado (65). Nos interesa saber más sobre cómo se produce la reviviscencia del trauma en los servicios de salud mental.

Ann Jennings (26) proporciona un estudio de caso sobre el abuso sexual de su hija cuando era niña y sus experiencias posteriores como usuaria con trastorno

mental crónico en el sistema de salud mental. Utilizando información de 17 años de registros de salud mental, traza un paralelismo entre el trauma en la infancia y las actitudes que retraumatizan en la atención en los servicios de salud mental. Ambas situaciones (primera infancia y prácticas institucionales en los servicios de salud mental) remiten a experiencias en las que la niña primero y la adulta después:

- no es vista, escuchada, atendida
- tiene la experiencia de estar atrapada
- revive los abusos
- tiene la experiencia de estar aislada
- tiene la experiencia de ser culpada y avergonzada
- tiene la experiencia de ser controlada, de no tener ningún poder
- tiene la experiencia de estar desprotegida
- tiene la experiencia de ser amenazada
- tiene la experiencia de ser desacreditada
- tiene la experiencia de que sus conductas sean entendidas como locuras, sin sentido
- tiene la experiencia de ser traicionada

Resultados muy similares sobre lo que daña encontramos en el trabajo de Hunter (44). En Maine se llevó a cabo un estudio, liderado por la misma Ann Jennings, que reunió durante 8 meses a más de 200 usuarios de salud mental y personal sanitario designado por ellos como *de su confianza* para detectar *lo que daña, lo que ayuda* y lo que se necesita en los servicios de salud mental (66). El estudio pretendía servir de base para desarrollar unos servicios sensibles al trauma en el Estado de Maine.

Los resultados de este trabajo se publicaron en un documento llamado “En sus propias palabras”, en el que se recogen literalmente las opiniones de las personas atendidas en los servicios y los profesionales que estas consideraron como *de su confianza* sobre lo que les parece que daña y lo que les parece que resulta de ayuda en el proceso de atención. Estas aportaciones se presentan organizadas en diez apartados que aquí recogemos en la Tabla 1 (66).

El aspecto más sorprendente de este diálogo fue el grado de acuerdo entre supervivientes y proveedores sobre lo que hace daño y lo que resulta de ayuda (Tabla 2). Juntos, estos supervivientes de abusos y quienes han respondido a sus necesidades, ofrecen, más allá de una crítica al “sistema” actual en lo que se refiere al trauma, un compendio de reflexiones, ideas y recomendaciones concretas que apuntan a una forma más responsable y sanadora de ver y abordar los dolorosos e inquietantes efectos de los abusos infantiles en los supervivientes adultos. La lectura del documento sigue siendo una importantísima fuente de inspiración para quien intente construir una alternativa al actual sistema de atención.

TABLA 1

Temas abordados por usuarios de los servicios de salud mental y sus profesionales de confianza para determinar qué daña y qué resulta de ayuda en el proceso de atención

| |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocer (o ignorar) la prevalencia, indicadores e impacto del trauma 2. Retraumatización a través de la hospitalización: Creación de lugares seguros para la curación 3. Responder a las crisis como oportunidades de crecimiento y la recuperación 4. Falta de tratamiento del trauma en la comunidad: Necesidad, apoyos necesarios y el valor de las terapias alternativas 5. De la alienación y el aislamiento a la defensa, apoyo entre iguales y empoderamiento 6. Actitudes, comportamientos y prácticas profesionales: Necesidad de educación y formación 7. Medicación: Un arma de doble filo 8. Conexiones interinstitucionales e interdisciplinarias: El trauma como eje unificador 9. Creación de políticas, estructuras y prácticas sensibles al trauma 10. Los sistemas de gestión sanitaria, Medicaid y otros seguros: ¿obstáculos o apoyos? |
|--|

Elaborada a partir de Jennings y Ralph (66)

TABLA 2

Lo que daña y lo que ayuda a los supervivientes de trauma

| LO QUE DAÑA | LO QUE AYUDA |
|--|--|
| <p>Aislamiento y negacionismo. “La esencia del superviviente de abusos es estar solo y sin ningún testigo”. Una y otra vez oímos que los supervivientes de abusos se sienten aislados y estigmatizados por sus historias y sus síntomas. Una y otra vez oímos que la respuesta generalizada de la sociedad, sus instituciones e incluso de muchos profesionales de la ayuda es negar, minimizar y evitar el tema de la violencia interpersonal y sus consecuencias.</p> | <p>Empoderamiento. Para quienes se han sentido disminuidos, estigmatizados y estigmatizados y no escuchados, ha sido una parte importante de la curación empezar a sentirse respetados, apoyados y escuchados. Además, escuchar las experiencias y las necesidades expresadas por los supervivientes de traumas no solo los empodera a ellos, sino que también es una forma clave de educar a los demás. En última instancia, sin embargo, la energía</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>colectiva, la experiencia compartida y el activismo continuo de los Grupos Asesores sobre Trauma ha demostrado el poder inherente a la gente que se organiza y trabaja junta por una causa común.</p> |
| <p>Maltrato y retraumatización. Cuando los que buscan ayuda se sienten ignorados o no creídos y cuando se ignora que el abuso es un problema central, el diagnóstico, el plan de tratamiento y la alianza terapéutica se ven comprometidos desde el principio. Cuando se produce una lucha de poder entre el cliente y el profesional, o entre el cliente y la institución, el superviviente es una vez más el perdedor, herido por las mismas personas que se supone que deben ayudarle a curar el daño.</p> | <p>Prácticas y servicios sensibles. La mayoría coincide en que la creación de un nuevo sistema de servicios específico para supervivientes de traumas es poco práctico e innecesario. Los sistemas de salud mental, médicos y de servicios sociales existentes pueden y deben ser modificados, mejorados y ampliados para atender mejor las necesidades de las personas con antecedentes de malos tratos, que constituyen la mayoría de su clientela actual.</p> |
| <p>Falta de servicios receptivos. Tanto los supervivientes como los proveedores describen no solo la ausencia de servicios dirigidos específicamente a los problemas de abuso, sino también la exclusión de los supervivientes con determinadas etiquetas diagnósticas de los programas o plazas existentes. Lo que necesitan los supervivientes no es un misterio y está claramente articulado en este libro; aunque crear servicios sensibles al trauma e integrarlos en un sistema más amplio es una cuestión que va mucho más allá.</p> | <p>Políticas que reflejen la comprensión del trauma. Tanto los supervivientes como los proveedores reiteran la necesidad de que la planificación y el desarrollo de políticas -a todos los niveles- sean sensibles al trauma y de apoyo tanto a los que utilizan los servicios como a los que los prestan. Las políticas y los planes que afectan a la accesibilidad de los servicios, la formación de los proveedores, la práctica clínica, la continuidad de la atención y la percepción pública deben considerarse cuidadosamente desde la perspectiva del trauma y, preferiblemente, con la aportación directa de los supervivientes y consumidores.</p> |

Falta de formación y educación.

Esencialmente, no existe formación formal sobre trauma ni teórica ni práctica en ningún plan de estudios académico o profesional de ninguna de las disciplinas. Abundan la desinformación, los prejuicios y la resistencia al cambio y al reaprendizaje, lo que determina el sentimiento general tanto los supervivientes como de sus cuidadores “de confianza” de que disponen de poco apoyo informado y respetuoso.

Educación y formación pertinentes.

Tanto los supervivientes como los profesionales coinciden en que hay una necesidad perentoria de educación sobre la prevalencia, los indicadores y las consecuencias del trauma. También es vital que esta formación se ofrezca tanto en entornos laborales como académicos e incluya tanto el desaprendizaje como el nuevo aprendizaje y que aborde tanto la actitud como la información y la investigación.

Elaborada a partir de Jennings y Ralph (66)

Jennings considera que, si bien la retraumatización puede ser involuntaria e imprevista, permanecerá mientras los sistemas de salud mental no reconozcan el papel del trauma en la vida de las personas y su consiguiente necesidad de seguridad, reciprocidad, colaboración y empoderamiento. Los servicios y apoyos actuales que no toman en cuenta estos impactos pueden volver a traumatizar inadvertidamente, lo que refuerza aún más las necesidades de los sobrevivientes de estrategias de afrontamiento como el uso de drogas ilícitas o la autolesión (4).

Merece una consideración específica sufrir violencia sexual en el entorno hospitalario por la posibilidad de revivir exactamente la situación traumática. Las pacientes señalan que sufrir violencia sexual en el entorno hospitalario es una experiencia aterradora (61). Los profesionales de la salud mental se encuentran con dificultades (falta de habilidades y confianza) para responder a las revelaciones de pacientes sobre agresión sexual en el entorno hospitalario, incluso cuando estas revelaciones son coherentes y están respaldadas por pruebas. Estas dificultades se refieren a la valoración de la capacidad de la paciente para dar su consentimiento, dudas sobre la confiabilidad de los relatos de quienes se encuentran en estados psicóticos, así como las implicaciones legales de los incidentes, particularmente en los casos en que el agresor denunciado es un miembro del personal. La situación se ve agravada por las considerables barreras que enfrentan las pacientes al hacer tales revelaciones. Las relaciones jerárquicas, con profesionales de la salud que ocupan posiciones de poder sobre los pacientes, las culturas de silencio, miedo y disciplina en entornos institucionales, pueden impedir que se tomen medidas, incluso cuando los miembros del personal identifiquen y denuncien las agresiones. Esto puede dar lugar a que los pacientes permanezcan en riesgo ante los perpetradores.

También ocurre que los profesionales de la salud pueden creer las acusaciones, pero minimizan el impacto en los pacientes. Se ha detectado que tal minimización aumenta la probabilidad de reacciones traumáticas (67). Esta situación, pacientes afectadas de trastorno mental grave, mujeres, violadas y no creídas, nos parece un ejemplo claro de revictimización, de reproducción de los ejes de poder a los que son sometidas, de injusticia epistémica (68) que permite no creer su relato.

PROPUESTAS QUE REDUZCAN LA RETRAUMATIZACIÓN

La atención informada sobre el trauma (1) se ha definido como “un marco basado en las fortalezas que se fundamenta en la comprensión y la respuesta al impacto del trauma, que hace hincapié en la seguridad física, psicológica y emocional tanto para los proveedores como para los supervivientes, y que crea oportunidades para que los supervivientes reconstruyan una sensación de control y empoderamiento” (4,36).

La atención consciente del trauma se basa en cuatro premisas fundamentales: (1) el trauma afecta a la salud y a la atención clínica; (2) la detección del trauma debe completarse con la prestación de servicios de atención adecuados; (3) la atención consciente del trauma puede ayudar a los proveedores a responder a la presencia generalizada del trauma; y (4) la retraumatización puede reducirse mediante la adaptación de las prácticas asistenciales/organizativas para reducir el desencadenamiento de recuerdos traumáticos y una mayor traumatización (3).

Para el SAMSHA, la Administración Federal de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental de los Estados Unidos, la atención informada por el trauma también implica la vigilancia para anticipar y evitar los procesos institucionales y las prácticas individuales que pueden volver a traumatizar a las personas que ya tienen historias de trauma, y defiende la importancia de la participación de los usuarios en el desarrollo, la prestación y la evaluación de los servicios (69).

A partir de 1980, Sandra Bloom, Joseph Foderaro y Ruth Ann Ryan trabajaron en entornos hospitalarios y ambulatorios con personas que habían sobrevivido a experiencias vitales abrumadoramente estresantes y a menudo traumáticas. Basándose en el concepto de comunidades terapéuticas en las que el personal y los usuarios participan colectivamente en crear un sistema de curación, y utilizando el trabajo de Silver, que describió el “trauma del santuario” como la expectativa de un entorno acogedor y curativo y, en su lugar, se encuentra más trauma, Bloom y sus colegas crearon The Sanctuary, un programa específico para supervivientes adultos. El Modelo Santuario, una consecuencia de The Sanctuary, es un modelo de cambio clínico y organizativo que promueve la seguridad y la recuperación de la adversidad, la creación activa de una comunidad informada sobre el trauma.

En la actualidad, el Modelo Santuario se ha ampliado para incluir agencias que atienden tanto a adultos como a niños en Estados Unidos y en siete países de todo el mundo (70).

En 2005, el SAMHSA estableció un Centro Nacional de Atención Informada por el Trauma (71). En 2014 se publica el libro blanco de los cuidados conscientes del trauma y los servicios específicos para la atención al trauma (3). En 2016, también en el Reino Unido se presentan las características de los servicios conscientes del trauma (4).

En cuanto a la necesidad de introducir la “lente del trauma” en los servicios de salud mental no específicos, cada vez es mayor el consenso en que, además del tratamiento basado en la evidencia para el TEPT, se necesitan enfoques universales y sistémicos para abordar la magnitud del trauma y la violencia que afecta a niños y adultos en todos los sistemas de servicios, porque (3,72):

- La salud está, al menos en parte, determinada socialmente.
- Para tener éxito y satisfacer las necesidades de los millones de afectados por el estrés traumático, las intervenciones que abordan el estrés traumático deben dirigirse a factores individuales, interpersonales y ambientales.
- Desde una perspectiva ecológica, las organizaciones y los sistemas se consideran objetivos críticos para la intervención en el trauma. Como tal, el enfoque de las intervenciones se expande más allá de la hora de terapia individual hacia el entorno más amplio.
- La atención informada por el trauma puede verse como un “diseño universal” para atender a los supervivientes del trauma, que se proporciona a todos, por todos. Todo el sistema se utiliza como vehículo para la intervención.

Sean unos u otros los modelos que se revisen, comparten principios que se pueden resumir en (73):

1. Comprender las experiencias estructurales e interpersonales de trauma y violencia y sus impactos en la vida y el comportamiento de las personas;
2. Crear espacios emocional, cultural y físicamente seguros para los usuarios y proveedores de servicios;
3. Fomentar oportunidades de elección, colaboración y conexión; y
4. Proporcionar formas basadas en fortalezas y desarrollo de capacidades para apoyar a los usuarios de los servicios.

Tabla 3

Principios de los cuidados conscientes del trauma

| principios clave de los enfoques informados por el trauma | |
|---|--|
| 1. Reconocimiento | Reconocer la prevalencia, los signos y los impactos del trauma. Esto se denomina a veces tener una lente de trauma. Esto debería incluir una investigación rutinaria sobre el trauma, preguntada con sensibilidad y en el momento adecuado. Para los supervivientes, el reconocimiento puede generar sentimientos de validación, seguridad y esperanza. |
| 2. Evitar la retraumatización | Comprender que las prácticas operativas, las diferencias de poder entre el personal y los supervivientes, y muchas otras características de la atención psiquiátrica pueden retraumatizar a los supervivientes (y al personal). Tomar medidas para eliminar la retraumatización |
| 3. Contextos culturales, históricos y de género | Reconocer el trauma específico de la comunidad y sus impactos. Garantizar que los servicios sean apropiados desde el punto de vista cultural y de género. Reconocer el impacto de las interseccionalidades y el potencial de curación de las comunidades y relaciones |
| 4. Confiabilidad y transparencia | Los servicios deben garantizar que las decisiones tomadas (organizativas e individuales) sean abiertas y transparentes, con el objetivo de crear confianza. Esto es esencial para establecer relaciones con los supervivientes del trauma que pueden haber experimentado secretismo y traición |
| 5. Colaboración y mutualidad | Comprender el desequilibrio de poder inherente entre el personal y los supervivientes, y garantizar que las relaciones se basen en la reciprocidad, el respeto, la confianza, la conexión y la esperanza. Esto es fundamental porque el abuso de poder suele estar en el centro de las de las experiencias traumáticas, que a menudo conducen a sentimientos de desconexión y desesperanza, y porque es a través de las relaciones como puede producirse la curación |
| 6. Empoderamiento, libertad de elección y control | Adoptar enfoques basados en las fortalezas, apoyando a los supervivientes para que tomen el control de sus vidas y desarrollen la autodefensa es vital, ya que las experiencias traumáticas se caracterizan a menudo por la falta de control, con sentimientos a largo plazo de falta de poder a largo plazo. |
| 7. Seguridad | El trauma engendra sentimientos de peligro. Hay que dar prioridad a que todas las personas de un servicio se sientan y estén emocional y físicamente seguras. Esto incluye los sentimientos de seguridad generados por la elección y el control y la conciencia cultural y de género. Los entornos deben ser física, psicológica, social, moral y culturalmente seguros. |
| 8. Asociaciones de supervivientes | Entender que el apoyo entre pares y la coproducción de servicios son parte integral de las organizaciones informadas por el trauma. Esto se debe a que las relaciones involucradas en el apoyo entre pares y la coproducción se basan en la mutualidad y la colaboración |
| 9. Vías de acceso a la atención específica al trauma | Se debe apoyar a los supervivientes para que accedan a una atención específica para el trauma, cuando así lo deseen. Dichos servicios servicios de salud mental y que cuenten con los recursos necesarios. |

Tomado de Sweeney et al (4)

LA EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA RETRAUMATIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Las diversas estrategias propuestas para reducir la retraumatización en los servicios se han acompañado de propuestas de evaluación a veces sumamente complejas. Wathen, Schmitt y MacGregor, en una revisión reciente sobre las medidas de implementación e impacto de servicios conscientes del trauma (73), encuentran que, de los trece instrumentos estudiados, hay una diversidad significativa en los aspectos que se evalúan, más centrados en el “conocimiento” y la “seguridad”, y menos en los conceptos de “colaboración/elección” y “basados en fortalezas”. Pocas medidas examinan factores estructurales como racismo, misoginia, pobreza y otras desigualdades y su impacto en la vida de las personas. Concluyen que las medidas existentes generalmente no cubren todo el rango potencial de servicios conscientes del trauma y que aquellos que busquen tal medida necesitarán adaptar y/o combinar dos o más herramientas existentes (73).

Los instrumentos desarrollados han evaluado:

- Las actitudes de los profesionales hacia los cuidados conscientes del trauma.
- La organización para implementar una cultura de cuidados conscientes del trauma.
- La implantación de servicios conscientes del trauma.
- La percepción de los pacientes.

Wathen *et al* (73) resumen las principales características de estas escalas, ventajas e inconvenientes, entornos en los que se han utilizado y disponibilidad de las mismas (Tabla 4).

EVALUACIÓN DE PLANES DE ESTUDIOS Y ADAPTACIÓN CURRICULAR

La atención informada sobre el trauma es un marco establecido, cada vez más, para los profesionales de la salud, pero las mejores prácticas para la formación siguen sin estar claras. Burns *et al* (74) encuentran que la medicina es la disciplina en la que hay mayor implantación de esta formación, que los objetivos de aprendizaje más frecuentes fueron el cultivo de habilidades para detectar traumas y responder a revelaciones posteriores y comprender el impacto del trauma en la salud. Los autores consideran que los planes de estudios deben recoger aspectos relacionados con la diversidad cultural y la comprensión de los impactos de la marginación y la opresión en las experiencias traumáticas individuales y colectivas. Esta formación, continúan, es necesaria para todos los miembros de los equipos multiprofesionales, en especialidades médicas diversas.

Tabla 4

Ventajas e inconvenientes de las escalas de medida de los Servicios Conscientes del Trauma

| Nombre (Autor, Año) | Fortalezas | Debilidades |
|-------------------------------------|---|---|
| Escala ARTIC (Baker et al., 2016) | <ul style="list-style-type: none"> • Más validado y utilizado en investigaciones posteriores que otras medidas • Diferentes versiones para uso en sectores de servicios humanos/atención de la salud versus educación • Formato corto disponible | <ul style="list-style-type: none"> • Compra requerida • Mide principalmente los principios 1 y 2 |
| TICÓMETRO (Bassuk et al., 2017) | <ul style="list-style-type: none"> • Algunos elementos en los cuatro principios (pero no tuvo acceso a todos los elementos) | <ul style="list-style-type: none"> • Se requiere permiso del autor • No se ha utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores. |
| CPC (Clark et al., 2008) | <ul style="list-style-type: none"> • Algunos elementos en los cuatro principios • Disponible en artículo de revista publicado (puede requerir la compra del artículo) • Utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores. | <ul style="list-style-type: none"> • Puede no ser útil en otros contextos |
| Escala TIP (Goodman et al., 2016) | <ul style="list-style-type: none"> • Algunos elementos en los cuatro principios • Versiones en inglés y español • Disponible en artículo de revista publicado (puede requerir la compra del artículo) • Utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores. | <ul style="list-style-type: none"> • Puede no ser útil en otros contextos |

| Nombre (Autor, Año) | Fortalezas | Debilidades |
|--|---|---|
| VT-ORG (Hallinan et al., 2019) | <ul style="list-style-type: none"> • Cuatro versiones: aplicación de la ley, servicios de bomberos, servicios médicos de emergencia y servicios para víctimas • Todas las versiones disponibles gratuitamente (en dominio público) | <ul style="list-style-type: none"> • Mide principalmente los Principios 1 y 2; muchos elementos no corresponden a ningún principio • No se ha utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores. |
| Conocimientos, actitudes y prácticas de la Encuesta de práctica informada sobre trauma (King et al., 2019) | <ul style="list-style-type: none"> • Algunos elementos en los cuatro principios • Más de la mitad de los artículos miden Principio 1 • Disponible en artículo de revista publicado (acceso abierto) | <ul style="list-style-type: none"> • Pocos ítems para los Principios 2–4 • No se ha utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores. |
| TSRT (Centro Chadwick para Niños y Familias, 2013 ; Lang et al., 2016) | <ul style="list-style-type: none"> • Algunos elementos en los cuatro principios • Utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores. • Versión original disponible gratuitamente en línea de CTISP (ver Recursos clave); versión revisada disponible de Lang et al. (2016) por pedido • Formato corto disponible de Connell et al. (2019) por pedido | <ul style="list-style-type: none"> • Muchos elementos no corresponden a ningún principio • Puede no ser útil en otros contextos |
| Herramienta de evaluación basada en el trauma del bienestar infantil (Madden et al., 2017) | <ul style="list-style-type: none"> • Disponible en artículo de revista publicado (puede requerir la compra del artículo) | <ul style="list-style-type: none"> • Mide principalmente los Principios 1 y 2 • No se ha utilizado para la recopilación de datos en estudios posteriores. |
| TISCI (2ª ed.) (Richardson et al., 2010 , 2012) | <ul style="list-style-type: none"> • Utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores. • Disponible de los autores a pedido | <ul style="list-style-type: none"> • Mide principalmente los Principios 1–3 |

| Nombre (Autor, Año) | Fortalezas | Debilidades |
|---|--|--|
| TISC-R (Salloum, 2018) | <ul style="list-style-type: none"> • Disponible en artículo de revista publicado (puede requerir la compra del artículo) • Utilizado para la recopilación de datos en un estudio posterior | <ul style="list-style-type: none"> • Medidas Principio 1 y 2 únicamente |
| STSI-OA (Sprang et al., 2016) | <ul style="list-style-type: none"> • Disponible gratuitamente (en dominio público) | <ul style="list-style-type: none"> • Medidas principalmente Principio 2 • No se ha utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores. |
| Medida del conocimiento fundamental de las TIC (Sundborg, 2019) | <ul style="list-style-type: none"> • Disponible en artículo de revista publicado (puede requerir la compra del artículo) | <ul style="list-style-type: none"> • Solo medidas Principio 1 • No se ha utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores. |
| TIAA (PROSPERAR, 2011) | <ul style="list-style-type: none"> • Tres versiones: agencia, juventud y familia • Algunos artículos para los cuatro principios (pero principalmente 2 y 3; varía según la versión) • Disponible gratuitamente (en dominio público) | <ul style="list-style-type: none"> • No se ha utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores. |

Tomado de Wåthen et al (73)

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Sweeney *et al* (4) revisan a fecha de la redacción de su documento los efectos de estas políticas que han podido demostrarse experimentalmente y enumeran:

- la reducción de las contenciones y o aislamiento,
- la reducción de los síntomas de estrés postraumático y de los síntomas generales de salud mental
- el aumento de las habilidades de afrontamiento
- la mejora de la salud física

Los beneficios potenciales de los servicios conscientes del trauma para los sobrevivientes, señalan, son innumerables, incluida la esperanza, el empoderamiento, el apoyo que no vuelve a traumatizar y el acceso a servicios específicos para el trauma. Por otra parte, respecto a los profesionales, la capacitación, la supervisión y el apoyo del personal se consideran esenciales para el modelo y tienen el potencial de paliar o prevenir el desgaste profesional y reducir la rotación de personal.

CONCLUSIONES

Hoy está documentada la presencia de experiencias traumáticas en una gran cantidad de las personas que acuden a los servicios de salud mental y hay numerosos indicios de que tienen una relación causal con los problemas que los servicios de salud mental tratan de atender.

Sabemos que hasta el momento los servicios de salud mental frecuentemente han ignorado este hecho y no han sido capaces de obrar en consecuencia.

Está también ampliamente documentado que, por este mismo motivo, los servicios de salud mental son con frecuencia fuente de traumatización o retraumatización.

Hay numerosos testimonios que nos permiten conocer cuáles son los mecanismos por los que esta traumatización se produce.

Se han propuesto estrategias para construir servicios sensibles al trauma y muchas han sido evaluadas y demostrado empíricamente su eficacia.

El desarrollo de estas estrategias debería ser considerado una exigencia ética ineludible en la medida en la que previenen un daño evitable sobre las personas que atendemos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Petruccelli K, Davis J, Berman T. Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 2019; 1;97.
- 2 Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Longden E, et al. El Marco de Poder, Amenaza y Significado. Hacia la identificación de patrones de sufrimiento emocional, experiencias inusuales y comportamientos problemáticos o perturbadores, como una propuesta alternativa a los diagnósticos psiquiátricos funcionales. Madrid: AEN, 2022. Disponible en: <https://aen.es/wp-content/uploads/2022/01/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-Versi%C3%B3n-extensa-1.pdf>
- 3 DeCandia CJ, Guarino K, Clervil R. Trauma-informed care and trauma-specific services: A comprehensive approach to trauma intervention. American Institutes for Research [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.air.org/resource/trauma-informed-care-and-trauma-specific-services-comprehensive-approach-trauma>
- 4 Sweeney A, Clement S, Filson B, Kennedy A. Trauma-informed mental healthcare in the UK: What is it and how can we further its development? *Ment Health Rev J.* 2016; 21(3): 174–92.
- 5 Bellis MA, Hughes K, Ford K, Ramos Rodríguez G, Sethi D, Passmore J. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2019; 4(10): e517–28.
- 6 Sahle BW, Reavley NJ, Li W, Morgan AJ, Yap MBH, Reupert A, et al. The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022; 31(10): 1489–99.
- 7 Wilkinson R, Marmot M, World Health Organization. Regional Office for Europe. Social determinants of health: the solid facts. 2nd ed. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2003.
- 8 Read J, Hammersley P, Rudegeair T. Why, when and how to ask about childhood abuse. *Adv Psychiatr Treat.* 2007; 13(2): 101–10.
- 9 Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 721–32.
- 10 Boney-McCoy S, Finkelhor D. Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64(6): 1406–16.
- 11 Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hetttema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and Cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2000; 57: 953–9.
- 12 Lipschitz DS, Kaplan ML, Sorkenn JB, Faedda GL, Chorney P, Asnis GM. Prevalence and characteristics of physical and sexual abuse among psychiatric outpatients. *Psychiatr Serv.* 1996; 47(2): 189–91.
- 13 Fergusson DM, McLeod GFH, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl.* 2013; 37(9): 664–74.

- 14 Panagou C, MacBeth A. Deconstructing pathways to resilience: A systematic review of associations between psychosocial mechanisms and transdiagnostic adult mental health outcomes in the context of adverse childhood experiences. *Clin Psychol Psychother.* 2022; 29(5): 1626–54.
- 15 Whiffen VE, Macintosh HB. Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: a critical review. *Trauma Violence Abuse.* 2005; 6(1): 24–39.
- 16 Mitchell D, Grindel CG, Laurenzano C. Sexual abuse assessment on admission by nursing staff in general hospital psychiatric settings. *Psychiatr Serv.* 1996; 47(2): 159–64.
- 17 Bloom S, Farragher B. *Destroying Sanctuary.* Oxford: Oxford University Press, 2010.
- 18 Spandler H. What's happening in mental health services? *Asylum Magazine.* 2022; 29(4).
- 19 Millett K. *Viaje al manicomio.* Barcelona: Seix Barral, 2019.
- 20 Richter D, Whittington R. *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management.* New York: Springer Science, 2006.
- 21 García Torrents E. *Violencia en contextos de salud mental: llamada a contribuir - Mad in (S)pain.* 2022. Disponible en: <https://madinspain.org/violencia-en-contextos-de-salud-mental-llamada-a-contribuir/>
- 22 Asociación Española de Neuropsiquiatría, Confederación Salud Mental España, Federación de Asociaciones en Primera Persona, Federación Catalana d'Entitats de Salut Mental en 1a Persona (VEUS). *Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción,* 2016. Disponible en: <http://aen.es/wp-content/uploads/2016/06/MANIFIESTO-DE-CARTAGENA-LOGOS-2-1.pdf>
- 23 Herrman H, Allan J, Galderisi S, Javed A, Rodrigues M. Alternatives to coercion in mental health care: WPA position statement and call to action. *World Psychiatry.* 2022; 21(1): 159–60.
- 24 Cusack K, Frueh B, Brady K. Trauma history screening in a community mental health center. *Psychiatr Serv.* 2004; 55(2): 157–62.
- 25 Phipps M, Molloy L, Visentin D. Prevalence of trauma in an Australian inner city mental health service consumer population. *Community Ment Health J.* 2019; 55(3): 487–92.
- 26 Jennings A. On being invisible in the mental health system. *J Ment Health Adm.* 1994; 21(4): 374–87.
- 27 Cusack K, Grubaugh A, Knapp R, Frueh B. Unrecognized trauma and PTSD among public mental health consumers with chronic and severe mental illness. *Community Ment Health J.* 2006; 42(5): 487–500.
- 28 González Cases J. *Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental grave.* Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá, Departamento de Especialidades Médicas, 2011.
- 29 González Cases J, Polo Usaola C, González Aguado F, López Gironés M, Rullas Trincado M, Fernández Liria A. Prevalence and characteristics of intimate partner violence against women with severe mental illness: a prevalence study in Spain. *Community Ment Health J* 2014; 50(7): 841–7.
- 30 González Aguado F, González Cases J, López Gironés M, Olivares Zarco D, Polo Usaola C, Rullas Trincado M. *Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave.* *Norte de Salud Mental.* 2013; 11(45): 23–32.

- 31 Wilson A, Hurley J, Hutchinson M, Lakeman R. “Can mental health nurses working in acute mental health units really be trauma-informed?” An integrative review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2021; 28(5): 900–23.
- 32 Doob D. Female sexual abuse survivors as patients: Avoiding retraumatization. *Arch Psychiatr Nurs.* 1992;6(4):245–51.
- 33 Sweeney A, Filson B, Kennedy A, Collinson L, Gillard S. A paradigm shift: relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych Adv.* 2018;24(5):319–33.
- 34 Nocete Navarro L. La experiencia de los profesionales de salud mental en el uso de sujeciones mecánicas en la Comunidad de Madrid: una investigación cualitativa con personal en formación. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 2023.
- 35 Klest B, Tamaian A, Boughner E. A model exploring the relationship between betrayal, trauma and health: The roles of mental health, attachment, trust in healthcare systems, and nonadherence to Treatment. *Psychol Trauma* 2019; 11(6): 656-662.
- 36 Rudolph K. Ethical considerations in trauma-informed care. *Psychiatr Clin North Am.* 2021; 44(4): 521–35.
- 37 Schock K, Rosner R, Wenk-Ansohn M, Knaevelsrud C. Retraumatisierung Annäherung an eine Begriffsbestimmung. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie.* 2010; 60(7): 243–9.
- 38 Madariaga C. Retraumatización: hacia una conceptualización necesaria. *Reflexión.* 2006; 32.
- 39 Silver S. An inpatient program for post-traumatic stress disorder: Context as treatment. En: Figley C (ed.) *Trauma and its wake, Volume II: Post-traumatic stress disorder: Theory, research and treatment.* New York: Brunner/Mazel, 1986; pp. 213–231.
- 40 Barbui C, Saraceno B. Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins? *Br J Psychiatry.* 2015; 206(6): 445–6.
- 41 Fuller Torrey E, Lamb R. More mentally ill persons are in jails and prisons than hospitals: A Survey of the States. 2010. Disponible en: https://www.treatmentadvocacy-center.org/storage/documents/final_jails_v_hospitals_study.pdf
- 42 Sashidharan SP, Saraceno B. Is psychiatry becoming more coercive? *BMJ* 2017; 357:2–3.
- 43 Moreno Pérez A, Ibáñez Rojo V, Gómez Beneyto M. Aboliendo la coerción en los servicios de salud mental. En: Bebiá Ferrer B, Bono del Trigo Á (eds.). *Coerción y salud mental: Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2017.
- 44 Hunter N. Finding help. En: Hunter N. *Trauma and madness in mental health services.* Londres: Palgrave Macmillan, 2018; pp. 153–82.
- 45 Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints: A review of literature. *Psychiatr Q.* 2013; 84: 499–512.
- 46 Wilson C, Rouse L, Rae S, Kar Ray M. Mental health inpatients’ and staff members’ suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2018; 25(3): 188–200.
- 47 Chambers M, Gallagher A, Borschmann R, Gillard S, Turner K, Kantaris X. The experiences of detained mental health service users: Issues of dignity in care. *BMC Med Ethics.* 2014;15(1): 1–8.

- 48 Rosen A, Cahill JM, Dugdale LS. Moral injury in health care: Identification and repair in the COVID-19 era. *J Gen Intern Med* 2022; 37(14): 3739.
- 49 Stanton AH, Schwartz MS. *The mental hospital*. New York: Basic Books, 1954.
- 50 Stanton AH, Schwartz MS. The management of a type of institutional participation in mental illness. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*. 1949;12:13–26.
- 51 Kaës R. Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones. En: Kaës R, Bleger J, Enríquez E, Fornari F, Fustier P, Roussillon R, et al. (eds.). *La institución y las instituciones*. Estudios psicoanalíticos. Buenos Aires: Paidós, 1989; pp. 15–67.
- 52 Bleger J. EL grupo como institución y el grupo en las instituciones. En: Kaës R, Bleger J, Enríquez E, Fornari F, Fustier P, Roussillon R, et al. (eds.). *La institución y las instituciones* Estudios psicoanalíticos. Buenos Aires: Paidós, 1989; pp. 68–83.
- 53 Herman J. *Trauma y recuperación*. Barcelona: Espasa Calpe, 1998.
- 54 Puras D. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental A/HRC/35/21 [Internet]. New York: Consejo de Derechos Humanos, Naciones Unidas, 2017. Disponible en: <http://undocs.org/es/A/HRC/35/21>
- 55 Puras D, Gooding P. Salud mental y derechos humanos en el siglo XXI. *World Psychiatry* (edición en español). 2019; 17: 42–3.
- 56 Desviat M. *Cohabitar la diferencia: de la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Madrid: Grupo 5, 2016.
- 57 Fernández Liria A. *Locura de la osiquiatría: apuntes para una crítica de la psiquiatría y la “salud mental.”* Bilbao: Dessclée de Brouwer, 2018.
- 58 Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster C, et al. Psychiatry beyond the current paradigm. *Br J Psychiatry*. 2012; 201: 430–4.
- 59 Moncrieff J. Un enfoque alternativo del tratamiento farmacológico en psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2018; 38(133): 181–93.
- 60 Moncrieff J, Middleton H. Schizophrenia: a critical psychiatry perspective. *Curr Opin Psychiatr*. 2015; 28: 1–5.
- 61 Miriam. El trauma del cuidado en salud mental, con Miriam - Mad in (S)pain [Internet]. 2022. Disponible en: <https://madinspain.org/el-trauma-del-cuidado-en-salud-mental-con-miriam/>
- 62 Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Longden E, et al. *El Marco de Poder, Amenaza y Significado: publicación abreviada*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2019 [Internet]. Disponible en: <http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf>
- 63 Johnstone L, Boyle M. The Power Threat Meaning Framework: An alternative non-diagnostic conceptual system. *J Humanist Psychol*. 2018; 1–18.
- 64 Johnstone L, Boyle M. El Marco de Poder, Amenaza y Significado: un sistema conceptual no diagnóstico alternativo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019; 39(136): 155–73.
- 65 Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. *Front Psychiatry*. 2019; 10: 491.
- 66 Jennings A, Ralph R. *In their own words. Trauma survivors and professionals they trust what hurts, what helps and what is needed for trauma services*. Maine: Maine Trauma Advisory Groups Report, 1997.

- 67 Ashmore T, Spangaro J, Mcnamara L. 'I was raped by Santa Claus': Responding to disclosures of sexual assault in mental health inpatient facilities. *Int J Ment Health Nurs*. 2015; 24(2): 139–48.
- 68 Fricker M. *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. New York: Oxford University Press, 2007.
- 69 Hopper EK, Bassuk EL, Olivet J. Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. *Open Health Serv Policy J*. 2010; 3(2): 80–100.
- 70 Esaki N, Benamati J, Yanosy S, Middleton JS, Hopson LM, Hummer VL, et al. The Sanctuary Model: Theoretical framework. *Families in Society*. 2013; 94(2): 87–95.
- 71 Substance Abuse and Mental Health Services Administrations. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014.
- 72 DeCandia C, Guarino K. Trauma-informed care: An ecological response. *Journal of Child and Youth Care Work*. 2020; 25: 7–32.
- 73 Wathen CN, Schmitt B, MacGregor JCD. Measuring trauma- (and violence-) informed care: A scoping review. *Trauma Violence Abuse* 2021; 24(1): 261–77.
- 74 Burns C, Borah L, Terrell S, James L, Erkkinen E, Owens L. Trauma-informed care curricula for the health professions: A scoping review of best practices for design, implementation, and evaluation. *Acad Med*. 2023; 98(3): 401-409.

Suicidio más allá del diagnóstico: un enfoque centrado en la persona y su circunstancia

Suicide Beyond Diagnosis: A Person and Their Circumstances-Centered Approach

JUAN GARCÍA-HARO^a, HENAR GARCÍA-PASCUAL^b, ELENA BLANCO DE TENA-DÁVILA^c, PALOMA ARANGUREN RICO^d, MÓNICA MARTÍNEZ SALLENT^e, SARA BARRIO-MARTÍNEZ^f, MÓNICA T. SÁNCHEZ PÉREZ^g

a) Psicólogo clínico. Servicio de Salud del Principado de Asturias. ORCID iD: 0000-0002-0250-1330

b) Enfermera Especialista en Salud Mental. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias, España. ORCID iD: 0000-0001-6955-8860

c) Enfermera Maestra en Salud Colectiva y Doctoranda en Antropología de la Salud. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, España. ORCID iD: 0000-0002-9248-5791

d) Psicóloga Interna Residente. Servicio de Salud del Principado de Asturias. ORCID iD: 0000-0001-5290-0746

e) Psicóloga clínica. Servicio de Salud del Principado de Asturias. ORCID iD: 0000-0001-5987-8895

f) Psicóloga General Sanitaria. Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL). Cantabria. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. ORCID iD: 0000-0003-1988-905X

g) Enfermera Especialista en Salud Mental. Servicio Madrileño de Salud. Madrid, España. ORCID iD: 0000-0003-4575-6816

Correspondencia: Juan García-Haro (juanmgarciaharo@yahoo.es)

Recibido: 24/01/2023; aceptado: 26/05/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: Existe una pluralidad de enfoques sobre el suicidio. En la literatura científica y en el ámbito sanitario es hegemónico el modelo biomédico. En este trabajo se presenta un modelo alternativo, existencial-contextual, de estudio, comprensión, prevención y posvención del suicidio en el ámbito sanitario. El trabajo se divide en dos partes. La primera expone los tres elementos esenciales del modelo existencial-contextual: la noción de persona, el concepto de problemas de la vida y la práctica de la relación de cuidado y acompañamiento. La segunda desarrolla algunas de las diferencias asistenciales más importantes entre el modelo biomédico y el existencial-contextual del suicidio. Se concluye en la necesidad de superar el paradigma suicidológico biomédico tradicional y construir un espacio amplio transdisciplinar de reflexión suicidológica crítica a la altura de nuestro tiempo. Este cambio de paradigma requiere pasar de una lógica que prioriza lo patológico-biológico-farmacológico a otra socio-psico-política del suicidio que integre las aportaciones del modelo biomédico sin reducirse a ellas.

Palabras clave: suicidio, contextual, existencia, prevención del suicidio.

Abstract: There is a plurality of understanding approaches to suicide. In the scientific literature and the healthcare field, the biomedical model is hegemonic. This paper presents an alternative existential-contextual model for the study, understanding, prevention and postvention of suicide in the healthcare field. The academic paper is divided into two parts. The first part sets out the three essential elements of the existential-contextual model: the notion of personhood, the concept of life problems and the practice of caring and supportive relationships. The second one develops some of the most important differences in care between the biomedical and the existential-contextual models of suicide. It concludes with the need to overcome the traditional biomedical suicidological paradigm and to build a broad transdisciplinary space for critical suicidological reflection that is up to date with our times. This paradigm shift requires moving from a logic that prioritizes the pathological-biological-pharmacological to a socio-psycho-political logic of suicide that integrates the contributions of the biomedical model without being reduced to them.

Key words: suicide, contextual, existence, suicide prevention.

*Aunque no entienda, me quedo a tu lado
y apago la voz.*

*A veces, la simple presencia
es la mayor comprensión.*

Rozalén (1)

INTRODUCCIÓN

EL SUICIDIO ES UN EVENTO DE SALUD PÚBLICA de gran relevancia. Se puede definir como el acto intencional consumado de quitarse la vida o procurarse la muerte. Esta definición pone el acento en tres elementos: la consumación del acto, la intención y la agencia o autoría (2). Su prevención a nivel social y la ayuda en el ámbito sanitario constituye un desafío de gran envergadura.

Si bien el enfoque biomédico es hegemónico en los sistemas de atención a la salud mental en todo el mundo occidental (para una visión de la situación en España, véase Doblytè (3,4)), en los últimos años se vienen proponiendo nuevos modelos de comprensión-explicación, estudio, intervención, prevención y posvención del suicidio más contextuales-fenomenológicos-existenciales-etnográficos (5-11). Este giro conceptual, más acorde con una post-suicidología o suicidología crítica (7, 12-16), recupera la centralidad de los factores existenciales-contextuales (biográficos, espirituales, morales, narrativos, psicológicos, histórico-políticos, socio-económicos, geográfico-culturales) en la comprensión, prevención y perspectivas de resolución de los fenómenos suicidas, más allá del factor nivelador e impersonal del diagnóstico nosológico y del análisis de los factores estadísticos de riesgo.

Existe una pluralidad de enfoques sobre el suicidio en el sector sanitario. Entre ellos destacan cuatro: biomédico, epidemiológico, psicológico y social (17). Estos distintos enfoques se podrían reducir a dos modelos básicos que apenas empiezan a diferenciarse en la suicidiología contemporánea (18). Por un lado, estaría el modelo biomédico (18-24) y, por el otro, el modelo contextual-fenomenológico (25-27) o existencial-contextual del suicidio (6, 28-37).

MODELO EXISTENCIAL-CONTEXTUAL: PERSONA Y CIRCUNSTANCIA

El modelo existencial-contextual se apoya en cuatro ejes interconectados:

1) Se basa en la noción de persona en cuatro sentidos o dimensiones: a) como paciente del *pathos*; b) como agente de la acción-experiencia; c) como protagonista y autor o actor y personaje (véase la dinámica Yo/mí en James, *Self*yo en Castilla del Pino o yo-ejecutivo/yo-vocación en Ortega) de su vida y trayectoria existencial; y d) como centro bioético del proceso de ayuda.

2) Parte del concepto de problemas de la vida como base experiencial-conductual y configuradora de los llamados trastornos psicológicos/psiquiátricos.

3) Toma la relación de acompañamiento y cuidado como eje central y cimero de la relación terapéutica.

4) Coloca el foco de la ayuda en el proceso/conducta suicida en sí mismo, como fenómeno conductual complejo, vital-biográfico, más que en el manejo del riesgo o el tratamiento de una enfermedad mental subyacente y supuestamente explicativa de la ideación suicida. En este sentido, una prestigiosa revisión sistemática y metaanálisis (38) concluyó que las intervenciones psicológicas que abordan la conducta suicida de forma directa son efectivas tanto a corto como a largo plazo, mientras que aquellas que lo abordan solo de manera indirecta (centrándose en otros aspectos como la desesperanza, depresión, ansiedad, calidad de vida, etc.) suelen tener menor eficacia o ni siquiera tenerla (39).

En este trabajo nos centramos en los tres primeros ejes del modelo existencial-contextual. Para una mejor comprensión del cuarto, véase García-Haro *et al.* (29).

a) Persona

La noción de persona o persona humana tiene una larga tradición en contextos cotidianos, científico-técnicos y filosóficos (40). En la Grecia clásica encontramos referencias a la “persona” como la máscara o careta que usaban los actores de la tragedia para actuar. Así, el término *per sonare* es el antecedente etimológico del constructo psicológico moderno “personalidad”. Situados en el siglo xx, interesa el movimiento filosófico personalista y, en concreto, la obra de E. Mounier y J. Lacroix (41), sin olvidar a autores como Scheler, Landsberg y Zubiri. El movimiento personalista en ciencias de la salud tiene su origen en el giro humanista dado en medicina a mediados del siglo xx; véase la aportación de Cassell a la bioética (42). Por un lado, plantea un abandono del esquema de paciente como enfermo receptáculo de la ayuda experta en favor de un modelo de persona sufriente con derecho a decidir en el proceso de ayuda (principio de autonomía en bioética). Por otro lado, cuestiona que el profesional sanitario deba ser entendido como experto que decide unilateralmente. En definitiva, la aportación de este giro humanista estriba en un cambio de valores; colocar a la persona y su experiencia como centro de la atención sanitaria. El “consultante” –designación propuesta para superar el tradicional uso del término “paciente” (43)– deja de ser solo un cuerpo físico alterado y sin agencialidad y pasa a tener capacidad de acción-decisión y expresión de preferencias, valores e intereses. Esta capacidad dependería, eso sí, de los límites impuestos por los sistemas sanitarios y la necesidad de preservar los derechos de todas las personas implicadas en la atención sanitaria

y recepción de cuidados. Según este cambio en la sensibilidad médica, se trataría de incorporar el personalismo y las ciencias sociales al estudio de las formas de percepción, expresión y gestión del sufrimiento.

En enfermería encontramos cómo la noción de persona forma parte de la esencia de la práctica del cuidado (44, 45). La psicología y la psiquiatría incorporan la noción de persona en fecha tan temprana como 1922. Así, Binswanger hablaba de que el objeto de la psiquiatría (y de la psicología) es la investigación de la persona o personalidad humana (46). En 1960, Laing desarrolla en su magistral estudio *El yo dividido* los fundamentos existenciales-fenomenológicos de una ciencia de las personas. Señalaba ahí que si no se ha constituido en psiquiatría una auténtica ciencia de las personas es a causa de la inveterada tendencia científico-naturalista a despersonalizar, a “reificar”, a las personas, lo cual solo conduce a un “falso” conocimiento (47). Finalmente, en esta línea personalista, podríamos señalar a psicoterapeutas humanistas y existenciales destacados tales como Rogers (48) y Villegas (49) con sus propuestas, diferentes pero afines en lo esencial, de una psicoterapia centrada en el proceso de convertirse en persona autónoma.

b) Problemas de la vida

Los problemas de la vida se refieren al conjunto de adversidades, agobios, conflictos, decepciones, pérdidas, crisis, etc. que enfrenta una persona a lo largo de su ciclo vital. Serían cuestiones inherentes del vivir humano, esto es, asuntos procedentes del “sentimiento trágico de la vida” (50). La vida humana –decía Ortega– consiste en “las cosas que hacemos y nos pasan” (51, p. 353), es la dramática interacción de un yo en proceso (*in fieri*) con su circunstancia o mundo circundante. Si utilizamos la célebre fórmula ortegiana yo-circunstancia, valdría decir que la noción de persona remite al polo del yo (sin confundirse con él) y los problemas de la vida serían una parte de la circunstancia, aquella que le presenta su resistencia-ejecutividad al proyecto de vida. Recuérdese que en la metafísica orteguiana de la vida humana como realidad radical, la circunstancia suele ser entendida como el conjunto de facilidades y dificultades (*prágmata*) que encuentra ante sí un yo en su esfuerzo de hacer(se) su vida-proyecto.

Los problemas de la vida pueden entenderse, de acuerdo con el tradicional esquema de Aristóteles de las cuatro causas (material, formal, motriz o eficiente y final) (52), como la causa material de los problemas clínicos. No obstante, como señala Pérez Álvarez (52-55), un problema de la vida no es un problema clínico (una reacción no de duelo equivale a una depresión clínica), pero sin él no existiría el trastorno. Para la constitución de un trastorno, entendido este en el sentido psicopatológico tradicional, se precisarían dos elementos: uno de configuración del problema y otro

de transición. La configuración del trastorno mental/psiquiátrico coincide con la noción de situación patógena. Se refiere a una determinada configuración gestáltica de ser-en-el-mundo que acaba formando un bucle psicobiológico del que no es fácil salir sin ayuda y donde los esfuerzos de salida introducen aún más a la persona en el problema. El elemento de tránsito sería la llamada hiperreflexividad (sociocultural, institucional y biográfica) (56). La diferenciación entre problema de la vida y problema clínico es, como se puede apreciar, compleja y difusa, como es propio en los fenómenos interactivos (53-55). Sin embargo, renunciar a su comprensión y demarcación es, a nuestro juicio, un error que conlleva graves consecuencias conceptuales y asistenciales, pues implica colocarse en una preconcepción dualista y biomédica de los problemas clínicos.

Visto así, la condición psico(patológico) –grafismo introducido en psiquiatría por Castilla del Pino (57)– no estaría dentro de uno (en su mente, según la expresión trastorno mental, ni en su cerebro, según la noción tradicional de enfermedad mental), sino que sería uno quien se encuentra dentro de una situación problemática. Esto lleva a Pérez Álvarez (56) a reformular la naturaleza de los trastornos psicológicos/psiquiátricos, más allá de dualismos y de monismos, como la noción dialéctica de persona atrapada en una situación o bucle patógeno.

Este tipo de situaciones problemáticas dentro de las cuales se encuentra atrapada la persona están en la base de la ideación suicida. Pueden dividirse en dos grandes grupos: 1) según la etapa del ciclo vital individual y familiar (infancia, adolescencia, juventud, vida adulta y vejez); y 2) según colectivos vulnerables y vulnerados (personas sin hogar, población migrante, recluso/as, refugiado/as, personas LGTBIQ+, etc.). Cada una de estas etapas y grupos, según las formas de vida culturalmente situadas, tendría su configuración prototípica de temas y problemas a resolver. No es este el lugar para una revisión exhaustiva de dichos contextos y grupos de riesgo. Se remite al lector a trabajos previos (25). Lo que sí interesa señalar es que, desde esta perspectiva, el suicidio y las conductas suicidas se entienden antes como resultado de problemas de la vida (biografía) que se atascan que como alteraciones causales cerebrales, hormonales, genéticas, etc. (biología).

Para apoyar su propuesta de persona atrapada en una situación o bucle patógeno, Pérez Álvarez introduce la noción de configuración de circunstancias y reacciones personales (hábitos, estilos personales). La neurobiología de las adicciones (Lewis), la psicopatología ecológica (Fuchs) y la psiquiatría enactiva (De Haan) serían ejemplos de configuración en este sentido. Esta visión de la psico(patológico)logía no descuida la importancia de la alteración biológica, sino que la integra como un elemento más dentro de la configuración o bucle dialéctico persona/contexto. Cada situación tendría, por lo demás, su atmósfera afectiva o temple anímico particular (56).

El apoyo comunitario y el establecimiento de una relación terapéutica basada en el acompañamiento y el cuidado podrían ser claves de primer orden para encontrar la salida a este tipo de situaciones de atrapamiento o bucles problemáticos.

c) Relación de acompañamiento y cuidado

El logro de una fuerte alianza colaborativa es un requisito esencial en la ayuda a las personas con ideación suicida (58-61).

En trabajos anteriores hemos tratado el asunto de las habilidades terapéuticas en el abordaje de la conducta suicida (62,63). En esta ocasión nos detenemos en tres principios básicos que articulan las relaciones de ayuda y que, pensamos, son clave en el cuidado y acompañamiento a personas en situación de riesgo suicida: el sentido de presencia, la sintonización corporal y la escucha analógica.

1) El sentido de presencia se refiere a un saber estar con y para el otro, permaneciendo atento, en el aquí y ahora de la sesión, a los objetivos, emociones y necesidades implícitos que se generan en la comunicación terapéutica. “La ayuda comienza con lo que somos y se extiende a lo que hacemos” (64). Llevarnos al encuentro terapéutico es la condición esencial para todo lo que sigue. La postura del profesional aquí es de compromiso respetuoso y empático con la experiencia y narrativa en evolución del consultante sobre sí mismo, el mundo y los demás. Se trata de una presencia receptiva y al mismo tiempo reflexiva que trata de aprovechar el poder de lo poético en la conversación terapéutica (65). La mera “presencia reservada”, tal vez la más silenciosa o la que evita saturar el espacio y las posibilidades del consultante, es una forma sutil y eficaz de cuidado (66). Con esta actitud el profesional demuestra un interés profundo hacia el consultante, su historia y su sufrimiento. Esta actitud permite focalizar la consciencia y rastrear tanto los fenómenos de la corporalidad como de la intersubjetividad; véanse las dimensiones emocionales y los intentos de reconstrucción de significados. El sentido de presencia emerge cuando podemos sostener el estar ahí inundados por el no saber qué decir ni qué hacer (67). El reconocimiento del consultante y su fragilidad son la base de un trato ético, como afirma Levinas y recoge Bleichmar (68), al expresar que esa presencia inquietante nos convoca en responsabilidades infinitas. La caricia, en su dimensión metafórica, representa una combinación de la firmeza y sutileza que implica mantenerse presente. Palabra, mirada y caricia son, pues, tres elementos indisolubles del acto del cuidado (69).

2) La sintonización corporal consiste en que el terapeuta presta atención a su cuerpo (reacciones emocionales-corporales) para sintonizarse con las necesidades del otro. ¿Qué hago?, ¿le pregunto sobre las ideas de suicidio?, ¿la dirijo?, ¿la acompaño?, ¿qué efecto emocional y qué significado tiene para mí el hecho de que

esa persona no venga a la cita?, ¿me siento aliviado?, ¿me preocupa?, ¿hace que me cuestione algo? Existe una propiedad transitiva en la relación profesional-consultante. La presencia regulada del profesional contribuye a que el consultante se sienta seguro y previene de una experiencia de mayor fragmentación o confusión. Habitamos, metafóricamente, el mismo cuerpo: si mi presencia como profesional está dominada por el temor, la otra persona puede asustarse; por el contrario, si soy capaz de regular mi malestar emocional, la puedo ayudar, de forma transitiva, a tolerar y aceptar su dolor.

3) La escucha analógica es aquella que atiende a las experiencias implícitas del consultante, así como a las del terapeuta. Se trata de escuchar con los ojos y los oídos. Tanto en las relaciones de ayuda como en las relaciones cotidianas estamos acostumbrados a escuchar la semántica superficial del mensaje de nuestro/a interlocutor/a, mientras que la estructura profunda de significado (emociones y necesidades soterradas) permanece oculta y tácita. Al poner entre paréntesis nuestros supuestos teóricos de comprensión, ostentamos una actitud fenomenológica que facilita la apertura al mundo del otro y que no debe confundirse con una actitud neutral u objetiva (70). Desde esta perspectiva, el afecto, tanto positivo como negativo, se vería como una fuente de comprensión que hay que validar y explorar más que como un problema a eliminar (64). Como dice Laso (71), las emociones no son eventos a resolver, trabajar, gestionar o modificar, sino un recurso para acceder a las necesidades implícitas del otro y eventualmente honrarlas. La escucha analógica, como la empatía, consiste no en “ponerse en el lugar del otro”, sino en atender a la vibración o eco de la emoción del otro en uno/a misma como una forma de acceder a su subjetividad. “Se trata de encontrar al otro en uno/a mismo/a y, sobre ese terreno común, ayudarlo a dialogar consigo mismo y los demás” (72, p. 100). Se trata de encontrar a esa persona dentro de uno mismo, para, a través de ella, participar de su experiencia. Implica conectar con el otro en mí para armonizar al mí en el otro.

Otros tres principios, o “tres P”, clave en las relaciones de acompañamiento y cuidado, y que son especialmente importantes en la ayuda a personas con ideación suicida son: Permiso, Proceso y Paciencia (73).

DIFERENCIAS ENTRE EL ENFOQUE BIOMÉDICO Y EL EXISTENCIAL CONTEXTUAL DEL SUICIDIO

El modelo biomédico y el existencial-contextual del suicidio se diferencian en una serie de dimensiones, como se muestra en la Tabla 1.

TABLA I

Diferencias conceptuales entre el enfoque biomédico y el existencial-contextual del suicidio

| | | |
|--|---|---|
| Visión de la ciencia, del mundo y de los problemas humanos | Formista-mecanicista (74). Ciencia natural positivista. | Holista-funcional (74). Ciencia humana (transdisciplinar, contextual). |
| Metodología de investigación | Cuantitativa-nomotética-poblacional (diseño de grupos). Ensayo Controlado Aleatorizado, Metaanálisis. | Mixta (cualitativa-cuantitativa)-idiográfica. Método clínico (caso único), grupo focal. |
| Instrumentos | Entrevista clínica centrada en la identificación de factores de riesgo y parámetros topográficos y cuantitativos de la conducta suicida. Anamnesis y exploración psicopatológica. Escala de riesgo psicométricas. | Entrevista clínica narrativo-colaborativa-fenomenológica centrada en la evaluación funcional, el mundo vivido y el mundo construido o mundo de significados. |
| Evaluación | Centrada en el riesgo: Estimación, predicción y estratificación del riesgo (leve, moderado, alto). Principalmente mediante escalas. | Centrada en la comprensión del proceso/conducta suicida en sí mismo como problema vital-biográfico (no como síntoma de un trastorno mental). Principalmente mediante la entrevista funcional-fenomenológica. |

| | | |
|--------------|--|---|
| Intervención | <p>Centrada en la toma de decisiones: derivación/ ingreso.</p> <p>Centrada en el tratamiento del trastorno mental (control de síntomas mediante psicofármacos).</p> <p>Centrada en el manejo del riesgo (psicofármacos, vigilancia, control de métodos potencialmente letales y plan de seguridad).</p> | <p>Centrada en la psicoterapia y el acompañamiento comunitario.</p> <p>Centrada en el proceso/ conducta suicida en sí mismo como problema vital-biográfico.</p> <p>Relación de cuidado y acompañamiento.</p> |
| Prevención | <p>Predicción y prevención de trastornos y factores de riesgo.</p> <p>Centrada en campañas de concienciación sobre el suicidio como síntoma, consecuencia o sinónimo de enfermedad mental (normalmente depresión). Énfasis en la necesidad de cribado, detección, diagnóstico y tratamiento farmacológico inmediato.</p> | <p>Promoción de contextos de vida saludables y factores de protección.</p> <p>Centrada en campañas de concienciación sobre el suicidio como un problema humano (existencial) que puede beneficiarse de la búsqueda de ayuda (personas cercanas, grupos naturales, asociaciones, teléfonos de ayuda, profesionales).</p> |
| Posvención | <p>Centrada en el tratamiento preventivo de síntomas de salud mental en el superviviente mediante medicación psiquiátrica.</p> | <p>Centrada en la elaboración del duelo del superviviente mediante la relación de cuidado y acompañamiento.</p> |

Fuente. Modificado de García-Haro *et al* (29, pp. 52-53).

Aquí nos limitaremos a desarrollar las siguientes diferencias: presupuestos filosóficos, diferencias estructurales, implicaciones en las figuras de paciente y terapeuta e implicaciones asistenciales.

a) Presupuestos filosóficos

En su libro *Filosofía del sufrimiento* (75), Bueno Gómez revisa las modalidades históricas de gestión del sufrimiento y del dolor en nuestra cultura occidental. Entre ellas señala la gestión biomédica, la religiosa, la social, la biopolítica, la moral y la artística. Cuando analiza la gestión biomédica del sufrimiento señala que esta contiene como presupuesto filosófico el dualismo cartesiano (cuerpo-mente o cerebro-mente). A su juicio, este dualismo, en su aplicación a la biomedicina, presenta una serie de límites y riesgos entre los que destaca la biomedicalización. Específicamente, en el ámbito de la salud mental, estos límites y riesgos se epitomizan hasta llegar a resultar iatrogénicos. Bueno Gómez plantea recuperar una orientación fenomenológica para superar el dualismo cartesiano que empapa las aproximaciones biomédicas a la salud mental. Propone un proceso bidireccional de “in-corporar la mente” y “mentalizar el cuerpo” (75). Véanse en esta línea las nociones de mundo vital de Ortega, o mundo-vida, *Lieb*, de Husserl (76) y *affordance* (77). El modelo existencial-contextual propone una salida al dualismo cartesiano (un mundo mental interior y una realidad física exterior) a través de la filosofía contextual (78) y de la filosofía fenomenológico-existencial (véase aquí la noción de ser-en-el-mundo o *Dasein* en Heidegger, y la de yo-circunstancia o vida humana individual como realidad radical en Ortega). Se trata, pues, de buscar una salida al modelo biomédico de salud mental más allá de la mente y del cerebro (79,80).

b) Diferencias estructurales

El modelo biomédico del suicidio, según se aplica en los sistemas sanitarios de nuestro entorno, se caracteriza por ser *diagnosticocéntrico*, *farmacocéntrico* y *hospitocéntrico*. El existencial-contextual, en cambio, se caracterizaría por ser *transdiagnóstico*, *psicosocial* y *comunitario*. Véase Tabla 2.

No se trataría, por lo demás, de dos modelos necesariamente disyuntivos, pues ambos podrían (y deberían) actuar sinérgicamente para asegurar una mejor atención sanitaria. El diagnóstico, el fármaco y el hospital son elementos necesarios en determinadas situaciones o momentos, especialmente en una cultura clínica como la nuestra en la que el control inmediato de lo sintomático y la obtención de resultados rápidos y sin esfuerzo se ha normativizado. Sin embargo, que la triada diagnóstico-fármaco-hospital sea útil en determinadas situaciones no impide observar críticamente sus múltiples limitaciones. El diagnóstico mental puede confundir acerca de cuál es la causa real del malestar, simplificar la diversidad etiológica y motivacional del fenómeno suicida y silenciar factores sociales, biográficos, culturales, políticos o económicos implicados. El fármaco, por su lado, puede cronificar la ideación sui-

TABLA 2

Principales diferencias estructurales entre el enfoque biomédico y el existencial-contextual del suicidio en su aplicación práctica en el sector sanitario

| Modelo biomédico | Modelo existencial-contextual |
|---|--|
| <p><i>Diagnosticocéntrico:</i> la comprensión de la clínica (véanse aquí las conductas suicidas: ideación, tentativas, suicidio consumado) se basa en tipificar síntomas y establecer diagnósticos nosográficos supuestamente estructurales y etiológicos.</p> <p><i>Farmacocéntrico:</i> prioriza la medicación psiquiátrica y solo cuando esta opción llega a su techo se implementa la psicoterapia como apoyo o complemento.</p> <p><i>Hospitalocéntrico:</i> el lugar o topos principal de ayuda y atención clínica a los fenómenos suicidas se ubica en el servicio de urgencias y en las unidades de hospitalización psiquiátrica de los hospitales generales.</p> | <p><i>Transdiagnóstico:</i> la comprensión de la clínica es transversal a las diferentes categorías diagnósticas, tratando de identificar procesos patógenos comunes en la continuidad normalidad-alteración.</p> <p><i>Psicosocial:</i> prioriza la ayuda psicosocial y psicoterapéutica y solo cuando estas opciones no funcionan se implementa la ayuda farmacológica como apoyo o complemento.</p> <p><i>Comunitario:</i> el topos principal de ayuda y atención clínica se ubica en la comunidad y sus recursos: centros de atención primaria, servicios sociales, y centros de salud mental.</p> |

cida y producir adicción o dependencia (81). La centralización de la atención y prevención de las conductas suicidas en el ámbito hospitalario puede generar una burbuja terapéutica artificial que, aunque proporciona eficazmente cuidados técnicos en situaciones agudas de salud, puede dificultar la promoción y seguimiento comunitarios de la salud bio-psico-social-existencial en contextos cotidianos. Para una revisión crítica de lo hospitalario como burbuja y la necesidad de incorporar estrategias comunitarias que prolonguen y enriquezcan el cuidado en salud mental, remitimos al lector a Aranguren Rico *et al.* (82).

Estos dos modelos suicidológicos que estamos discutiendo proponen *ethos* terapéuticos y culturas clínicas totalmente diferenciados, los cuales condicionan el planteamiento de estrategias para la evaluación, la intervención, la prevención y la

posvención de los fenómenos suicidas. Los consultantes y los profesionales han de tomar consciencia de que las políticas sanitarias no son neutras, pues determinan las creencias sociales e individuales acerca de las causas y naturaleza de los procesos del enfermar y acerca de las prácticas de ayuda que deben ser apoyadas e implantadas.

c) Diferencias en las concepciones de paciente y terapeuta

De acuerdo con el modelo biomédico tradicional, el llamado “paciente suicida” (22) se vería como un receptor pasivo del tratamiento que un profesional experto aplica sobre el mecanismo averiado de su enfermedad. De acuerdo con el modelo existencial-contextual, la persona consultante sería experta en su experiencia-existencia y dispondría de capacidad de acción-decisión para colaborar (a veces con defensas y autoengaños) con un profesional siempre en el marco del principio bioético de autonomía (83-86).

En el modelo biomédico, el profesional es el único experto en el conocimiento de la enfermedad que aqueja al paciente y, por lo tanto, está capacitado para intervenir sobre los procesos defectuosos de la dualidad cuerpo/mente. Por el contrario, el modelo existencial-contextual propone una relación colaborativa-narrativa entre expertos: una persona formada en las herramientas y procesos del cambio humano, y una persona especialista en sí misma.

Diferentes concepciones del paciente-consultante (enfermo a curar sin agencialidad vs. persona experta en su vida y agente/responsable de sus acciones/decisiones pero necesitada de ayuda/colaboración) generan diferentes configuraciones de relación terapéutica (reducción y control de síntomas vs. acompañamiento y colaboración en el análisis y resolución de problemas) y modos diferenciales de estar y ejercer la práctica clínica ante los fenómenos suicidas (estar expectante y parapetado tras un protocolo y lo legislativo vs. estar presente y abierto a la incertidumbre y a las decisiones-acciones del consultante).

d) Diferencias en las agendas asistenciales y en la teoría del cambio

Las divergencias que existen entre el modelo biomédico y el existencial-contextual justifican que haya dos estrategias claramente diferenciadas para la evaluación, intervención y prevención, por un lado, y para la explicación de cambios comportamentales asociados a fenómenos suicidas, por otro, tal y como se explica a continuación.

A. Si el suicidio y los fenómenos suicidas se entienden como (a) *síntomas* de un trastorno mental (típicamente depresión); (b) como consecuencia, complicación o evolución “natural” de una enfermedad psiquiátrica (véase la llamada depresión

resistente); o incluso como (c) una enfermedad psiquiátrica en sí misma –véase la propuesta del trastorno del comportamiento suicida incluida en la sección III “condiciones para la futura investigación” del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (87)–, entonces:

1. La evaluación consistirá en una anamnesis dirigida a la identificación de antecedentes psiquiátricos, a la descripción de síntomas-diagnósticos y a la estimación y estratificación del riesgo a través de preguntas directas y escalas psicométricas.
2. La intervención y la prevención se centrarán en la detección precoz de la enfermedad mental con vistas a su control sintomático mediante la aplicación de un tratamiento principalmente farmacológico. Se espera que, de este modo, se reduzca el riesgo suicida. El papel asignado aquí a la relación terapéutica es secundario, viéndose más como un medio para asegurar la adherencia al tratamiento farmacológico que como un contacto yo-tú que acoge y recoge las dimensiones fenomenológicas, narrativas, biográficas, psicoterapéuticas y psicosociales del sufrimiento individual.
3. Finalmente, la mejoría del proceso/conducta suicida se concebirá, indefectiblemente, como función o resultado de la reducción de síntomas por efecto bioquímico del fármaco en la biología cerebral supuestamente alterada y causante del trastorno mental.

B. En cambio, si los fenómenos suicidas se entienden como actos de conducta con sentido, en un contexto vital-biográfico-histórico, véase como comportamientos reactivos a una situación límite para la que la persona no encuentra mejor solución que acabar con su vida, entonces:

1. La evaluación consistirá en tratar de comprender a través de la entrevista clínica los contextos vitales problemáticos que atrapan y enredan a la persona, así como la función psicológica que cumple la conducta suicida en dichos contextos (25, 27).
2. La intervención y la prevención consistirán en proporcionar a la persona en crisis y a sus familiares soluciones o recursos para salir de esa circunstancia o bucle problemático que subyace al proceso suicida mismo. Se espera sensibilizar en y catalizar una serie de cambios socio-psicológicos cuya consecuencia desemboque en una reorientación existencial de la persona, más allá de sí misma, así como potenciar factores de protección y fortalecer los deseos heridos del vivir.
3. La mejoría del proceso/conducta suicida es indisociable de la calidad, sentido de presencia, sintonización corporal, escucha analógica y profundidad de la relación de ayuda (7, 61, 64, 73). La química que realmente ayuda a reflotar la vida-esperanza de una persona en crisis suicida es la que hay entre

terapeuta y consultante, y esta nunca será efectiva si el clínico no sabe transmitir de forma auténtica actitudes de afecto y respeto (72, 88).

Si bien el modelo biomédico promete mejoras y curaciones sin reservas, el modelo existencial-contextual cuida y acompaña sin reservas pero con promesas moderadas. Frente a la ufanía positivista de la curación biomédica, proponemos la profundidad del encuentro y el acompañamiento como ayuda esencial sin la cual todo lo técnico puede flotar en el aire de una esperanza vacía. La Tabla 3 resume las principales diferencias asistenciales de cada uno de los modelos.

Tabla 3

Diferencias entre el enfoque biomédico y el existencial-contextual del suicidio en su aplicación asistencial en el sector sanitario

| Dimensión asistencial | Modelo biomédico | Modelo existencial-contextual |
|------------------------------|---|--|
| Evaluación | Identificación de antecedentes, síntomas-diagnósticos, estimación (predicción) y estratificación del riesgo a través de preguntas directas y escalas psicométricas. | Historiar contextos vitales problemáticos a través de la entrevista y realizar un análisis funcional y constructivista del comportamiento suicida. |
| Intervención-prevenición | Tratamiento farmacológico. Ingreso y recursos hospitalarios. | Relación terapéutica. Recursos comunitarios. |
| Mecanismo del cambio | Control de síntomas. Reducción de factores de riesgo y reducción del deseo de morir. | Aprendizaje de habilidades y búsqueda de soluciones. Fomentar una reorientación existencial más allá de uno/a mismo/a hacia un horizonte de sentido y esperanza. Aumento de factores de protección y de razones/deseos de vivir. |

Para una visualización más detallada de las diferencias entre evaluación diagnósticocéntrica y existencial-contextual del suicidio, véase la Tabla 4.

TABLA 4

Diferencias entre la evaluación diagnósticocéntrica y existencial-contextual del suicidio

| Diagnósticocéntrica | Existencial-contextual |
|--|--|
| Enfoque frecuentista-epidemiológico. | Enfoque psicológico transteórico. |
| Centrada en la estimación y estratificación del nivel de riesgo suicida. | Centrada en la evaluación de la persona y su circunstancia biográfica: contextos vitales problemáticos. |
| Factores de riesgo, especialmente el trastorno mental. | Factores de riesgo y factores de protección. |
| Escalas de estimación (principalmente) y entrevista clínica. | Entrevista clínica (principalmente) y otras escalas. |
| Centrada principalmente en la evaluación y diagnóstico del trastorno mental. | Centrada en el análisis de situaciones y contextos de vida problemáticos así como en las estrategias de afrontamiento. |
| Centrada en los parámetros topográficos y cuantitativos de la conducta suicida. | Centrada en el análisis funcional y la formulación clínica del caso. |
| Centrada en la toma de decisiones (derivación o ingreso) y en el tratamiento farmacológico del trastorno mental. | Centrada en la relación terapéutica, el acompañamiento y el tratamiento psicoterapéutico. |

Fuente. Modificado de Al-Halabí y García-Haro (89, p. 644).

Frente a la gestión biomédica del suicidio, dominante en salud mental y en el sistema sanitario, que propone cribar y captar *pacientes suicidas* para luego derivarlos, de forma inmediata, a los dispositivos de control de síntomas y manejo farmacológico (18), pensamos que es más útil y fecundo crear las condiciones (culturales, sociales, políticas, valorativas, periodísticas, científicas, éticas, narrativas, asistenciales y clíni-

cas) necesarias para la promoción comunitaria del deseo de vivir, apoyándonos en la garantía de la dignidad humana, los Derechos Humanos y la justicia social. En este sentido, la creación de redes sociosanitarias de apoyo comunitario es fundamental para que las personas con ideación suicida puedan pedir ayuda, y no solo a los profesionales sanitarios sino también a las personas cercanas, grupos naturales, asociaciones o teléfonos de ayuda. Organizaciones y personas del entorno social, empezando por los familiares y amigos, pueden ayudar a salvar vidas a través de la escucha y el acompañamiento.

A la luz de esta nueva mirada, transdisciplinar y transectorial, sobre el suicidio, y en general sobre el sufrimiento psico(pato)lógico, la intervención terapéutica no quedaría limitada a “curar” enfermos mentales, ni a cuantificar, monitorizar y aliviar signos y síntomas (sueño, apetito, ansiedad, anhedonia, etc.), ni tampoco a impedir la muerte voluntaria (control policial, ingreso, vigilancia médica, institucionalización) (90). En su lugar, se vería como un trabajo de colaboración multisectorial, sintonía y andamiaje continuos, a nivel social e institucional, dentro y fuera del ámbito sanitario. De esta forma, las personas con ideación suicida podrían pedir ayuda desde la confianza de que al otro lado existe una persona, grupo o institución con voluntad y competencia para ayudar y acompañar sin prejuizar ni reproducir procesos de vulnerabilización (75). Como señala Doblytè, “aquí, la atención podría centrarse en ampliar las alternativas al suicidio en lugar de comprometer o demonizar el suicidio como respuesta a circunstancias particulares” (91, p. 628). Lo anterior serviría para deconstruir mitos y barreras emocionales, demasiado altas (vergüenza) para la búsqueda de ayuda en varones socializados en la cultura patriarcal del hombre de acero (9).

CONCLUSIONES Y REFLEXIÓN EPILOGAL

Urge una reflexión a fondo sobre la concepción del suicidio en la literatura científica, en el sistema sanitario y en el discurso social. Cuestionamos el modelo suicidológico tradicional, biomédico, centrado en el cribado y detección de casos para su derivación inmediata a dispositivos de salud mental centrados, cada vez más, en el diagnóstico y tratamiento de síntomas de enfermedad mental. Este enfoque incurre en una doble abstracción. Separa, en primer lugar, a la persona de su circunstancia y mundo vivido (fuente de su malestar) y, en segundo lugar, disocia los síntomas mentales de las experiencias sociobiográficas de negligencia, injusticia y trauma que, en muchas ocasiones, lastiman el existir humano y el deseo de vivir. Conlleva, además, el peligro de funcionar como un panóptico de cuidados, es decir, como un sistema de vigilancia y de implementación de tratamientos *psi* sin freno, que lejos de reducir el riesgo lo aumentan (90). Reivindicamos la existencia de otros modelos conceptuales y estrategias preventivas que podrían integrarse en los sistemas de atención a

la salud mental o articularse con los mismos. Véase, en este sentido, el enfoque social del suicidio (91-94).

Como alternativa al modelo biomédico, destacamos un enfoque existencial-contextual del suicidio centrado en las personas y sus circunstancias. Este enfoque trabaja desde el mundo vivido y por vivir de las personas en crisis y tiene la ventaja de tratar de entender todas las tipologías o familias de suicidio (suicidio político, altruista, protesta, testimonial, asistido, existencial, extensivo, etc.), y no solo aquel que se relaciona con el diagnóstico psiquiátrico.

Se requiere un cambio de paradigma o, como dice Ortega, un cambio de sensibilidad vital a la altura de nuestro tiempo (95) respecto a la caracterización, investigación, prevención y posvención del suicidio. Este cambio requiere incorporar (encarnar) en la práctica clínica sanitaria la siguiente agenda:

- 1) Pasar de una lógica organizacional que prioriza lo patológico-farmacológico a otra más sensible a las cuestiones psico-socio-políticas que subyacen y condicionan los fenómenos suicidas, como eventos contextuales-existenciales, plurales-abiertos-interactivos-fluidos-dinámicos (29-31).
- 2) Ir de un paradigma centrado exclusiva o prioritariamente en la reducción de factores de riesgo a otro basado en la construcción colaborativa y potenciadora de los factores de protección. La promoción del deseo de vivir se apoyaría en el fortalecimiento de los recursos comunitarios y en las estrategias de afrontamiento (potenciando los recursos y competencias individuales y colectivos).
- 3) Girar desde un enfoque centrado en la enfermedad mental a otro centrado en dos procesos psicosociales amplios. Por una parte, la comprensión funcional de las conductas suicidas en la vida individual de la persona; y por otra, la evaluación constructivista de dichas conductas desde el sistema de significados personales, siempre en una matriz intersubjetiva cultural.
- 4) Transitar desde un modelo que prioriza el uso de escalas psicométricas, puntuaciones, algoritmos y marcas de riesgo (poco fiables y nada predictivas) a otro con centro en la entrevista, la experiencia vivida y la alianza terapéutica colaborativa (58-60, 62-64, 67, 73, 96).
- 5) Pasar de estrategias clínicas que patrocinan como condición *sine qua non* de la ayuda el tener un diagnóstico psiquiátrico a otras centradas en la persona y su circunstancia, así como en la mejora de la calidad de vida y la reorientación existencial más allá de uno/a. El modelo de intervención terapéutica que proponemos potenciaría la confianza y accesibilidad a los recursos sociosanitarios disponibles, las capacidades y competencias personales para la autonomía, la agencia/autoeficacia y la recuperación de un proyecto vital en un contexto vincular y con sentido de pertenencia.

- 6) Pasar de un modelo hospitalocéntrico que prima la atención aguda urgente y la hospitalización psiquiátrica a un sistema de atención, acompañamiento y cuidado, transversal, comunitario y psicosocial. Para una revisión histórica del modelo comunitario en salud mental véase Gómez Esteban (97).
- 7) Dejar atrás un enfoque farmacocéntrico que eclipsa las psicoterapias y las ayudas psicosociales, y favorecer la emergencia de las tres modalidades de ayuda (biológica, psicológica y social) en el mapa de prestaciones sanitarias, sin servilismos ni imposiciones. Pensamos que una integración de campos más acorde a la naturaleza de los fenómenos conductuales complejos (molares e interactivos), como es la conducta suicida, es aquella que sustituye lo biopsicosocial por lo sociopsicobiológico.

Cambiar la lógica suicidológica imperante en los sistemas sanitarios occidentales supone cuestionar y enfrentar el discurso biomédico tradicional dominante, sostenido por intereses y agendas de actores con poder económico, simbólico, académico-científico, social y político (98). Significa deconstruir y superar las falsas promesas psiquiátricas (99) y la tendencia a la patologización (neurocéntrica y gencéntrica) de la vida en salud mental (79, 80). Respalamos la creación de un espacio amplio transdisciplinar de reflexión suicidológica crítica, en el que caben la psiquiatría social (100) y la psicología existencial-contextual-holista (53-55, 101). En España, la psiquiatría social (100) y la psiquiatría crítica (81, 90, 99, 102-107) se han constituido como fuerzas de resistencia de primer orden que han generado propuestas teórico-asistenciales que pueden ayudar a impulsar nuevos paradigmas suicidológicos contemporáneos. Queda saber si habrá voluntad política y honestidad científica para iniciar este anfractuoso viaje hacia horizontes científicos y asistenciales comunitarios. La meta, salvar vidas, bien merece el esfuerzo. Y como diría William James: el primer paso está en la voluntad de creer (108).

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Rozalén. Agárrate a la vida. Canción, 2022.
- 2 Villegas M. Semántica del suicidio. *Revista de Psicoterapia*. 2013; 34(124): 11-35.
- 3 Doblytè S. Under- or overtreatment of mental distress? Practices, consequences, and resistance in the field of mental health care. *Qual Health Res*. 2020; 30(10): 1503–1516.

- 4 Doblytè S. The almighty pill and the blessed healthcare provider': medicalisation of mental distress from an Eliasian perspective. *Soc Theory Health*. 2021; 20(4): 363-379.
- 5 Barroso Martínez AA. Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019; 135(39): 51-66.
- 6 Canetto SS. Language, culture, gender, and intersectionalities in suicide theory, research, and prevention: Challenges and changes. *Suicide Life-Threat Behav*. 2021; 51(6): 1045-1054.
- 7 Chandler A. Boys don't cry? Critical phenomenology, self-harm and suicide. *Sociol Rev*. 2019; 67(6): 1350-1366.
- 8 Hjelmeland H. A critical look at current suicide research. En: White J, Marsh I, Kral MJ, Morris J (eds). *Critical suicidology. Transforming suicide research and prevention for the 21st century*. Vancouver: UBC Press, 2016; pp. 31-55.
- 9 Laso E, Contreras KA, Maciás-Esparza LK. Entre la culpa y la vergüenza: Una aproximación al suicidio desde una perspectiva de género en clave emocional. *Revista de Psicoterapia*. 2023; 34(124): 47-70.
- 10 Roberts M, Lamont E. Suicide: an existentialist reconceptualization. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014; 21: 873-878.
- 11 Vitenti L. Los pueblos indígenas americanos y la práctica del suicidio. Una reseña crítica. Buenos Aires: Prometeo, 2016.
- 12 Marsh I. *Suicide: Foucault, history and truth*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- 13 Marsh I. 'Critical suicidology': toward an inclusive, inventive and collaborative (post) suicidology. *SERRC*. 2015; 4(5): 6-9.
- 14 Marsh I. The social production of psychocentric knowledge in suicidology. *Soc Epistemol*. 2020; 34(6): 544-554.
- 15 Velasco Salles MM, Pujal i Llombart M. Reflexiones en torno al suicidio: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista. *Revista de Psicoterapia*. 2010; 21(84): 57-71.
- 16 White J, Marsh I, Kral MJ, Morris J (eds). *Critical suicidology. Transforming suicide research and preventive for the 21st century*. Vancouver: UBC Press, 2016.
- 17 Wasserman D. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press, 2021.
- 18 García-Haro JM, García-Pascual H, González González M, Sánchez Pérez MT, Barrio-Martínez S. Abordaje y prevención del comportamiento suicida en el sistema sanitario español: enfoque, límites y riesgos. *Cuad Psiquiatr Comunitaria*. 2020; 17(1): 56-81.
- 19 Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al. Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012; 5(1): 8-23.
- 20 Bobes García J, Sáiz Martínez A, García-Portilla MP, Bascarán Fernández MT, Bousón García M. *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica, 2004.
- 21 Bobes García J, Giner Ubago J, Sáiz Ruiz J. *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Triacastela, 2011.

- 22 Moleón Ruiz A, Moleón Camacho M. Suicidio. Una cuestión multidisciplinar. Madrid: Panamericana, 2021.
- 23 Navío Acosta M, Pérez Sola V (coords). Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la salud mental. Madrid: Wecare-U, 2020.
- 24 Sáiz PA, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014; 7(1): 1-4.
- 25 García-Haro J, García-Pascual H, González González M. Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2018; 38(134): 381-400.
- 26 García-Haro J, García-Pascual H, González González M, Barrio-González S, García-Pascual R. Para pensar el suicidio más allá de la enfermedad y los diagnósticos: un enfoque contextual-fenomenológico. *Norte de Salud Mental.* 2020; 16(62): 4-51.
- 27 González González M, García-Haro J, García-Pascual H. Evaluación contextual-fenomenológica de las conductas suicidas. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2019; 39(135): 15-31.
- 28 García-Haro J, González González M, García-Pascual H. Dos modelos de crisis suicida. Una perspectiva clínica. *Revista de Psicoterapia.* 2018; 29(111): 167-185.
- 29 García-Haro J, González González M, Fonseca Pedrero E, Al-Halabí S. Conceptualización de la conducta suicida. En: Al-Halabí S, Fonseca-Pedrero E (coords). *Manual de psicología de la conducta suicida.* Madrid: Pirámide, 2023; pp. 31-68.
- 30 García-Haro J, García-Pascual H, Aranguren P, Martínez-Sallent M, Blanco E, Barrio-Martínez S, Sánchez Pérez MT. Una meditación existencial-contextual sobre el suicidio. *Revista de Psicoterapia.* 2023; 34(124): 117-135.
- 31 González González M, García-Haro JM, García-Pascual H, Sánchez Pérez MT, Barrio-Martínez S, Voces Oviedo J. Hacia un enfoque contextual-existencial del suicidio: recomendaciones para la prevención. *Clínica Contemporánea.* 2021; 1(12): 1-10.
- 32 Michel K. The role of the therapist in the treatment of the suicidal patient. En: O'Connor RC, Platt S, Gordon J (eds). *International handbook of suicide prevention. Research, policy and practice.* Chichester: Wiley-Blackwell, 2011; pp. 419-434.
- 33 Rogers JR, Bromley JL, McNally CJ, Lester D. Content analysis of suicide notes as a test of the motivational component of the existential-constructivist model of suicide. *J Couns Dev.* 2007; 85: 182-188.
- 34 Rogers JR, Soyka KM. "One size fits all": An existential-constructivist perspective on the crisis intervention approach with suicidal individuals. *J Contemp Psychother.* 2004; 34: 7- 22.
- 35 Rogers JR. Theoretical grounding: The "missing link" in suicide research. *J Couns Dev.* 2001; 79: 16-25.
- 36 Rogers JR. The anatomy of suicidology: a psychological science perspective on the status of suicide research. 2002 Shneidman Award Address. *Suicide Life-Threat Behav.* 2003; 33(1): 9-20.
- 37 Villegas M. Patologías de la libertad (V). Depresión y suicidio: la constricción del ser. *Revista de Psicoterapia.* 2021; 32(119): 211-269.
- 38 Meerwijk EL, Parekh A, Oquendo MA, Allen IE, Franck LS, Lee KA. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry.* 2016; 3(6): 544-554.

- 39 Mewton L, Andrews G. Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: improving patient outcomes. *Psychol Res Behav Manag.* 2016; 9: 21-29.
- 40 Bueno G, Hidalgo A, Iglesias C. *Symploke. Filosofía 3º de BUP.* Madrid: Júcar, 1991.
- 41 Aranguren LA. *Aprender a ser persona. Una aproximación a la antropología de Jean Lacroix.* Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2000.
- 42 Cassell E. *La persona como sujeto de la medicina.* Barcelona: Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas 19, 2009.
- 43 Juárez MP. De pacientes a consultantes: designaciones para la autogestión en la atención primaria y la salud comunitaria. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica.* 2014; 6(1): 12-26.
- 44 Jiménez TL, Ostiguín MRM, Bermúdez GA. El concepto de persona, como determinante del cuidado. *Enfermería Universitaria.* 2009; 6(3): 40-44.
- 45 Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing.* London: Macmillon Education, 1988.
- 46 Binswanger L. *Einführung in die probleme der allegmeinen psychologie.* Berlin: Verlag Von Julius Springer, 1922.
- 47 Laing RD. *El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad.* México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1993.
- 48 Rogers CR. *El proceso de convertirse en persona.* Barcelona: Paidós Ibérica, 2000.
- 49 Villegas M. *El proceso de convertirse en persona autónoma.* Barcelona: Herder, 2015.
- 50 Unamuno M. *Del sentimiento trágico de la vida.* Buenos Aires: Losada, 2014.
- 51 Ortega y Gasset J. *Obras Completas. Tomo VIII (1926-1932). Obra póstuma.* Madrid: Fundación José Ortega y Gasset/Taurus, 2017.
- 52 Pérez Álvarez M. *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos.* Madrid: Universitas, 2003.
- 53 Pérez-Álvarez M. El turno transdiagnóstico y el retorno de la psicopatología: el tema de nuestro tiempo en psiquiatría. *Cuad Psiquiatr Comunitaria.* 2017; 14(1): 32-52.
- 54 Pérez-Álvarez M. La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo.* 2019; 40(1): 1-14.
- 55 Pérez Álvarez M. *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría. Más allá de la corriente principal.* Madrid: Alianza, 2021.
- 56 Pérez Álvarez M. *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia.* Madrid: Pirámide, 2012.
- 57 Castilla del Pino C. *Teoría de los sentimientos.* Barcelona: Tusquets, 2000.
- 58 Jobes DA. *Managing suicidal risk: A collaborative approach.* New York/London: The Guilford Press, 2016.
- 59 Jobes DA, Ballard E. The therapist and the suicidal patient. En: Konrad M (ed.). *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient.* Washington DC: American Psychological Association, 2011; pp. 51-61.
- 60 Michel K, Jobes DA. *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient.* Washington DC: American Psychological Association, 2011.
- 61 López Marín A. Psicoterapia centrada en la persona y la ideación suicida. *Revista de Psicoterapia.* 2021; 32(10): 89-103.
- 62 Al-Habalí S, García Haro JM, Fonseca-Pedrero E. La entrevista para la detección y prevención de la conducta suicida. En: Perpiña C, Montoya-Castilla I, Valero-Mo-

- reno S (coords). Manual de entrevista psicológica. Saber escuchar. Saber preguntar. Madrid: Pirámide, 2022; pp. 385-408.
- 63 Al-Halabí S, González González M, García Haro, J. La entrevista clínica como relación de ayuda. En: Al-Halabí S, Fonseca-Pedrero E (coords). Manual de psicología de la conducta suicida. Madrid: Pirámide, 2023; pp. 317-352.
- 64 Neimeyer RA. Presence, process, and procedure: A relational frame for technical proficiency in grief therapy. En: Neimeyer RA (ed.). Techniques of grief therapy. Creative practices for counseling the bereaved. New York/London: Routledge, 2012; pp. 3-11.
- 65 Pakman M. Palabras que permanecen, palabras por venir. Micropolítica y poética en psicoterapia. Barcelona: Gedisa, 2011.
- 66 Figueiredo LC. A metapsicologia do cuidado. *Psychê*. 2007; 11(21): 13-30.
- 67 Craig PE. Sanctuary and presence: an existential view of the therapist's contribution. *Humanist Psychol*. 2000; 28(1-3): 267-274.
- 68 Bleichmar S. La construcción del sujeto ético. Barcelona: Paidós, 2011.
- 69 Marchant M. Vínculo y memoria: acompañamiento terapéutico con niños internados. Santiago de Chile: Editorial Cuarto Propio, 2014.
- 70 Wollants G, Boroday L, Huneeus F, Parlett M. Gestalt: Terapia de la situación. Santiago de Chile: Cuatro Vientos, 2015.
- 71 Laso E. El trabajo con emociones en terapia familiar: teoría y aplicaciones. En: Medina R, Laso E, Hernández E (eds). El modelo sistémico ante el malestar contemporáneo. Madrid: Morata, 2019; pp. 111-144.
- 72 Laso E, Canevaro A. Terapia experiencial profunda. Madrid: Morata, 2022.
- 73 Herrero O. El dol, una conversa necessària: la pèrdua i la mort. La Revista de Blanquerna-URL [Internet]. 2020 [Último acceso abril 2023] Disponible en <https://larevista.publicacions.blanquerna.edu/la-perdua-i-la-mort/>
- 74 Pepper SC. World hypotheses. A study in evidence. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1961.
- 75 Bueno Gómez N. Filosofía del sufrimiento. Valencia: Tirant humanidades, 2022.
- 76 San Martín J. Sobre el concepto de mundo de la vida. Madrid: UNED, 1993.
- 77 Heras-Escribano M, Lobo Navas L, Vega Encabo J. Affordances y ciencia cognitiva. Introducción, teoría y aplicaciones. Madrid: Tecnos, 2022.
- 78 Pérez Álvarez M, Fonseca-Pedrero E. Para repensar los problemas psicológicos de la infancia y la adolescencia: hacia un enfoque contextual. En: Fonseca Pedrero E (coord.) Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Madrid: Pirámide, 2021; pp. 823-856.
- 79 Pérez-Álvarez M. Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Papeles del Psicólogo*. 2018; 39(3): 161-173.
- 80 Pérez-Álvarez M. La psicología más allá del dualismo y el cerebrocentrismo. *Apuntes de Psicología*. 2018; 36(1-2): 7-20.
- 81 Colina F, Desviat M, Pereña F. La razón de la sinrazón. Capitalismo, subjetividad, violencia. Madrid: Enclave de Libros, 2021.
- 82 Aranguren Rico P, Cano de Lera L, Díaz Gutiérrez LJ, Pablos Ballesteros N, Concha González V. La burbuja de la unidad de desintoxicación hospitalaria: factores que la construyen y ayudan a su permanencia. 2023 (en prensa).

- 83 Botella L, Feixas, G. Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica. Barcelona: Laertes, 1998.
- 84 Feixas G, Villegas M. Constructivismo y psicoterapia. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2000.
- 85 Quiñones A. Formulación de caso evolucionista. Un lenguaje común en psicoterapia. Santiago de Chile/Barcelona: RiL editores, 2021.
- 86 Quiñones A, Ugarte C. Formulación de caso: Disolviendo temáticas disfuncionales mediante regulación de dominios de conocimiento intersubjetivo. *Revista de Psicoterapia*. 2022; 33(123): 7-41.
- 87 American Psychiatric Association, APA. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5a ed. Washington DC: APA, 2013.
- 88 Laso E. El suicidio: la perspectiva de la clave emocional. *Revista Mosaico*. 2020; 75: 82-103.
- 89 Al-Halabí S, García-Haro J. Tratamientos psicológicos para la conducta suicida. En: Fonseca Pedrero E (coord.). *Manual de tratamientos psicológicos: adultos*. Madrid: Pirámide, 2021; pp. 639-675.
- 90 Rendueles G. La utopía del preventor: ¿un bello día, un mundo libre de suicidios? *Cuad Psiquiatr Comunitaria*. 2020; 17(1): 27-55.
- 91 Doblytè S. Why (not) suicide: Habitus in hysteresis and the space of possibles. *Eur J Soc Theory*. 2022; 25(4): 614-631.
- 92 Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM, Serrano E, Zapater F. Consideraciones para un abordaje social y sanitario del suicidio a propósito del Código Riesgo de Suicidio. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària, 2018.
- 93 Markez I, Gordaliza A, Casus P. Suicidios en prisión: algunas tareas pendientes. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2022; 42(141): 187-205.
- 94 Navarrete Betancort EM, Herrera Rodríguez J, León Pérez P. Los límites de la prevención del suicidio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019; 39(135): 193-214.
- 95 Ortega y Gasset J. *Obras Completas. Tomo III (1917-1925)*. Obra póstuma. Madrid: Fundación José Ortega y Gasset/Taurus, 2017.
- 96 Escudero V, Friedlander M L. Alianza terapéutica con familias. Cómo empoderar al cliente en los casos difíciles. Barcelona: Herder, 2019.
- 97 Gómez Esteban R. Una travesía singular: desde el hospital psiquiátrico a la antipsiquiatría y psiquiatría comunitaria. Desde la AEN y el CIR a la "Clínica Grupal Operativa" y a la "Sección de Psicoterapia de Grupo de la AEN". *Cuad Psiquiatr Comunitaria*. 2023; 20(1):8-33.
- 98 Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clin Psychol Rev*. 2013; 33(7): 846-861.
- 99 Rendueles G. *Las falsas promesas psiquiátricas*. Madrid: La linterna sorda, 2017.
- 100 Retolaza A (comp.). *Psiquiatría social*. *Cuad Psiquiatr Comunitaria*. 2022; 19(1).
- 101 Pérez-Álvarez M. Giro transdiagnóstico y vuelta de la psicopatología: Propuesta de una integración existencial-contextual. Madrid: Formación continuada a distancia (FOCAD) de la División de Psicología Clínica y de la Salud, 2018.
- 102 Aparicio V (comp.). *Crítica de la psiquiatría*. *Cuad Psiquiatr Comunitaria*. 2017; 14(1).

- 103 Fernández Liria A. *Locura de la psiquiatría. Apuntes para una crítica de la psiquiatría y la "salud mental"*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2018.
- 104 Ortiz Lobo A. *Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en salud mental*. Madrid: Grupo 5, 2017.
- 105 Rendueles G. *Suicidio(s)*. Madrid: Grupo 5, 2018.
- 106 Vispe A, García-Valdecasas J. *Postpsiquiatría. Textos para prácticas y teorías postpsiquiátricas*. Madrid: Grupo 5, 2018.
- 107 Vispe A, García-Valdecasas J (eds.). *Postpsiquiatría (Dossier)*. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2017; 37(132): 497-592.
- 108 James W. *La voluntad de creer*. Madrid: Encuentro, 2004.

Análisis de interconsultas derivadas desde atención primaria y rechazadas por salud mental en el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia)

Analysis of Interconsultations Derived from Primary Care and Rejected by Mental Health in the Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia) Health Department

MARÍA HERNÁNDEZ GARCÍA^a, EVA OJEDA RODRÍGUEZ^b, LUCÍA JANNONE PEDRO^c, JOSÉ MANUEL GARCÍA VALLS^d, LAURA ALCANTARILLA CHAVES^e, CRISTINA SEGURA VICENT^f, MARCOS L. MOYA DIAGO^g

a) Facultativo Especialista en Psiquiatría. Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia). ORCID iD: 0009-0001-3158-3144.

b) Facultativo Especialista en Psiquiatría. Jefa de Servicio de Psiquiatría en Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia). ORCID iD: 0009-0001-9692-5766.

c) Facultativo Especialista en Psiquiatría. Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia). ORCID iD: 0009-0007-0555-7309.

d) Facultativo Especialista en Psiquiatría. Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia). ORCID iD: 0000-0002-9267-1818.

e) Facultativo Especialista en Psiquiatría. Hospital de Sagunto (Valencia). ORCID iD: 0000-0003-2298-7005.

f) Residente de Psiquiatría. Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia). ORCID iD: 0009-0004-0336-3365.

g) Psicólogo clínico. Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia). ORCID iD: 0009-0003-1145-5406.

Correspondencia: María Hernández García (mariahernangarc@gmail.com)

Recibido: 23/05/2022; aceptado con modificaciones: 15/06/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: En los últimos años se ha constatado un aumento de la demanda asistencial en los servicios de salud mental y, por tanto, un aumento de interconsultas que se reciben desde atención primaria, siendo necesario filtrar dichas derivaciones para poder llevar a cabo una atención adecuada. El principal objetivo de este estudio es la evaluación del modelo de derivación del Servicio de Salud Mental del Departamento del Arnau de Vilanova-Llíria mediante un análisis descriptivo y el seguimiento a lo largo de 6 meses de las interconsultas derivadas desde atención primaria y rechazadas por salud mental en el año 2019. Durante esos meses se recibieron 2029 interconsultas, de las cuales 623 fueron rechazadas, correspondiéndose estas a 504 pacientes. De estas personas, 164 fueron finalmente citadas en salud mental tras realizar una nueva interconsulta. Este análisis pone de manifiesto la necesidad de implementar un modelo colaborativo entre atención primaria y salud mental que se traduzca en una mayor detección de casos, una mejor derivación y, en definitiva, una mejor atención a los y las pacientes.

Palabras clave: salud mental, estudios de seguimiento, servicios de salud mental, derivación y consulta, atención primaria de salud.

Abstract: In recent years, there has been an increase in the demand for care in Mental Health services and, therefore, an increase in interconsultations received from Primary Care, making it necessary to filter said referrals in order to carry out adequate care. The main objective of this study is to evaluate the referral model of the Mental Health Service of the Department of Arnau de Vilanova-Llíria through the descriptive analysis and follow-up over 6 months of interconsultations derived from Primary Care and rejected by Mental Health in 2019. During those months, 2029 interconsultations were received, of which 623 were rejected, corresponding to 504 patients. Of these patients, 164 were finally attended to in Mental Health after carrying out a new interconsultation. This analysis shows the need to implement a collaborative model between Primary Care and Mental Health that turns into greater cases detection, better referral sand, ultimately, a better patient care.

Key words: mental health, follow-up studies, mental health services, referral and consultation, primary health care.

INTRODUCCIÓN

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS se ha constatado un aumento de la demanda asistencial en los servicios de salud mental (1), siendo atención primaria el principal servicio desde el cual son derivadas estas personas. Varios estudios epidemiológicos, de hecho, sitúan la prevalencia de patología psiquiátrica en la consulta general de atención primaria entre un 25 y un 40 %, pudiendo llegar hasta el 60 % en el caso de personas hiperfrecuentadoras (2). Aproximadamente, el 5 % de estas consultas son derivadas a los servicios de salud mental (3), siendo las patologías más frecuentes los cuadros de ansiedad, depresión y cuadros adaptativos (4). Otro dato importante a destacar que se ha puesto de manifiesto en los últimos años es el aumento de demanda asistencial por parte de personas que no llegan a cumplir criterios de un trastorno mental pero que, debido a que presentan cierto tipo de malestar psíquico, son remitidas a un servicio de salud mental (5). Este tipo de demandas son con frecuencia consideradas respuestas adaptativas y proporcionadas que aparecen ante estresores vitales comunes, y son recogidas como tales en las clasificaciones nosográficas actuales, como el DSM-V (6), bajo el epígrafe de Códigos Z, conformando un capítulo separado de los trastornos mentales.

Otro hecho importante a destacar es el aumento de categorías diagnósticas en las últimas revisiones de las clasificaciones nosográficas, tales como el DSM-V (6) y la CIE-11 (7), así como la disminución de los criterios para cumplir una categoría. Con estas modificaciones, casi la mitad de la población podría incluirse bajo el epígrafe de trastorno relacionado con psicopatología leve y precisar atención por parte de los servicios de salud mental (8). Dentro de estas situaciones de la vida cotidiana o acontecimientos vitales que no cumplen criterios diagnósticos de trastorno mental se pueden encontrar conflictos relacionados con la educación familiar, rupturas afectivas, duelos no complicados, problemas laborales, etc. De hecho, Lobo y colaboradores estimaron que una cuarta parte de las personas derivadas desde atención primaria no tenían un trastorno mental diagnosticable, la mitad llevaba tratamiento psicofarmacológico pautado desde atención primaria y el 20 % eran derivadas de forma preferente (5). En algunas revisiones se apunta a que el origen del aumento de dicha demanda podría estar en la desestigmatización de la enfermedad mental que se viene dando en estos últimos años, así como deberse a la cada vez mayor difuminación de los límites entre lo comúnmente llamado normal y lo patológico (9).

La conjunción de estos factores podría haber influido, por tanto, en el aumento de pacientes que demandan asistencia en salud mental a través de los servicios de atención primaria, aumentando las derivaciones recibidas, con consecuencias a varios niveles. Por una parte, el tratamiento de demandas que en sí mismas no suponen una patología podría ser éticamente cuestionable por la iatrogenia

derivada del tratamiento psicológico o psicofarmacológico (9), con los efectos secundarios que este último también conlleva. Por otra parte, el aumento de demandas supone un incremento del gasto sanitario, así como una sobrecarga de los servicios de salud mental (10). Todo esto podría además tener como consecuencia un detrimento del tratamiento y abordaje de las personas que padecen un trastorno mental grave en aras de atender a la población con demandas incluidas en los códigos Z antes comentados. Con el fin de actuar en este espacio cabría el papel de la psicología clínica como primer escalón de tratamiento para poder llevar a cabo tareas de prevención de la salud, tan importantes y tan olvidadas en ocasiones, con amplia demanda de este recurso por parte de la ciudadanía y también por profesionales de la salud (11,12). La integración de la psicología clínica en la atención primaria podría traer consigo numerosos beneficios, desde la disminución de carga asistencial para este servicio y el de salud mental a una mayor satisfacción por parte de pacientes y la implementación de las actividades de prevención primaria en trastornos mentales (13).

Desde hace varios años y para los fines de coordinación, en el ámbito de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana se ha implantado un modelo derivativo, el cual permite realizar solicitudes de interconsultas desde los equipos de atención primaria a las distintas unidades de salud mental (USM) mediante un sistema informático ambulatorio (Abucasis). En dicha solicitud, el personal facultativo de atención primaria resume el cuadro clínico que presenta el o la paciente y puede especificar si solicita una cita preferente, que ha de ser atendida en menos de 15 días, u ordinaria. De igual modo, puede especificar si la interconsulta se realiza al servicio de salud mental en general o específicamente dirigida a la especialidad de psiquiatría o bien de psicología clínica.

La consulta llega por vía telemática y posteriormente, tras un proceso deliberativo en el cual participan los psiquiatras y psicólogos clínicos de cada USM, se aceptan o rechazan los casos según cumplan o no los criterios de la Cartera de Servicios de Salud Mental de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana. En el caso de que sean rechazados, se informa desde el propio sistema informático al facultativo interconsultor de atención primaria del motivo de rechazo y se le da recomendaciones, asimismo por vía telemática, para abordar el caso. En general, este formato de actuación se realiza en las diferentes USM de los diversos departamentos de salud de nuestra comunidad.

OBJETIVOS

Algunos estudios han reportado que, pese a que la mayoría son consideradas adecuadas, se estima que el 19,9 % de las derivaciones enviadas desde atención

primaria a salud mental son dudosas y el 7,8 %, inadecuadas o muy inadecuadas. Asimismo, se calcula que el 40,3 % de las derivaciones tienen un contenido escaso, lo que dificulta la comunicación entre ambos servicios. Todo ello plantea la necesidad de establecer y unificar unos criterios de derivación con la finalidad de mejorar la coordinación y filtrar las demandas atendidas en los servicios de salud mental (3). Existen estudios, aunque no muy numerosos, que han versado acerca de esta cuestión, analizando la mayoría de ellos las características de las derivaciones desde atención primaria a salud mental (2-4,9,10,14), en algunos casos centrándose en el análisis de personas derivadas desde atención primaria sin trastorno mental diagnosticable (5,14,15). Sin embargo, no se han realizado estudios que se centren en analizar las características de las interconsultas derivadas desde atención primaria a salud mental que han sido rechazadas.

En el marco de los datos expuestos previamente, creemos necesario llevar a cabo un análisis de la situación actual en nuestro servicio de salud mental, correspondiente al Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria de la Comunidad Valenciana. La pretensión del presente estudio es, concretamente, llevar a cabo un análisis pragmático del sistema de coordinación entre los equipos de atención primaria y salud mental, valorando la evolución de los casos que no fueron atendidos en las unidades de salud mental (USM) del Departamento tras la realización de las interconsultas pertinentes por los equipos de atención primaria, con el objetivo de analizar si los casos rechazados fueron o no justificados a nivel clínico. De esta manera se podrá identificar si este modelo es o no efectivo y, por lo tanto, poder utilizarlo o no en complemento con otras acciones. El objetivo que se persigue exige una mirada retrospectiva preferiblemente antes de la pandemia por el virus COVID-19, dado que todos los posibles mecanismos de coordinación se han visto modificados por las restricciones al uso sufridas. Por este motivo, el análisis tiene una mirada pre-pandémica en lo referente a los tiempos de recogida de muestra.

Respecto a la organización sanitaria de la Comunidad Valenciana, cabe señalar que, como entidades superiores, se hallan los llamados departamentos de salud, que son fragmentaciones de la población por territorios, con gerencia propia y servicio de salud mental propio del departamento. Los diversos departamentos de salud comprenden, cada uno de ellos, varias zonas básicas de salud, con sus equipos de atención primaria. En lo referente a la estructura orgánica de la atención ambulatoria psiquiátrica en la Comunidad Valenciana, esta tiene su eje en las denominadas unidades de salud mental (USM), consideradas unidades de apoyo a los equipos de atención primaria de las diversas zonas básicas de salud. Las USM cuentan con psiquiatras, psicólogos/as clínicos, y personal de enfermería propio. La atención primaria constituye por tanto la puerta de entrada a la red pública especializada de salud mental, mediante un sistema de derivación de casos individuales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con la pretensión de evaluar el modelo derivativo de atención de casos en nuestro Departamento de Salud, se lleva a cabo un análisis descriptivo a lo largo del tiempo consistente en el análisis y seguimiento de propuestas de derivación rechazadas por salud mental. La muestra poblacional abarca el conjunto de casos rechazados por la totalidad de Unidades de Salud Mental (USM) del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria de la Comunidad Valenciana durante el primer semestre del año 2019, para posteriormente hacer un seguimiento de los casos rechazados, es decir, ver qué había sucedido con estos pacientes durante el segundo semestre de 2019. Se decidió escoger el año 2019 para no tener interferencias con la situación pandémica debida a la COVID-19, aspecto que podría distorsionar la visión global que se pretende analizar. Efectivamente, es tanta la importancia de dicha interferencia que incluso la OMS publicó en marzo de 2022 (16) un informe basado en una recopilación de los datos recogidos en revisiones sistemáticas y metaanálisis, concluyendo que los problemas de salud mental han aumentado a raíz de la irrupción de dicha pandemia, pudiendo observar, de la misma manera, un aumento de interconsultas a salud mental en nuestro departamento de salud.

a) Diseño

Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo longitudinal de tipo prospectivo. Se recogen todos los casos rechazados procedentes de todas las USM del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2019 hasta el 30 de junio de 2019, y posteriormente se realiza un seguimiento de estos casos desde esta última fecha hasta el 31 de diciembre de 2019 mediante su historia clínica informatizada, a través del programa informático Abucasis.

b) Población de estudio

- Análisis de los recursos sanitarios y organización sanitaria del territorio:

El servicio de salud mental forma parte del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia), que comprende un territorio de 2107 km², con características geográficas y poblacionales muy distintas. El departamento de salud cuenta con un total de 52 municipios con características de alta diseminación de los pueblos en general, en comparación con otros Departamentos de Salud, de tipología más urbana. La diseminación en este Departamento es asimismo variable dentro de

él, con mayor intensidad de la dispersión en las comarcas de interior, más alejadas de las áreas metropolitanas (concretamente en la comarca de Los Serranos y algunas poblaciones de la comarca de Camp de Turia). Otras comarcas de que consta el Departamento se hallan más cercanas a la capital, y en ellas la diseminación es inferior, con mayor densidad de población.

El Departamento cuenta con 2 hospitales de comarca (el Hospital Arnau de Vilanova, situado en la ciudad de Valencia, y el Hospital de Lliria, situado en el término municipal de Lliria), 16 Zonas Básicas de Salud, 16 Centros de Salud, 33 Consultorios Auxiliares y 17 puntos de Atención Continuada.

En cuanto a las USM, nos encontramos con cinco en el Departamento (Bursassot, Paterna, La Coma, Lliria y Godella), las cuales aglutinan cada una varios pueblos pertenecientes a las Zonas Básicas de Salud. En todos los pueblos donde se encuentran dichas USM existe posibilidad de acceso mediante transporte público, tal como metro o tranvía, si bien esta comunicación se hace más difícil para los pueblos pertenecientes a la USM Lliria, que se alejan de dicha población y carecen de enlace, ya que precisamente en el municipio de Lliria se encuentra el fin de tramo de la línea de metro.

-Análisis sociodemográfico del territorio:

Es necesario realizar un análisis sociodemográfico de dicho Departamento de Salud para contextualizar de manera adecuada los datos que se explicarán durante el desarrollo del presente trabajo. Para ello se han utilizado los datos contenidos en el llamado Data Warehouse SIP (17), informe periódico de información poblacional. En el caso que nos ocupa, se ha analizado el correspondiente a enero de 2020, que contiene datos del año 2019, periodo de nuestro estudio.

En primer lugar, para explicar los datos que contiene dicho informe es necesario también explicar que las siglas SIP corresponden a “Sistema de Información Poblacional”. El SIP es el registro administrativo corporativo que contiene la información sanitaria y administrativa para las personas que acceden a las prestaciones sanitarias del Sistema Valenciano de Salud, sean o no residentes habituales en la Comunidad Valenciana. El SIP recoge los datos de identificación, localización y acreditación del derecho a la cobertura sanitaria de las personas registradas en él, recogiendo también datos acerca del centro de salud y/o médico de atención primaria asignado. Los datos que se recogieron para la realización del presente trabajo corresponden a pacientes que poseen, o poseían en el momento de la extracción de datos, tarjeta sanitaria SIP.

Según datos registrados en Data Warehouse SIP 2020 (17), el número total de ciudadanos pertenecientes al Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Lliria

asciende a un total de 320.144 (lo que corresponde al 6,31 % del total de habitantes de la Comunidad Valenciana), con una densidad de población del Departamento de 151,94 habitantes/km². Del total de población, 4196 corresponden a ciudadanos no empadronados, de los cuales 3528 son personas no empadronadas con estancia mayor de un mes (1,10 % del total de ciudadanos del Departamento) y 668 son ciudadanos no empadronados con estancia inferior a un mes, es decir, 0,21 % del total de ciudadanos del Departamento. Las interconsultas analizadas en este trabajo, por tanto, corresponden principalmente a pacientes empadronados en el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria, pero existe la posibilidad de que se incluyan también ciudadanos no empadronados (no se pudieron obtener datos suficientes al respecto).

Durante el periodo comprendido entre agosto de 2019 y enero de 2020 el número de ciudadanos pertenecientes a este Departamento de Salud (tanto los empadronados como los no empadronados) se mantuvo más o menos estable, sin cambios significativos, motivo por el cual se utilizaron como referencia estos datos sociodemográficos al ser los más fidedignos para realizar el análisis de los datos obtenidos durante la primera mitad del año 2019. Durante la segunda mitad de 2019 tampoco se produjeron cambios significativos en cuanto al número total de habitantes en la Comunidad Valenciana, incluyendo tanto los empadronados como los no empadronados.

En cuanto a la distribución por franjas de edad en el Departamento que nos atañe, del total de 319.476 ciudadanos (no se incluyen en este número aquellos no empadronados durante menos de 1 mes), el 0,76 % corresponden a la franja de edad de menores de 1 año, el 15,50 % se encuentran entre 1 y 14 años y en la franja de edad de 15 a 45 años se encuentra el grueso de la población, el 38,77 % de los ciudadanos. En la siguiente franja, entre 46 y 64 años, se encuentra el 27,72 % de la población y finalmente el 17,24 % de los ciudadanos son mayores de 65 años. Dicha distribución por franjas de edad es prácticamente similar a la observada en el resto de la Comunidad Valenciana.

Finalmente, del total de los ciudadanos del Departamento, el 49,34 % son varones y el 50,65 % son mujeres, y el porcentaje de personas de otros países residentes en este Departamento asciende al 10-15 % del total de ciudadanos aproximadamente.

c) Criterios de selección

Se incluyeron en este estudio a las personas mayores de 16 años derivadas a las unidades de salud mental desde los equipos de atención primaria cuyas derivaciones habían sido rechazadas durante el periodo de 1 de enero a 30 de junio de 2019.

d) Principales variables analizadas

Las variables principales que se analizan son las siguientes:

- El número de interconsultas rechazadas.
- Si posteriormente a su rechazo en salud mental la persona ha precisado atención en urgencias en algún dispositivo (urgencias hospitalarias, atención primaria) por razones de salud mental.
- Si ha precisado de tratamiento con psicofármacos tras ser rechazada la interconsulta y si ha requerido de una nueva derivación a salud mental (y, de ser así, con qué diferencia temporal).
- Si el paciente ha sido derivado a otra unidad específica como la unidad de conductas adictivas (UCA) u otras especialidades.

Es importante apuntar que el grupo de investigadores en todo momento ha respetado la confidencialidad de los datos analizados de los pacientes incluidos en el estudio, solo utilizando dichos datos para fines del trabajo. Asimismo ha sido necesario recibir la autorización del Comité de Ética y de Investigación con Medicamentos del Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria para iniciar el presente proyecto de investigación.

RESULTADOS

Entre el 1 de enero de 2019 y el 30 de junio de 2019, se recibieron un total de 2029 interconsultas a salud mental en el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria, de las cuales se rechazaron 623, es decir, se produjo un 30,7 % de rechazos. Estas interconsultas rechazadas se corresponden con un total de 504 pacientes, ya que en un número determinado de pacientes se produjo más de un rechazo, de ahí la cifra final de 504 pacientes. Del total de casos rechazados, 195 fueron hombres (38,7 %) y 309 mujeres (61,3 %). Al conjunto de los 504 pacientes cuyas consultas habían sido rechazadas, se les realizó un seguimiento longitudinal y prospectivo hasta el 31 de diciembre de 2019. Dicho seguimiento se realizó atendiendo a las variables descritas en el apartado de material y métodos.

a) Distribución de las interconsultas a lo largo del año

Con respecto al número de interconsultas recibidas divididas por meses, se observa que el mes donde se realizaron más derivaciones a salud mental fue en febrero, con un total de 379 interconsultas recibidas, siendo este, precisamente, el mes en el cual se rechazaron menos interconsultas, 98 en total, un 25,86 % de rechazos. Sin

embargo, en el otro extremo, se encuentra el mes de junio, aquel en el que se rechazaron más interconsultas, 113 en total, con un porcentaje de rechazos del 35,98 %.

b) Porcentaje de seguimiento posterior al rechazo y/o consultas en otros dispositivos

En cuanto a los casos rechazados por salud mental que precisaron asistencia en otro dispositivo, un total de 28 pacientes acudieron a urgencias de atención primaria (medicina de atención continuada) y 38 acudieron a urgencias hospitalarias. Por otra parte, un total de 358 pacientes realizaron seguimiento y/o volvieron a consultar en el centro de atención primaria con su médico o médica de referencia, lo que supone un porcentaje del 71,03 % de los pacientes rechazados que han precisado un seguimiento por su facultativo/a de atención primaria tras el rechazo de su interconsulta.

c) Realización de nueva interconsulta tras el rechazo

Continuando con los datos, se observa que el o la facultativa responsable de atención primaria realizó de nuevo interconsulta a salud mental para atender a 188 personas, las cuales habían sido previamente rechazadas. Ello supone que el 37,3 % de los pacientes rechazados han requerido otra interconsulta tras el rechazo de la interconsulta inicial. En cambio, no se volvió a reenviar interconsulta en 316 pacientes.

De los 188 casos por los que se volvió a realizar interconsulta, finalmente 164 fueron citados en su unidad de salud mental correspondiente. Es decir, el 87,23 % de los casos en los que se volvió a realizar interconsulta fueron finalmente atendidos en salud mental. Y del total de los 504 pacientes rechazados, el porcentaje final de readmitidos es del 32,53 %.

En cuanto al tiempo medio transcurrido entre la realización de la primera interconsulta y la segunda, este fue de 71,5 días. En 19 pacientes, además, se realizó una tercera interconsulta, con un tiempo medio entre la segunda y la tercera interconsulta de 64,5 días. Finalmente, se realizó una cuarta interconsulta en 3 pacientes, con un tiempo medio entre la tercera y la cuarta interconsulta de 106 días.

d) Cambios en el tratamiento tras el rechazo

Atendiendo al tratamiento farmacológico, en 197 pacientes, es decir, en el 39,09 % de los casos rechazados por salud mental, el personal facultativo de atención primaria realizó cambios en el tratamiento con psicofármacos tras el rechazo. En cambio, en 307 pacientes (60,91 % del total de rechazados) no se realizaron cambios en dicho tratamiento. Siguiendo con este aspecto, el tiempo medio de manteni-

miento de la nueva pauta de tratamiento, en aquellos casos en los que se modificó, fue de 4 meses aproximadamente. En cuanto a los fármacos utilizados, los antidepresivos fueron los más prescritos, concretamente en 161 pacientes, seguidos de las benzodiacepinas, en 99. En menor medida aparece la adición de antipsicóticos, que se realizó solo en 12 pacientes, observándose también la adición de estabilizadores del ánimo en 3 pacientes. En el caso de los estabilizadores del ánimo, dicha adición no fue *de novo*, ya que eran pacientes que en el pasado habían estado en tratamiento con dichos fármacos o bien no tenían activas las recetas electrónicas para poder dispensarse en farmacias. Apuntar también que en varios casos se añadió más de un tipo de psicofármaco al mismo tiempo, siendo la más común la combinación de antidepresivos y benzodiacepinas.

e) Derivaciones a otros dispositivos

En cuanto a las derivaciones a otras especialidades o unidades específicas, un total de 31 casos fueron derivados a la unidad de conductas adictivas de la zona de referencia, 11 fueron derivados a neurología y 18 a la unidad de salud sexual y reproductiva, tras ser rechazados por salud mental. Se añade también que 2 fueron derivados a neurofisiología, en uno para realización de pruebas complementarias y en otro caso para tratamiento. Por otra parte, se desconoce el número de personas que acudieron a la psiquiatría o psicología en el ámbito privado tras ser rechazadas sus interconsultas.

DISCUSIÓN

Como se ha podido observar en la descripción de los datos, se rechazaron 504 casos tras la primera interconsulta. De estos, finalmente 164 fueron citados en salud mental tras realizar una nueva interconsulta desde atención primaria, suponiendo un 32,53 % del total de pacientes inicialmente rechazados. Esto nos lleva a plantear cuáles son las razones por las que casos que inicialmente no se consideraron que cumplían criterios para ser atendidos en salud mental finalmente sí requirieron de su atención y, por lo tanto, se aceptó su interconsulta. Para ello, se analiza en primer lugar cuál es el papel que desempeña el médico o médica de atención primaria entre la primera interconsulta rechazada y la finalmente aceptada.

El primero de los datos que llama la atención es que 358 pacientes (del total de 504 en los que se rechazó su interconsulta), o lo que es lo mismo, un 71,03 % de los rechazados, mantuvieron el seguimiento de su patología y/o demanda por parte de atención primaria. En muchos casos, el seguimiento consistió en añadir o bien modificar el tratamiento farmacológico prescrito (en el 39,09 % de los casos).

Hay que apuntar también que frecuentemente el propio personal facultativo de psiquiatría que rechaza la interconsulta contesta vía telemática con recomendaciones para la primera intervención farmacológica o psicosocial que debería realizarse desde atención primaria. En el 60,91 % de los casos no se realizó ningún ajuste de medicación, cumpliendo entonces el médico o médica de atención primaria otra función como acompañante y, a menudo, sostén de las demandas, incluyendo también la valoración de la incapacidad laboral temporal. Esta demanda de valoraciones de incapacidad, relevante, también podría ser objeto de análisis en ulteriores estudios.

Por tanto, el dato, amplio, de pacientes rechazados que han requerido un seguimiento posterior por su médico/a de Atención Primaria precisa de una explicación. Y esta es que, aunque se produzca un rechazo de una interconsulta por parte de salud mental, sigue existiendo una necesidad de seguimiento y atención a las demandas de los pacientes, aunque se trate de afecciones menores. Se hace necesario en muchas ocasiones, tal como se puede extraer de los datos presentados, ajustar el tratamiento farmacológico por parte de los facultativos de atención primaria. Ello lleva entonces a replantearse por qué a pesar de dicho ajuste de tratamiento o del seguimiento regular por parte de atención primaria es necesario volver a efectuar la derivación a salud mental. Con este modelo, es posible que la falta de formación del personal de atención primaria dificulte la atención a los casos leves y la detección precoz de patologías que sí precisen de la valoración y seguimiento en salud mental. Además existen limitaciones desde atención primaria, como la dificultad en la comunicación eficaz con los equipos de salud mental más allá del sistema informático de interconsulta referido y el escaso respaldo que reciben de dichos servicios en las propias consultas de atención primaria.

Con respecto a los porcentajes de tratamientos en las interconsultas rechazadas, cabe señalar que el actual estudio hace hincapié y pone el foco en el ajuste de medicación tras la interconsulta. Previa a ella, la introducción del tratamiento, o bien es provisional por parte de Atención Primaria, pautada muy poco tiempo antes de lanzar la interconsulta, o bien se realiza de modo poco ajustado a la psicopatología, habida cuenta de la escasa formación, falta de tiempo en las consultas, “artefacción” de la eventual clínica por problemas psicosociales, etc. El procedimiento de medicalizar (cuándo y cómo) en la primera línea de la asistencia, constituiría otro foco interesante de investigación.

El segundo de los datos relevantes es que 188 pacientes (el 37,3 %) del total de los rechazados requirieron una nueva interconsulta. Por tanto, se observa que durante el seguimiento por parte de atención primaria se pueden dar dos situaciones: una situación en la cual se resuelve el cuadro o demanda, y por lo tanto no es necesario realizar otra interconsulta, y una segunda situación en la que las personas acaban siendo derivadas de nuevo a salud mental. Se va a intentar analizar, tal como se ha-

bía apuntado al inicio de este apartado, cuáles podrían ser las causas de la segunda situación, según los datos descritos. Una de las razones sería el empeoramiento del cuadro clínico. Tal como se ha podido observar tras el análisis de las interconsultas, esta situación se produce en algunos casos a pesar de instaurar nuevo tratamiento o ajustarlo en repetidas ocasiones y/o dar otro tipo de abordaje psicosocial. Se cuentan entre estos aquellos casos en los que el cuadro se cronifica y, por tanto, requiere un nuevo enfoque clínico en el cual se intervenga mediante técnicas psicoterapéuticas por parte de profesionales de salud mental, así como se lleve a cabo un abordaje más específico a nivel farmacológico. Este empeoramiento o cronificación de la sintomatología, en muchos casos, también conlleva una persistencia en el tiempo de las incapacidades laborales temporales que deben ser tramitadas desde atención primaria.

Otra de las razones por las que casos inicialmente rechazados son de nuevo derivados a salud mental podría ser la insistencia de la persona, tal y como se remarca, en ocasiones, en el motivo de la interconsulta. Esta insistencia en recibir la atención, bien por psicología clínica o por psiquiatría, se podría explicar por una mayor demanda social de tratamiento que se aprecia en los últimos años (5,8) y que en muchos casos lleva consigo una tendencia a la medicalización de los problemas de la vida diaria (18), con la iatrogenia que podría entrañar. Algunas de estas demandas están relacionadas con las vicisitudes de la vida diaria, conduciendo por tanto a una patologización masiva (19).

El dato de 37,30 % de pacientes que precisan una nueva interconsulta, es decir, una reentrada en el sistema especializado, señala que, en algunos casos, los y las profesionales de salud mental consideran de manera errónea que una persona no precisa de atención especializada, pasando por alto ciertos criterios en los que sí estaría justificada su derivación. En ocasiones no se puede discernir la gravedad del caso a partir de la exploración y/o la descripción que realiza el médico o médica de atención primaria. Por otra parte, podrían existir algunas personas que escondieran síntomas o minimizaran, quizás por falta de tiempo en la atención desde los centros de atención primaria o bien por considerar que se trata de información que atañe solo al personal facultativo de salud mental. Asimismo, otro motivo que justificaría el rechazo de dichas interconsultas es la escasez de recursos en salud mental. El déficit de profesionales, con agendas cada vez más saturadas y, por lo tanto, el escaso tiempo del que se dispone para cada visita médica, podría dar lugar a una necesidad cada vez más alta de filtrar los casos que deben derivarse a salud mental y priorizar por gravedad del cuadro.

En tercer lugar, se hace necesario también analizar el dato de los pacientes rechazados que fueron atendidos en los servicios de urgencias (28 en puntos de atención continuada y 38 en urgencias hospitalarias). La causa inmediata de dichas atenciones fue muy variada, desde un empeoramiento de la sintomatología

(generalmente de tipo ansioso-depresivo), a pesar de los ajustes farmacológicos, a un cambio en las características de la clínica, necesidad de despistaje orgánico, consumo de sustancias subyacente, etc. Apoyaría este hecho, una vez más, las razones arriba mencionadas (desde la falta de formación de los y las profesionales de atención primaria, el poco tiempo de atención por paciente, hasta la saturación de las agendas en salud mental).

Tampoco hay que olvidar a aquellos pacientes que fueron finalmente derivados a otras especialidades, tales como neurología, neurofisiología o la unidad de conductas adictivas. En estos casos se hizo necesario ese cambio de especialidad debido a la sospecha del origen orgánico de la sintomatología que presentaba el paciente, así como la existencia de un consumo de sustancias que en primera instancia no se advirtió o no se admitió por parte del paciente. En cuanto a los pacientes redirigidos a la unidad de salud sexual y reproductiva, se entiende esta derivación debido a que su demanda era muy concreta y su atención requería del abordaje específico de los psicólogos y psicólogas que atienden en esta unidad.

El análisis de los datos presentados de nuestro departamento de salud refuerza la idea de que se necesita más comunicación y coordinación con atención primaria, así como dotarlos de los conocimientos adecuados para llevar a cabo un primer abordaje integral de los trastornos mentales más leves y mejorar la capacidad de detección de aquellos trastornos más graves que sí precisan de una derivación preferente a los equipos de salud mental. Este tipo de abordaje, de hecho, ya se ha realizado anteriormente mediante programas de colaboración entre atención primaria y salud mental en otras comunidades autónomas (20-22). Por supuesto, esto debe ir acompañado de un aumento de los recursos sanitarios y una reorganización más eficiente. Como ventaja del modelo derivativo, nos encontramos con la rapidez del trámite y su comodidad. No obstante, la razón de la comodidad no puede considerarse de peso y suficiente si el objetivo final es la mejora de la salud mental de la población, evitando la iatrogenia y la medicalización innecesaria.

Finalmente, y a pesar de no ser un objetivo de nuestro estudio, sería interesante también analizar si los pacientes que fueron finalmente citados en salud mental acudieron a las primeras visitas, algo que se ha analizado en estudios anteriores (23) y podría ser también un indicador de la adecuación o no de la derivación desde atención primaria.

CONCLUSIONES

La reciente Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Periodo 2022-2026) (24), de ámbito estatal, expone la necesidad de realizar una primera intervención por parte de atención primaria, pudiendo derivar a los servicios de salud

mental especializada mediante el mecanismo de interconsulta y enlace cuando los casos adquirieren mayor complejidad.

En el ámbito de la Comunidad Valenciana existe en la actualidad un escenario que apoya y argumenta toda una serie de intervenciones necesarias para la mejora de los servicios de salud mental. Para abordar estos y otros aspectos, desde la Conselleria de Sanitat de esta Comunidad Autónoma ya se elaboró una estrategia propia de trabajo, la Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020 (25), que aborda el proceso de atención al denominado “trastorno mental común” y al malestar emocional de la vida cotidiana dirigido a los diferentes niveles asistenciales (atención primaria y salud mental). Se trata de un proyecto dirigido a promover la mejora de la salud mental en el territorio, siendo este uno de los objetivos estratégicos, al menos a efectos teóricos, de la política sanitaria en este territorio. La Estrategia Autonómica de Salud Mental propone un modelo de atención comunitario que orienta la organización y la atención hacia el paradigma de la recuperación en todas las esferas de la vida y no exclusivamente en la remisión de síntomas. Se trata de un proyecto ambicioso que amplía las miradas, implicando la convergencia y sinergia de diversos ámbitos y disciplinas, integrando servicios y niveles de atención.

La Estrategia Autonómica de Salud Mental de la Comunidad Valenciana impulsa por tanto la coordinación entre los servicios de salud mental y los equipos de atención primaria. El modelo de coordinación de tipo derivativo que funciona a modo de filtro al acceso a la atención especializada, que ha sido objeto del presente estudio y cuyos resultados ya se han analizado, estaría en esta dirección. Pero la Estrategia Autonómica y el espíritu de la misma van más allá, con la implementación de otros modos de coordinación, como las interconsultas telemáticas no presenciales y los llamados espacios de colaboración. En concreto, los espacios de colaboración de nuestro departamento de salud consisten en reuniones periódicas entre miembros del equipo de salud mental y facultativos y facultativas de atención primaria para la discusión de casos de especial dificultad o verificar cómo están funcionando los canales de comunicación. Como se ha citado con anterioridad, el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria comprende un territorio de 2107 km², con características geográficas y poblacionales muy distintas. La red de centros o unidades asistenciales de salud mental en el departamento de salud se ha configurado históricamente con unas características de dispersión geográfica y accesibilidad similares a la red de atención primaria, aunque existen múltiples centros de salud en poblaciones rurales lejanas a las unidades de salud mental.

Reseñar otro recurso recientemente habilitado en nuestro departamento de salud, que es la figura del psicólogo/a clínico con vinculación a atención primaria (no solo integrado en las unidades de salud mental), con objeto de actuar en la primera línea de abordaje de situaciones y problemas de toda índole, y prevenir que estas

viren a patologías psiquiátricas consolidadas. Esta actuación, como se ha dicho, de reciente introducción, debe ser evaluada en su cometido, medida su efectividad con objetividad, y ser objeto de futuros análisis, habida cuenta de que en la mayoría de localizaciones de nuestro país, la especialidad de psicología clínica está integrada en salud mental.

Los datos del presente estudio, en su conjunto, no aportan datos directos del estado de salud de las personas, tan solo son indicadores de asistencia sanitaria de un sistema público de salud concreto. Los datos se ven influenciados por multitud de variables que serían subsidiarias de un análisis en profundidad cada una de ellas. Pese a estas limitaciones, se puede entrever, en su conjunto, que el método de coordinación empleado, tanto las interconsultas telemáticas como los espacios colaborativos y la figura del psicólogo clínico integrado en atención primaria, conforma un sistema que resulta de utilidad y está en consonancia con las diversas políticas sanitarias en salud mental nacionales y autonómicas.

Reseñar finalmente que la medicalización esconde las circunstancias psicosociales, económicas, culturales e incluso pandémicas que sufre la ciudadanía y que cambia la conciencia de los hechos: transforma lo social en individual; lo psicológico, en genético y biológico; y la autonomía, en dependencia adictiva. El resultado es la atrofia de las capacidades de pensar y de hacer frente a los malestares y los problemas comunes, junto con un incremento de exigencias al sistema que el colectivo sanitario puede vivir como irritante y sin sentido. Muchos síntomas que no constituyen trastornos se están etiquetando como tales y se están tratando con fármacos. Está en juego, en nuestra opinión, el sistema de atención psiquiátrica entendido como tal, tanto por sobreactuación en los casos leves como por negligencia en la actuación sobre los graves. De esta manera, se torna prioritaria la mejora en la coordinación con atención primaria para todos aquellos casos leves que quedarían abandonados si los servicios de salud mental se centrasen exclusivamente en el denominado trastorno mental grave y que, sin embargo, son un porcentaje elevado de las consultas de atención especializada y atención primaria, y ocasionan también un deterioro importante de la salud mental de la población. Las definiciones exhaustivas de “trastorno mental grave” (patologías de tipo psicótico, afectivas o esquizotípicos) y “trastorno mental común” podrían dar pie asimismo a otros focos de debate.

El proceso completo de la coordinación atención primaria-salud mental necesita profesionales que sepan, y quieran, aunar esfuerzos, participaciones y motivaciones de cambio y mejora. En muchas ocasiones es difícil la implicación del personal sanitario, que prefiere mantenerse estable en su rutina de trabajo, tiene miedo a una mayor sobrecarga, muestra una enorme resistencia a los cambios o incluso a formar parte de un proceso de creación o de cambio por lo que implica a nivel de esfuerzo, iniciativa y motivación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Lozano Serrano C, Ortiz Lobo A, González González, R. Análisis comparativo de los pacientes con y sin trastorno mental diagnosticable. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2011; 31(111): 421-435.
- 2 Ferreras Amez JM, Sanjuán Domingo R, Elías Villanueva MP, Sánchez Lázaro C, Blasco Valle M, Yagüe Sebastián MM. Evaluación de las derivaciones a un centro de salud mental desde atención primaria. *Revista FML Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria.* 2011;5(4):5p.
- 3 Martín-Jurado A, de la Gándara Martín JJ, Castro Carbajo S, Moreira Hernández A, Sánchez-Hernández J. Análisis de concordancia de las derivaciones de atención primaria a salud mental. *Semergen.* 2012; 38(6): 354-359.
- 4 Díaz J, Díaz-de-Neira M, Jarabo A, Roig P, Román P. Estudio de derivaciones de atención primaria a centros de salud mental en pacientes adultos en la Comunidad de Madrid. *Clínica y Salud.* 2017; 28:65-70.
- 5 Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria.* 2006; 38(10): 563-569.
- 6 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- 7 Organización Mundial de la Salud (OMS). *Clasificación Internacional de Enfermedades*, undécima revisión (CIE-11). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2019/2021.
- 8 Ortiz Lobo A, Bernstein J. Excesos y alternativas de la salud mental en atención primaria. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015; 10(35):1-9.
- 9 Goñi Sarriés A, García de Jalón Aramayo E, Landa González N, Lizasoain Urra E. Análisis de las derivaciones desde atención primaria a salud mental. *Anales de Psiquiatría.* 2008; 24(2):6p.
- 10 Valencia Agudo F, García Haro J, Gimeno Peón A, Pérez Zabalza A, de la Viuda Suárez MA. Análisis de la demanda en salud mental en el Principado de Asturias: Características de la demanda y respuesta asistencial. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2014;34(124):741-752.
- 11 González-Blanch C. Salud Mental en Atención Primaria: qué tenemos, qué necesitamos y dónde encontrarlo. *Papeles del Psicólogo.* 2009; 30(2):169-174.
- 12 Pastor Sirera J. El psicólogo en atención primaria: Un debate necesario en el Sistema Nacional de Salud. *Papeles del Psicólogo.* 2008; 29(3): 271-290.
- 13 Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR. Más allá de la Salud Mental: La psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo.* 2008; 29(3):251-270.
- 14 Miranda Chueca I, Peñarrubia María MT, García Bayo I, Caramés Durán E, Soler Vila M, Serrano Blanco A. ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria?. *Aten Primaria.* 2003; 32(9):524-530.
- 15 Lozano Serrano C, Ortiz Lobo A, González Juárez C. Tratamiento y uso de recursos en salud mental de pacientes sin patología. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2014; 34(122):267-281.

- 16 World Health Organization (WHO). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief. 2 March 2022.
- 17 Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana. Data Warehouse SIP. Sistema de Información Poblacional. Informe mensual. [En línea] Enero 2020. [Consultado en abril de 2023] <https://itsiscv.san.gva.es/sip/infosip/ficheros/nuevo.htm>
- 18 Del Cura I, López García-Franco A. La medicalización de la vida: una mirada desde atención primaria. *Átopos*. 2008;7:4-12.
- 19 Ortiz Lobo A. El significado de las demandas “menores” en salud mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2011; 31(112):609-611.
- 20 Ribé Buitrón JM, Pares Miquel J, Fleitas Asencio E. Un programa de colaboración con la atención primaria y sus debilidades: la realidad y la modestia. *Norte de salud mental*. 2010; 8(36):45-54.
- 21 Pérez-Ibáñez O, García-Predajas C, Grases N, Marsó E, Cots I, Aparicio S, Ochoa S, Ventura C. Programa de soporte a la primaria: Un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre médico/a de atención primaria y psicólogo/a. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2015; 35(126):257-266.
- 22 Martínez González C, Pelaz Antolín A. Salud mental. Qué y cuándo derivar y contener. En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2015*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0, 2015; pp. 107-115.
- 23 García Moratalla B, Ortiz Lobo A. Ausencias en las primeras consultas de un centro de salud mental: un estudio controlado. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2002; 21(83):27-36.
- 24 Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf
- 25 Estrategia Autonómica de Salud Mental [En línea] 2016-2020 [Consultado en Febrero de 2022]. Disponible en <http://www.san.gva.es/documents/1563446700482/Estrateg%C3%ADa+Auton%C3%B3mica+de+Salud+mental+2016+2020+.pdf>

¿Un “nuevo” Perspectivismo? Delirio y verdad desde el punto de vista del Nuevo Realismo

A “New” Perspectivism? Delusion and Truth from the Point of View of the New Realism

GUILLERMO RUIZ PÉREZ

*Programa Internacional de Doctorado en Filosofía, UNED.
Hochschulklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.
Universitätsklinikum der Medizinischen Hochschule Brandenburg. Rüdersdorf bei Berlin, Alemania.
ORCID iD: 0000-0003-3753-0796.*

Correspondencia: gruiz209@alumno.uned.es; guillermo.perez@mhb-fontane.de

Recibido: 01/11/2021; aceptado con modificaciones: 03/09/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: El concepto de delirio ha sido tematizado ampliamente por la psiquiatría fenomenológica a lo largo del siglo XX. Por el contrario, su relación con la verdad aparece en su desarrollo filosófico un tanto volátil. Ya Jaspers advirtió de la futilidad de esta a la hora de definir el delirio. En la práctica, en cambio, sí que adquiere cierta significación y efectividad a la hora de un diagnóstico. En el presente ensayo se trata de emprender una exploración de la relación entre el delirio y la verdad a la luz de los principios filosóficos del Nuevo Realismo representado por Markus Gabriel y del perspectivismo orteguiano. Se intentará concluir que la relación entre ambos conceptos se decidirá en su valor para la vida.

Palabras clave: delirio, nuevo realismo, fenomenología, perspectivismo.

Abstract: The concept of delusion was widely discussed in the Psychiatry and Phenomenology of the 20th century. In contrast, its relation to truth in its philosophical development appears to be quite elusive. Jaspers warned about its futility in the definition of delusion. Nevertheless, from a practical perspective seems to play a meaningful, efficient role as a diagnostic indication. We pursue an investigation about delusion and truth in the light of Markus Gabriel's New Realism and Ortega y Gasset's Perspectivism. Finally, their relation will be decided in its value for life.

Key words: delusion, new realism, phenomenology, perspectivism.

A PESAR DE LAS DIVERSAS CONSIDERACIONES antropológicas y fenomenológicas que ha producido la historia de la psicopatología desde Karl Jaspers sobre delirio, la cuestión acerca de si de lo que se trata en el delirio es de que no se corresponda con la realidad sigue teniendo relevancia. Esa suele ser la impresión inicial del observador. A partir de ahí vendrían sucesivas descripciones acerca del grado de convencimiento patológico, del contenido del delirio y su incapacidad de ser justificado en base a la biografía de la persona, de las circunstancias históricas del momento, de una anamnesis con terceras personas que contradice la narración, del aislamiento del tema delirante o su estructuración sistemática, etc. En la literatura se encuentran las características definitorias de ello, como pueden ser la falta de lógica del conjunto, la imposibilidad del contenido, el convencimiento patológico subjetivo o la rigidez de la perspectiva. Tales criterios parecen chocar con la misma problemática: ¿qué papel juega la veracidad o falsedad del contenido delirante? En este ensayo se defenderá la tesis de que la categoría de delirio no depende desde el punto de vista lógico de su valor de verdad entendida como *adequatio* con la realidad. Si bien este es un hecho bien conocido en psicopatología, nuestra propuesta trata de presentar una aproximación a través de una interpretación del Nuevo Realismo de Markus Gabriel, lanzando ciertas correspondencias posibles con el perspectivismo de raíz orteguiana. Esta propuesta no deja de ser un esbozo que se presenta como posible aplicación de algunas de las tesis del Nuevo Realismo en psicopatología. El objetivo final será establecer una argumentación filosófica que nos proporcione las herramientas necesarias para poder afirmar que, a pesar de su utilidad práctica, el valor de verdad es fútil en la asignación categórica del delirio.

En los últimos años ha habido una gran discusión en el estudio del delirio, especialmente desde el punto de vista fenomenológico (1-8). En ella se ha tratado intensamente de devolver la legitimidad de la significación o la dación de sentido en el delirio al sujeto y de comprender su aparición dentro del marco de la constitución intersubjetiva del mundo, siendo solo posible desde ahí una definición de aquel. Por otro lado, la discusión filosófica se ha centrado también en la categoría de delirio como creencia, lo que se ha llamado aproximación doxástica, sobre la cual ya hablamos en otro lugar y Lisa Bortolotti, entre otras autoras, defiende (9,10). Si bien las disquisiciones actuales parecen encuadrarse en la comprensión del delirio, tanto de su caracterización como de su significación, ya sea tanto desde las investigaciones neurocientíficas como fenomenológicas, y no siéndonos ajenas tales aproximaciones, nosotros nos hemos abstenido aquí de ello para atajar la cuestión de su valor de verdad, la cual apenas aparece en tales investigaciones y parece darse, en cierto modo, por supuesta o ser directamente irrelevante.

El delirio ha sido tradicionalmente definido como “un convencimiento privado y privativo de una persona acerca de sí y de su mundo” (11). El punto central de la descripción reside en el concepto de *convicción*. Ya en Jaspers se puede ver que tal sustantivo irá acompañado del adjetivo *excepcional o fuera de la norma*, es decir, que traspasa los límites de lo normal. Además, se amplía su definición a través de “la incapacidad de ser influenciado a través de la experiencia ni por conclusiones apremiantes” (12). Con estos rasgos se alcanza una definición del delirio, la cual en cierto modo parece incompleta. El mismo Jaspers confesó que se trata de algo que tiene mucho que ver con una impresión, con un conocimiento oscuro¹.

En tanto que convicción, en el delirio se está sobre una determinada configuración de la realidad, de la misma manera que la persona no-delirante lo está. Una convicción de ese tipo es una postura existencial, y no exclusivamente una opinión limitada y particular acerca de un estado de cosas. Ella atañe a la base de todas las demás convicciones de la persona, las cuales suponen a la primera. El delirio es una convicción en sentido absoluto, a la que queremos llamar de tipo ontológico, y aunque la persona no-delirante también vive en determinadas convicciones fundamentales, se diferencia de estas otras no tanto en su forma epistémica —doxástica, asumiendo este paradigma—, sino en su transversalidad vital: en qué medida

¹ Nos movemos en una consideración descontextualizada del delirio, ya que queremos contemplar el fenómeno de forma aislada. El delirio es a fin de cuentas un síntoma y como tal queremos tratarlo aquí. La diversidad de su presentación depende en gran medida de la situación concreta en la que se da y del trastorno de fondo, así como de la persona concreta que lo vive. Aquí renunciamos de inicio a una exposición casuística de ello.

acapara prácticamente todo el espectro circunstancial de la persona y del yo. Tales convicciones o creencias ontológica y vitalmente transversales, tanto sanas como delirantes, contienen determinados presupuestos que son básicos y evidentes, que funcionan a modo de estructura sobre la que se incorporan creencias de rangos subsiguientes, y que pueden resumirse del siguiente modo: hay una y una sola realidad, a saber, el mundo, al cual pertenecemos; tal realidad consiste en un continuo del cual resaltan las unidades entitativas discretas; su conocimiento se ajusta a la causalidad, en base a la cual elaboramos nuestros juicios acerca de ella. Todas las demás convicciones acerca del mundo y del yo tienen a estas como precursoras. Cuando veamos la propuesta de Markus Gabriel trataremos de entenderla también de esta manera.

Más allá de ello pueden derivarse seguidamente los demás aspectos de la definición de Scharfetter. Primeramente, hace referencia a lo *privado* y *privativo* del delirio. Así, indica que la realidad, la cual es contenido de la convicción delirante, no es la realidad generalmente válida sino una de tipo exclusivo de esa persona concreta. Esa realidad privada no es solo *de facto* no compartida por las demás personas, sino que no posee siquiera de potencialidad para ser transmitida socialmente, a saber, intersubjetivamente. Ella está encerrada en sí misma por principio, y así la persona que delira pese a que emprenda intentos de encuentro (*Begegnung*) con el otro que en definitiva son solo aparentes (*Scheinbegegnung*), como indica von Baeyer (13). Ese aislamiento estará anudado a un incremento de la actividad del pensamiento o *hiperreflexividad*, como se ha llamado en los últimos años a un fenómeno que en lenguaje orteguiano podíamos designar como ‘ensimismamiento’ (14). Además, se resaltará cómo el delirio determina cualitativamente la vida de la persona, lo cual es comprensible debido a su carácter de realidad: si tal es la convicción fundamental que determina la realidad y el ser-con-otros, entonces la vida queda a ella subordinada. Nos unimos al pensamiento de Ortega y Gasset en su consideración del concepto de vida: la vida es aquello que nos ocurre y que hacemos; es la realidad *radical*, en la cual radican todas las demás realidades (15). Sin embargo, necesitamos en nuestra vida una determinada cartografía del mundo y de nosotros que nos sea útil y práctica: un mapa con el justo equilibrio entre detalle y concisión, el cual solo así sirve como tal. Esa necesidad de orientarse en el mundo, la cual parece servirse mucho más de presupuestos y creencias que de saberes predicativos, ya la encontramos formulada de tal manera en Kant (16). La forma y el contenido que toman los tres rasgos que hemos indicado de este tipo de convicción nos permiten vivir, a saber, hacer algo sobre la base de firmes cimientos².

² Contenido que toma siempre un cariz personal, que es dependiente en gran medida del contexto social, histórico y biográfico, pero que *nosotros* hacemos *nuestro*. No estoy convencido de que dos y dos sean cuatro por un influjo social o las circunstancias históricas en las que vivo, sino por una convicción personal acerca de su carácter de realidad.

En sintonía con esta exposición conceptual —una concepción de la realidad convalidable intersubjetiva, histórica y socialmente— podrá anotarse que tanto la persona que explora un delirio como la delirante se considera a sí misma como la representante de la *verdadera realidad o realidad real* {sic}, de la lógica, de la asignación de la categoría de realidad a los fenómenos. Es debido a estos motivos que, desde el punto de vista del observador, del lado de cual parece caer la convalidación intersubjetiva de la asignación de realidad, puede argumentarse que el delirio es una creencia errónea y abiertamente improbable e inexplicable³. A esto se refiere realmente cuando se habla de la falsedad del delirio. A pesar de ello no se dispondría nunca de motivos suficientes para demostrar en la situación dada que aquello que se está teniendo por pensamiento delirante es absolutamente falso en el sentido de que tal hecho no se dé o haya dado. Verdad y falsedad son propiedades del juicio, no de los entes. Lo que interesa a ese punto en el delirio es la vía por la que se ha llegado a una afirmación semejante. Que la convicción delirante le resulte al explorador tan improbable se debe a su ruptura con cierto consenso silogístico: su derivación alterada de premisas a conclusiones. Eso quería decir Jaspers cuando indicaba que el delirio no se asienta sobre razones (12). Es a ese nivel donde se puede comprar la convicción *sana* {sic} de la *delirante*: “su requisito, al igual que el de la percepción delirante, es el proceso psicológico ya no comprensible, el cual solo da a esas vivencias motivo, dirección y conexión” (17). Eso quiere decir también Gruhle cuando señala que el delirio es “relación sin motivo” (*Beziehung ohne Anlass*), a saber, sin motivo epistemológicamente accesible para quienes participan de una determinada concepción del mundo que pretende ser intersubjetivamente fundada.

Por tales motivos no se ha de analizar el valor de verdad del contenido aislado de una idea delirante (“Mi pareja me es infiel”), sino el valor de verdad del juicio completo (“Sé que mi pareja me es infiel porque cada mañana toma café descafeinado”). Siguiendo a Jaspers, tras haber aterrizado en la idea delirante, la persona emprende un segundo paso: en primer lugar, arranca la idea delirante de su experiencia del mundo y, a continuación, le asigna el valor de verdad —de realidad, desde un punto de vista actualista—, es decir, la toma por verdadera (12). Cabría señalar aquí que no es infrecuente que la conclusión de ese juicio se independice absolutamente de la argumentación que inicialmente lo sostenía: si bien al inicio el delirante se encuentra en una duda vital (Valenciano) para la cual requiere algún salvavidas, es decir, trata de salvar los fenómenos a vida o muerte, llega un momento que el tema delirante se independiza de su motivación inicial y del silogismo (Blankenburg), llegando a ese estado apofántico (Conrad) donde se reconoce a sí mismo en un saber inamovible que ya parece no tener acceso a su genealogía argumental (18-20). Se podría decir que en ese segundo peldaño asigna la conciencia el correlato de realidad

³ Y por tanto y en el fondo, también, no comunicable.

a la intención, a saber, asigna existencia al objeto intencionado, y por ello se tiene por verdadero. Para la persona delirante, su juicio sobre la realidad le es obviamente verdadero y por ello se trata aquí no del valor de verdad de sus expresiones sino del marco de esos juicios, puesto que dos juicios opuestos acerca de la realidad entran en conflicto. Habrá siempre, en cambio, la posibilidad de que la conclusión silogística a la que llega la persona delirante sea realmente *verdadera* en sentido clásico, es decir, que efectivamente se ajuste a los hechos, y que, sin embargo, la realidad del hecho no cambie nada en su categoría de delirio. El hecho de que alguien pudiera tener verdaderamente buenos motivos para creer que su pareja le es infiel no excluye en modo alguno la posibilidad de que tal persona sea *delirantemente* celosa: dice Jaspers que “el delirio no deja de ser delirio incluso cuando la esposa del enfermo le ha sido infiel” (12). La convicción acerca de la realidad es obviamente también una convicción acerca de las relaciones o conexiones que se establecen en ella, las cuales sirven a su conocimiento. Otra composición de la realidad implicaría inevitablemente otra causalidad: otras reglas que gobiernen la derivación de premisas a conclusiones acerca del mundo. Entonces se presentarían los entes del mundo con tipos particulares, incluso raros, de relaciones.

PORQUE EL MUNDO NO EXISTE

Hasta aquí se ha introducido una concepción en la cual el delirio es esencialmente —y al margen de sucesivas determinaciones accesorias— una convicción acerca de la realidad, a saber, del mundo y del yo, y que la categorización de un pensamiento como delirante no se sigue de su valor de verdad como correspondencia, sino de su pura estructura formal. Trataremos de fundamentar esta postura.

En primer lugar, se ha de volver al concepto de mundo. Hemos apuntado previamente que asumimos una convicción básica de que el mundo *es*. Las más diversas tradiciones filosóficas han tratado tal cuestión a modo de formalidad, al modo kantiano, según el cual el mundo sería una idea regulativa (21), con la cual funcionamos y la cual necesitamos a la hora de disponer de una cierta orientación que nos permita establecer un trasfondo que sustente la aparición fenoménica de los entes. El mundo es un requisito sin el cual no podemos emitir juicios, pues supone el suelo, ese trasfondo, el marco de cualquier actuación teórica y práctica. Un buen ejemplo de ello lo da la psiquiatría fenomenológico-antropológica al haber acogido frecuentemente en su seno los conceptos husserlianos de *Urdoxa* y *Weltglaube*, además de otros derivados de ellos como los de *natürliche Einstellung* y *Epoché*. Tales conceptos han sido ampliamente tratados en la llamada *psicopatología del sentido común*, concretamente en la comprensión de las psicosis endógenas (20,22,23) y también desde un punto de vista psiquiátrico-social (24). Una parte de esas consideraciones pueden encontrarse

originalmente en Wolfgang Blankenburg y en su tesis de la *pérdida de la obvedad natural* (25). Cabe decir que, pese a que su traducción castellana emplea el sustantivo ‘evidencia’ para *Selbstverständlichkeit*, nosotros escribimos ‘obvedad’ pues destaca mucho mejor su sentido. A fin de cuentas, se supone como premisa la existencia del mundo, concretamente de una manera *obvia*, sin tener que pensar en ello de manera activa. Tal concepto de mundo es abarcado por Husserl en *Erfabrund und Urteil*:

“Ese suelo universal de la creencia del mundo es el que toda praxis supone, tanto la praxis de la vida como la teórica del conocimiento. El ser del mundo en general es la obvedad que nunca es puesta en duda y que nunca se adquiere a través del ejercicio del juicio sino que es la premisa de todos los juicios. [...] Así se mueve todo ente que nos afecta sobre el suelo del mundo; se da como presunto ente; y nuestra actividad del juicio acude a comprobar si eso que se da, así como ha sido supuesto, es verdadero. [...] El mundo en tanto mundo ente es lo dado pasiva y universalmente en toda actividad del juicio. [...] El mundo en tanto *todo* es siempre una certeza pasiva dada, y genéticamente más original que la direccionalidad a su conocimiento en tanto que todo lo es a su conocimiento en tanto que ente” (26).

Husserl no descarta la posibilidad de conocer el mundo en tanto *todo*, pero le asigna un estatus *prepredicativo*, el cual es esencial para la adscripción de existencia a los demás entes. El mundo es el horizonte a partir del cual aparece el ente y este adquiere sentido. Husserl se une a esa idea en la *Crisis* con el concepto de *mundo de la vida* y su crítica a la concepción científicista del mundo, en la cual este sería el ámbito de los objetos físicos y medibles. Para Husserl, ese mundo del cual hablan las ciencias supone el suelo de intencionalidades y sentidos: el mundo de la vida. Con el concepto de *Urglaube* o *creencia originaria* defiende Husserl la tesis de que en la intención va incluida o presupuesta de modo inmediato la existencia del correlato intencional antes siquiera de haber realizado un juicio acerca del ente intencionado. Esa *inmediatez* habría de ser cuestionada por la *epojé*. Tal premisa está unida de modo inadvertido con la intención; en ello consiste la *natürliche Einstellung*. Como también postula Frege, la existencia es la premisa más obvia (27). Desde ese punto de vista, todo juicio reposa en la presuposición de que el mundo existe, a saber, el recinto de todos los entes, el cual es el trasfondo o el horizonte sobre el que se proyectan nuestras intenciones y el suelo que constituye nuestra experiencia en la realidad a modo de cartografía de sentidos, sin los cuales no podemos sostener nuestra estructura retentivo-intuitivo-protentiva.

Así, se plantea ahora la pregunta acerca de en qué sentido existe el mundo, siendo su existencia, como se viene diciendo, una premisa de nuestro juicio para la asignación de las existencias de los entes en él contenidos. De tratar de responder

a esa pregunta se ha ocupado el filósofo de Bonn Markus Gabriel en los últimos diez años: “Pues antes de hacerse la pregunta de para qué el *todo*, parece razonable primero preguntarse qué es realmente el *todo*” (28). Gabriel descarta la idea de que el mundo sea el conjunto de todos los conjuntos, el objeto de todos los objetos, ni tan siquiera el pensamiento de todos los pensamientos —como él lo llama, el *Super-gedanke*—. La aceptación de tal compromiso llevaría a una regresión infinita, en la cual nos veríamos obligados a suponer sin pausa la existencia del siguiente conjunto para así poder sostener la cadena de existencia de todos entes. Es por ello que Gabriel defiende que *el mundo no existe*⁴. En realidad, existe todo salvo el mundo. La defensa de tal tesis se apoya sobre el conocido como Nuevo Realismo, el cual se acoge dentro de un pluralismo ontológico: existen mesas, perros, seguros de vida y esperanzas; el mundo, no.

Si para Gabriel el mundo no existe, entonces la existencia de los entes no puede consistir en su aparición en la realidad en tanto que *todo*, y es por ello que el criterio de verdad no puede ser derivado de que nuestro intelecto esté en consonancia con la realidad de la cosa, es decir, de la *adequatio*. La existencia es para Gabriel la dación no en la realidad, en el todo o en el mundo, sino en un *campo de sentido* (*Sinnfeld*): “La existencia es la circunstancia de que algo aparezca en un campo de sentido” (28). Los campos de sentido existen, por tanto, también en la medida en que aparecen en otro, sin por ello tener que aceptar el compromiso de que haya un campo de sentido en el cual se contienen todos los demás.

“Siempre que queremos decir que hemos alcanzado a concebir el mundo tenemos realmente solo una copia o una imagen de él. El mundo mismo no podemos concebirlo, puesto que no hay ningún campo de sentido al que él pertenezca. El mundo no aparece en el escenario del mundo, no surge ni se presenta a nosotros” (28).

Aunque no es nuestro objetivo aquí introducirnos en las profundidades de la filosofía de Gabriel, parece necesario detenerse en tres cuestiones. En primer lugar, podría preguntarse cómo se define un campo de sentido. La respuesta parece ser que un campo de sentido “queda determinado por los objetos que en él aparecen”. Esos objetos están relacionados entre sí y con el campo de sentido, y por ello, “para que siquiera el objeto pueda existir, no puede estar aislado”. Tampoco pueden estar aislados los campos de sentido, en tanto que también existen, sino que forman

⁴ Hemos de anotar que Markus Gabriel utiliza en alemán una formulación que en castellano sería sinónima de la forma *haber*: “no hay el mundo”. Por motivos, a nuestro juicio, de limpieza en el trabajo lingüístico se ha traducido en castellano hasta ahora como “el mundo no existe”, a pesar de que podría discutirse en el campo de la filosofía en nuestra lengua acerca de las diferencias entre *haber* y *existir*. Renunciamos a tal discusión en nuestro texto aun conscientes de su importancia, pues supera los objetivos de este.

entre ellos determinadas relaciones. Ahora bien, ¿cuántos campos de sentido hay entonces? Infinitos, dice Gabriel, puesto que de lo contrario habría de suponerse un campo de campos al que habríamos de asignarle *quasi* una *causa sui*, en contra de lo cual se dirige el argumento de Gabriel de que no existe el mundo. Cualquier carácter autodeterminativo del mundo o de algún ente queda en Gabriel también excluido. La última pregunta sería: ¿cómo se relacionan los distintos campos de sentido? De modos diversos, infinitos, pero, a la vez, estructurados. Gabriel deriva esa idea de la inexistencia del mundo: no hay un campo de sentido de todos los campos de sentido, donde todos los entes estuvieran conectados o relacionados con todos. Es decir, la causalidad que puede derivarse de la matriz de relaciones entre los campos de sentido choca en determinados puntos contra barreras inquebrantables. Aquí toca Gabriel un aspecto que ya aparece en Platón y que puede tener gran importancia en la visión del delirio que queremos presentar. Para Gabriel, es imposible que todo esté en relación con todo:

“Precisamente en ese sentido debe ser comprendida mi afirmación de que no existe el mundo. Es simplemente falso que todo está relacionado con todo. La afirmación tan popular de que el batido de alas de una mariposa en Brasil puede generar un tornado en Texas es sencillamente falsa. Muchas cosas se relacionan con otras muchas, pero es falso (¡más exactamente dicho: imposible!) que todo esté en relación con todo. Naturalmente fundamos cada uno de nosotros continuamente relaciones. Nos creamos imágenes de nosotros y de nuestro mundo, instanciamos nuestros intereses en nuestro entorno” (28).

Tal consideración tiene una traducción epistemológica directa que ya se encuentra en el *Sofista* y se ha aplicado en el ámbito español en la teoría del cierre categorial de Gustavo Bueno (29). Platón presenta en el *Sofista* el concepto de *symploké*, el cual aparecerá a lo largo de sus obras de maneras diversas. El equivalente castellano del término sería entretrejimiento o entrecruzamiento. Platón introduce la problemática epistemológica cuando en el diálogo ataja la pregunta por qué es acaso posible conocer si las ideas se encuentran separadas unas de las otras en tanto que perfectas, unas e idénticas. Ese es el núcleo del problema de la comunicabilidad entre las ideas. Entonces, argumenta del siguiente modo: si ninguna idea estuviera en algún tipo de relación o conexión con otras ideas, a saber, si se encontraran perfectamente aisladas, separadas unas de otras y en unidades perfectas, entonces no podríamos saber nada, ya que no habría modo de realizar el paso de una a otra en el proceso de conocimiento. Es por ello que no estando nada en relación con nada, no sería posible el conocimiento. Otra posibilidad sería que todas las ideas estuvieran en relación con todas; tampoco sería posible en tal caso el conocimiento, puesto que, al estar todo relacionado con todo, entonces del mismo modo podríamos concluir que

mi dolor de estómago se debe a la distancia de Marte a Saturno como a la carne en mal estado que almorcé ayer. No sería posible llegar a ningún tipo de conocimiento firme sobre la cuestión. Esta es la razón por la que Platón plantea la posibilidad de la *symploké*, según la cual unas ideas están en relación con otras tantas, y otras con otras. A saber, que se daría un entrecruzamiento entre ideas, de manera que habría algún tipo de comunicación entre unas ideas, pero no entre otras. Relaciones, además, que son cambiantes, a veces efímeras, que conectan y desconectan. En ello consiste la *symploké*.

De tal manera puede entenderse la ontología de los campos de sentido de Gabriel: el mundo no existe; aquello que existe aparece en un campo de sentido; hay infinitos campos de sentido; algunos campos de sentido están en relación con algunos otros. El conocimiento de la realidad —en la cual nosotros mismos nos encontramos— es posible gracias a tales entrecruzamientos no-totales entre campos de sentidos. Y todo, excepto el mundo, existe, inclusive objetos ficcionales o mentales, como recientemente ha postulado Gabriel (30): la realidad no solo contiene los entes independientes de nosotros, sino también los hechos. No hay huida posible de la realidad. ¿Qué importancia podrían tener las ideas hasta aquí expuestas para el concepto teórico de delirio? Se intentará una respuesta a tal pregunta sobre la base del perspectivismo orteguiano.

EL SER ES PERSPECTIVA

Como indicamos previamente, los conceptos de “creencia primitiva”, “creencia” o “convencimiento” en el sentido de obvio postulado de existencia han sido tratados por numerosos autores a lo largo de los dos últimos siglos, entre otros, por Dilthey, James, Husserl, Heidegger, Frege o el propio Ortega y Gasset (9). De ellos se deja entrever un pensamiento que no solo se inscribe en lo metafísico sino también en lo epistemológico y práctico-vital: nuestra vida se sustenta en presuposiciones sobre la existencia del mundo, de cuya certeza y objetividad estamos convencidos a través de regularidades positivas de la realidad que están de alguna manera intersubjetivamente contrastadas (31). Partiendo de similares premisas se intentará emprender un posterior desarrollo teórico de tales ideas en el caso del delirio y sustentándonos tanto en el perspectivismo orteguiano como en su preeminente concepto de vida.

Ortega concedió una importante preferencia al concepto de *creencia* o *convicción*, el cual desempeñará un papel fundamental a lo largo de su obra. El desarrollo de este concepto se desplegará de diversos modos y en variados campos de su pensamiento filosófico, resaltando especialmente en el plano histórico-sociológico, ontológico y epistemológico. Por un lado, intenta Ortega un planteamiento en línea metafísico-lógica: una *convicción* es en ese sentido la referencia a la posición de exis-

tencia de los entes del mundo, del correlato trascendente de nuestras intenciones. En la intención originaria —previa a toda *epojé*— va implícita o presupuesta la existencia de su correlato; *contamos con* su existencia en nuestro pensar, percibir y juzgar (32). Por consiguiente, es tal creencia o convicción el suelo de nuestra existencia. Ortega hace una indicación vitalista que es crucial a este punto y que diferencia su aproximación de otras similares: no *tenemos* creencias o convicciones, sino que *vivimos* en ellas. Ellas son “ingrediente principalísimo de la circunstancia” (15), aunque no tengamos un acceso epistemológico consciente a ellas: aunque nada sepamos de ellas. Su significado fundamental se aprecia al remarcar el vitalismo ontológico orteguiano: la vida es la realidad radical, en la cual están enraizadas todas las realidades particulares. Por otro lado, Ortega amplía el concepto de creencia o convicción hacia consideraciones históricas de carácter intersubjetivo: “en todo momento el hombre vive en un mundo de convicciones, la mayor parte de las cuales son convicciones comunes a todos los hombres que conviven en su época: es el espíritu del tiempo” (15). Para Ortega, cada generación vive en unas convicciones determinadas, las cuales sujetan su particular concepción del mundo, de la verdad y de sí misma. Aquí anticipa Ortega el pensamiento tardío de Husserl en la *Crisis*, para quien nuestra generación *vive* en la convicción de la ciencia, la cual circunscribe nuestra idea de verdad y sostiene la provincia de la cultura.

En Ortega, las creencias de una generación se encuentran en relación de dependencia con el momento sociohistórico dado. A su vez, lo que es inevitable es el hecho de que nos encontramos viviendo en determinadas creencias, sin las cuales el hombre se ahoga en un *mar de dudas*. La caída de la creencia, el mar de dudas, desmenuza un trozo de esa confianza: de alguna manera el conjunto de creencias sobre el que vivimos ha dejado de operar. Pero con la duda no muere el anhelo de verdad ni la necesidad de confianza: el hombre se sigue empeñando en pisar suelo firme, en encontrar un sentido. La ‘firmeza del suelo’ se tratará ahora de encontrar a través del ejercicio racional, del ensimismamiento del que Ortega habla y nosotros apuntábamos anteriormente (15): el hombre se retira por un momento de la realidad, la cual ya se le presentaba extraña, alterada, desacreditada, toda vez que su sistema de convicciones parece haber decaído en su función. Pero ese hombre sigue necesitando la seguridad —la confianza— de la verdad, sigue creyendo en ella para poder vivir. Entonces se ensimisma, es decir, piensa, para luego “volver a la realidad, pero ahora mirándola como un instrumento óptico, desde su mundo interior, desde sus ideas, algunas de las cuales se consolidaron en creencias” (15).

El empleo y la amplitud del concepto de creencia en Ortega se despliega de tal forma que pisa los más variados campos filosóficos; aquí se atajará en el aspecto epistemológico. Las convicciones, en las cuales vivimos, constituyen un *prejuicio* acerca del mundo, el cual nos sirve para orientarnos en él sin tener que considerar

continuamente su totalidad. Son algo con lo que contamos en nuestro pensar y hacer, y contienen las directrices de una determinada estructura del mundo, la cual anticipamos en nuestro quehacer constituyendo de alguna manera el marco sobre el que se desarrolla nuestra circunstancia. Gracias a las creencias sabemos a qué atenernos de cara al mundo: apacigua la angustia que proviene de la inseguridad acerca de lo que podemos esperar de él. A través de ellas ganamos una cierta familiaridad con respecto al mundo y a los demás sujetos, en tanto que podemos *confiar* en ellos gracias a esa estructura de la realidad a la vez íntima e intersubjetiva. Sin ella no nos es posible vivir en su pleno significado. Ortega lo escenifica en un ejemplo muy gráfico: si estamos en casa y nos decidimos a salir, no hemos de pararnos a pensar si la calle está o no ahí fuera, sino que simplemente contamos con ello. ¿Qué sería de nosotros si hubiéramos de corroborar lógicamente y empíricamente todas y cada una de las veces tales presupuestos de nuestro hacer y pensar? Tales presupuestos o prejuicios sobre el mundo y los demás sujetos son parte integrante de nuestro yo en sentido orteguiano, y es por ello que podemos calificarlos de *obviaciones*, en un sentido muy similar al que usará posteriormente el psiquiatra alemán Wolfgang Blankenburg (25).

Husserl reunió tales entidades bajo la categoría de lo *prepredicativo*, puesto que estos tendrían preferencia no solo lógica sino también ontológica sobre lo predicativo, a saber, las ideas que poseemos (26). Nuestras creencias son parte integrante de nuestra perspectiva, de la circunstancia en la que vivimos y que nos viene dada, pero que es a la vez nuestra. Ellas referencian no solo nuestra postura respecto al mundo, sino el estatuto entitativo mismo de la realidad: “¿Cuándo nos abriremos a la convicción de que el ser definitivo del mundo no es materia ni es alma, no es cosa alguna determinada, sino una perspectiva? Dios es la perspectiva y la jerarquía: el pecado de Satán fue un error de perspectiva” (33). La perspectiva es la forma en la cual se nos da la realidad: el modo en que extraemos o recortamos del continuo del ser cada una de las unidades entitativas. Es el sentido, la dirección de la mirada con la cual nos enfrentamos con la realidad.

A la luz del perspectivismo orteguiano, queremos proponer la cuestión acerca de si acaso es posible comprender la ontología de los campos de sentido que propone Gabriel como un tipo de perspectivismo. A saber, que la estructuración de los campos de sentido y su *symploké* nos permiten entender las regiones ontológicas como entrelazadas o no según un principio de perspectiva. Según él, cabría argumentar que las relaciones que se establecen entre las cosas cobrarían sentidos concretos según estén estructurados los campos de sentido, lo cual dependería de la posición del sujeto. Un ejemplo de ello pueden ser las relaciones de analogía, las cuales son posibles en función de saltos o puentes que suponen estructuras de sentido que han de ser evidentes para los sujetos involucrados: si nos referimos al ‘presidente’ como ‘la cabeza del gobierno’, estamos suponiendo una comunicabilidad entre las ideas ‘cabe-

za' y 'presidente'. Y esta puede ser de muchos tipos: cabeza como guía intelectual del cuerpo, como punto anatómico más alto, etc. Sabemos bien cómo el fenómeno psicopatológico del concretismo, característico de sujetos psicóticos, supone una limitación de esa capacidad simbólico-analógica en pro de una tendencia univocista. De esta manera, podríamos comprender esta fijación del delirante por un tema no solo como una estructuración distinta de las intersecciones entre los campos de sentido, sino de una limitación de estas en favor de la monotonía o el monopolio del delirio. Es por ello por lo que tratábamos de presentar esta comprensión del perspectivismo y del realismo de Gabriel a la luz del delirio, tomando por bandera la afirmación de que su entidad no depende de forma esencial de su valor de verdad en tanto que realidad, sino de la estructura de entrecruzamientos, de comunicabilidad entre ideas, de relaciones de perspectiva, en definitiva, de qué manera están parceladas y entretrejidas las cosas. Partimos de que los valores de verdad se emiten no en la entidad existente aislada, sino en el juicio, es decir, en la relación: unir y separar.

Entender los entrecruzamientos de los campos de sentido desde el perspectivismo permite analizarlos desde sus jerarquías, que es en lo que consiste la perspectiva, como veíamos en Ortega. A su vez, tanto la perspectiva orteguiana como la ontología de los campos de sentido de Gabriel recogen en sí la cuestión del sentido como aspecto primordial, no habiendo así que defender el sentido de los delirios en segundo término, sino partiendo en su definición precisamente de la premisa de la constitución de sentidos y solo subsiguientemente distinguirlo de otras creencias en su cuestión formal y de transversalidad vital.

Con la intención de aclarar la relación entre el Nuevo Realismo o Realismo Especulativo y el paradigma fenomenológico orteguiano queremos apuntar ciertos aspectos de este debate actual. En los últimos años se ha producido una discusión respecto a la relación entre la fenomenología y el Realismo Especulativo a través de la cual los defensores de este último han tratado de exponer su propuesta como una superación de aquella, viéndola a su vez como una fase previa de la ontología especulativa (34,35). En el caso concreto de Ortega, Graham Harman ha tratado de defender que la consideración de este como fenomenólogo no está adecuadamente fundamentada, tratando de abrir la veda a una interpretación del madrileño como precursor del Nuevo Realismo (36). Estas reflexiones han sido discutidas detalladamente por Noé Expósito Ropero, quien no termina de ver de qué manera Ortega puede quedar incrustado en la genealogía histórica del realismo de Harman y achaca a este una lectura tanto de Ortega como de Husserl demasiado anclada en el paradigma 'antiguo' antes de las publicaciones póstumas de ambos (37). Sin entrar en detalles, pese a la defensa que ha pretendido ejercer Harman, tanto Expósito Ropero como San Martín han argumentado de forma meticulosa en qué yerra Harman y por qué no es posible forzar la interpretación de Ortega como precursor de una ontolo-

gía que no deja de ser un idealismo, mal que le pese a sus autores (concretamente, a Graham Harman) (38,39). Nosotros no queremos entrar en estas disquisiciones filosóficas directamente, sino solo reconocerlas aquí, para así no levantar dudas acerca de la interpretación de Ortega en la que nos encontramos: en la de San Martín y Expósito Ropero, a saber, Ortega como fenomenólogo. El camino que queremos mostrar es no tanto el que ha pretendido esbozar Harman, sino el opuesto: no ver en Ortega un precursor del Realismo Especulativo, sino más bien ver a un ‘perspectivista orteguiano’ en el caso concreto de Markus Gabriel y su ontología de los campos de sentido. De esta manera, no caería tanto el acento en la adscripción del madrileño a esta nueva corriente filosófica, sino en el hecho de que puede haber aspectos del trabajo de Gabriel que asimismo se dejen comprender desde la filosofía orteguiana. Hemos usado el caso del delirio para tratar de ilustrarlo. Por último, creemos que una ventaja de la ontología de Gabriel respecto de la propuesta hartmaniana se da en lo referido al sentido, algo que precisamente Expósito Ropero y San Martín le critican al autor americano, tratando de rescatar la imagen de Ortega como fenomenólogo y “nuevo Husserl”. En Gabriel sí que encontramos atención a la cuestión del sentido y por ello nos ha sido útil de cara al concepto de delirio.

CONCLUSIÓN

El objetivo del ensayo era resaltar, aun en forma de intento, la cuestión del valor de verdad en la teoría del delirio y su importancia a la hora de caracterizarlo. La argumentación se ha apoyado sobre la base del Nuevo Realismo de Markus Gabriel y del perspectivismo orteguiano, todo ello con incursiones lógicas de cierto carácter pragmático. Primeramente, se puso el foco sobre la crítica de Gabriel a la idea de mundo en la medida en que este se entiende como la absoluta unidad de todos los entes y hechos: para Gabriel, el mundo no existe, puesto que no hay un campo de sentido en el que él aparezca. Acierta Gabriel en su indicación de que tal postura teórica no es una *Weltanschauung*⁵. En cambio, cabría añadir que, si bien tal hecho mismo de que el mundo no aparezca en un campo de sentido no es una *Weltanschauung*, lo que sí lo parece ser es la estructura espacio-temporal de los campos de sentido y sus entrelazamientos (*symploké*). Si se sigue el razonamiento llevado hasta aquí en línea del perspectivismo, la *symploké* de los campos de sentido es una *Weltanschauung* y se configura en forma de creencia o convicción para el sujeto epistemológico, tanto sano como delirante. Concretamente en ese punto se encuentra la intersección con la filosofía de Ortega. Con esta aproximación teórica se toma una postura de cara al delirio y la causalidad: si el entrelazamiento de los campos de sentido adopta la

⁵ *Visión del mundo o cosmovisión*, en castellano. Empleamos el término en alemán por una cuestión de exactitud en la utilización del concepto, la cual no llega a alcanzar la traducción castellana.

forma epistemológica doxástica, entonces la referencia de realidad del delirio solo puede tratarse de una organización de tal entrelazamiento distinta, no intersubjetivamente validable. Aun así, coincidimos con Expósito Ropero y San Martín en que Ortega no es un precursor del Realismo Especulativo. Nuestro intento es más bien el inverso: ver si acaso cabe rascar algunos matices heredados del paradigma fenomenológico orteguiano en el aspecto concreto de la ontología de Gabriel en lo referido a los campos de sentido y sus relaciones.

Por último, nada más lejos de nuestra intención que reducir el fenómeno del delirio a la estructura ontológica de campos de sentido que aquí hemos presentado; la literatura actual da buena cuenta de la amplitud que toma la cuestión. El delirio no es irreal ni falso: es perspectiva, sin la cual la persona delirante no puede vivir. Nietzsche anotó que “la verdad es un tipo de error sin el cual un determinado grupo de seres vivos no podría vivir. Lo que decide en último término es el valor para la vida” (40). La convicción del no-delirante es igualmente ‘errónea’. A eso apunta Castilla del Pino cuando habla del delirio como “error necesario” (41). Necesitamos determinadas convicciones o creencias que mantengan nuestra existencia y sin las cuales no podríamos vivir, lo cual está más allá de su valor de verdad. Luis Valenciano Gayá será el primero que hará una clara referencia a ello tomando como base la filosofía de Ortega. Tanto la verdad como el delirio serían entonces *errores necesarios* debido a su necesidad vital.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Bove P, Parnas J. Schizophrenic delusions: A phenomenological approach. *Schizophr Bull* 1993; 19(3): 579-97.
- 2 Feyaerts J, Henriksen MG, Vanheule S, Myin-Germeys I, Sass LA. Delusions beyond beliefs: a critical overview of diagnostic, aetiological, and therapeutic schizophrenia research from a clinical-phenomenological perspective. *Lancet Psychiatry* 2021; 8(3): 237-49.
- 3 Bortolotti L. *Delusions and other irrational beliefs*. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- 4 Bortolotti L. Are delusions pathological beliefs? *Asian Journal of Philosophy* 2022;1(1). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s44204-022-00033-3>
- 5 Schwitzgebel E. Mad Belief. *Neuroethics* 2011; 5(1): 13-17.
- 6 Fuchs T. Delusion, reality, and intersubjectivity: a phenomenological and enactive analysis. *Philos Psychiatr Psychol*. 2020; 27(1):61-79.
- 7 Miyazono K. Delusions as harmful malfunctioning beliefs. *Conscious Cogn*. 2015; 33: 561-73.
- 8 Ritunnano R, Bortolotti L. Do delusions have and give meaning? *Phenomenol Cogn Sci*. 2022; 21(4): 949-68.

- 9 Ruiz-Pérez G. Delirio como creencia. *Culturas Científicas* 2022; 3(2): 78-108.
- 10 Bortolotti L. In defence of modest doxasticism about delusions. *Neuroethics*. 2012; 5(1): 39-53.
- 11 Scharfetter C. *Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung*. Stuttgart - New York: Georg Thieme Verlag, 2017.
- 12 Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Göttingen-Heidelberg: Springer Verlag, 1953.
- 13 Blankenburg W (ed.). *Wahn und Perspektivität: Störungen im Realitätsbezug des Menschen und ihre Therapie*. Stuttgart: Enke, 1991.
- 14 Fuchs T. Psychopathologie der Hyperreflexivität. *Dtsch Z Philos*. 2011; 59(4): 565-76.
- 15 Ortega y Gasset J. *Obras completas. Tomo V (1933-1941)*. Madrid: Revista de Occidente, 1964.
- 16 Kant I. Was heißt: sich im Denken orientieren? [Internet]. [Consultado en febrero de 2023] Disponible en: <https://www.gutenberg.org/files/38754/38754-h/38754-h.htm>
- 17 Schmidt G. Der Wahn im deutschsprachigen Schrifttum der letzten 25 Jahre (1914–1939). *Zbl Neur*. 1940; 97(113).
- 18 Valenciano Gayá L. El delirio paranoide y la razón vital. *Arch Neurobiol (Madr)*. 1961; 24(2): 115-144.
- 19 Blankenburg W. *Psychopathologie des Unscheinbaren*. Berlín: Parodos Verlag, 2007.
- 20 Conrad K. *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*. Stuttgart: Thieme, 1958.
- 21 Kant I. *Kritik der praktischen Vernunft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1995.
- 22 Stanghellini G. At issue: Vulnerability to schizophrenia and lack of common sense. *Schizophr Bull*. 2000; 26(4): 775-87.
- 23 Summa M. Is this self-evident? The phenomenological method and the psychopathology of common sense. *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia* 2012; 3: 191-207.
- 24 Thoma S. *Common Sense und Verrücktheit im sozialen Raum*. Köln: Psychiatrie Verlag, 2018.
- 25 Blankenburg W. *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit*. Stuttgart: Enke, 1971.
- 26 Husserl E. *Erfahrung und Urteil. Untersuchungen zur Genealogie zur Genealogie der Logik*. Prag: Academia Verlagsbuchhandlung, 1939.
- 27 Frege G. *Schriften zur Logik und Sprachphilosophie*. Hamburg: Felix Meiner, 2001.
- 28 Gabriel M. *Warum es die Welt nicht gibt*. Berlín: Ullstein Taschenbuch, 2015.
- 29 Bueno G. *Teoría del cierre categorial*. Oviedo: Pentalfa Ediciones, 1993.
- 30 Gabriel M. *Fiktionen*. Berlín: Suhrkamp Verlag, 2020.
- 31 Dilthey W. *Die geistige Welt*. Göttingen: Vandenhoeck et Ruprecht, 2014.
- 32 Ortega y Gasset J. *Obras completas. Tomo VII (1948-1958)*. Madrid: Revista de Occidente, 1964.
- 33 Ortega y Gasset J. *Obras completas. Tomo I (1902-1916)*. Madrid: Revista de Occidente, 1966.
- 34 Sparrow T. *Metaphysics and the New Realism*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 2014.

- 35 Zahavi D. The end of what? Phenomenology vs. speculative realism. *Int J Philos Stud.* 2016; 24(3): 289-309.
- 36 Harman G. La estética como cosmología. En: *Hacia el realismo especulativo. Ensayos y conferencias.* Buenos Aires: Caja Negra, 2015; pp. 105-24.
- 37 Expósito Ropero N. La fenomenología de la objetividad de Ortega y Gasset. Una respuesta a Graham Graham. *Estudios Filosóficos* 2022; 69(200): 183-97.
- 38 Harman G, Hernández Marcelo J. Respuesta a Noé Expósito Ropero. *Investigaciones Fenomenológicas* 2021; 17: 369-384.
- 39 Expósito Ropero N, San Martín J. Respuesta a Graham Harman (II): Fenomenología y realismo especulativo. *Investigaciones Fenomenológicas* 2021; 17: 385-425.
- 40 Nietzsche F. *Sämtliche Werke. Kritische Studienausgabe in 15 Bände.* En: Montinari GC und M (ed.). *Wille zur Macht.* Berlín: De Gruyter, 1999.
- 41 Castilla del Pino C. *El delirio, un error necesario.* Oviedo: Ediciones Nobel, 1998.

La psicopatología como estabilizador de la psiquiatría

Psychopathology as a Stabilizer of Psychiatry*

PABLO RAMOS-GOROSTIZA

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de La Princesa, Universidad Autónoma de Madrid. ORCID iD: 0000-0002-9428-8214.

Correspondencia: prgorostiza@hotmail.com

Recibido: 05/07/2022; aceptado con modificaciones: 03/09/2022

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: La forma de construir la experiencia psiquiátrica y determinarla se ha llevado a cabo a partir de posiciones naturalistas y psicologistas que siguen siendo las dominantes después de casi doscientos años. Sin embargo, el hecho de asimilar el conocimiento psiquiátrico a una mera ciencia empírico-analítica no ha deparado más que inestabilidad, algo que queda a la vista de forma contundente a lo largo de la historia y de la insuficiencia discriminante de la clínica actual. Se requiere considerar las implicaciones filosóficas que supone el abordaje de ese campo empírico abierto donde la subjetividad no puede ser segregada y se articula sobre una ontología pluralista y discontinua. Se postula que solo

* Trabajo realizado dentro del proyecto *La mirada filosófica como mirada médica* (PGC2018-094235-B-100) Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades.

la psicopatología, en su ejercicio como procedimiento a la vez lógico e intelectual, permite relacionar los distintos planos de realidad en que se desenvuelve y tratar de cerrar su campo para dotar a la psiquiatría de la necesaria estabilidad requerida de cara a su praxis clínica.

Palabras clave: experiencia psiquiátrica, inestabilidad, psicopatología, subjetividad, ontología pluralista.

Abstract: The way of constructing psychiatric experience and determining it has been carried out on the basis of naturalistic and psychologistic positions, which are still the dominant ones after almost two hundred years. However, the fact of assimilating psychiatric knowledge to a mere empirical-analytical science has brought nothing but instability, something that is forcefully evident throughout history and the discriminating insufficiency of the current clinical practice. It is necessary to consider the philosophical implications of approaching this open empirical field where subjectivity cannot be segregated and is articulated on a pluralistic and discontinuous ontology. It is postulated that only psychopathology, in its exercise as a procedure both logical and intellectual, allows to relate the different planes of reality in which it develops and to try to close its field in order to provide psychiatry with the necessary stability required for its clinical praxis.

Key words: psychiatric experience, instability, psychopathology, subjectivity, pluralistic ontology.

INTRODUCCIÓN

EL PROBLEMA A TRATAR ES LA PSIQUIATRÍA en cuanto saber, como ámbito de conocimiento, es decir, en su peculiaridad definitoria respecto a la ciencia, que es con quien se mide. Se requiere por tanto comparar y discernir en qué se diferencian.Cuál es su proceso formativo, qué concepción tiene de sí misma la propia psiquiatría, cuál es su pretensión y límites. En definitiva, qué estatuto gnoseológico posee y, por ello, qué ontología le corresponde. Algo ineludible por parte de cada psiquiatra acerca de su negocio, una vez que se atiende al panorama histórico de la especialidad y a la diversidad de puntos de vista en liza que hoy mismo coexisten.

Dicho esto, de lo que se trata en lo que sigue es de ofrecer una propuesta para entender la compleja historia de la psiquiatría y la necesidad de acceder, a partir de ella, a la entraña de su problematicidad conceptual, a la apelación permanente a ideas que desbordan los conceptos que han estado a la base de su ordenación y conformación y siguen estándolo, a ubicar el lugar que en todo este asunto ocupa la filosofía si es que ocupa alguno y por qué. Todo esto sucede porque el campo em-

pírico de la psiquiatría es internamente problemático, conceptualmente inestable, solo sostenido en la propia praxis y la argumentación, sobre la base de otros saberes adaptados a sus necesidades, no en visiones del campo desde fuera de él, no en un saber que posea las características de una ciencia que proceda por nexos necesarios en que el sujeto y sus operaciones hayan podido quedar fuera, segregadas, evacuadas o eliminadas y dejen expedito un campo autónomo y autosuficiente en que aparezcan términos internos a ese campo, o que, por el contrario, el sujeto sea disuelto en los procesos discursivos en los que interviene y quede formando parte del campo como efecto suyo, pero como si su disolución no menguase la efectividad interna del campo así generado, pretendiendo, sin menoscabo alguno, tras eliminar lo subjetivo como ingrediente característico, equipararse a las ciencias físicas o matemáticas.

Lo que voy a proponer se puede resumir en considerar a la psicopatología, tomándola a lo largo de su historia, como el procedimiento por el cual la psiquiatría puede alcanzar momentos de estabilidad en términos procedimentales para dotarse de consistencia referencial. Una alternativa entre hacer de la psiquiatría o una ciencia positiva más, forzando su experiencia a someterse a las rigideces que esta le impone, o acabar enredada a disposición de cualquier teoría que pretenda asentarse en posiciones que la diluyan en un marco conceptual incapaz de advertir las peculiaridades propias, por ejemplo, que confundan norma con normalización.

Hay, por tanto, un curso formativo, lento pero progresivo, a la búsqueda de un lenguaje que se sitúe en disposición de articular la experiencia psiquiátrica. Si bien depende de los contextos totalizantes de perspectivas ideológicas, reductivas o espiritualistas, en cualquier modalidad, el hecho de que se pretenda decir el problema que caracteriza el campo psiquiátrico, con independencia de que se yerre o meramente se aproxime, marca la tendencia y pone de manifiesto internamente un desajuste que activa una actitud interrogativa y crítica acerca de la propia dificultad, que no solo es pertinente de cara a su conceptualización sino que supone de facto un elemento de estabilización de lo que es de suyo inestable. De modo que el propósito será alcanzar autoconciencia procedimental a base de conocer el proceso de formación histórica, confrontar teorías y concluir en la necesidad de articular la experiencia psiquiátrica.

Por ello, no haber podido eludir que la psicopatología, la mayoría de las veces, quedara coagulada en una simple semiología médica es algo meramente imputable a esa su insolvencia epistemológica y a la servidumbre de verse inmersa en el ámbito médico de conocimiento en el momento en que esta constituye su campo de experiencia categorial. Pero más allá de la cuestión de hecho, solo se ha tomado conciencia de esto cuando se ha advertido que, después de sucesivos y contrapuestos modelos de psicopatología postulados, hay un problema de fondo tras esa dificultad epistemológica que es de índole ontológica y que no puede ser resuelto más que asumiendo una posición preferentemente pluralista y discontinua de la realidad, dado

que desde las ciencias positivas se tiende invariablemente al monismo reductivo. No hay por ello un saber que dé cuenta de todo, como tampoco hay univocidad, sin que esto suponga poner en duda un materialismo ineludible que requiere ser pensado en todo su alcance.

Pero hay que decir con firmeza que asumir la psiquiatría tal como es, con sus servidumbres y su legado, no nos depara, ni en ningún caso nos va a deparar, un saber en el que se dé la verdad como identidad, como son las verdades matemáticas. Es decir, coincidencias entre procesos que revelan un entretrejimiento necesario de aspectos de la realidad con independencia de la intervención de los individuos. Porque para ello habría que excluir al sujeto, en cuanto que gracias a sus operaciones concretas fuera capaz de generar un campo de experiencia autónomo, categorialmente cerrado, que ya no pueda ser interferido por la intromisión de la subjetividad. Y la realidad que concierne a la psiquiatría implica a la subjetividad, implica que el sujeto no puede ser eliminado, so pena de quedarnos sin psiquiatría. Y esto es un conocimiento sobre el que hay que construir la psiquiatría; la negación de esa opción no es la negación del conocimiento.

Lo psiquiátrico de la psiquiatría no admite un reduccionismo tan burdo como es el ejercido por el fundamentalismo científico de la estirpe que sea, como el que se enseña desde las neurociencias y pretende dominar y erigirse en canon de la psiquiatría; tampoco, desde luego, desde variantes atenuadas como el psicologismo o antropologismo. Ni desde luego desde posturas que, tratando de capturar lo real en un plano intensivo, liberándolo de los procesos de normalización, asumen y toman de ejemplo a la psiquiatría como lo que significan precisamente los procesos de coacción social que generan modos de subjetivación como formas defectivas a superar tendencialmente en cuanto que son expresión de estratificaciones impostadas e interesadas (1). No queda otra que asumir un sujeto corpóreo dotado de competencias lógicas con todas las limitaciones que supone, entendiendo que la subjetividad depende de estructuras o infraestructuras subjetivas en el modo de afrontar la realidad, el dolor y la muerte (2-4).

Esto no significa que la subjetividad no sea material, ya que todo acto mental debe suponer una estructura neural y, en el límite, física. Significa que, por ser la realidad preferentemente plural y discontinua, no podemos acceder de forma infinitamente regresiva a todos los procesos causales. La discontinuidad de la realidad se nos revela al conocer a través de la multiplicidad de ciencias, lo que indica que la materia general no es accesible más que a través de aspectos del mundo positivamente determinados pero relacionados por vínculos necesariamente distintos, dados como rupturas y cortes que llegan a ser inconmensurables entre sí. Es decir, que si bien dependen de un plano material no significa que mantengan la misma legalidad que este, lo que no impide que haya puntos de cruce. Es decir, no se da un encade-

namiento a partir de un fundamento último que sea accesible por una ciencia fundamental, como por ejemplo la física, por la misma razón por la que desde las neuronas y los procesos neuronales no podemos reconstruir la actividad de la conciencia. Falta pasos intermedios que desconocemos y desconoceremos (5), tan solo podemos hacer esa reconstrucción desiderativa, metafísica, mitológica o ideológicamente con los riesgos y las consecuencias que ello acarrea. Lo que hay es conexión-desconexión entre planos de realidad, entre naturaleza y cultura, entre cuerpo y mente.

Esto significa que la visión de conjunto del campo de la psiquiatría es inevitable y hay que ejercitarla, pero solo cuando se lleva a cabo por la psicopatología en cuanto que esta ha asumido en su praxis concreta la historia de la disciplina con sus hipótesis y errancias y sabe las limitaciones y las servidumbres que contrae, cuando se sabe atravesada por el saber filosófico que la conforma, solo entonces está en disposición de ofrecer la mediación efectiva que le permite la realización del juicio clínico y la individuación. La individuación, desde luego, es el objetivo de la psiquiatría en tanto disponer de un orden de experiencia, de una idea de la realidad y de su dinamismo interno más allá de lo esperable a partir de la generalización de morfologías definidas en otras ramas del saber, esto precisamente supone el pluralismo discontinuista. En esto se cifra la capacidad de estabilización de la psiquiatría.

LA CONSTRUCCIÓN DEL CAMPO LA PSIQUIATRÍA EN LA SOCIEDAD MODERNA: VIDA Y MEDICALIZACIÓN

Para entender la exigencia desde la que ver el nacimiento de la psiquiatría debemos pensar qué sociedad está detrás, empezando por evitar caer en que la psiquiatría sea o un mero dispositivo social de normalización o nazca ya encarrilada hacia su consolidación como una ciencia más. Esa sociedad está ya organizada de tal manera que se autocomprende tematizando explícitamente el campo de experiencia que antes quedaba sujeto a concepciones dependientes de otro tipo de totalización que estaban estabilizadas de forma fundamentalmente teológico-religiosa. Es, pues, producto del propio desequilibrio interno de la totalización, en cuanto capaz de suministrar un sentido acorde al conjunto de remisiones en que se organiza, lo que permite la aparición de la forma subjetividad. La subjetividad se desprende de la antigua totalización en la que el sujeto era una parte engranada en ese todo y carecía de la relevancia por venir y pasa a separarse de ese todo, se individualiza y de nuevo se lleva a cabo la totalización a partir de ella.

Los procesos históricos previos a la emergencia de la psiquiatría tal y como la conocemos a partir de Pinel, es decir, la producción conceptual llevada a cabo por la medicina desde la época griega hasta el momento inmediatamente anterior, con las tematizaciones de trastornos que hoy calificamos de mentales, suponen la

arqueología de los modos en que se ha abordado la diferenciación de la vida entre lo corporal y lo mental. Asistimos al empuje de la interioridad que se considera exenta de la materia corpórea, para poder pensar la interacción con ella de forma hacedera, hasta entender cómo la sustancia que se ha hecho sujeto y ha eliminado, o al menos se pretende, cualquier resto inconceptualizable.

Se acepta, como es sabido, que con la obra de Pinel en 1801 nace la psiquiatría. Sin embargo, esto ha resultado difícil de explicar habiendo antecedentes relevantes tanto desde el punto de vista institucional (Hospital Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza desde 1425 (6) o San Bonifacio en Siena por decir dos nombres) como conceptual (Crichton (7), Chiarugi (8), por decir otros dos). En la misma obra de Pinel, desde la *Nosographie philosophique* (9) de 1795 al *Tratado* (10) de 1801 se advierte una diferencia, lo que Gladys Swain ha estudiado y ha tratado de definir como una distancia del loco a su locura (11,12). Esa distancia abriría un espacio que permitiría diferenciar las especies dentro de la unidad monolítica de la locura y generaría un territorio de acción que, a su vez, exigiría de una actividad peculiar que sería la psicopatología en disposición de hacerse cargo de la subjetividad del loco (13).

En estas circunstancias se activa un proceso, que llega hasta hoy mismo, en que se tiende a producir una asimilación de la psicopatología por la semiología médica y al mismo tiempo se accede a dimensiones que ponen de manifiesto lo indisponible de la subjetividad. Esta se tematiza explícita e implícitamente creando estrategias para desactivar lo indeterminado que posibilitan abordar la vida, considerándola en una dimensión preferentemente naturalista/materialista o espiritualista pero también dando pie a explorar aspectos que exceden y ahondan estos dos, como por ejemplo Maine de Biran, que anticipa la fenomenología del cuerpo. Biran recusa la fisiología y la psicología para abordar al hombre y apela al cuerpo propio irrepresentable que da origen a la conciencia y permite la distancia reflexiva (14).

Porque la psiquiatría se autocomprende desde ese momento en que la exigencia totalizadora partiendo de sí misma cree poder resolver su posición, y se toma como mero cuerpo/pasiones (materia) o como (alma) mente, susceptibles de ser determinadas. La subjetividad se sustancializa y luego se somete a la positividad. Y este movimiento es internamente contradictorio, ya que si, por una parte, permite el despliegue de la psiquiatría, por otra, impide acceder a la entraña que es el individuo como mundo de la vida atravesado por la lógica y la corporalidad, como logos y cuerpo.

Retengamos entonces que el momento de emergencia de la psiquiatría se produce en el seno de una transformación profunda de la humanidad europea en el que los ingredientes de la sociedad se encuentran en trance de reacomodación y en el que se van a asignar a esos componentes nuevas funciones y nuevos valores, que se creen claros y firmes pero que han resultado ser equívocos y ambiguos. Desde el

primer momento el proyecto de la psiquiatría pretende dar cuenta de la acción desde un punto de vista visceral, como entramado de afectos, ideas y conductas. No obstante, el carácter devenido históricamente de ese entramado impide diferenciar los planos de materialidad, se han borrado las trazas de determinación y aparecen como cruces, quiasmos y vínculos que no se dejan reducir ni simplificar, por más que se pretenda, en nociones unívocas y diferenciadas. Y esto es parte del problema que se desarrolla desde entonces en la psiquiatría, a saber, discernir el alcance ontológico de lo que supone cuerpo/mente, lo indisponible que habita allí. Es decir, para pensar la enfermedad mental requerimos descolonizar la subjetividad de las estrategias discursivas y retóricas que llevan aparejadas las palabras pasiones, emociones, alma, mente, etc., con los que se ha venido pensándola (15). La medicalización imprime a la psiquiatría un sesgo muy acusado hacia la positividad que solamente ante sus propias contradicciones puede ser pensado para escapar de su coerción conceptual (16). De fondo avistamos el concepto de vida en lo que tiene de problemático, que es mucho.

Una sociedad que se ha dotado de un saber positivo solvente gracias al paradigma de la nueva ciencia es normal que crea posible expandir y llevar los principios de ese saber a todas las esferas de la vida y el conocimiento. Y así será para amoldar a los nuevos conocimientos y la nueva conceptualización las fuerzas de la naturaleza en nociones físicas que permiten entender la vida por medio de nuevos saberes —reflejo, irritabilidad, electricidad, etc., para sustituir los viejos: teoría humoral, la iatromecánica, etc.— para instaurar una referencia a la realidad y poder resistirse a su amenaza, para escapar a la arbitrariedad interpretativa, incluida la teológica, y que es capaz de alcanzar verdades incuestionables con independencia de la historia, de la raza, de las creencias, etc. Entonces, a partir del ejercicio de ese saber y de los términos que incoa es posible que se vayan ideando y configurando nuevas prácticas, nuevos espacios de experiencia, nuevos campos de sentido y desde ellos establecer conexiones que pretendan definir un campo de trabajo al que luego se quiere dotar de una legalidad en base a las relaciones de los conceptos y categorías puestas en marcha, con independencia de que su consolidación como saber se afiance y se sostenga en un terreno firme desde el punto de vista de la verdad obtenida y su confrontación con la realidad efectiva.

De manera que se origina un campo al formarse un lenguaje ligado a operaciones, por ejemplo, el tratamiento moral y la práctica asilar que se hace efectivamente en el dispositivo o la institución. Además, ese campo remite a un ámbito de referenciales ineludibles, contumaces con independencia de la delimitación y clasificación que se acabe por determinar, por ejemplo, las conductas caracterizadas como agitación, inhibición o pretensiones de verdad falsas, que están a la espera de que se obtenga una definición esencial, ordenadas respectivamente en relación a otras, configurando un todo articulado, organizado. Ese campo a su vez debe incorporar la

perspectiva de los sujetos implicados en el mismo, los propios psiquiatras o alienistas que se agrupan en sociedades, crean revistas y reuniones y se reparten cargos académicos e institucionales. El conjunto debe ser visto de forma cambiante, dinámica, fluyente, mezclada en un contexto normativo definido.

Lo que sí sucede es que con estos arrestos se quiere colonizar un territorio que ha dejado de ser aceptable a partir del nuevo contexto histórico-conceptual, y así se pretende ir generando un espacio lógico y ontológico que se abre a capas de la realidad distintas, inconmensurables, con la idea de un continuo absolutamente unitario y uniforme. El trasfondo material es aquí el marco que se quiere y que tiene que ser dominado, y se pretende que se haga apelando al dispositivo cognoscitivo estatuido con los conceptos de sujeto y objeto, con los que se quiere conocer todo el mundo y absorber en ello todas las posibles variantes. Aquí se ven ya esquemáticamente las opciones que se van a dar en la psiquiatría en los dos siglos siguientes, a saber: el reduccionismo mundanista-corporeista o psicologista vinculado al sueño semiológico; y, a la vista de la insuficiencia semiológica (que, en definitiva, el signo remite a sí mismo), surge la posibilidad de derivas que incorporan a su proyecto la disolución subjetiva en un apriorismo sin referencia a operaciones y cuerpos materiales, órganos y estructuras biológicas dotadas de mundo de la vida intersubjetivamente conformado.

Explicar esta aporeticidad e inmiscuirse en esos intersticios es lo que intenta Foucault, no sin dificultades, ya que si bien su objetivo no es propiamente psiquiátrico, la motivación temática a partir de la que emprende su trabajo intelectual sí que lo es, y es desde esta contextualización desde la que hay que rendir cuentas porque si bien no se han ofrecido explícitamente, su discurso no ha dejado de tener el carácter de respuesta a la problematización psiquiátrica, como se viene observando desde entonces (17,18). Bien se ve que no se aborda el papel de la psicopatología como encaje dinámico de factores heterogéneos en tensión incidiendo sobre lo mismo (19). Sobre la psiquiatría y también sobre la psicopatología se tiende a adoptar de continuo una forma preeminente de uniformización que suplanta unilateralmente el entretejimiento entre las partes, que resulta limitado, y al hacerlo se van generando, con notable aceptación, las diferentes posiciones ideológicas que coexisten en cada momento en cuanto totalizaciones.

Así es que la génesis de la psiquiatría no se cierra, no consigue instaurar un principio que permita definir de una vez su campo de emergencia, como parece haber querido ver Foucault (20) (normalización biopolítica de los sujetos en una sociedad a partir de que lo anormal se destaca), Deleuze (21) (como plano de potencialidad previo a cualquier estratificación o subjetivación, como cuerpo sin órganos) o Lanteri-Laura (22) (formas paradigmáticas que se engarzan de manera continua aproximando respetos en principio opuestos). Desde el comienzo está atravesada por una

inestabilidad que deviene estructural para la propia psiquiatría porque no consigue resolver la exigencia de que la positividad diga lo que hay que decir de la experiencia psiquiátrica. A su vez, este carácter estructuralmente inestable es el que la hace relevante para la filosofía y el que demanda la filosofía como ingrediente teórico para la propia psiquiatría. Todo esto, a su vez, pone de manifiesto que debemos disponer de una noción de vida satisfactoria, una noción de vida montada sobre el concepto de anomalía, donde se dé un mundo previamente estabilizado en que se pueda establecer el sentido y advertir la diferencia entre los niveles de lo orgánico (Plessner (23-25), Goldstein (26,27), Canguilhem (28-30)).

Por ello es menester que aparezca una actividad intelectual, como ejercicio reflexivo, interno al campo, abierto, indeterminado y ello precisamente contra la arraigada tendencia de la propia psiquiatría por hacer de esta, una y otra vez, un componente externo, positivo, determinado, capaz de acreditar con su dictamen la verdad de sus proposiciones y que sin remilgos se adentra en su experiencia sin haber solventado, y sin poder solventar, aquellas ideas que precisamente contribuyen a conformar su campo. Pero para que la psicopatología, desde los rudimentos iniciales hasta la primera consolidación que incorpore elementos críticos, con Jaspers (31), alcance a saberse en distancia como una actividad conceptual reflexiva habrán de pasar varias vicisitudes que cuestan más de cien años. Y ni aun así se podrá decir con solvencia que se ha llegado a una posición firme, sólida y definitiva, porque en su propia conciencia de sí en cuanto proceso reflexivo instalado en la apertura, en la historia y en una ontología materialista le dejan claro que hay una procesualidad inagotable a partir de un fondo material que va dando de sí sin solución, ni cristalización final. La indisponibilidad efectiva es y va a ser estructural, la contingencia es necesaria e inevitable frente a las presuntas exigencias de que el mundo se puede revelar a nuestro conocimiento exhaustivamente, por completo (32).

EL CARÁCTER ABIERTO DE LA EXPERIENCIA PSIQUIÁTRICA. LA SUBJETIVIDAD

Si considerar la propia constitución de la psiquiatría urgida por la medicalización es ya un factor de inestabilidad, el meollo mismo de su ocupación, la subjetividad, va a conformarse como el factor nuclear de aquella y de la que no puede sustraerse, porque es por la subjetividad en cuanto factor de unificación de la experiencia y suministrador de condiciones categoriales de esta por lo que la ciencia moderna y la medicina han llegado a ser lo que son. Y va a resultar internamente inestable porque ella misma se forma como el modo en que el ser humano, tras venir al mundo y de manera prolongada, recibe la impronta del medio para habilitarle para la vida. Es, por tanto, una estructura abierta esencialmente que hay que tratar de cerrar, posibilitando el distanciamiento de la realidad gracias a la mediación de

elementos simbólicos de cara a estabilizar la experiencia de la realidad, de retener el pasado y generar expectativas de cumplimiento para que el presente adquiera sentido. Es esta conformación experiencial la que pide en su apertura un cierre simbólico, que es el que suministra la religión en principio.

Si bien la subjetividad es un constructo moderno en la manera en cómo ha sido conceptualizado sobre todo a partir de Kant, el rudimento que lo posibilita tiene su origen en el mismo proceso de hominización. Arraiga en lo profundo de todo ser humano como modo básico e inevitable de clausurarse a sí mismo como organismo, de realizar el cierre del propio cuerpo y del sentido. El modo de subjetivación originario por medio del que se coordinan el hablar y el ver, el mirar y el moverse, el oír y el decir, requiere un entorno adecuado en el que interviene la afectividad. El objetivo es estar en disposición de enfrentarse al absolutismo de la realidad que se presenta como dolor y muerte, para ello se requiere que se introduzcan mediaciones que van a demorar ese encuentro. Es un modo de cierre inestable. Históricamente este cierre puede tener, y de hecho tiene, diferentes modalidades que confieren distinto grado de estabilidad una vez que se han garantizado unas condiciones de normalidad exigidas por el propio desarrollo biológico corporal del infante.

Merced al intercambio y la progresiva abstracción de las relaciones se produce la desmembración de la vida humana, vida que estaba anclada en vínculos sociales comunitarios a través del cuerpo carnal singular. Esto parece que empieza a suceder en las sociedades que dieron lugar a la ciudad, hace 13.000 años, en las que se va produciendo una diferenciación de la actividad, creando normas y formas en las que los individuos adquieren habilidades, procedimientos, técnicas, que permiten resistir y afrontar la existencia ante la realidad. Durante siglos se van separando aspectos de esa vida que se dotan de valor, dignidad, derechos, que dan lugar a formas de ser en que se concibe el propio individuo en una trama de relaciones complejas, plurales, no unívocas, presididas por la preeminencia de la inserción institucional del individuo, abarcando su forma más lograda en la ciudad o el estado. Con la modernidad todas esas instancias adquieren conciencia de su propio desarrollo, siendo así que la subjetividad se autocomprende como resultado de un largo proceso histórico. Se dan en distintas culturas distintas maneras de abordar el malestar y el dolor, de modo que la forma de afrontarlo, si se escapa a la religión, es a través de visiones de totalización socialmente consistentes.

Precisamente en la modernidad europea tardía es donde se advierte que hay problemas en esa estructura (subjetiva) y que la manera de cerrar es inestable desde el punto de vista del individuo. El desencantamiento del mundo tiene un coste. Y lo tiene porque al tratar de conjurar el abismo que lo real abre, y que las religiones se han ocupado tradicional y convenientemente de clausurar, no deja de tener consecuencias respecto a la estabilización del sentido ante el dolor y la muerte y se da pie

a que se establezca una dimensión autoconsciente que al mismo tiempo que gana en reflexividad pierde en solvencia comunitaria.

Con el cristianismo y la separación de poderes se generan tensiones internas que con la Reforma no se terminan sino de agravar, porque de manera interna a esa opción se han adoptado actitudes que conllevan la exacerbación de la inestabilidad. El desarrollo del capitalismo y de la ciencia moderna conllevan el desplazamiento del hombre del centro del universo. Se generalizan a amplios sectores de la población estilos de vida nuevos donde el individuo tiene que escrutar el mundo y a sí mismo desde el ensimismamiento y la soledad. El sujeto moderno desvinculado de la tradición y de la carnalidad somete al hombre a una tendencia a la interiorización que genera nuevas posibilidades, pero también nuevos problemas.

La vida que se toma como referente para la psiquiatría aparece y se hace visible como asunto de la medicina mental en forma de individuo aislado, desgarrado ya del nexo comunitario. La modernidad es la época en que este desgarramiento es más intenso y con la sociedad industrial y postindustrial, que es la nuestra, a que da lugar, se pierden sin remedio las referencias que remiten a esa conexión entre cuerpo y vida comunitaria dotada de sentido, por más que dentro de ella, y desde la antigüedad, anidasen los demonios, la *hybris*, la melancolía y la locura. Hay todo un elenco de términos para nombrar el resultado históricamente devenido de las formas en las que la materia se organiza como vida y conciencia de sí, por rudimentaria que sea. Y ello es así porque se liberan los nexos que estaban sostenidos por estructuras de carácter religioso que ofrecían una totalización de sentido estable e internamente consistente. Es gracias al saber científico en desarrollo que se desplaza el hombre del centro del universo, va quedando a la vista de forma crecientemente manifiesta la indiferencia y el lugar indistinto respecto a los demás entes. En este sentido, el intento kantiano es precisamente el de resituar al hombre y a la humanidad otra vez en el centro del universo y esta tarea se lleva a cabo a través de la moral. A través de la libertad. Hay que conseguir un lugar para el hombre capaz de articular en torno suyo la experiencia sin estar sometido a inclinaciones, ni siquiera a las que provienen de la sensibilidad. Es él el que dota de universalidad y legitimidad al conocer. En él cristaliza la conceptualización de la subjetividad moderna en lo que tiene de problemático, adquiere su registro individuante y totalizador al tiempo que se acompaña del precio de tener que cargar con la limitación y la finitud. Y va a ser la burguesía la que plantee la necesidad de la psiquiatría desde una experiencia subjetiva vivida como inestable. Es así porque las pretensiones de universalidad que quieren abarcar la totalidad de la subjetividad y estabilizarla, sea por medio de la raza, la ciencia, la clase, etc., como algo externo a ella misma, fracasan en su intento.

Así pues, la noción de subjetividad de Kant se produce en el momento en que tiene lugar la instauración de la psiquiatría y al hacerlo logra, por una parte, absor-

ber los dos siglos precedentes en lo que se refiere al lugar que tendría que ocupar el hombre una vez que empieza a invertirse el sentido de fundamentación y, por otra, predeterminar anticipatoriamente los dos siglos subsiguientes. Y esto se hace por parte de Kant precisamente para tratar de salvaguardar la autonomía del hombre frente a la amenaza de la ciencia. No se puede dejar de mencionar que en ese preciso momento se produce la recepción de Espinosa con importantes consecuencias en la sociedad y la filosofía posterior. Son los problemas generados por esta noción de subjetividad los que van a marcar la trayectoria de la psiquiatría a base de las aporías instaladas en su seno, actuando desde dentro pero inabordables en los presupuestos y los términos en los que está planteado su manejo clínico. De modo que la subjetividad va a nacer como un concepto inevitable pero internamente problemático que va a arrastrar dificultades. De hecho, hoy todavía están presentes en el día a día, del que la psiquiatría no solo no va a poder desprenderse sino que la va a determinar por completo. Empezando por la psicologización de la vida y su hegemonía en ella y por ello en la psiquiatría.

Así, por ejemplo, en los requerimientos para suplir las necesidades de consuelo y sentido se va a requerir de una tematización explícita que coge descolocada a la noción de subjetividad, como pone de manifiesto el significado de la noción misma de psicoterapia, una vez que la medicina se instala en el camino del método científico y deja de considerar al individuo en cada caso y globalmente como su negocio. Con lo que la psiquiatría a medida que vaya delimitando su ámbito de actuación deberá asumir la tarea vicaria destinada a dar apoyo y sentido, a la acción y a la pasión, ocupando un espacio que ha quedado vacío tras el abandono de lo religioso y ejercitada en sujetos que ostentan desequilibrios en la vida cotidiana que antaño encontraban cauce de abordaje en el seno de la sociedad comunitaria. Es decir, así como la función de la religión no es psicológica y no se puede reducir a superstición, sino lógica y que arraiga en el fondo de la experiencia, la función de la psicoterapia como suministrador de sentido tampoco cabe dentro de un concepto categorial positivo como el que a esta se le supone.

Sobre esta base, en que la subjetividad aparece como un concepto equívoco, se comprende que no pueda darse vínculo semiológico estable entre signo y lesión o disfunción, como sí sucede con el resto de la medicina, porque la remisión descansa en esa relación constitutiva que no se puede pensar con los procedimientos deductivo-determinantes. Con lo que se propende a establecer un nexo mecánico, abstracto, impostado, siguiendo el proceder de la semiología médica, para lo que hay que aportar adicionalmente una teoría donde esa relación, que no pasa de ser puramente hipotética, se establezca con carácter firmemente instituido, como si fuese real. El fundamentalismo científico y psicológico se monta sobre la visión ilustrada de un campo unificado de experiencia roturable por los mismos procedimientos, lanzada a una progresión ilimitada de mejora, de manera que así se va desprendiendo y vacian-

do la realidad humana y supliéndola precisamente por una idea de ella total basada en la racionalidad asimismo abstracta.

Al carecer de un marco que permita acotar un campo de experiencia donde se puedan dar esquemas de identidad, al carecer de teoremas o postulados que actúen sobre la subjetividad sin anular sus efectuaciones, la psiquiatría en cuanto lenguaje, es decir, la psicopatología, se ve imposibilitada de clausurar su campo y autorreconocerse eficazmente como saber científico por más que trate de verse así y de equipararse a otras prácticas de ese espectro médico. Por otra parte, cerrar el campo semiológico, del signo, no es factible, ya que se requiere asumir la subjetividad como proceso lógico y como cuerpo, como la estructura formal de la razón, que no puede ser segregada de sus propias operaciones, por lo que no cabe acceder a verdades absolutas, plenamente descontextualizadas, como se pretende. Por ello la psicopatología no ha sido, no es, ni será la ciencia básica de la psiquiatría (33).

Así pues, es menester empezar por caracterizar la subjetividad como una instancia insustituible en el negocio psiquiátrico, a este respecto no cabe disolverla como una clase vacía carente de las dimensiones corporales y sociales comunitarias. Quizá la subjetividad en toda su dificultad suponga el intento moderno fallido de pensar esa conexión perdida a través del marco sujeto-objeto. Ahora bien, solo a partir de estas dimensiones es posible insertar al individuo en la trama de la realidad, acomodándose a ella y conociéndola y resistiendo su absolutismo, que pone en riesgo su propia existencia. Resistencia que consiste de entrada en actuar con ella a partir de esas facticidades corporales y lógicas que somos como producto de la historia de la confrontación efectiva con la realidad, pero confrontación a través de mediaciones simbólicas y técnicas, que establezcan distancia con lo sin-sentido, lo irracional, lo impensable, lo infinito, la materia.

Cómo pensar la subjetividad desde un punto de vista material sin sucumbir a un reduccionismo naturalista, monista, simplista, es decir, estéril de cara a comprender la materia, dándose alcance a sí misma y mediando en la apertura entre el infinito y las cosas, las personas y las normas. Cómo asumir la apertura esencial de cada uno en cuanto individuo que es una vida que nace abierta, excéntrica y en cuanto tal pide normalización, estabilidad, cierre para poder sobrevivir. Esta es la tarea.

LA INESTABILIDAD DE LA PSIQUIATRÍA. EL DESENVOLVIMIENTO DE LA PSICOPATOLOGÍA

I. Va a ser la propia inestabilidad de la psiquiatría a lo largo del tiempo la que ponga de manifiesto su interna problematicidad, que no es susceptible de ser abordada en términos de la ciencia positiva, como era y es hoy todavía la pretensión por parte de gran parte de la profesión. La inestabilidad proviene de la constitución de la propia subjetividad, como acabamos de ver, y de las formas en que ha venido a tematizarse de

modo plural. Pero esto, desde el punto de vista cronológico, no es advertido hasta mucho más tarde. A pesar de la pluralidad de campos de realidad en liza y de las formas de conocerlos, la psiquiatría presupone su unidad debido a la herencia y servidumbre por su dependencia de la medicalización en cuanto que asume que hay un modo de saber que puede dar cuenta de él. Pero, *prima facie*, la psiquiatría no toma conciencia de esa inestabilidad como resultado de problemas internos a la configuración de su propio campo, porque la experiencia se le ha hecho extraña respecto a la posibilidad de pensar la apertura misma. Solo sabe, cuando mira hacia atrás, que se dan posiciones encontradas. En parte será la psicopatología la que permitirá que tome conciencia de lo inconceptualizable que habita en ella, sobre todo cuando incorpora metáforas absolutas que escapan a todo lenguaje y representación. En efecto, si atendemos al curso histórico podemos ver cómo quedan a la vista las cuestiones de fondo y se entiende más tarde la tarea de la psicopatología respecto a su inicial asignación como mera semiología, señalando a la psiquiatría en cuanto diferente de las demás especialidades médicas porque metodológica y categorialmente es diferente (34, 35).

La psiquiatría se percibe diferente de otras ramas de la medicina por una serie de características de superficie con las que habitualmente se la denosta, como son: la presunta arbitrariedad de los criterios diagnósticos por el hecho de que dependen de la postura de cada psiquiatra, las evidentes fluctuaciones en la nosología, la invariable dependencia contextual, la rotunda ausencia de pruebas diagnósticas específicas, etc. Todas ellas vienen siendo nombradas como déficit de objetividad, indeterminación causal, ausencia de referencias materiales: en definitiva, inestabilidad conceptual o categorial.

Entonces, ¿inestabilidad respecto de qué? Precisamente respecto de la caracterización de un campo empírico definido, un campo de sentido en el que los resultados que se obtienen en él ya no dependen ni de la historia, ni de la cultura, ni del contexto social, ni de nada externo al propio campo. Precisamente por esto la psiquiatría es y no puede no ser inestable. Y esto es lo que hay que pensar. Al estar ocupando un espacio complejo, *in medias res*, se las tiene que ver con una compoenda de líneas de fuerza heterogéneas que no corresponden a un mismo y unívoco territorio, a un mismo plano de experiencia. Además de concernir nuclearmente un campo de suyo inclausurable como es la subjetividad, que requiere que la propia experiencia psiquiátrica se caracterice de una manera específica, para lo que es imprescindible que se reconozca la riqueza y diversidad de lo real, la pluralidad discontinua en que consiste y de la que forma parte y en la que se asienta. Aquí se va a hacer patente que se trata de atender a una conceptualización de la realidad que dista de la que ha sido consagrada y recibida como canónica.

Tanto desde dentro de la propia psiquiatría (es decir, desde el ejercicio clínico y la puesta en práctica de sus herramientas, como es ejemplarmente la psicopato-

logía en tanto lenguaje que se conforma tratando de captar y decir fielmente del acontecer de cada vida que experimenta el mundo y que se enfrenta al absolutismo de la realidad) como desde fuera, desde la percepción ofrecida por la gran variedad y cantidad de propuestas, escuelas, teorías y procedimientos, que, bien simultánea bien sucesivamente, muestran una imagen contraria a la que ofrece la ciencia en sentido fuerte con la que se mide, se constata que el procedimiento para asegurar sus pretensiones de ocuparse de un campo de experiencia homogéneo y uniforme no ofrece resultados consistentes. Y este hecho patente es el que pone de manifiesto la necesidad de atender a la articulación interna de la psiquiatría desde su génesis, a la formación de sus términos, a cómo las sucesivas propuestas no avanzan sobre un suelo firme, sino que suponen distintas enmiendas a la totalidad con la pretensión de legitimar y articular todo desde un punto de vista diferente. La misma pretensión de progreso, de avance incesante, que recibe de su procedencia moderna, anclada en la tradición aristotélica de un ente perfectísimo (Löwith (36)) o en la autoafirmación del individuo moderno (Blumenberg (37)), y que la lleva a emular y esforzarse por asemejarse de entrada a la propia medicina, es ya una cortapisa que habrá de someter a la correspondiente crítica como vamos a ver más abajo.

II. En lo que sigue trato de ejemplificar distintas estrategias psicopatológicas destinadas a obtener solvencia discriminante de cara a cerrar el campo de experiencia, pero que resultan generadoras de inestabilidad. El criterio se pretende exterior al campo de inmanencia de la experiencia psiquiátrica en un afuera que permita una remisión unívoca, pero el resultado es invariablemente equívoco, desatendiendo los componentes complejos de la formación del campo que involucran aspectos terminológicos, relacionales, conceptuales e institucionales.

La psicopatología como descripción efectiva de la realidad. Chaslin (38,39) forma parte de este recorrido por la manera que percibe la tensión y el deseo de cerrar el campo por medio de un lenguaje bien hecho, pero advierte su dificultad sin alcanzar a plantear el problema de fondo, como inane simplificación de una perspectiva plenamente acrítica. La psicopatología debe incorporar, cuando se da alcance conceptual a sí misma, un momento crítico que revele las hipóstasis asumidas en cuanto totalizaciones en el intento de recubrir el desajuste. Y a esto, con las limitaciones que se quieran, sí que contribuye Jaspers y por eso, incluso en su ambigüedad, ha quedado como efecto para la posteridad porque ha inoculado en la psicopatología la dimensión filosófica *de facto*, por más que exprese para ella pretensiones científicas. Es decir, Jaspers, al contrario que Chaslin, porque su mirada incorpora la distensión de la compactación de significado recibida, puede actuar reflexivamente en cuanto a poder reconocer la existencia de ideas que desbordan el carácter categorialmente cerrado y simplista de los términos. Ambas opciones, no obstante, revelan que internamente ofrecen inestabilidad si no se envuelven en unas coordenadas más radicales.

Lo mismo sucede en la apelación a una psicopatología descriptiva que late en la propuesta de la escuela de Cambridge (40) que parece preferir el lado de Chaslin al de Jaspers, así como a la llamada “edad de oro de la psicopatología” que se inaugura en la escuela de Heidelberg.

Ahora bien, con independencia de que no consiga desprenderse del carácter de semiología, la psicopatología ha adquirido una autoconciencia muy marcada que ha dado pie a numerosas apuestas de calado para pensar la cuestión que nos trae aquí. Es decir, con independencia de caracterizar la psicopatología descriptiva como lenguaje meramente semiológico, el propio desenvolvimiento de esta en determinados momentos adquiere conciencia de sus limitaciones y se sabe necesitada de abordajes filosóficos. Este movimiento constante y persistente, que va de la necesidad de fijar la referencia y de la imposibilidad de lograrlo, supone un continuo acicate a pensar dicha impotencia y la recurrencia que demanda. Esta complejidad ha pasado y sigue pasando desapercibida para la gran mayoría de los psiquiatras, entre otras cosas, además de por su interna problematicidad, por la avalancha de posiciones psicologistas que invadieron la psiquiatría de postguerra y que se asentaban en una subjetividad ubicua, dominante en cuanto voluntad y deseo como carencia.

Los complejos sintomáticos frente a la referencia simple. La ordenación nosológica que cristalizará con Kraepelin (41) supone problemas que, más allá del indudable éxito de su recepción en términos de influencia y capacidad de generar un modelo a seguir, no deja de resultar altamente discutible, como pondrán de manifiesto sin ningún género de dudas sus colegas. Ocurre de modo particularmente significativo en el artículo de Hoche de 1912 sobre los complejos sintomáticos (42). Y lo es porque señala no solo una crítica penetrante al modelo de enfermedad médico y localizacionista que representaba Kraepelin o Wernicke (43), sino porque despliega para ello una concepción que, como la de los complejos sintomáticos, resulta del intento de mediar entre los síntomas y las enfermedades en un ejercicio cripto-filosófico que crea unos entes de razón puramente indeterminados e indeterminables desde los presupuestos positivistas, por más que pida para lo psíquico una consideración inconmensurable con lo orgánico.

El desbordamiento de los conceptos clasificatorios. Se trata de contener o reconducir hacia unas nociones que posibiliten adentrarse en el dinamismo cambiante e inestable de los síntomas sin una referencia rígida a las enfermedades como clases naturales. La secuencia se puede alargar hasta la misma actualidad, por más que desde los 80 sea dominante el modelo clasificatorio DSM, que su propia insolvencia teórica no ha hecho más que desacreditar empíricamente a lo largo de las sucesivas ediciones hasta hoy. Este modelo, que sostiene estas entidades irrepresentables, más allá de sus limitaciones y deficiencias, indica un patrón recurrente en el modo de abordar esta dificultad interna de la propia psiquiatría con apelaciones equívocas

y confusas a ideas filosóficas que ocupan el lugar de totalizaciones hipostasiadas e ideológicas, en general siempre en favor de cancelar la inestabilidad.

La creación de términos que tratan de fijar fenómenos a contextos discriminantes pero por su propia insuficiencia producen fluctuación e inversión de los significados, de Cullen a Freud (44). Por ejemplo, la inversión significativa del término neurosis respecto al de psicosis que se lleva a cabo a lo largo del siglo XIX. Pero también la aparición y desaparición de entidades a lo largo de la historia (fuguismo) (45). Como sucede con el doblete proceso/desarrollo, que al final termina de carecer del poder discriminatorio que se imputaba. Son otros tantos ejemplos de inestabilidad atribuible a la exigencia procedimental y su conformación como saber científico a partir de significados de los términos que aparecen en el campo sin remisión a operaciones por la introducción de nociones indeterminadas que fluctúan en torno a aspectos inconceptualizables.

La existencia de la psicosis única como presupuesto monista que intenta abarcar todo el espectro clínico sintomático, desde Griesinger (46) hasta Llopis (47) y Janzarić (48), es la expresión misma de la inestabilidad en el meollo de la psiquiatra a lo largo más de 150 años y de los esfuerzos llevados a cabo desde distintos abordajes, a la vista de la inespecificidad sintomática, para alcanzar a desactivar el constante diferir sin referencia estable, a que la productividad se anule en sus diferencias y a que el presupuesto neurológico, en un monismo sin ambages como le es propio, acierte a explicar la variación en el curso natural de los distintos síndromes psicóticos.

La endogeneidad acaba por representar la disolución del alcance etiopatogénico del término endógeno frente a las pretensiones de partida, donde lo endógeno se equipara a un presupuesto material causal que, sin embargo, la misma historia de la teoría, pasando de Möbius a Tellenbach (49, 50), se encarga de desactivar y con ello se revela la inestabilidad que late en el trasfondo de la clínica que se manifiesta difiriendo y no se deja reducir a una materialidad simplista que exige de parte que toda la riqueza semiológica y de manifestaciones de la locura se avenga a semejante propuesta ontológica.

La univocidad/equivocidad entre trauma y disociación que presupone, según la acepción que se adopte de los significados, una continuidad material puramente especulativa que solo se mantiene cuando se ciega a las manifestaciones clínicas más tozudas y solo ve a través de esos presupuestos continuistas que son expresión de posiciones monistas tan refractarias a toda confrontación con lo múltiple como carentes de la posibilidad de acceder a la complejidad efectiva (51).

III. Al margen de esta inestabilidad digamos que interna a la formación del campo y dependiente de la exigencia de positividad para la psicopatología, esta misma también actúa de facto ejercitándose como esquema, como ejercicio conceptual-relacional entre planos de realidad distintos, cada cual perteneciente a campos categoriales diferentes. Vamos a verlo.

Si atendemos a la psicopatología desde la etapa formativa de su lenguaje a mediados del siglo XIX, nos encontramos con que hay una notable confusión acerca de las categorías y los procedimientos. La pugna entre somáticos y psíquicos que se lleva a cabo en la incipiente psiquiatría alemana adolece de una clarificación, por otra parte plenamente comprensible a juzgar por el estado de cosas teórico, acerca de los determinantes de patología mental. El embrollo conceptual sobre el alcance de la subjetividad y su compromiso material dista mucho de estar encauzado. A ello vendrá a añadirse la incorporación de los restos de la patología funcional (52), que poco a poco van a ir quedando fuera del marco explicativo de la medicina experimental, la etiología microbiológica o tóxica y la lesión anatomopatológica capaz de discriminar las clases naturales de una manera eficaz. La histeria, por ejemplo, propiciará la incorporación al cuerpo de la psiquiatría de elementos semiológicos indistinguibles de los que se detectan en otros cuadros como las demencias, las monomanías o la lipemanía.

Importa señalar que la psicopatología, en cuanto repertorio terminológico, aparece en el desarrollo de la psiquiatría una vez que esta se ha puesto en marcha, en que cree delimitado su ámbito de experiencia (el asilo, el manicomio) y se adentra en el proceso de medicalización dejando atrás los impulsos filosóficos que le habían permitido arrancar pero de los que parece que ya puede desprenderse como un lastre. La semiología médica entonces sirve como modelo de referencia para la psicopatología y así se despliega esta a lo largo de más cien años de historia hasta la actualidad, desde luego no sin dificultades. La más importante ahora para la psiquiatría es conseguir moverse en un contexto semiológico firme donde solo cupiera avanzar en un mismo sentido, es decir, proceder a ir poco a poco profundizando y amplificando ese nexo que es causal, hasta la causa eficiente última, la que sea. Pero esta pretensión no se da por más que se quiera, lo que no impide que se siga persistiendo en esa misma dirección. Desde luego por este camino no hay más que una creciente inestabilidad, como he mostrado arriba, que se va resolviendo, mal que bien, a base de no tomar en cuenta más que aquellas opciones disponibles que comparten el mismo marco teórico. Se va así conformando una psiquiatría académica que se organiza administrativamente bajo el amparo estatal, distribuye cargos asistenciales, docentes, jerárquicos a partir de generar recorridos curriculares predeterminados, al tiempo que establece textos, revistas y congresos donde estos logran legitimarse para acceder a aquellos.

Además, por si fuera poco, la psiquiatría tiene el importante problema de que debe ofrecer una propuesta solvente que le permita asentar el punto de vista materialista a la escala de las manifestaciones clínicas, efectivas, las que se observan en los pacientes, asumiendo que las relaciones semiológicas que se dan en la clínica deben tener un correlato material que hay que exponer, no solo suponerlo o desearlo. Esto, por lo menos, debe hacerse de una forma negativa, es decir, impidiendo que el lugar

de la totalización sea ocupado por ideologías o mitologías, que tergiversan o sesgan la complejidad de las cosas y pervierten el alcance de la materialidad última de la cuestión. Pero también descartando opciones y apoyando resueltamente el abordaje de las limitaciones internas a su propio campo empírico, activando metodologías improcedentes por pretender obviar, por ejemplo, la inconmensurabilidad que ostentan los diferentes planos ontológicos con los que se tiene que enfrentar la psiquiatría y los distintos saberes de los que se nutre.

Sin embargo, no se ha logrado hasta la fecha ofrecer una lógica que permita su relacionalidad articulada de una manera satisfactoria. Los nexos entre las estructuras biológicas y las conductas o expresiones siguen vínculos peculiares que no se dejan someter o subsumir con efectividad bajo los criterios psicologistas, espiritualistas, ni mecánico-fisiológicos. Desde un punto de vista interno a la psiquiatría, su pretensión ha sido desde siempre imitar a la semiología médica y proseguir eficazmente la transición desde las operaciones semánticas hasta lograr que solo queden relaciones de identidad, donde aquellas hayan quedado eliminadas.

La continua confrontación de posiciones alternativas contradice, en mayor o menor medida, la posición dominante sin necesidad de adoptar otros presupuestos de fondo, ya que la falta de un criterio de verdad solvente hace que se vayan adoptando distintas posturas acerca de ideas que desbordan el pretendido marco conceptual cerrado, en el fondo sostenido en una visión fisicalista del mundo. Es decir, que por más que lo pretenda, al no poder prescindir de ideas filosóficas instaladas en su seno, pero al mismo tiempo por rechazarlas, al querer verse como ciencia, la psiquiatría se ve en la tesitura de no poder eludir la inestabilidad. En este sentido, la psicopatología una vez que es consciente de su recorrido y del campo en que se encuentra no deja de ser un modo de ejercitación filosófica. Es en la psicopatología en cuanto lenguaje y andamiaje del discernimiento clínico donde se tiene que solventar el problema de las conexiones efectivas entre las partes (materiales) intervinientes, entre la multiplicidad de planos, aspectos y campos de sentido, donde resulta más difícil prescindir de la relación o vínculo con la filosofía y es índice, a su vez, de la homogenización y empobrecimiento de la psiquiatría bajo el dominio del empirismo el que la psicopatología desaparezca o haya desaparecido ya de la primera línea de la problemática psiquiátrica.

LA PSICOPATOLOGÍA COMO ESTABILIZADOR DE LA EXPERIENCIA PSIQUIÁTRICA

Después de todo lo dicho, es preciso afirmar que la psiquiatría tiene que ser posible como forma de entender una anomalía, una alteración efectiva, que produce dolor y sufrimiento en el contexto de una vida experimentando el mundo. Ni vale presuponer que todo es una determinación de una lesión biológica ni vale diluir la

anomalía en un criterio normativo exterior. Ni hay forma semiológica que revele una lesión debajo de la afectación de forma generalizada, ni cabe argüir que el sufrimiento que se presenta ante nosotros es la forma subjetivada de un proceso subyacente de organización molecular producido por fuerzas inmanentes en conexión con factores coactivos externos que se puede resolver desubjetivando y retornando a un lugar previo de indiferenciación (nuda vida, virtualidad, animalidad). El plano psiquiátrico ni es meramente biológico ni biopolítico. No es ni mecánico-fisiológico ni resultado de un orden disyuntivo. Está estructurado en un mundo de sentido que se organiza hacia formas estabilizadas no solo, o no preferentemente, darwinianas, en cuanto clases o géneros, sino en cuanto individuos.

Ha de contar con la pluralidad de fenómenos pertenecientes a saberes diferentes, con que la identidad está construida a base de diferentes líneas de fuerza. En definitiva, para que se ponga de manifiesto la apertura de la experiencia en la dimensión clínica, efectiva, a la que inexorablemente tiene que hacer frente el psiquiatra en su práctica concreta. Como el estado de relaciones entre respectos no se puede estabilizar sin que la remisión descansa o se asiente de forma contextual, como los nexos inferenciales no se saturan y quedan abiertas las posibilidades de conexión de forma indefinida y como la unidad de experiencia queda fragmentada sin que haya nadie que se responsabilice de llevar a cabo las síntesis empíricas a partir de las diferencias permaneciendo abierta a la contingencia, todo esto supone unas serias dificultades para el ejercicio clínico, con el riesgo de que se mantenga un escepticismo recalciante, generando un espectro inextinguible de duda e incertidumbre.

Por esto la psiquiatría queda configurada como una técnica, como una práctica. Una actividad que siempre va a requerir cerrarse de forma imperfecta. Lo que significa que si la práctica psiquiátrica no se puede ejercer desde fuera, sin implicarse *in medias res* en su ejercicio, no se puede acotar un espacio exterior e intervenir asepticamente controlando variables abstractas, preferentemente numéricas. No hay más remedio que hacerlo desde dentro, desde el ejercicio concreto de la práctica clínica y en confrontación con lo que se ofrece, y es a partir de ahí que se puede reconstruir el contexto de forma reflexionante. Significa que nunca podemos acotar un espacio sin suponernos inmiscuidos; sin embargo, tampoco podemos renunciar a acertar ante lo que se nos presenta, a producir un cierre, no en falso desde luego, sino un cierre que establezca el campo y los elementos o factores que intervienen en él, a saber, efectivamente, como un saber-hacer al menos.

Así pues, se tiene que hacer frente a una inestabilidad interna, de la propia subjetividad, y a la que es inherente la multiplicidad de líneas de fuerza que la atraviesan. No puede satisfacerse con una visión monolítica de su actividad, como si pudiese reducir su trabajo a unificar y compensar los diferentes campos y modos gnoseológicos adoptando y priorizando uno sobre los demás (naturalismo fisicalista

o psicologismo). Ante todas estas dificultades la psicopatología trata de aportar en su proceder, en cuanto actividad lógica, y por tanto relacional, a una (meta)estabilización de los distintos aspectos intervinientes en la conformación del campo de experiencia psiquiátrico.

1. De modo que la estabilización procede en primer lugar *ex negativo*; realizar un ejercicio crítico para disolver las mitologías que sustentan su mirada y pervierten su visión hacia posiciones metafísicas. Este es el papel preciso que juega la filosofía en la psiquiatría. A la vista de que no se puede cerrar la experiencia, de que no se van a cancelar las contradicciones que la conforman, se va a necesitar de un procedimiento que la resguarde de incurrir en rigideces o hipóstasis inútiles y que permita que siga fluyendo sin llevarla a una posición estable pero muerta, es decir, nula desde el punto de vista de su capacidad de conocer y decir verdad efectiva al margen de una postura internalista meramente coherente. La psicopatología incorpora la posición crítica y la manera en la que discriminar o discernir por el modo de entretrejimiento entre campos implicados en una situación concreta que no es susceptible de ser sometida a un cierre completo.

2. Por otro lado, debe suministrar conceptos que le permitan articular el campo de experiencia a falta de un marco exterior consistente y estable, puramente formal, que impida disolver el materialismo que la constituye, y ello sin caer ni en un positivismo reduccionista romo y zafio ni en un espiritualismo impresentable. Se requiere descompactar el presente que se ofrece en bloque, sin matices, homogéneo, plano, e introducir reflexividad para activar latencias que permitan el distanciamiento de la realidad mostrenca e introducir modalidad (posible, necesario, real, latente).

3. Y es aquí, por otro lado, donde la psicopatología juega un papel en esta tarea de (meta)estabilización, no en el sentido de aportar un conocimiento oculto, ni una legitimidad cognoscitiva, un saber de primer grado, sino en el de permitir el trasiego inmanente de idas y venidas desde el presentarse de lo que se presenta hasta las nociones que lo aclaran y vuelta a lo que se presenta. Se trata de que contribuya, sin anular su interno dinamismo, gracias a la aportación de ideas, metáforas y analogías de distinta procedencia, a fluidificar el razonamiento clínico que está dirigido a la individuación. Y ello, repito, precisamente porque la (meta)estabilización se va a requerir siempre porque las totalizaciones de sentido son por una parte ineludibles, pero por otro lado en terrenos experiencialmente abiertos como la psiquiatría, donde la apertura no es incidental ni transitoria sino estructural, no pueden ofrecer solución en forma de una identidad constante, irrefutable. Como ese campo abierto que es la psiquiatría no se puede reducir a otro supuestamente más capaz y con mayor poder legitimador como los que ostentan ciencias básicas, la bioquímica en el marco de la neurociencia no puede arrogarse la causa última y la explicación de lo que acontece en la clínica. Así, por ejemplo, el régimen sintomático causal que es

cierto para los cuadros confusionales manifestados como la forma de reacción exógena aguda no puede abarcar la compleja expresión y la variada patoplastia de una psicosis funcional.

4. Algo semejante sucede, por ejemplo, en la pretensión de la lingüística estructuralista respecto a la poética, que quiere reducir los cursos recursivos estrictamente anclados en procesos significantes, a su vez susceptibles de ser explicitados en términos lingüísticos (53), de modo que los distintos planos dados en el acto poético –literal y alegórico, retórico y metafórico, etc.– pierden su carácter poético, que es la propia complejidad entre ellos, y solo existente en esa complejidad, por una burda reducción meramente lingüística en términos formales. Del mismo modo, los distintos planos dados al clínico frente al paciente –sintomático, biográfico, social, familiar, laboral, cultural, académico, biomédico, genético, farmacológico, etc.– adquieren relevancia por la complejidad concreta, individual, que se da ahí y que el psiquiatra ejecuta en su acción intelectual, en la praxis, sin reducirse uno a otro, sin que necesariamente uno domine a los demás en base a su potencia explicativa en términos de su preeminencia científica y en la verificabilidad abstracta que ostente, o por la función referencial que rijan en su remisión causal. De modo que para cada caso haya una línea de fuga que retenga un sentido clínico relevante no tanto alzando primando la subsunción cuanto la analogía.

La psicopatología estabiliza porque consigue ofrecer articulación/complejidad entre partes disyuntas que remiten a lo mismo, al proceso individual e individuante de un orden de acción y/o sentido. Eso sí, sabiendo que está en el plano que está, que la subjetividad está en ejercicio, no está segregada, eliminada, de las operaciones que han permitido suministrar ese relato. La estabilización de la psiquiatría permite, dentro de las limitaciones de la experiencia psiquiátrica, evitar la incoherencia a fuerza de impedir que las posiciones en lucha, que parten de campos categorialmente diferenciados, unos cerrados otros no, administren unilateralmente el propio campo abierto de la experiencia psiquiátrica, llevándola a ninguna parte o disolviendo sus pretensiones de verdad, supuestamente científicas, que fallan en dar una respuesta no solo cierta sino estabilizadora.

La desestabilización se puede efectuar por medio de crear fantasmas, antes de razón, enmarcados en hipóstasis que abarcan desde la genética, la epidemiología, el curso clínico o el repertorio de síntomas supuestamente advertidos, dando lugar a caricaturas que no se atienen a lo que efectivamente tiene lugar en el campo de experiencia de la clínica, a su flujo efectivo, a su dinamismo interno. La psicopatología no estabiliza si se arroga ser la vía regia del diagnóstico psiquiátrico como prontuario de síntomas a aprehender con acuidad como semiología médica. Ni como reservorio de conocimiento esencial, ni como acceso a un plano más profundo de significación que nos reserva el enigma de lo que sucede ante nosotros en la clínica. Ni si ejerce

una depuración histórica de los signos y síntomas como desescombros de sedimentos espurios que nos permitan llegar a la primariedad de ese signo.

La psicopatología estabiliza porque sabe su experiencia como distinta, pero no necesariamente inferior, a las que se encuentran en ciencias categorialmente cerradas susceptibles de ofrecer verdades sintéticas (54,55). Sabe que no dispone de un proceso operatorio que coincida o converja con otro en que lleguen a una misma identidad, sabe que solo accede a una porción de la realidad mediatamente; siguiendo un proceder reflexivo, conforma posibles zonas de coincidencia y, en base a eso, asigna el mejor tratamiento posible para una curso previsible de un singular.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Chignola S. Sobre el dispositivo. Foucault, Agamben, Deleuze. En: Castro Orellana R, Salinas Araya A (eds.) La actualidad de Michel Foucault. Madrid: Escolar y Mayo, 2016; pp.159-184.
- 2 Weber M. Economía y sociedad. México: FCE, 1979.
- 3 Weber M. Ensayos sobre sociología de la religión, vol.1. Madrid: Taurus, 1987.
- 4 Blumenberg H. Descripción del ser humano. Buenos Aires-México: FCE, 2011.
- 5 Bueno G. Ignoramus, Ignorabimus! El Basilisco 1990; 4: 69-88.
- 6 Fernández-Doctor A. Psychiatric care in Zaragoza in the eighteenth century. Hist Psychiatry 1993; 4: 373-393.
- 7 Crichton A. An inquiry into nature and origin of mental derangement. London: Cadell & Davies, 1798.
- 8 Chiarugi, V. Della pazzia in genere ed in specie. Trattato medico-analitico con una centuria di osservazioni. Roma: Vecchiarelli, 1992.
- 9 Pinel P. Nosographie philosophique or le méthode de l'analyse appliquée a la médecine. Vol. 1, Paris: Crapet, 1795; vol. 2, Paris: Richard, Caille et Ravier, 1796.
- 10 Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris: Brosson, 1809.
- 11 Swain G. Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie. Toulouse: Privat, 1977.
- 12 Swain G. Diálogo con el insensato. Madrid: AEN, 2009.
- 13 Huertas R. Locura y subjetividad en el nacimiento del alienismo. Releyendo a Gladys Swain. Frenia. Revista de historia de la psiquiatría 2010;(10): 11-28.
- 14 Biran M de. Nuevos ensayos de antropología. Salamanca: Sígueme, 2014.
- 15 Novella E. La ciencia del alma. Locura y modernidad en la cultura española del siglo XIX. Madrid/Frankfurt: Iberoamericana /Vervuert, 2013.
- 16 Ramos-Gorostiza P. Positividad y psiquiatría. Sobre la subjetividad desfondada y la limitación de la experiencia. Journal für Philosophie und Psychiatrie. Octubre 2014.
- 17 Foucault M. Binswanger et l'analyse existentielle. Paris: Seuil/Gallimard, 2021.
- 18 Abettan C. Phénoménologie et Psychiatrie. Heidegger, Binswanger, Maldiney. Paris: Vrin, 2018.
- 19 Novella E. Der junge Foucault und die Psychopathologie. Psychiatrie und Psychologie im frühe Werk von Michel Foucault. Berlin: Logos, 2008.

- 20 Foucault M. El poder psiquiátrico. Curso del Collège de France (1977-1978). Buenos Aires: FCE, 2007.
- 21 Deleuze G, Guattari F. El Antiedipo. Capitalismo y esquizofrenia. Barcelona: Barral, 1973.
- 22 Lantéri-Laura G. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Madrid: Triacastela, 2000.
- 23 Plessner H. Die Stufen der Organischen und der Mensch. Einleitung in die philosophische Anthropologie. Berlin-New York: Walter de Gruyter, Dritte Auflage, 1975.
- 24 Plessner H. La risa y el llanto. Madrid: Revista de Occidente, 1960.
- 25 Plessner H. Poder y naturaleza humana. Madrid: Guillermo Escolar Editor, 2018.
- 26 Goldstein K. The organism. A holistic approach to biology derived from pathological data in man. New York: American Book Company, 1939.
- 27 Goldstein K. La naturaleza humana a la luz de la psicopatología. Buenos Aires: Paidós, 1961.
- 28 Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Buenos Aires: Siglo XXI, 1972.
- 29 Canguilhem G. Ideología y racionalidad en las ciencias de la vida. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.
- 30 Canguilhem G. Estudios de historia y de la filosofía de las ciencias. Buenos Aires: Amorrortu, 2009.
- 31 Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1973.
- 32 Ramos-Gorostiza P. Contingencia y subjetividad en el trasfondo de la clínica psiquiátrica. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2016; 36: 423-441
- 33 Stanghellini G, Broome MR. Psychopathology as the basic science of psychiatry. Br J Psychiatry. 2014; 205: 169-70.
- 34 Ramos-Gorostiza P. El desenvolvimiento de la psicopatología. Archivos de Psiquiatría 2000; 63: 327-338.
- 35 Ramos-Gorostiza P. Caminos de la psicopatología. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Primavera, 2001:16-24.
- 36 Löwith K. Historia del mundo y salvación. Los presupuestos teológicos de la filosofía de la historia. Buenos Aires: Katz, 2007.
- 37 Blumenberg H. Die Legitimität der Neuzeit. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1966.
- 38 Chaslin Ph. Éléments de sémiologie et clinique mentales. Paris: Asselin et Houzeau, 1912.
- 39 Chaslin Ph. Is "psychiatry" a well made language? Hist Psychiatry 1995; 6: 395-405.
- 40 Luque R, Villagrán JM. Psicopatología descriptiva. Nuevas tendencias. Madrid: Trotta, 2000.
- 41 Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 5 Bände. Leipzig: Barth, 1909.
- 42 Hoche A. El significado de los complejos sintomáticos en psiquiatría. En: Hoche A, Kraepelin E, Bumke O. Los síntomas de la locura. Madrid: Triacastela, 1999; pp. 19-33.
- 43 Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie. Klinische Vorlesungen. Leipzig: Thieme, 1906.
- 44 López Piñero JM. Orígenes históricos del concepto de neurosis. Valencia: Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina, 1963.

- 45 Hacking I. Mad travellers. Reflections on the reality of transient mental illnesses. Charlottesville and London: University Press of Virginia, 1998.
- 46 Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende. Braunschweig: Wreden, 1876.
- 47 Llopis B. La psicosis única. Escritos escogidos. Madrid: Triacastela, 2003.
- 48 Janzarik W. Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie. Stuttgart: Enke, 1988.
- 49 Bergmann Gv. Patología funcional. Barcelona: Labor, 1940.
- 50 Tellenbach H. Melancholie. Problemgeschichte Endogenität Typologie Pathogenese Klinik. Berlin Heidelberg: Springer, 1961.
- 51 Ramos-Gorostiza P. Personalidad y endogeneidad en psicopatología. Actas Esp Psiquiatr 1999; 27:167-175.
- 52 Hacking I. Rewriting the soul. Multiple personality and the sciences of memory. Princeton: Princeton University Press, 1995.
- 53 Jakobson R. Lingüística y poética. Madrid: Cátedra, 1985.
- 54 Bueno G. Ensayos materialistas. Madrid: Taurus, 1972.
- 55 Bueno G. Teoría del cierre categorial. Oviedo: Pentalfa, 1992-93.

Perspectivas actuales

La grave incongruencia existente entre el nuevo sistema de apoyo y la emisión del consentimiento informado por las personas con discapacidad

The Serious Inconsistency Between the New Support System and the Issuance of Informed Consent by People with Disabilities¹

JAVIER PALLARÉS NEILA

*Doctor en Derecho. Universidad Rey Juan Carlos. Fundación Manantial, Madrid.
ORCID iD: 0000-0002-9308-5810*

Correspondencia: javipane@gmail.com

Recibido: 08/07/2023; aceptado con modificaciones: 23/10/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: Recientemente, el Tribunal Constitucional ha dictado una sentencia por la que se confirmaba la constitucionalidad de dos resoluciones judiciales que habían ordenado la vacunación de una persona con discapacidad en contra de la voluntad de su tutor. El ob-

¹ Este trabajo se ha realizado en el marco del proyecto de investigación PID2022-137330OB-I00 “Voluntad, autonomía y bienestar de la persona mayor: retos jurídicos”, de la convocatoria 2022 de los “Proyectos de Generación de Conocimiento” del Ministerio de Ciencia e Innovación, IP Montserrat Pereña Vicente.

jeto de este artículo es analizar qué hubiera ocurrido de haberse producido esos hechos en la actualidad, tras la entrada en vigor de la Ley 8/2021 que regula un nuevo sistema de apoyo a la capacidad jurídica en favor de las personas con discapacidad. Tras analizar las nuevas medidas de apoyo que se han incorporado al Código Civil, se concluye informando de la existencia de un grave desajuste entre el Código Civil y la Ley 41/2002.

Palabras clave: discapacidad, capacidad jurídica, consentimiento informado, apoyo.

Abstract: Recently, the Constitutional Court issued a ruling confirming the constitutionality of two court resolutions that had ordered the vaccination of a person with disabilities against the will of their legal guardian. The purpose of this article is to analyze what would have happened if these events had occurred today, after the entry into force of Law 8/2021, which regulates a new system of support for legal capacity in favor of people with disabilities. After analyzing the new support measures that have been incorporated into the Civil Code, it is concluded that there is a serious mismatch between the Civil Code and Law 41/2002.

Key words: disability, legal capacity, informed consent, support.

LA VACUNACIÓN OBLIGATORIA

EL 20 DE ABRIL DE 2023, el Tribunal Constitucional dictó la sentencia 38/2023 (1), por la que se desestimaba el recurso de amparo formulado por el tutor de una persona diagnosticada de una demencia por Alzheimer contra dos resoluciones judiciales que acordaban la administración de una vacuna concreta frente a la COVID-19.

Los hechos que dieron lugar al recurso fueron los siguientes²:

Por sentencia de 24 de enero de 2017, el Juzgado de 1ª Instancia Nº 2 de Telde modificó la capacidad de obrar de doña FRS, designando como tutor a su hijo, don ANR.

En plena pandemia provocada por el coronavirus SARS-CoV-2 y durante la campaña de vacunación, el tutor, mediante escrito, manifestó: “no doy el consentimiento y desautorizo la vacuna contra la COVID-19, como tutor legal de mi madre, más aún, como he dejado claro en anteriores comunicaciones por email, tampoco doy autorización para ningún tipo de vacunas de la gripe anual” (todo ello, en mayúsculas y negritas en el original). A ello se añadía como explicación lo siguiente: “Motivo: inseguridad civil y jurídica de tales vacunas”.

² Puede leerse el relato pormenorizado de los hechos en la propia sentencia referenciada (1).

Tras informar el centro sociosanitario en el que residía FRS de la negativa del tutor a que le administraran dicha vacuna y abundando en que ello los había obligado a realizar una sectorización para evitar el contacto entre personas vacunadas y no vacunadas, el Ministerio Fiscal interesó una comparecencia a efectos de autorizar judicialmente la administración de la vacuna contra la COVID-19 a FRS.

Dada la oposición del tutor, el juzgado acordó el nombramiento de un defensor judicial. Tanto la defensora judicial nombrada como el Ministerio Fiscal solicitaron que se otorgara autorización para el suministro de la vacuna, a lo que el tutor nuevamente se opuso.

En noviembre de 2021, el juzgado autorizó la administración de la vacuna, decisión que fue recurrida en apelación por el tutor. El recurso sería finalmente desestimado por la Audiencia Provincial de las Palmas de Gran Canaria, confirmando íntegramente la resolución del Juzgado.

Mostrando su disconformidad con las resoluciones dictadas y en el entendimiento de que se habían vulnerado los derechos fundamentales de la persona a la que tutelaba, ANR interpuso recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional por entender que, dado el carácter voluntario de la vacunación en España, la actuación judicial suponía la vulneración “del derecho a la igualdad ante la ley y a no ser discriminado, la vulneración del derecho a la integridad física y moral, así como la vulneración del derecho a la intimidad (arts. 14, 15 y 18 de la CE)”.

LA RESOLUCIÓN DEL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

Para la resolución de la cuestión sometida a “amparo”, el Tribunal Constitucional parte fijando los siguientes principios:

- Que el respeto al principio del consentimiento es un elemento central en el ámbito sanitario;
- Que este principio es manifestación del libre desarrollo de la personalidad y con ella de la autodeterminación de la persona;
- Y que la administración no consentida de un tratamiento sanitario “se inserta en el ámbito general de protección otorgado por el derecho a la integridad personal reconocido en el art. 15 CE, quedando este derecho directamente concernido cuando el acto coactivo del poder público implicaba “una lesión o menoscabo del cuerpo”, “aunque esa lesión o menoscabo tuviera un carácter meramente potencial”, pues, como ha manifestado en otras ocasiones, “para poder apreciar la aducida vulneración del art. 15 CE no es preciso que la lesión de la integridad se haya consumado, sino que a efectos de que el derecho invocado se estime lesionado basta con que exista un riesgo relevante de que la lesión pueda llegar a producirse”.

Con ello viene a confirmar que, efectivamente, la administración de una vacuna “entra, con claridad, dentro de las facultades de autodeterminación garantizadas por el derecho a la integridad personal” y, en consecuencia, que la posible constitucionalidad de la administración no consentida queda supeditada a la concurrencia de dos requisitos: la existencia de una habilitación legal precisa y el respeto al principio de proporcionalidad.

APLICACIÓN DE LA DOCTRINA CONSTITUCIONAL AL CASO ENJUICIADO

Para el Constitucional, ambos requisitos se dan en el caso enjuiciado: existe una ley que admite la excepcionalidad y las resoluciones judiciales dictadas han ponderado todos los intereses en juego.

El cuanto al primero, la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en lo sucesivo Ley 41/2002), tras reconocer como principio básico de toda actuación sanitaria el consentimiento del paciente, regula en su artículo 9 tres supuestos en los que su ausencia es posible suplirla mediante el instrumento jurídico de la representación legal:

- a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones.
- b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.
- c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención.

Como hemos referido, en este caso se trataba de una persona aquejada de una demencia severa ocasionada por la enfermedad de Alzheimer que había sido incapacitada judicialmente y representada por un tutor que, además, era su hijo, supuesto que es uno de los expresamente previstos en la citada ley.

Y en cuanto al segundo, a juicio del tribunal, tanto el juzgado como la Audiencia Provincial de las Palmas de Gran Canaria tomaron una decisión proporcionada a las circunstancias que concurrían en la persona: había quedado probado que el estado avanzado de enfermedad le impedía manifestar una voluntad válida; no se había anticipado a esta situación mediante la formulación de instrucciones previas; y, a juicio clínico, la decisión de inocular la vacuna era la más adecuada al mayor beneficio para la vida o salud de la paciente.

Es conveniente recordar que el tutor, con su negativa, parecía responder más a intereses propios, conectados con su orientación política, su moralidad o la cultura científica de los denominados antivacunas (2), que al interés de su madre, como lo

demostraba el hecho de que no solo se oponía a la vacuna que proporcionaría posible inmunidad frente a la COVID, sino también a cualquier tipo de vacuna frente a la gripe, con motivo de la “inseguridad civil y jurídica de tales vacunas”, como escribió.

EL NUEVO SISTEMA DE APOYO PARA EL EJERCICIO DE LA CAPACIDAD JURÍDICA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Abordaremos ahora dos cuestiones: en primer lugar, valoraremos cómo ha resuelto el tribunal el problema de derecho transitorio producido a consecuencia del cambio de legislación que trajo consigo la “Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica” y que es posterior a los hechos enjuiciados; y, en segundo lugar, analizaremos cuál sería la solución si semejante caso se produjera en la actualidad, vigente ya el nuevo sistema de apoyo en favor de las personas con discapacidad.

a) Valoración crítica de la decisión actual

Pese a su complejidad, pensamos que el Constitucional ha resuelto acertadamente la cuestión debatida, no solo en cuanto al fondo, sino también en cuanto a la argumentación seguida para alcanzarla.

Era compleja, ya que durante la tramitación del proceso no solo había desaparecido la tutela para las personas mayores de edad, sino, más importante, se había suprimido el constructo que la sustentaba: el procedimiento de incapacitación, la supresión o modificación de la capacidad de obrar.

Ahora el Código Civil, bajo la rúbrica “De las medidas de apoyo a las personas con discapacidad para el ejercicio de su capacidad jurídica” (artículos 249 a 300), no solo adapta el derecho español a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en lo sucesivo CDPD) (3), sino que cambia completamente su paradigma.

Ahora, las nuevas medidas de apoyo tienen por finalidad “permitir el desarrollo pleno de su personalidad y su desenvolvimiento jurídico en condiciones de igualdad”, estando inspiradas “en el respeto a la dignidad de la persona y en la tutela de sus derechos fundamentales”. Nada de proteger a presuntos incapaces que no pueden gobernarse por sí mismos, como se leía, en su redacción anterior, el artículo 200 del Código Civil.

Así las cosas, se planteaba ante el tribunal un grave problema, ya que el supuesto de hecho previsto en la letra b) del artículo 9 de la Ley 41/2002 es el de un paciente que tiene la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia, y este supuesto había desaparecido en la nueva legislación.

Sin embargo, el de la literalidad no es el único criterio hermenéutico que el Código Civil permite para interpretar la norma jurídica, también invita a utilizar el contextual, atendiendo a su espíritu y finalidad.

De esta forma, entendemos con el Tribunal Constitucional que el objeto principal de la norma es resolver aquellos casos en los que una persona, por la razón que sea, no puede emitir un consentimiento válido y tiene un representante legal. Y, en la nueva regulación nacida de la Ley 8/2021, existe la posibilidad de que en la medida de apoyo curatela pueda el curador asumir excepcionalmente funciones representativas.

Abunda en esta idea el hecho de que la Disposición Transitoria Segunda de la mencionada Ley 8/2021 advierte que a los tutores de las personas con discapacidad se les aplicarán las normas establecidas para los curadores representativos, estableciendo así cierto puente entre ambas figuras.

Existiendo el mismo supuesto de hecho, se deberá aplicar la consecuencia jurídica prevista en el párrafo sexto del artículo 9 de la Ley 41/2002. Esta norma espera que el representante nombrado tome la decisión “atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente”, hasta el punto de exigir al personal clínico adoptar por sí, en caso de urgencia, o, en caso contrario, poner en conocimiento de la autoridad judicial aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses.

La Ley 41/2002 sigue íntegramente vigente y, por lo tanto, a nuestro juicio y dados los hechos, el Tribunal Constitucional no podía tomar otra decisión.

b) Valoración crítica de la decisión futura

Pero nos debemos preguntar qué ocurriría si un caso similar se produjera en la actualidad, es decir, con el nuevo sistema de apoyo en favor de las personas con discapacidad.

Para intentar ofrecer una respuesta, describamos primero este nuevo sistema.

El Código Civil prevé actualmente tres sistemas distintos de proveer el apoyo a las personas con discapacidad para el ejercicio de la capacidad jurídica: las medidas de apoyo voluntarias, las medidas de apoyo no formales y las medidas de apoyo de constitución judicial.

1. Las medidas de apoyo voluntarias

A este respecto el código regula dos modalidades: una medida de apoyo inno-minada, de nueva creación, prevista en su artículo 255, que denominaremos “sistema de apoyo voluntario” y los tradicionales poderes o mandatos preventivos.

Por el sistema de apoyo voluntario, cualquier persona mayor de edad o menor emancipada, en previsión o apreciación de la concurrencia de circunstancias que

puedan dificultarle el ejercicio de su capacidad jurídica, podrá prever o acordar en escritura pública medidas de apoyo relativas a su persona o bienes, establecer el régimen de actuación y el alcance de las facultades de la persona o personas que hayan de prestarlo.

Es por lo tanto posible que reconozca a una persona como apoyo, otorgándole funciones meramente asistenciales o también representativas.

Los poderes y mandatos preventivos también regulados como medidas voluntarias en el código se otorgan para que otra persona actúe representando sus intereses si llegado el momento no puede actuar por sí misma o no puede manifestar su voluntad. Por lo tanto y por su propia naturaleza, no es posible un poder con facultades meramente asistenciales.

En relación con estas medidas, convendría distinguir dos supuestos:

a) En relación con el que hemos denominado “sistema de apoyo voluntario”, si otorga al tercero facultades meramente asistenciales, las dificultades que la persona con discapacidad pueda tener para emitir el consentimiento informado las suple con la asistencia de otra persona que ha sido previamente nominada en la escritura pública, por lo que el personal clínico quedaría plenamente vinculado con su decisión, sea esta cual sea.

b) Sin embargo, en caso de que las facultades otorgadas a la persona de apoyo fueran representativas, así como en el supuesto de otorgamiento de un poder preventivo, la respuesta no puede ser unívoca, sino que depende de si ha concretado o no el contenido de las facultades otorgadas.

Si el poderdante se limita a designar un representante, sin concretar el contenido de la decisión que ha de tomar, se aplicaría sin matización ninguna lo dispuesto en el párrafo sexto del artículo 9 de la Ley 41/2002 y, por lo tanto, el apoderado deberá tomar la decisión atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente; en caso contrario, el clínico deberá ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial.

Pero el apoderado puede no haberse limitado a designar representante, sino que puede haber explicitado también el contenido concreto de las facultades encomendadas, por ejemplo, la toma de decisiones en materia sanitaria.

Nos referimos a la posibilidad de que la persona con discapacidad pueda combinar las medidas de apoyo voluntarias con las instrucciones previas otorgadas conforme a la habilitación que ofrece el artículo 11 de la Ley 41/2002. Se trata de una oportunidad que nos parece perfectamente plausible e incluso, como han puesto de relieve algunos autores (4), deseable en materia de salud mental, en tanto puede servir de instrumento para potenciar el respeto a la autonomía del paciente.

Si así fuera, en este contexto que analizamos, es decir, el de un paciente que no puede expresar su voluntad pero ha designado voluntariamente en escritura pública

a una persona para que consienta o no en su nombre esa concreta intervención médica, en un sistema de vacunación voluntaria y sin un interés público concurrente, el personal clínico debería abstenerse de intervenir, respetando el deseo del paciente sin que sea necesario ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial.

2. La guarda de hecho

El segundo tipo de medida es aquella que se reconoce sin que exista una constitución formal, bien sea judicial o notarial. Nos referimos a la guarda de hecho.

Esta medida de apoyo, conocida ya en la regulación anterior, se ha querido revalorizar en la actual elevándola a la categoría de medida de apoyo, hasta el punto de que, siendo suficiente, puede llegar a impedir la constitución de una curatela, o permitir al guardador, con ciertos límites y condiciones, algunas actuaciones representativas.

Pese al lugar que ocupa ahora en el nuevo sistema de apoyo, el código no la define, al contrario de alguna legislación foral como la catalana o la aragonesa. Para Leciñera Ibarra (5), “es la persona que de manera espontánea y por iniciativa propia, sin ningún tipo de investidura judicial formal, asiste con carácter de estabilidad y permanente a una persona con discapacidad, con la que le une normalmente una relación de confianza por ser familiar o allegado”.

Esta indefinición consustancial de la figura, derivada de su carácter no formal, hace que no podamos dar una respuesta unívoca a la situación planteada.

Si el guardador de hecho presta un mero apoyo a la persona con discapacidad, el consentimiento deberá emitirlo ella misma, aceptando o rechazando el tratamiento aconsejado o propuesto, dado que la existencia de una discapacidad no es motivo para dudar del pleno ejercicio de la capacidad jurídica.

Distinto es que las condiciones cognitivas de la persona hagan dudar al personal clínico de que pueda emitir un consentimiento válido. Este es el caso previsto en la letra a) del párrafo cuarto del artículo 9 de la Ley 41/2002, conforme al cual se otorgará el consentimiento por representación “cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”.

Es decir, en este caso, el personal facultativo deberá dirigirse al guardador de hecho para que emita un consentimiento por representación, de conformidad con lo dispuesto en dicho precepto.

Esta interpretación la avala y es congruente con lo dispuesto en el artículo 264, en relación con el 287, ambos del Código Civil, ya que, si bien el guardador debe re-

cabar autorización judicial cuando en representación de la persona con discapacidad pretenda realizar actos de trascendencia personal o familiar, deja a salvo “lo dispuesto legalmente en materia de internamiento, consentimiento informado en el ámbito de la salud o en otras leyes especiales”.

3. La defensa judicial

La tercera medida de apoyo (la numeración es nuestra) es la defensa judicial. Su constitución se producirá “cuando la persona con discapacidad requiera el establecimiento de medidas de apoyo de carácter ocasional, aunque sea recurrente”.

El supuesto de hecho es el de un paciente que a criterio médico no es capaz de tomar decisiones, se desconoce la existencia de personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho y no consta el nombramiento de un representante legal.

En este caso estimamos que, siempre que la intervención clínica admita demora sin perjuicio grave, la autoridad sanitaria lo debería poner en conocimiento de la autoridad judicial, a fin de que, oída la persona con discapacidad, nombre como defensora judicial a aquella persona que se considere más idónea para respetar, comprender e interpretar la voluntad, deseos y preferencias de la persona con discapacidad. Esta será quien preste, o no, el consentimiento previsto en la legislación sanitaria.

4. La curatela

Y, por último, en este sucinto examen nos queda referirnos a la curatela.

Esta medida sí que es definida en el Código Civil como “medida formal de apoyo que se aplicará a quienes precisen el apoyo de modo continuado”.

Pese a que coincidimos con otras autoras, como Pereña Vicente (6), en cuanto a que la curatela admite una variedad de posibilidades y que, por lo tanto, no hay ni dos ni tres curatelas, sino una única curatela de contenidos diversos; del examen de un conjunto de sentencias dictadas por las audiencias provinciales en los últimos meses (7), descubrimos que en realidad los órganos judiciales están organizando la curatela de forma bifronte, dependiendo de las facultades atribuidas a la persona del curador: curatela con facultades asistenciales y curatela con facultades representativas.

En la primera, el curador no ejerce ninguna facultad representativa. La labor del curador asistencial en materia sanitaria sería la de procurar que se le facilite, de forma completa, veraz y adaptada a sus circunstancias, toda la información y asistencia necesaria para prestar su consentimiento; que este consentimiento se forme y exprese en el momento adecuado y de forma libre; que no existan influencias indebidas por parte de terceras personas; y se garantice que su voluntad sea respetada.

Una persona con discapacidad que tenga constituida como medida de apoyo una curatela con funciones asistenciales, es una persona cuyas dificultades para el ejercicio de su capacidad jurídica, en este caso para la emisión de un consentimiento informado válido, las suple con la asistencia de otra persona que es el curador.

Siendo así, en principio y como ocurriría con cualquier otro paciente, el personal clínico que la atiende debe quedar vinculado por su decisión, una vez compruebe que está siendo asistido por el curador.

Distinto es, a nuestro juicio, si la medida de apoyo establecida es una curatela en el ámbito sanitario, en la que se le reconocen al curador funciones representativas. En este caso, la Ley 41/2002 advierte que la información clínica siempre ha de darse al paciente “de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal”; pero el consentimiento informado lo otorga su representante legal, es decir, el curador.

Entraría en juego la misma limitación que antes observamos y que motivó la resolución del Tribunal Constitucional estudiada: si el personal clínico entiende que la decisión del curador con facultades representativas es contraria al mayor beneficio para la vida o salud del paciente, deberá ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal.

CONCLUSIONES

Tanto en relación con las medidas de apoyo, en general, como con la curatela, en particular, el Código Civil insiste en que las personas que presten apoyo deberán actuar atendiendo a la voluntad, deseos y preferencias de quien lo requiera.

Hasta tal punto es así que, en aquellos casos en los que se haya atribuido a un curador funciones representativas, este “deberá tener en cuenta la trayectoria vital de la persona con discapacidad, sus creencias y valores, así como los factores que ella hubiera tomado en consideración, con el fin de tomar la decisión que habría adoptado la persona en caso de no requerir representación”.

Esta prescripción evoca claramente lo dispuesto en la Observación número 1 del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (8), que, al interpretar el párrafo cuarto del artículo 12 de la CDPD (3), manifiesta que: “Cuando, pese a haberse hecho un esfuerzo considerable, no sea posible determinar la voluntad y las preferencias de una persona, la determinación del «interés superior» debe ser sustituida por la «mejor interpretación posible de la voluntad y las preferencias». Ello respeta los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, de conformidad con el artículo 12, párrafo 4. El principio del «interés superior» no es una salvaguardia que cumpla con el artículo 12 en relación con los

adultos. El paradigma de «la voluntad y las preferencias» debe reemplazar al del «interés superior» para que las personas con discapacidad disfruten del derecho a la capacidad jurídica en condiciones de igualdad con los demás”.

El legislador, que no ha dudado reformar además del Código Civil siete leyes más, no ha modificado nada relativo a la prestación del consentimiento informado conforme a lo previsto en la Ley 41/2002. El resultado es una grave disonancia entre ambas normas, precisamente en una materia tan importante como la salud, que debería resolverse cuanto antes, ya que lo cierto es que, en una, se apela reiteradamente a la voluntad, deseos y preferencias de las personas con discapacidad y, en otra, se invoca un interés superior para la vida o la salud del paciente.

¿Cómo se resolverá?

El Tribunal Supremo en Pleno (9), tan solo unos días después de la entrada en vigor de la Ley 8/2021, dictó una sentencia en la que, en contra de la voluntad de la persona con discapacidad que según informe forense padecía un “síndrome de Diógenes con posible trastorno de la personalidad”, reconoce la procedencia de una medida de apoyo de carácter asistencial, autorizando a la entidad designada curadora para que realice los servicios de limpieza y orden de su casa, permitiéndole entrar en el domicilio con la periodicidad necesaria y para asegurar la efectiva atención médico-asistencial.

El Supremo no alude directamente al superior interés de la persona, pero qué duda cabe que se está implícitamente refiriendo a él en su argumentario: “No intervenir en estos casos, bajo la excusa del respeto a la voluntad manifestada en contra de la persona afectada, sería una crueldad social, abandonar a su desgracia a quien por efecto directo de un trastorno (mental) no es consciente del proceso de degradación personal que sufre”.

La resolución ha sido muy controvertida, y algunas autoras (10) han manifestado que no se ajusta ni al Código Civil, ni a la Convención de Nueva York, ni a la mencionada Observación N° 1, y que “se debe admitir el derecho a rechazar el apoyo o a renunciar al que ya se tiene, como corolario efectivo del principio de respeto a la voluntad, deseos y preferencias de las personas con discapacidad que la reforma eleva a la categoría de columna vertebral del sistema”.

Desconocemos si esta doctrina se consolidará o cuál será la decisión del legislador cuando decida modificar la Ley 41/2002 para acomodarla a la Ley 8/2021. Hasta entonces, puede ser útil para el personal clínico que ha de tomar una decisión tener presente la matriz de decisiones que se expone en la Tabla 1.

TABLA I

*El consentimiento informado de las personas con discapacidad.
Matriz de decisiones*

| Situación jurídica de la persona con discapacidad | Titular de la información clínica | Firma del consentimiento informado | Decisión contraria a la vida o la salud del paciente |
|--|--|---|---|
| Sin medida de apoyo | La persona con discapacidad | La persona con discapacidad | Pleno respeto al principio de autonomía y voluntad |
| Con medida de apoyo voluntaria de carácter asistencial | La persona con discapacidad | La persona con discapacidad. La persona de apoyo a los solos efectos de constatar su asistencia | Pleno respeto al principio de autonomía y voluntad |
| Con medida de apoyo voluntaria de carácter representativo, sin instrucciones previas | La persona con discapacidad | La persona con discapacidad, si es posible. Imprescindible la persona de apoyo | Comunicación a la autoridad judicial |
| Con medida de apoyo voluntaria de carácter representativo, con instrucciones previas | La persona con discapacidad | La persona con discapacidad, si es posible. Imprescindible la persona de apoyo | Pleno respeto al principio de autonomía y voluntad |
| Con “guarda de hecho” | La persona con discapacidad | La persona con discapacidad, si es posible. Imprescindible el guardador | Comunicación a la autoridad judicial |

| | | | |
|--|-----------------------------|--|--|
| Con “defensa judicial” | La persona con discapacidad | La persona con discapacidad, si es posible. Imprescindible el defensor judicial | Comunicación a la autoridad judicial |
| Con curador con funciones sanitarias asistenciales | La persona con discapacidad | La persona con discapacidad. El curador asistencial a los solos efectos de constatar su asistencia | Pleno respeto al principio de autonomía y voluntad |
| Con curador con funciones sanitarias representativas | La persona con discapacidad | La persona con discapacidad, si es posible. Imprescindible el curador | Comunicación a la autoridad judicial |

* Fuente: elaboración del autor.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Sentencia del Tribunal Constitucional 38/2023, de 20 de abril [consultado 14-07-2023]: Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2023/05/22/pdfs/BOE-A-2023-12080.pdf>
- 2 Consuegra-Fernández M. El movimiento antivacunas: un aliado de la COVID-19. *Revista Internacional de Pensamiento Político* 2020; 15: 127-137.
- 3 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, BOE nº 96, de 21 de abril de 2008.
- 4 Ramos S, Román B. Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2014; 34 (121): 21-35.
- 5 Leciñera A. Comentario al artículo 263 del Código Civil. En: Guilarte Martín-Caleiro C, De Lorenzo García R, Cayo Pérez Bueno L. *Comentarios a la Ley 8/2021 por la que se reforma la legislación civil y procesal en materia de discapacidad.* Madrid: Aranzadi, 2021; pp. 647-654.
- 6 Pereña M. Una contribución a la interpretación del régimen jurídico de las medidas de apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica consagradas en la ley 8/2021 de 2 de junio. En: Pereña M (dir.). *El ejercicio de la capacidad jurídica por las personas con discapacidad tras la ley 8/2021 de 2 de junio.* Madrid: Tirant lo Blanch, 2022; pp. 155-184.

- 7 Pallarés J. El traje nuevo del emperador. Análisis de la jurisprudencia menor un año después de la entrada en vigor de la Ley 8/2021; *Actualidad Civil* 2022 (9): 1-17.
- 8 Observación número 1 (2014) del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. [Internet]: [Consultado 14-07-2023]: Disponible en: <http://www.convenciondiscapacidad.es/wpcontent/uploads/2019/01/Observaci%C3%B3n-1-Art%C3%ADculo-12-Capacidad-jur%C3%ADdica.pdf>
- 9 Sentencia del Tribunal Supremo (Pleno) 589/2021 de 8 de septiembre, ROJ: STS 3276/2021-ECLI:ES:TS:2021:3276 [consultado 16-07-2023]: Disponible en: <https://www.poderjudicial.es/search/indexAN.jsp>
- 10 García MP, Torres ME. Primeros pronunciamientos del Tribunal Supremo en aplicación de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. *ADC* 2022; 75(1): 279-334.

Dossier

Coordinado por
FRANCISCO DEL RÍO NORIEGA, JOSÉ M^a VALLS BLANCO
Y MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE

Centenario de Castilla del Pino. Actualidad y rescate de su obra

The Centenary of Castilla del Pino's Birth. Relevance and Recovery of his Work

FRANCISCO DEL RÍO NORIEGA^a, JOSÉ M^a VALLS BLANCO^b, MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE^c

(a) *Psiquiatra. Hospital S. Juan Grande. Jerez de la Frontera. ORCID iD: 0009-0000-3742-4868*

(b) *Psiquiatra. Secretario de la Fundación Castilla del Pino. Co-director de la Escuela de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta "Carlos Castilla del Pino" de la UIMP. Córdoba*

(c) *Psiquiatra. Ex-Presidente de AEN-Profesionales de Salud Mental. Madrid*

Correspondencia: francisco.delrio51@gmail.com

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



INTENTAR RESUMIR LA OBRA DE CASTILLA DEL PINO es una tarea que conduce a la impotencia: más de mil seiscientos conferencias, trescientas monografías, treinta libros de psiquiatría, dos novelas, una autobiografía en dos volúmenes y unos diez libros de ensayo (1); supervisó o hizo personalmente más de cien mil historias clínicas; impartió seminarios sobre psico(pato)logía y psiquiatría de dos a cuatro veces por semana (según lo permitieran en sus puestos de trabajo); colaboró activamente en el grupo Praxis (núcleo de filosofía marxista destacado en el franquismo de finales de los años 50 y primeros 60 del siglo pasado); y fue un referente intelectual en los

ambientes universitarios y profesionales democráticos en la transición. En su servicio, donde trabajó solo, con colaboradores voluntarios sin sueldo ni reconocimiento académico, hasta la llegada de la democracia, se formaron varios cientos de médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc. Solamente pudo trabajar diez años en la universidad española por la marginación política y profesional durante el franquismo. En ese tiempo tuvo un centenar de colaboradores, dirigió diez tesis doctorales y tras su jubilación se mantuvo muy activo como conferenciante, presidente de la Fundación Castilla del Pino y, sobre todo, como miembro de la Real Academia.

La imagen de Castilla suele vincularse con su oposición a la dictadura y sus convicciones democráticas y progresistas; sin embargo, su marginación profesional y académica empezó mucho antes. Estudió en Madrid, donde fue alumno interno del Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial dirigido por López Ibor. Allí coincidió con Martín-Santos, Letemendía o José Rallo, conoció a Manuel Peraita y, más adelante, a Tello y Fernando de Castro, discípulos de Cajal.

En 1949 ganó la plaza del recién creado Dispensario de Higiene Mental y, en 1952, redactó la ponencia del III Congreso de la AEN junto con López Ibor, pero después de leerla, al intentar publicarla, López Ibor retiró su firma (2). En este trabajo, tras una revisión amplia de la nosología del momento, defiende la inutilidad del modelo médico y la necesidad de un marco teórico propio. Realmente, lo marginaron sus compañeros del momento por sus posiciones teóricas sobre la enfermedad mental. Más adelante, en los años 60, sobre todo tras *Un estudio sobre la depresión* (3), el problema ideológico y político se utilizó como cobertura para su marginación. Sin embargo, tenemos la impresión de que el “cuerpo” de la psiquiatría oficial de este país, sobre todo el estamento universitario, intentaba marginarlo por el abismo intelectual entre ellos y él, ya que, como señala Villagrán en su artículo de este dossier, su formación no es fácilmente abarcable.

En su autobiografía, destaca el papel determinante en su niñez y adolescencia del que fue su mentor desde los once años, Federico Ruiz Castilla, un seguidor de la Institución Libre de Enseñanza, admirador de Giner de los Ríos y, sobre todo, de Ramón y Cajal. Esta figura le inculcó la pasión por la neuropsiquiatría que marcó toda su vida, no solo su inclinación intelectual, sino, sobre todo, su actitud ante el mundo, la necesidad de comprenderlo y explicarlo. Y eso pretendió siempre, llegar a ser maestro. El recuerdo hace más de veinte años de uno de nosotros del ambiente que lo rodeaba antes de la democracia puede servir de ilustración a su manera de ser maestro:

El mobiliario estaba formado por mesas, sillas, sillones, etc. donados por amigos o por él mismo, imposibles de emparejar. Así, el paciente podía estar sentado en un sillón de estilo español y su acompañante en una silla metálica dos cuartas más abajo, separados ambos del entrevistador por una mesa enorme, pesada, barnizada

*mucho antes de que él naciera. Sin embargo, ni los pacientes ni nosotros nos perca-
tábamos de ello. Todos teníamos la sensación de ser unos privilegiados por estar allí.
Esta sensación de excepcionalidad que nos acompañaba en todo lo que hacíamos es
muy difícil de explicar hoy día, veinticinco años después de las primeras elecciones
democráticas. La entrada al Dispensario estaba frecuentemente “adornada” con
algún policía secreto, y pacientes y colaboradores creíamos formar parte de una mi-
sión de regeneración de España. Este carácter de entrega a una causa ilustrada era
consustancial a nuestra actividad. Por extraño que parezca, jamás se hablaba de
ello. Estaba prohibido hablar de política en el Dispensario. Había que conseguir la
mejor psiquiatría, ser los más eficaces, porque a todos, y más que a nadie a D. Car-
los, nos dolía aquel país casposo, con su psiquiatría “lópez-iboresca” (en el mejor de
los casos). En cierto modo, el estilo de su magisterio en estos primeros años estaba
marcado por esa urgencia y responsabilidad que trascendía al simple ejercicio de la
profesión. La tensión en el aprendizaje era vivida como la única forma posible de
hacer frente a aquella emergencia (4).*

Esta misma vivencia era compartida por muchos otros, como señala Jorge Tizón en su artículo.

Su relación con la AEN fue importante, especialmente en los momentos de cambio hacia la nueva AEN, crítica con el conservadurismo retrógrado que se había ido imponiendo a lo largo del franquismo, hacia una AEN alternativa y crítica, democrática, inter y multiprofesional, y autonomizada al igual que el conjunto del Estado. En los años de esa transición su figura fue un referente intelectual y ético para la llamada “generación del 72”, que iba a liderar el relevo: si en el congreso de la AEN de 1973, que supuso la primera representación formal de ruptura con la anterior, participó validando el “congreso paralelo”, en el Congreso que supuso el cambio definitivo, en Sevilla en 1977, participó con la ponencia “Criterios de científicidad en psico(pato)logía” (5). Trabajo que sintetiza buena parte de su significación y trayectoria, su esfuerzo y creatividad por rescatar la dimensión científica de la psiquiatría, su afán por colaborar con las nuevas generaciones al apoyar una candidatura alternativa, lo que supuso el nacimiento de la nueva AEN, democrática, con los atributos antes señalados, que habría de proporcionar la oxigenación científico-profesional y ética para el periodo de la reforma psiquiátrica y el avance hacia la salud mental comunitaria. Durante ese tiempo, Castilla siguió ejerciendo su magisterio y liderazgo intelectual en la AEN, personalmente y a través de sus discípulos más directos, su escuela. Esta aportación y liderazgo fueron en parte reconocidos mediante el nombramiento como Miembro de Honor de la AEN. Siempre se prestó a dictar conferencias en nuestros congresos o jornadas, como lo hizo con ocasión del 75º aniversario de la fundación de la AEN, en su conferencia en el Colegio de Médicos de Madrid en diciembre de 1999, precedida por otra de Diego Gutiérrez, que

había sido muchos años secretario general de la Asociación; o en el homenaje que se le brindó con motivo de su jubilación en Las Palmas de Gran Canaria, donde ofreció una concepción de la conducta psicótica con base en la función diacrítica del sujeto (6) (cuestión que desarrollan Del Río y Carmona en este dossier); o en la celebración del XXIII Congreso de la AEN en Bilbao, donde dictó la conferencia “Historia crítica de la psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica”, como conferencia de clausura del Congreso (7). Su disertación aquí es una valiosa síntesis de la psiquiatría de la segunda mitad del siglo xx. Fiel a su estilo, supone una visión histórico-crítica en la que pondera las aportaciones de las distintas disciplinas y escuelas a la vez que lleva a cabo una acertada crítica de la ceguera que la psiquiatría oficial ha mantenido frente a otras disciplinas como la sociología, la lingüística o incluso la psicología. Por otra parte, reafirma su universo científico como psico(pató)logo, “que incluye al psiquiátrico, pero que contiene muchos más”, y resalta la “peculiaridad” del síntoma psiquiátrico como componente de la biografía del sujeto. Hay que mencionar, además, el convenio de colaboración de la Fundación que lleva su nombre con la AEN, Fundación que ha producido numerosos seminarios, cursos de actualización, simposios y becas en centros internacionales de reconocido prestigio, como el Maudsley Hospital, el Warneford Hospital, el Bellevue Hospital y la Virginia Commonwealth University.

Su influencia y su magisterio profesional, pese a la marginación de las instituciones, no son fáciles de valorar por cuanto fueron los menos los que pudieron tener una relación directa (solo estuvo 10 años en la universidad), pero es innegable que fue un referente para varias generaciones de profesionales de la salud mental. Aunque no existiera un conocimiento exhaustivo de su obra psiquiátrica. Sobre todo, su consideración de la salud mental como una relación, la introducción de concepto de sujeto como objeto de la psico(patología) y el contexto social como determinante han sido aportaciones que se asumieron a través de su magisterio, aunque, como ya advirtió hace unos años Rendueles (8), se daba lo que llamó “disociación cognitiva”: la conducta de muchos profesionales que aclamaban a Castilla como héroe cultural mientras que en su práctica clínica no empleaban los conceptos psicopatológicos de su obra. Esta observación es constatada en el artículo de Villagrán, “¿Cómo actualizar la propuesta psicopatológica de Castilla del Pino (y no morir en el intento)?”, en el que repara en el absoluto desconocimiento de la figura y la obra de Castilla entre las nuevas generaciones de psiquiatras y ofrece una serie de razones externas e internas como causas de esta ignorancia.

Quizá la principal resida en la “enajenación de su figura en el mundo universitario de la disciplina”, que, como se ha mencionado, comenzó bien temprano, mucho antes de su irrupción como intelectual, en el momento en que cuestionó el modelo de conocimiento de la psiquiatría convencional, especialmente, sus bases

psicopatológicas. Más bien parece que sus posiciones ideológicas sirvieron como excusa de una élite, todo sea dicho, alineada con el régimen franquista (baste recordar a Vallejo-Nájera y López -Ibor) y que también marginó a muchos otros (Rodríguez Lafora, Sacristán, Mira i López, Llopis y un largo etc.). Esta causa se hermana con otras aledañas, como la debilidad del discurso psicopatológico de la psiquiatría académica, que ha derivado en un catálogo de síntomas y subsistemas (DSM, CIE) a imitación de la fisiopatología, pero sin un soporte biológico con suficiente evidencia. Entre las razones internas, destaca el artículo la complejidad del corpus teórico desarrollado por Castilla, el cual exige conocimientos de múltiples fuentes, desde la lógica formal hasta la gramática del texto pasando por la teoría de la comunicación. La indagación de Castilla, más allá de las conductas psico(pato)lógicas, remite a su interés de siempre por la antropología de la conducta, como se apunta en el artículo. Muestra de este interés puede apreciarse en una compilación de ensayos aparecida tras su muerte (9). Villagrán propone en su artículo recuperar la aportación de Castilla mediante ocho propuestas que convierte en punto de partida para la enseñanza crítica de su obra. Así, comienza con la necesidad de una fundamentación epistemológica, que enlaza con la científicidad requerida de la psicopatología, cuestiones que fueron perseverantes en Castilla.

Recuérdese a este respecto las más de setenta páginas que dedica a la epistemología en su *Introducción a la psiquiatría* (10) y los *criterios de científicidad* de la ponencia presentada al XIV Congreso de la AEN en Sevilla. El artículo continúa con enunciados que se derivan de lo anterior, como la necesidad de un lenguaje “bien hecho”, científico, que debe usar de manera estricta la psicopatología, para el análisis de los síntomas y la conceptualización de conceptos básicos como la psicosis vs. la neurosis, la necesidad de plantear la dimensionalidad en psicopatología y la construcción de un modelo de sujeto cognitivo-afectivo que aporte un soporte para el estudio de la personalidad y sus diferentes trastornos.

El mencionado modelo psicopatológico de las psicosis es abordado, de manera exhaustiva, por Del Río y Carmona en el artículo “Validez y pertinencia de la semiología de las psicosis en Castilla del Pino”. También aquí se abunda en el hecho, hegemónico en la práctica de los servicios de salud mental, de la sustitución de la psicopatología por los sistemas nosológicos vigentes (DSM y CIE). La práctica desaparición de las teorías psicopatológicas en estos contextos es quizá la razón más poderosa para el olvido de autores –Castilla, aunque también se citan otros autores con diversos modelos psicopatológicos– en esos entornos. La práctica clínica se convierte así en práctica artesanal, es decir, no basada en un corpus teórico que pueda dar cuenta de la captura de síntomas –en el caso que nos ocupa de conductas psicóticas– y su clasificación nosológica para su posterior abordaje terapéutico. En las nosografías hoy en boga, la clasificación se logra por votación, al pretender ser

ateóricas (11), y esto genera un empobrecimiento general en la clínica, no solo en cuanto a la objetivación de un trastorno, sino consecuentemente en su terapéutica. Dicho de otra forma, la práctica clínica no solo necesita de criterios de objetivación de las conductas anómalas, psicóticas, sino también de una teoría explicativa de esas conductas. El diagnóstico posee dos niveles, el descriptivo y el hermenéutico, el cual se pregunta por qué esa conducta y no otra; en el caso de las psicosis, ¿de qué se alucina? o ¿sobre qué se delira? (12). Partiendo de estas premisas, el artículo trata de ofrecer respuestas a estos interrogantes, con ilustración de casos clínicos para visualizar la correlación de la teoría psicopatológica del sujeto con la práctica clínico-asistencial. Los autores, además de retomar conceptos clásicos de la semiología general para la objetivación y captura de las conductas psicóticas, sintetizan los conceptos clave del Modelo Judicativo de la Conducta.

El objetivo es hacer ostensible algunas cuestiones de primordial actualidad, como la detección de estados pre-psicóticos o estados mentales de alto riesgo. La detección precoz de estadios previos a las psicosis se ha convertido en el núcleo fundamental de programas asistenciales de amplio espectro (desde atención primaria y servicios sociales y educativos a los servicios de salud mental), que procuran una atención lo más temprana posible para evitar el deterioro y el riesgo de exclusión de personas con trastornos mentales graves. Pero para ello es imprescindible dotar de instrumentos de captación de esos primeros síntomas, así como sustentar esa operación en criterios objetivables. Adquieren, en este contexto, especial relevancia los juicios de realidad indecibles por el sujeto que orientan a la detección de estados de extrañeza, perplejidad, de su realidad externa, o bien la desrealización y despersonalización. Y también los juicios de intención dudosa sobre la confianza en el otro, que pudieran ser manifestaciones de la desconfianza, sospecha, suspicacia y paranoia del sujeto respecto a las intenciones de los demás.

A la inversa, el modelo ofrece posibles explicaciones para la degradación de las formaciones psicóticas. Toda esta gradación entre estados previos o posteriores a las psicosis guarda relación con conceptos que se reactualizan, como el *continuum* entre psicosis o psicosis única. El repaso al Modelo Judicativo pone de manifiesto además algunos aspectos de los que adolece, como la formulación de los trastornos formales del pensamiento, necesitada de un mayor desarrollo y encaje en la psicopatología basada en la relación interpersonal. En este mismo sentido, la detección y uso de las formulaciones metafóricas y metonímicas pueden brindar un itinerario para indagar contenidos psicóticos o estados previos que se hacen conjeturables a través del lenguaje y, por tanto, susceptibles de interpretación. Por este trayecto el modelo contacta con hipótesis actuales sobre las psicosis como el concepto de “saliencia aberrante”, derivado de una de las características de la metáfora y correlacionado con alteraciones neuroquímicas. De otro lado, se conecta con el concepto de hiperreflexividad,

en el que la conciencia de sí mismo adquiere características que pudieran asimilarse al concepto de “saliencia aberrante”.

El disenso de Castilla con la psiquiatría académica (organicista) fue un revulsivo en su momento. Lamentablemente, como señala Jorge Tizón, sigue siendo necesaria una reflexión sobre el estatus científico de los abordajes de la conducta. Tizón analiza la importancia de su obra *Un estudio sobre la depresión* (3), cuyos planteamientos pueden ser útiles para superar las limitaciones que aún tenemos en nuestra práctica cotidiana. Tizón redonda en la ocasión perdida que sigue representando Castilla. Su defensa de la conducta como respuesta a una relación debería estar en la base de la asistencia en salud mental, lo opuesto a la psiquiatría “biocomercial” a la que hemos llegado. Él trabajó muy estrechamente con D. Carlos en la elaboración de una epistemología de la psiquiatría, hoy, desgraciadamente, tan ajena a la ciencia oficial. La clasificación que hace de su obra para visualizar la evolución y las implicaciones de su pensamiento es una buena introducción.

José M^a Valls comenta su último ensayo (*Teoría de los sentimientos* (13)) e intenta exponer su aplicación final de una teoría del sujeto, discutida durante años en su grupo de trabajo. La intención es demostrar la vigencia de su modelo comparándolo con los vigentes en las neurociencias. No deja de sorprender la permanente modernidad de sus planteamientos, pero, a diferencia de las neurociencias, Castilla utiliza su modelo para incluir lo que llama el “tema”, es decir, el contenido mental resultante y provocador de las relaciones que establecemos. La base de la conducta son los sentimientos y estos son provocados por los cambios homeostáticos habidos en nuestras relaciones.

Amelia Valcárcel analiza su obra de los años 60 para destacar tanto sus aportaciones a la apertura intelectual de la España franquista como su papel como maestro y modelo para la generación que inició su vida profesional en la transición. Es un análisis novedoso por lo poco que ha sido discutida su teoría filosófica entre nosotros. Incardina su pensamiento en las diferentes corrientes de la época para acabar considerándolo el mayor exponente del 68 español.

Si la aportación científica y ensayística ha sido enorme, no lo es menos el interés que suscita su vida. Castilla del Pino es un personaje imprescindible para entender la evolución histórica de nuestro entorno social, intelectual y político en el siglo pasado, más allá de lo estrictamente psiquiátrico. Representa la piedra clave que conecta la generación de algunos discípulos de Cajal –Rodríguez Lafora– y de ilustres psiquiatras que tuvieron que exiliarse en la postguerra española –Sacristán, Mira i López, Llopis, etc.– con diversas generaciones, comenzando por sus coetáneos, discípulos de López Ibor –Martín-Santos, Letemendia– hasta llegar a la llamada “generación del 72”, que revitaliza la AEN y rompe con lo anteriormente establecido, como se ha señalado, y en la que participa activamente. Sucesivas generaciones hasta la actualidad lo han

admirado –aunque, ya se ha dicho, más como líder cultural que como científico–, y así lo demuestra la ovación en el citado Congreso de la AEN en Bilbao.

Pero Castilla ha sido mucho más; así lo atestiguan sus memorias: *Pretérito imperfecto* (14) y *Casa del olivo* (15). La visión que nos ofrece Fabio Rivas en su artículo, “De Onofre Gil a Carlos Castilla del Pino: *scientia, sapientia et infantia*”, interesa en la medida que nos descubre no solo su faceta literaria sino las vicisitudes por las que pasó en sus relaciones consigo mismo y con su realidad histórica, incluyendo los acontecimientos y los otros personajes. El estilo descarnado, áspero, incluso agresivo de su novela *Discurso de Onofre* (16), de registro trágico, contrasta con el tono austero, sin florituras, de su autobiografía, más épico en *Pretérito* (14), más lírico en *Casa del olivo* (15), dice el autor del artículo, que tiene la habilidad de entrelazar la novela con la autobiografía y descubrirnos sus similitudes y sus diferencias. Aparece la novela como precursora de las memorias en la medida que no hay recuerdo en aquella que no aparezca luego en estas. Sin embargo, “la esencia” de Onofre reside en la impostura de sus diferentes yoés y de los que le rodean, imposibilitados unos y otros para la vinculación afectiva, lo que deviene en soledad de anacoreta no elegida aunque sí ilustrada (*scientia*), en conocimiento “rabioso y dolido” que le lleva a la solución radical. En cambio, la autobiografía revela una necesaria descarga de esos yoés que le han lastrado, esos en los que pudiera decirse “he sido” o “fui”, coetáneos de la guerra, la dictadura, pero sobre todo de actitudes mezquinas, para alcanzar la serenidad de la experiencia, de saberse humano igual que los otros humanos, seres todos incompletos y necesitados (*sapientia*), que conecta con la “liviandad” de la infancia (*infantia*) una vez despojados de los yoés tóxicos. Puede concluirse fácilmente que la experiencia de los diferentes yoés puestos en escena en diferentes contextos sociales e históricos está íntimamente entroncada con el modelo de sujeto cognitivo-emocional pero también ético que ha presidido toda la obra de Castilla. Paralelamente, la estructura de ambas obras literarias aparece al servicio de esos yoés de diferentes épocas: en la novela, autor, narrador y protagonista se desdobl原因 para profundizar en perspectiva; mientras que en la autobiografía coinciden para saldar cuentas consigo mismo.

Entre los participantes como colaboradores de este dossier, se incluyen también profesionales que, sin haberse formado directamente con él de forma sistemática, siguieron muy de cerca sus enseñanzas mediante la lectura de sus libros, la asistencia a conferencias y a veces también manteniendo un trato personal con él, como ocurrió en el caso concreto de Mariano Hernández Monsalve y José Lázaro, que mantuvieron trato cordial y amistoso con él, si bien con encuentros personales ocasionales sin la continuidad que tuvieron sus discípulos “presenciales”. Mariano Hernández revisa en su artículo dos textos de Castilla que incluyen la consideración de la ideología como factor condicionante y limitante del buen hacer del clínico en dos

aspectos tan relevantes como la psicoterapia (con el corolario de que la psicoterapia no puede quedar en mero psicologismo y tiene que considerar tanto las cuestiones del contexto social interpersonal como las variables de afinidad o diferencias entre los valores del terapeuta y del paciente) y la práctica profesional en la institución, especialmente ante la indicación de ingreso, y muy especialmente si es involuntario para el paciente psicótico, y su correspondiente conexión (de significado y de práctica) con la situación de desprotección jurídica en que se encontraban los pacientes en el inicio de aquellos años setenta. Su lectura no puede ser sino muy inquietante para quienes están adoptando prácticas acríicas con la situación de alienación e injusticia con los pacientes, y alienta hacia actitudes de cambio en profundidad, en consonancia con el libro de Rodrigo Bercovitz (17), que prologaba Castilla mediante ese texto de referencia.

Por su parte, José Lázaro repasa esa doble dimensión de la persona de Carlos Castilla, sus roles profesionales y sus aportaciones como intelectual y como psiquiatra clínico, en concreto, como psico(pató)logo. Aplicándole a él su propia tesis, se fija específicamente en dos de sus yoes, distintos e interdependientes, observa que entre los muchos yoes que fue en su vida Castilla del Pino hay dos que son a la vez distintos e interdependientes. De modo que, al revisar su producción bibliográfica, encuentra dos tipos bien diferenciados: ensayo y psico(pató)logía que corresponden a esas dos facetas públicas: la de intelectual y la de profesional. Con esta distinción como referencia, encuentra cuatro etapas bien diferenciadas en su evolución como profesional e intelectual, y finaliza con un elogio argumentado sobre una de sus últimas obras, *Celos, locura, muerte* (18), donde se conjugan muy bien esas dos identidades y que hoy conserva toda su vigencia.

Este dossier, que agradecemos a la AEN, pone fin a los actos de homenaje por el centenario de su nacimiento, que se iniciaron en mayo del 2022 con una mesa redonda en la Feria del Libro de Córdoba. La Universidad Internacional Menéndez Pelayo creó a su muerte la Escuela de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta 'Carlos Castilla del Pino' y en el curso correspondiente a 2022 trató la subjetividad como tema central de la que había sido su obra. Así mismo, el Instituto Cervantes celebró, en octubre de 2022, un homenaje donde se analizó su vida y su obra, tanto sus trabajos científicos como su obra memorialística. El Ateneo de Sanlúcar de Barrameda organizó dos días de conferencias y mesas redondas en torno a su figura y su obra. El Ayuntamiento de Castro del Río celebró igualmente una reunión de dos días en su memoria. La Universidad de Córdoba, igualmente, organizó un homenaje de dos días. Finalmente, por iniciativa de José Lázaro, se ha reeditado su ensayo *Los celos* (19), edición que incluye otros textos sobre su memoria y una entrevista.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Caballé A. Castilla del Pino. Barcelona: Ediciones Península, 2005.
- 2 Castilla del Pino C. El punto de vista clínico en la sistemática psiquiátrica actual. Teoría nosológica (1952). En: Castilla del Pino C. Cuarenta años de psiquiatría. Madrid: Alianza Editorial, 1987.
- 3 Castilla del Pino C. Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de antropología dialéctica. Barcelona: Ed. Península, 1966.
- 4 Valls Blanco JM. Aprendiendo con D. Carlos. En: Vela del Campo A, Sánchez Vázquez V (coords). Con Carlos Castilla del Pino en su cumpleaños. Córdoba: Gráficas Minerva, 2002; pp. 85-87.
- 5 Castilla del Pino C. Criterios de científicidad en psico(pato)logía. Ponencia XIV Congreso Nacional de la AEN. En: Castilla del Pino C (ed). Criterios de objetivación en psico(pato)logía. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1989.
- 6 Castilla del Pino C. Palabras de contestación y conferencia. En: Homenaje a Castilla del Pino. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1988; 8 (27): 653-665.
- 7 Castilla del Pino C. Historia crítica de la psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica. Conferencia de clausura del XXIII Congreso de la AEN, Bilbao, mayo de 2006. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2007; 25(99): 105-118.
- 8 Rendueles Olmedo G. Coger la cita: Castilla del Pino y López Ibor. Rev. Norte de Salud Mental. 2009; 8(34): 139-156.
- 9 Castilla del Pino C. Conductas y actitudes. Barcelona: Tusquets Editores, 2009.
- 10 Castilla del Pino C. Introducción a la Psiquiatría. 1. Problemas generales. Psico(pato)logía. Madrid: Alianza Editorial, 1978.
- 11 Gay E, Márquez I. De pretérito imperfecto al presente, y más con Carlos Castilla del Pino. Rev. Norte de Salud Mental. 2009; 8(33): 73-78.
- 12 Suárez T. Entrevista con el profesor Carlos Castilla del Pino. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1988; 8(27): 666-673.
- 13 Castilla del Pino C. Teoría de los sentimientos. Barcelona: Tusquets, 2000.
- 14 Castilla del Pino C. Pretérito imperfecto. Barcelona: Tusquets, 1997.
- 15 Castilla del Pino C. Casa del olivo. Barcelona: Tusquets, 2004.
- 16 Castilla del Pino C. Discurso de Onofre. Barcelona: Ed. Península, 1977.
- 17 Bercovitz Rodríguez-Cano R. La marginación de los locos y el derecho. Madrid: Taurus Ediciones, 1976.
- 18 Castilla del Pino C. Celos, locura, muerte. Madrid: Temas de Hoy, 1995.
- 19 Castilla del Pino C. Los celos. Edición de José Lázaro. Madrid: Triacastela, 2022.

Carlos Castilla del Pino: resistir, explorar, comunicar...

Carlos Castilla del Pino: Resisting, Exploring, Communicating...

JORGE L. TIZÓN

Doctor en Medicina, psiquiatra y psicoanalista (SEP-IPA). Profesor del Insitut Universitari de Salut Mental de la Universitat Ramon Llull (Barcelona). ORCID iD: 0000 0002 5528 2581

Correspondencia: jtizong@gmail.com

Recibido: 10/06/2023; aceptado: 28/08/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: A partir de una experiencia en común, se intenta resaltar alguna característica personal descolante de Carlos Castilla del Pino que le permitió resistir la atonía socio-cultural y profesional del franquismo y desarrollar, a pesar de todo, una vida profesional y teórica relevante. Tuvo que resistir esa atonía y amordazamiento de la larga noche de piedra y argamasa del franquismo en una ciudad de provincias duramente represaliada durante la guerra y posguerra civil española, dominada por tanto durante decenios por el fascismo institucional e ideológico. A pesar de ello, Carlos Castilla logró desarrollar una obra teórica (en especial en psicopatología, antropología e ideología) sumamente avanzada, coherente y arriesgada, para cuya comprensión propongo un marco pragmático. El lema republicano, *resistir es vencer*, podría ser un buen resumen de su vida profesional y teórica, aunque es más dudoso que tal afirmación pueda tener el mismo valor para su vida personal.

Palabras clave: psicopatología, psiquiatría, biologismo, resistencia, sentimientos, emociones, historia.

Abstract: Based on a common experience, we try to highlight some outstanding personal characteristic of Carlos Castilla del Pino that allowed him to resist the socio-cultural and professional lethargy of Francoism and develop, despite everything, a relevant professional and theoretical life. To do so, he had to resist that lethargy and gagging of the long night of stone and mortar of Francoism and, on top of that, in a provincial city harshly retaliated during and after the Spanish civil war; therefore dominated for decades by institutional and ideological fascism. Despite this, Castilla del Pino managed to develop a highly advanced, coherent and risky theoretical work, especially in psychopathology, anthropology and ideology, for whose understanding I propose a pragmatic framework. The Republican motto, "to resist is to win," could be a good summary of his professional and theoretical life, although it is more doubtful that such statement can have the same value for his personal life.

Key words: psychopathology, psychiatry, biologism, resistance, feelings, emotions, history.

UNA ACTITUD VITAL

PERMÍTANME USTEDES RECORDAR desde una publicación previa (1) uno de mis primeros encuentros con Carlos Castilla del Pino allá en los años sesenta, con el franquismo aún en todo su apogeo. Es una escena que transcurre en la Plaza Mayor de Salamanca. A través de su perspectiva, fundamentalmente literaria, espero poderles poner en contacto con alguno de los temas de los cuales les hablaré a continuación:

Una tarde de primavera avanzada en la turbulenta segunda mitad de los sesenta... Un sol duro, transparente y punzante, reverbera sobre el granito blanco de la calzada, aunque suaviza sus contrastes sobre la piedra de Villamayor de las fachadas, enjutas, sillerías, gárgolas... Como si en ella, en su amarillenta argamasa de siglos, los rayos no tuvieran más remedio que dulcificarse, lentificarse... Borbones, Austrias, militares, juristas, héroes y villanos nos contemplan desde medallones...

Las terrazas están llenas a rebosar. En las del lado soleado de la Plaza Mayor de Salamanca domina una churrigueresca mezcla de sudor y humedad, pieles brillantes, olores entremezclados... Si atendemos al olfato, tal vez pudiera diferenciarse dentro de la invisible neblina olfativa la pugna entre los efluvios "extranjeros" de vermut y refrescos y otros más oscuros, cargados, casi atrabiliarios: los primeros provienen de las terrazas de la Plaza, llenas a rebosar con su "combinado especial" de "señoritos", ganaderos,

tratantes, comerciantes, funcionarios y estudiantes. Por debajo, subterráneamente, los efluvios mucho más rancios, espesos y castellanos del farinato frito, los callos, los riñones y la geta, que suben en vaharadas desde abajo, desde los mesones y tabernas de la plaza del mercado. Sus húmedas cocinas probablemente rebosarán vapores, humos y hervores en esta hora de la tarde, ya pasada la siesta y a una o dos horas de que comience el tapeo de la noche...

Nuestra soleada terraza está llena a rebosar... Creo que incluso nos ha costado encontrar sitio libre. Pero el nombre de los dos "intelectuales" que nos acompañan, uno de ellos Carlos Castilla, ha abierto plaza... Hasta en una Plaza donde sentar plaza es más que difícil, como bien supo y sufrió Unamuno antes y al comienzo de nuestra guerra (in)civil. Carlos Castilla es uno de esos dos intelectuales. Los tres o cuatro acompañantes, cuya identidad ahora no recuerdo y no sé si sería capaz de recordar, somos estudiantes de diversas facultades. Nos hemos puesto de acuerdo "para traerlo a Salamanca". No ha sido fácil, como siempre: no hemos conseguido ninguna ayuda de los claustros y, probablemente, han tenido que pagar las Asociaciones de Estudiantes (legales), tal vez el Sindicato Democrático (ilegal) y algún que otro grupo político (archi-ilegal) que no quiere ni puede capitalizar su generosa dádiva.

La conversación transcurre entre sudores y cerveza, con más de una ojeada atenta de los estudiantes y no-estudiantes que abarrotan las mesas contiguas y con más de una ostentación de los de la propia mesa "luciendo trofeo". Recuerdo aún que se estaba hablando de arte: en concreto, de escultura y pintura. De cómo podía manifestarse "el compromiso"¹ a partir de tales artes... Me temo incluso que nuestras aportaciones, al menos las de los que participábamos como huéspedes, eran más bien típicas y tópicas, posiblemente de las que hoy sentiríamos rebosantes de dogmatismos varios... Pero, después de los apuros para lograr celebrar el acto "cultural" de la mañana, todos estábamos ufanos, dicharacheros, comunicativos, más seguros de nosotros mismos y de nuestras ideas...

La conversación se desenvuelve en volutas, meandros, silencios rápidamente interrumpidos, lucha de protagonismos, todo ello a menudo lentificado por aquellos efluvios provenientes de las "partes innobles" de la ciudad (¿qué buenos estarán los callos o riñones esta noche, con su sabia y sabrosa combinación de proteínas, generosos ácidos grasos polisaturados, potenciadoras sales, pimentón...!). Se suda parlotando y se habla sudando, a pesar de que todavía no ha comenzado el verano...

En un determinado momento alguien, torciendo la boca y el torso, como en un apunte de bajorrelieve egipcio, murmura: ¡Esos de la mesa de allí son "los sociales"²! Quien más y quien menos se asusta un poco primero... Pero después, ninguno puede evitar una mirada de reojo: hay una manifestación prevista en los días próximos y, en

¹ Término que pocos recordarán con toda la aureola mítica que lo envolvía, y que prácticamente ha desaparecido de nuestro castañol cotidiano, como casi el de "intelectuales", al menos en su connotación sesentaiochesca. ¿Qué fue de los intelectuales?, se preguntará Traverso unos años después (2).

² Funcionarios o miembros de la "Brigada Político-Social", la policía política del franquismo.

consecuencia, cierto “movimiento nocturno de la be-pe-ese”³ en la ciudad, visitando y registrando pensiones y pisos. El acto cultural ha estado pensado para abonar argumentos, sí, pero también para caldear el ambiente. Entre la curiosidad y el temor, nos gana el temor: la mayor parte de las miradas son de reojo, fugaces, huidizas... Pero cuando estamos pensando en cómo cambiar de tema, Carlos se vuelve y encara la mesa señalada. Se pone serio, un poco solemne y, además, realiza con la mano y el torso un saludo. ¡Un saludo!

Lástima que el granito sobre el que están nuestras sillas no se convirtiera en ese momento en un helado de vainilla de la heladería de “Los Italianos”, tan próxima⁴: una masa blanda, suave, en la cual pudiéramos hundirnos rápidamente, facilitando nuestra inmersión el calor y la untuosidad de las grasas amarilleadas por la vainilla.

Todos nos asustamos... Menos Carlos, que parece disfrutar un poco con nuestro susto... En la otra mesa, dos hombres de edad media, trajeados, se ponen mortalmente serios. Todavía recuerdo la cara de ira contenida de uno de ellos, el más atlético de los dos. Y a estas alturas de la vida y de la historia, aún puedo recordar su rostro fruncido por una violenta mueca que inmediatamente se transforma en una seriedad hostil. Todos sentimos más calor, mucho calor... Y hoy día, recordando el suceso, aún puedo imaginar con gran facilidad nuestro corazón bombeando ruidosamente, rebotando y repicando contra el granito de toda la plaza... Todos, ¿menos Carlos? Se ha formado una escena dominada por dos puntos centrales, emocionales, aunque no físicos: Carlos, medio serio y medio divertido, y la mueca de hostilidad contenida del funcionario descubierto y delatado en público (1).

Como todo el mundo sabe, durante años Carlos Castilla del Pino fue una viva muestra (y bien viva) de que era posible resistir a la atonía intelectual y cultural del franquismo, tanto en sus años duros, “de hierro”, como en sus años de crisis y decadencia; que era posible resistir ya no solo a nivel de oposición directamente política, sino también en el campo de la cultura, la ciencia y, en general, en el terreno intelectual; que no siempre era necesario plegarse, renunciar a la capacidad de pensar “con el propio cerebro”, como entonces se decía, remedando tal vez a Vladímir Ilích Uliánov (o tal vez al *biologismo*, ya entonces imperante incluso en los centros culturales del contrapoder). Pero el objetivo en situaciones así, y el logro en el caso de Carlos Castilla, consistió no solo en resistir, sino en *resistir comunicando*. Quien conoció personalmente a Carlos y todo lector asiduo de sus obras forzosamente sabe de su gusto por el lenguaje, el hablar, comunicar, polemizar, discutir... A Castilla le gustó siempre hablar, y durante años fue para mí una de las características distintivas de Carlos ese placer en el ejercicio del habla con sus semejantes, de la comunicación, del lenguaje. Por eso su forma de resistir en la larga noche de piedra y argamasa del

³ BPS: Brigada Político-Social

⁴ Una famosa heladería de Salamanca, que estuvo decenios abierta a menos de cien metros de la Plaza Mayor.

franquismo no podía por menos que estar marcada por esta inclinación..., como le dije con ocasión de su ochenta cumpleaños, por su necesidad de “resistir comunicando” (1).

UNA INTELIGENCIA DESPIERTA Y CRÍTICA CERCADA POR EL TOTALITARISMO

A menudo he pensado qué debió suponer para Carlos Castilla, después de su formación en Madrid y de sus primeros desengaños profesionales, quedar “encerrado” en Córdoba. Inténtenlo pensar, intenten colocarse en su lugar. No me refiero a la ciudad actual y (algunas) de sus gentes, que pronto, en parte gracias al mismo Carlos, aprendí a querer y valorar, sino al clima sociocultural e intelectual de encerramiento, de “¡Santiago y cierra, España!”, del más estricto franquismo. Manuel Vázquez Montalbán (3) o González Duro (4), entre otros muchos, han publicado ensayos en los que ponían en relación aspectos esenciales de la vida cotidiana en la España de los sesenta y la realidad de un fascismo “sentimental” menos notable a nivel institucional que a nivel ideológico y cultural: los componentes socioculturales, psicosociales, cognitivos y psicodinámicos que, junto con los estrictamente políticos, conforman, desde mi punto de vista, la ideología fascista (5) seguían estando plenamente vigentes en la sociedad cordobesa de los años cincuenta y sesenta, como en gran parte de la península. Y eso significa, a nivel sociocultural, tradicionalismo cultural católico. Significa nacionalismo y xenofobia, patrioterismo, rechazo activo de la Modernidad y las innovaciones socioculturales, lucha contra el pensamiento y la intelectualidad críticos, irracionalismo de la acción y exaltación de la acción violenta en contra del pacifismo, el diálogo, la dialéctica... Aún están muy cerca los años de *la dialéctica de los puños y de las pistolas* (5).

Córdoba era una sociedad provinciana y timorata, lo cual significa innumerables fobias: a lo nuevo, a las diferencias, a los pobres, a los represaliados, a los comunistas, a los masones... Dominada por micro y macodelirios apoyados a menudo en la introyección acrítica de todo tipo de “traumas de diseño” e historias míticas diseñadas (como las de las derrotas infringidas por los moros traicioneros, la pérdida Albión, los científicos marranos y judíos...). Y, al tiempo, todo ello aliñado y cocinado por la importancia concedida a la propaganda y a la educación ... fascistas (basadas en el orden, la jerarquía y la disciplina).

Una sociedad y una cultura impregnadas aún por la pervivencia de varios supremacismos (antifeminista, racista, de la “gente de bien”) y por el elitismo patriarcal y misógino, el cultivo del héroe (guerrero) y el heroísmo belicista. Eso significa desprecio del pacifismo, del “héroe científico” y, más aún, del humano cuidador (la vida del fascismo es una vida para la lucha, más allá de la lucha por la vida y mucho más allá de la vida para el gozo). Significa autoridades elegidas por las vías corporativas

(la familia, el municipio y el sindicato “vertical”) y dominadas, tanto en la cúspide como en sus números, por venalidades, corrupciones e ideología fascista.

A nivel psicosocial y grupal, el clima franquista significa una fuerte tendencia al aislamiento y lo esquizoparanoide, que ni siquiera la sociabilidad andaluza lograba contrarrestar. Significaba y significa fenómenos como la difusión de la responsabilidad en el grupo, la justificación por la obediencia debida y la pertenencia al grupo (la obediencia al paradigma de Milgram y al “síndrome de la manada”), fenómenos estudiados años más tarde por la psicología social, pero omnipresentes en las clases medias y altas de la sociedad andaluza y española de aquellos días, como muy bien han descrito el propio Castilla (6), Luis Martín-Santos (7) o, más recientemente, Almudena Grandes (8,9). El resultado es una auténtica colecta de dificultades para lograr una identidad autónoma, tanto personal como profesional, y más si se parte de posiciones críticas. La construcción del *self* en tal contexto sociocultural tiende a ser sustituida por el imperio social de racionalizaciones pseudodelirantes o auténticamente delirantes, lo que lleva en las castas superiores al imperio del narcisismo urfascista... y en las clases subalternas al fascismo de hígado y riñones al jerez, callos a la madrileña y bocadillo de calamares (personificados y estereotipados por el personaje “Torrente” de Santiago Segura).

A nivel cognitivo y teórico, eso supone un apoyo a las tecnologías maquinizadas, lo que de momento, al menos hasta el desarrollo del *Digital Phenotyping* (10,11), significa un desdén y una marginación de ciencias y técnicas “demasiado poco maquinizadas”, como tal vez son aún la psicopatología y la psiquiatría y, desde luego, lo eran durante el siglo pasado. Otra característica cognitiva del fascismo nuclear, el culto a la omnipotencia, se halla directamente reñida con la racionalidad científica y tecnológica (5): no hay que olvidar que la tentación al irracionalismo de la “ciencia franquista”, como muy bien han mostrado González Duro y otros (4), facilitó todo tipo de escapismos teóricos: por ejemplo, ciertas fenomenologías y existencialismos, cuando no construcciones microdelirantes “fundamentadas” en supremacismos españolistas, anticomunistas y del pueblo “ario”, o “desarrollos teóricos” basados en el racismo, la mentira y el fascismo (5) como núcleos culturales. Con el agravante de que si esa dotación domina a nivel cultural supone un auténtico valladar contra cualquier tipo de práctica psicológica liberadora. Y ello significa, tanto en la carrera científica como en la administración, la priorización de la ambigüedad, el oportunismo, la justificación de la lenidad e incluso de la venalidad (siempre que favorezca al poder)... Y, encima, con el cierre categorial que suponía el encadenamiento mediante una educación preuniversitaria y universitaria basadas en la veneración de los líderes o maestros y, en general, la educación y el aprendizaje basados en la sumisión, la obediencia y el castigo (el “orden, jerarquía, disciplina” de la educación fascista).

La sociedad cordobesa de entonces no era ya así, pero así se vivía, incluso en el tardofranquismo: profundamente escindida entre unas clases medias y directivas sustentadoras de ese poder y una amplia mayoría de personas calladas y atemorizadas, muchas de ellas represaliadas directamente o a través de familiares y convecinos con motivo de la Guerra Civil (la represión en la provincia de Córdoba solo durante los tres años de la Guerra Civil supuso un mínimo de 2000 fusilados por parte de los republicanos y las milicias y un mínimo de 12.000 fusilados por parte de los franquistas, cuyas represalias perduraron después más de dos decenios).

Para un miembro de las clases medias con un puesto en la administración no era fácil hacerse con otras relaciones, no porque no existiera otra parte (disociada) de la ciudad y otros sujetos, sino por todas esas dificultades sociales y relacionales que he intentado recordar. Intenten imaginar entonces lo que supone para una inteligencia cultivada y abierta pensar en pasar el resto de sus días en la estrecha cortedad de mañanas, tardes y semanas de repetición, atonía, cañas y tapas, salmorejos, rabo de toro, paella de campaña y migas... Son sucedáneos de diversión y de “buenos momentos” que no podían ni de lejos contrarrestar la repetida fantasía de una vida ya gastada y con las puertas del embalse cerradas y bien cerradas, un temor que el propio Carlos Castilla explica una y otra vez en el segundo volumen de su autobiografía (12).

Una formación científica, filosófica y literaria muy por encima de la media encerrada de por vida en esos techos y paredes de cristal..., que siempre podían transformarse en “barrotes de hierro”. Son necesarias características personales muy peculiares para sobrevivir, para sacar la cabeza y respirar ante tamaña atonía adormecedora o asfixiante. Se necesita mucha fe en sí mismo, en el propio futuro, y una tozudez y una capacidad organizativa muy fuera de lo normal. Y Carlos, como acabo de ilustrarles con un hecho vivido con él, las poseía: su tesonería, su arrojo y una cierta actitud provocadora le impidieron adocenarse en los dulces efluvios de la “tranquila vida de provincias”. Y por eso, ya desde Madrid y en sus choques con el poder “central” (y bien centralizado), Carlos Castilla había intentado ser capaz de defender algo nuevo, diferente, y de impulsar diversas líneas de búsqueda críticas y divergentes con respecto a la atonía y la uniformidad científicas imperantes. Pero en la atonía y el cierre ideológico de esa Córdoba, mucho más lejana y sola⁵ (13) para Carlos y los pocos disidentes que se atrevían a plasmarlo en acciones en aquella época, el futuro no pintaba fácil.

¿Y cuáles podían ser los fustes de su postura opositora y creativa? A nivel teórico, personalmente encuentro al menos tres bases para ella: por un lado, su formación humanística, “orteguiana” y filosófica, añadida a la formación médica más

⁵ El poema de Federico García Lorca incluye la siguiente estrofa: *Por el llano, por el viento, / jaca negra, luna roja. / La muerte me está mirando / desde las torres de Córdoba.*

sólida que entonces se podía lograr en España; en segundo lugar, su relación con el materialismo histórico marxiano y la dialéctica marxiana; en tercer lugar, lo que denota su gran capacidad de intuición y para orientarse en el mundo cultural, sus aproximaciones al psicoanálisis, en parte por compañeros y amigos como José Rallo y Juan Rof Carballo, y en parte por sus lecturas.

Combinando esos mimbres con recios ejes (formación previa, capacidad de trabajo, prudencia en unos momentos y oposición abierta y casi provocativa en otros), Carlos pudo construir una cesta, un entramado teórico y actitudinal exportable más allá de Córdoba y su campiña. Como superviviente empeñado en no dejarse arrebatar su vida, y, menos aún, su vida soñada y deseada, totalmente diseñada en su fantasía incluso con matices y detalles puntillosos, Carlos supo sacar los recursos (intelectuales y actitudinales) suficientes como para que su palabra, su discurso, fuera lo suficientemente diferente del biologismo fenomenológico y tomista imperante; como para que valiera la pena escucharlo; como para que valiera la pena reflexionar sobre él y difundirlo. Su *Vieja y nueva psiquiatría* (14) es una buena muestra de ello. Y no digamos su estudio sobre la depresión (15).

Permítanme expresar nuevamente aquí la admiración que me sigue produciendo ese bagaje orteguiano que creo que jugó un papel descollante en los primeros pasos originales de Carlos y en su gusto por el lenguaje y la exactitud en el lenguaje, su gusto por la palabra, la discusión, la polémica... Como psiquiatra, Carlos Castilla no podía decantarse por una perspectiva psiquiátrica en la cual el acto del habla, el lenguaje, fuera despreciado en función de la intelección de las zonas cerebrales que actúan en la conducta y en el lenguaje, o en función de la conexión entre ellas. A pesar de su importante formación neurológica, Carlos volvió a tener la suficiente perspectiva y la suficiente coherencia como para percibir que el psicoanálisis era la única teoría que en el ámbito psicológico y psiquiátrico de aquellos años tenía en cuenta la significación de la conducta, concediendo importancia crucial a la comunicación, a las relaciones, a las emociones, los valores y al contexto social del individuo. En consecuencia, Castilla del Pino recogió y reinterpretó el bagaje psicoanalítico que pudo integrar en aquellos años duros para más tarde colocarse en un lugar y con un marco de referencia científico personales y particulares: el de la hermenéutica del lenguaje aplicada a la psicopatología, una perspectiva de la psicopatología y la psiquiatría a través del estudio del habla de los participantes en la relación asistencial.

Ahí se basa, por ejemplo, el doble reproche que parece realizar Carlos Castilla. Por un lado, a los filósofos, por no haber prestado al delirio, a la delusión y a los *deliremas* la atención que merecen para la intelección de la relación del ser humano con la realidad, es decir, para dilucidar aspectos sumamente significativos de la *condición humana*. Por otro, a los psiquiatras, porque, más pendientes del delirio “como excrecencia” o, a lo sumo, como “síntoma”, olvidan la realidad de que al delirio *se*

llega, que es una construcción del sujeto. Como *se llega* a la *depresión*, a cuyo estudio desde esa perspectiva del sujeto y de la comunicación en un contexto social había dedicado Carlos páginas avanzadas y esclarecedoras (15).

De ahí la coherencia teórica y epistemológica y el enraizamiento con lo social de sus posiciones psico(pato)lógicas y psiquiátricas desde esa época. Para que puedan percibirse en su justo valor, recojamos unas líneas suyas escritas hace cuarenta y cinco años, y precisamente como prólogo de un libro sobre epistemología de la psicopatología (16,17):

“Una vez más, el psiquiatra de hoy se ha dejado coger en la trampa de la aparente base argumental que la terapéutica farmacológica ofrece al modelo fiscalista⁶, y se convierte en un empirista, usuario del modelo mecanicista más rudimentario. La falta de conciencia respecto del nivel epistemológico en que se sitúa el sujeto le lleva a ignorar lo que hoy es, o debiera ser, sabido de todos: la significación psicológica de la administración de un fármaco...” (16).

“La psiquiatría y la psicopatología no han sido capaces de poder desarrollar el corpus que las identifique como un saber científico. Conceptos tales como el de lo psíquico, el de normal-anormal, el de enfermedad (mental), los de acto de conducta y sujeto, las relaciones somatopsíquicas, la naturaleza de las proposiciones psico(pato)lógicas, etc. no han podido ser establecidas, precisamente por la errónea conceptualización de qué cosa es la psico(apto)logía y cuál el nivel de realidad en que se sitúa (...) (16).

Dos vías cerradas son (...) “homologar la enfermedad psíquica a la enfermedad cerebral, por una parte; y, por otra (...), homologar el fenómeno psico(pato)lógico, —es decir, psicofisiológico y psicopatológico— al fenómeno neurológico. (...) De ser conseguido esto, psiquiatras y médicos hablaríamos idéntico lenguaje” (16).

Hoy, cuando ya hemos celebrado el centenario del nacimiento de Carlos Castilla, tal vez estamos más cerca de lo que todos hubiéramos pensado para la consecución de ese objetivo de que psiquiatras y médicos hablen el mismo lenguaje... Que todo indica que está pasando a ser el lenguaje biocomercial y empirista en el que progresivamente van coincidiendo medicina neoliberal y psiquiatría neoliberal (18), aun a riesgo de la desaparición de la psiquiatría tal como hoy la conocemos y, desde luego, a riesgo de la desaparición de sus fundamentos psico(pato)lógicos, como Carlos Castilla los designaría.

Es un resultado del predominio abrumador de la psiquiatría “biocomercial”, que entre nosotros intenta disimular con vendas y argumentos empobrecidos y raídos su momificación como una “psiquiatría para pobres”. Como acabo de citar,

⁶ Hoy diríamos “biologista”.

Carlos supo intuir el devenir entre neurología organicista, psiquiatría organicista, psiquiatría biológica y psiquiatría biocomercial. Por eso llamaba al conjunto de ese devenir “*psiquiatría anencefálica*” –no en el sentido de prescindir el cerebro, sino en el sentido de prescindir del pensamiento–. Empero, tengo mis dudas acerca de si en aquellos años podíamos suponer hasta qué extremo podría llegar esa deriva teórica y epistemológica. ¿Nos imaginábamos que podría llegarse a la situación dominante hoy día en la cual se enseña intencional o casi intencionalmente a prescindir tanto del sujeto, de la personalidad, de la identidad del consultante como de su contexto social, vecinal, ecológico... e incluso emocional? Es el triunfo del biologismo más burdo, epistemológicamente empirista y reduccionista, teóricamente organicista (que no biológico), defendido mediante taparrabos *ad hoc* científicas o fenomenológicos –planos, nunca estructurales (19)–, y que lleva a prácticas monoterapéuticas, antidemocráticas y clasistas (18,20).

Por fin, psiquiatras y médicos hablan a menudo el mismo lenguaje... en el que todo lo psicológico, en particular lo emocional y lo socio-contextual, ha sido expulsado. Y con una pragmática, desde luego, muy diferente que en tiempos de Castilla: al tiempo que se prometía y se sigue difundiendo la idea de una asistencia psiquiátrica comunitaria y para todos, llevamos más de quince años de reducción de personal, presupuestos y formación para eso que se vende como realidad y como panacea. Con la consecuencia de una “sobrefrecuentación” y, desde luego, de un sobrediagnóstico y sobretratamiento “debidamente unidimensionalizado” de supuestos diagnósticos tales como “depresión”, “TDAH”, “TEA”, últimamente incluso del suicidio y las autoagresiones. Todo ello coexiste con una floración metastásica de diagnósticos “blandos”, propios de la psiquiatría y la psicopatología “neoliberal” (18,21), tales como el *bullying*, el TEPT, las adicciones conductuales, los trastornos alimentarios, la disregulación emocional y un largo etcétera a menudo plagado de síndromes, epónimos y síntomas confusionales en abierto desprecio de la semiología clásica y, por supuesto, de la teoría de la comunicación en contextos psico(pato)lógicos. Esa *ideología pandiagnóstica* se desarrolla en paralelo con una “psicología positiva” que a menudo, inmersa de lleno en el más rancio núcleo “neo-liberal” solipsista, promete la solución de autoayuda para cualquiera de los problemas cotidianos o relacionales.

Paradójicamente, todo ello nos ha llevado a una psicopatología y una psiquiatría mucho menos científica pero muy “comercial” y exportable. Mucho menos comunicable en el sentido del conocimiento científico –definido como el conocimiento comunicable, verificable-falsable, apofántico y no contradictorio con las ciencias conexas (17,18)–, pero muy útil y práctica para el adoctrinamiento, pues le basta con una sola línea teórica: calificar como “enfermedad” cualquier nuevo fenómeno disfuncional. Sin embargo, su pragmática, por otra parte, resulta cada vez más ineficaz e ineficiente, como desarrollan incluso investigadores de orientación biológica como Thomas Insel

y el NIMH (11). Un auténtico derroche económico y asistencial para tiempos de crisis y penuria: tratamientos unidimensionales costosísimos, con precios impuestos para los negocios privados sobre el sistema público y, además, con tendencia a “universalizarse”, pues, al tiempo que se promete una asistencia universal (universalmente sesgada), se usan masivamente maravillosas panaceas farmacológicas, auténticos “bálsamos de fierabrás” que, por curarlo, lo curan todo: hasta los malestares y sufrimientos impuestos por un sistema social en crisis. Y para vender esa mezcolanza de mercado, bálsamos curalotodo y pobreza teórica y de medios, un elemento fundamental, además de la colaboración de los medios de desinformación oligopolizados por la industria, consiste en un lenguaje médico y psiquiátrico “vencido y desarmado” por el biologismo tanto en psiquiatría como, en general, en medicina y tecnologías sanitarias.

Ese era el muro teórico y asistencial que tenía ante sí Carlos Castilla cuando se dirigió a Córdoba, “Córdoba, lejana y sola”. Solo que en su forma más primigenia y ruda, aún por pulir y vestir con los abalorios argumentativos proporcionados por la industria farmacológica y las cátedras universitarias unos años después. Dejo para otros momentos y otras voces de este homenaje la valoración de lo que él y su grupo de colaboradores pudo hacer tanto a nivel teórico como a nivel asistencial a partir del Dispensario de Neuropsiquiatría de Córdoba, cuya plaza ganó por oposición en 1949. Continuó en el cargo hasta su jubilación en 1987, durante 38 años. Buen ejemplo de sus capacidades es el hecho de que, a partir de un equipo mínimo de dos personas del Dispensario de Neuropsiquiatría de Córdoba, Carlos y sus colaboradores/as pudieron desarrollar equipos con más de cien personas entre contratadas, becarias, doctorandas y asistentes voluntarias.

Eran otros tiempos, tiempos de crecimiento y de otras posibilidades. Entre otras, de explotar los descosidos y agujeros del sistema⁷, algo en lo que Carlos acabó convirtiéndose también en maestro de aprendices. Pero esos agujeros y descosidos muestran asimismo hasta qué punto la imposición neoliberal en economía y asistencia es mucho más poderosa, censuradora y castradora hoy que ayer. ¡Como para no valorar la importancia del contexto psicosocial en la asistencia!

⁷ En nuestro caso, al no podernos quedar en Córdoba por la inexistencia de plazas remuneradas en el Dispensario y tras ganar diversas becas y ayudas, algunos tuvimos que procurarnos el sustento primero en dos “hospitales psiquiátricos”. Cuando el contrato no fue renovado y pasamos a engrosar las “listas negras”, a algunos no les quedó más remedio que la emigración. Otros decidimos quedarnos en aquel país del cual Salvador Espriu tenía escrito que *“estimo a més amb un ldesesperat dolorlaquesta meva pobla,bruta, trista, dissortada patria”*. Logramos mantenernos opositando y ganando plazas en la asistencia pública. Primero, una plaza de “médico de cabecera” del Instituto Nacional de Previsión y después, precisamente, otra plaza de Neuropsiquiatría, en mi caso en Barcelona. A lo largo de los años, un equipo de dos personas pudo desarrollarse hasta las dimensiones de la Unidad de Salud Mental de La Verneda, la Pau y la Mina, que llegó a incluir 46 profesionales distribuidos en dos equipos de salud mental de adultos, dos equipos de salud mental infanto-juvenil, un equipo de atención a pacientes con adicciones, un equipo de trastornos mentales severos, un equipo de investigación y una unidad funcional de atención a la primera infancia.

Pero en ambos casos, en ambos equipos (y en otros muchos que espontáneamente iban fructificando en la península y que, más tarde, fueron coordinándose incipientemente a través de la AEN), las bases teóricas era similares: 1) la perspectiva psicosocial y antropológica abanderada por Carlos (al que invitamos al equipo en varias ocasiones y, en particular, con ocasión del décimo aniversario del mismo); 2) complementada con planteamientos comunitarios o comunitaristas creados en equipos propios y foráneos; y, desde luego, 3) elementos del psicoanálisis y de lo que después íbamos a llamar la psico(pato)logía basada en la relación (21-26).

Si hay algo que detestaba Carlos Castilla era la impostura. Frente a ella, he sido testigo –y no solo como lector de su obra– de su decidida apuesta moral y sentimental en contra, que marcó su vida. Aunque tuvo que escindir y disociar mucho, tal vez demasiado, para mantener esa actitud honesta y valiente y esa capacidad de trabajo con el fin de forjar una identidad profesional propia, pues se apoyaba también en un cierto aislamiento voluntario. Escindir y disociar mucho y en muchos ámbitos, pero sobre todo en el afectivo, y ello le pasó una cruenta factura, imposible de elaborar emocionalmente.

EXPLORANDO UN FUTURO

Perdonarán mi atrevimiento, no teniendo formación como historiador, pero en la obra de Carlos Castilla del Pino me parece poder intuir los apartados de una biografía y una bibliografía desarrollada “entre la espada y la pared”. En este caso más bien habría que decir “entre la pluma y la pared” –y, más tarde, “entre la máquina (de escribir) y la pared”–.

Sin afanes historiográficos, desde luego, utilizo para mis revisiones de la obra de Carlos Castilla la agrupación, hartamente discutible pero que me resulta útil, que aparece en la Tabla 1.

Para confeccionar esta aproximación me he basado fundamentalmente en sus libros publicados, aunque creo que capítulos de libros y artículos científicos y filosóficos encajan de forma adecuada en los mismos apartados... Algunos de los libros están repetidos para hacer hincapié en que podían significar aportaciones relevantes de Castilla del Pino en más de un apartado.

Comentar cada uno de los apartados y contenidos de esa tabla podría suponer, a su vez, todo un interesante tratado, que podría ser ayudado por el excelente trabajo de selección y edición de Julio José Segarra Valls (27), que demostró con su dedicación al mismo su admiración y respeto por el maestro.

En el apartado estrictamente psiquiátrico (si es que eso podía existir en cualquier página de Carlos Castilla), habría que insistir en cuántas de sus intuiciones, aseveraciones y estudios psiquiátricos siguen siendo de gran actualidad. Y no es solo

TABLA I

Una propuesta de agrupación de la obra teórica de Carlos Castilla

| | | |
|------------|--|--|
| I | Sobre psiquiatría y psico(pato)logía | <i>Vieja y nueva Psiquiatría, Un estudio sobre la depresión, Patografías, Introducción al masoquismo, Introducción a la psiquiatría (2 vol.), Estudios de psico(pato)logía sexual, Teoría de la alucinación, Cuarenta años de psiquiatría, Celos, locura, muerte, El delirio, un error necesario, Aspectos cognitivos de la esquizofrenia...</i> |
| II | Enfoques socioculturales y antropológicos | <i>Sexualidad y represión, El Humanismo imposible, La alienación de la mujer, Cuatro ensayos sobre la mujer.</i> <i>La culpa, Dialéctica de la persona, dialéctica de la situación, Fundamentos de antropología dialéctica, Psicoanálisis y marxismo, Temas: Hombre, cultura, sociedad, La incomunicación, Teoría de la intimidad, Arquitectura de la vida humana...</i> <i>Celos, locura, muerte, compilaciones sobre La mentira, El personaje, La intimidad, El silencio, La obscenidad, La envidia, La extravagancia, La sospecha, El odio...</i> |
| III | La epistemología siempre en la base | <i>Naturaleza del saber, La incomunicación, Introducción a la hermenéutica del lenguaje, Criterios de objetivación en Psicopatología...</i> |
| IV | El intento comunicacional en el camino de una teoría de las emociones | <i>La incomunicación, Introducción a la hermenéutica del lenguaje, El delirio, un error necesario...</i> <i>Teoría de los sentimientos, Conductas y actitudes.</i> |
| V | Literatura | <i>Una alacena tapiada, El discurso de Onofre, Cordura y locura en Cervantes, Pretérito imperfecto, La casa del olivo, Aflorismos.</i> |

Para confeccionar esta aproximación me he basado fundamentalmente en sus libros publicados, aunque creo que capítulos de libros y artículos científicos y filosóficos encajan de forma adecuada en los mismos apartados... Algunos de los libros están repetidos para hacer hincapié en que podían significar aportaciones relevantes de Castilla del Pino en más de un apartado.

una “frase hecha”, repetida en todos los homenajes: les propongo vivirla, experimentarla con solo comenzar a leer su *Introducción a la psiquiatría* (28), pero, sobre todo, con sus estudios sobre la culpa, la depresión, los celos, el delirio, la psicosexualidad en psico(pato)logía... Leer unas líneas de alguno de dichos trabajos les mostrará a ustedes cómo siguen siendo sugestivos y necesarios muchos de sus enfoques, y cómo podrían ser de útiles en particular para el aprendizaje de los psiquiatras y psicólogos actuales.

Los escritos y trabajos que he reunido bajo el epígrafe de “Enfoques socioculturales y antropológicos” son, probablemente, aquellos en los que Carlos Castilla se mostró más activo e insustituible para su tiempo. Teniendo en cuenta lo efímero que suelen resultar los artículos y estudios antropológicos y políticos, quisiera destacar que, gracias a la agudeza del lenguaje con el que estaban escritos y a la profundidad crítica que los alimentaba, resultan todavía una buena fuente de reflexión y para orientar el pensamiento (si es que interesa pensar, claro). Desde luego, en la atonía del franquismo e incluso en la revuelta vida cultural del tardofranquismo, supusieron un salvavidas teórico y una brújula indispensable para muchos intelectuales y profesionales de las ciencias “psi” e incluso de la medicina.

Los escritos y la preocupación por la epistemología y la filosofía de la ciencia de Carlos Castilla, para algunos de los que nos interesábamos por ese ámbito de nuestros saberes (mejor habría que decir, de nuestros desconocimientos), significaron asimismo durante decenios un faro en medio de la niebla y las tinieblas teóricas en las que navegaban nuestros aprendizajes de las ciencias médicas y psicológicas. Habrían de pasar bastantes años para que se desarrollaran entre nosotros ensayos en esa línea, casi siempre despreciados por la así llamada “literatura científica” dominante y por la simplificación teórica y política que ha supuesto la medicina basada en la evidencia (MBE) o la atención basada en pruebas (ABP) (25-30). Y aun así, los apuntes de Carlos sobre la epistemología de la psico(pato)logía y la psiquiatría creo que podrían continuar dándonos pistas para orientarnos en el difícil camino o situación actual, donde a la rudeza e ineficiencia de la psiquiatría biocomercial a menudo suele oponerse tan solo un confuso maremágnum de relativismo ético, cultural, teórico y científico, aderezado de panglosismo y nihilismo epistemológico. Y no nos pseudotranquilemos pensando que ese relativismo ético, cultural, teórico y técnico procede tan solo de nuestras privatizadas o anquilosadas universidades. También proviene de los centros pensantes de buena parte de la izquierda alternativa, con sus frecuentes correlatos de verbalismo y desprecio por los valores de claridad conceptual y lingüística, del rigor teórico y de la actualización epistemológica.

No diré nada sobre el apartado que he calificado como “literatura”, tanto por falta de espacio y tiempo para hacerlo como porque en este recordatorio de Carlos Castilla del Pino estoy seguro de que será tratado con mucha mayor conocimiento y

maestría por varios de los participantes. También porque querría decir unas palabras sobre las aportaciones de Carlos Castilla del Pino que he agrupado bajo el epígrafe tentativo de “El intento comunicacional en el camino de una teoría de las emociones”. Lo he hecho así para señalar, por un lado, la originalidad de la vía que emprendió en el camino de una hermenéutica del lenguaje útil para la psicopatología y la psiquiatría, una vía teórica y filosóficamente sumamente original, pero de gran dificultad teórica... y pragmática. Difícilmente podría generalizarse a la mayoría de los profesionales “psi” de los últimos decenios. Entre otras cosas, por los altos estándares de exactitud, sistematización y capacidad teórica que implicaba, difícilmente mantenibles en la didáctica de la profesión en las contrahechas universidades y servicios asistenciales públicos, incluso en los catalogados como “Unidades Docentes”. Aunque, probablemente, con la extensión de las nuevas tecnologías de información y comunicación (TICs) y el *Digital Phenotyping* en los ámbitos de la salud mental, parte de tal complejidad quedará simplificada por la Inteligencia Artificial, que ya ha entrado con gran brío en la psicoterapia y la asistencia psiquiátrica (10,11).

El propio Carlos y sus colaboradores intuimos pronto el exceso de dificultades que esa vía podría suponer, precisamente por su adelanto de decenios. Por ello, el propio Castilla fue redireccionando esa perspectiva, abriendo con ello una vía no solo útil a nivel psicopatológico y psiquiátrico, sino también antropológico, psicosocial y filosófico: me refiero al descubrimiento y estudio de las emociones y sentimientos como bases para un nuevo modelo de psico(pato)logía con aspiraciones integradoras de lo biológico-cerebral, lo psicoanalítico, lo psicológico cognitivo-emocional, lo psicosocial y lo estrictamente social y político. Se trata de una perspectiva en la que, como ustedes saben, he vuelto a coincidir con el último Castilla, al desarrollar nuestro modelo de integración biopsicosocial y de puente entre la psico(pato)logía psicoanalítica, la neurobiología de las emociones y las aportaciones y estudios psicosociales: la “psico(pato)logía basada en la relación” (21).

Pero veámoslo nuevamente con palabras del propio Carlos Castilla; en *Conductas y actitudes* (31) nos dirá que:

“Los temas que abordo en este volumen no se agotan con una mirada psico(pato)lógica. La razón de ello es que se trata de formas de conductas tipificadas, de modelos de conducta” (31, p. 7).

“Son en cierto sentido esquemas, objetos mentales del sujeto que los construye” [lo que nosotros diríamos estructuras de y para la relación, interna y externa] (31, p. 7).

“Si partimos de la consideración de las actitudes como formas anticipadas de conducta frente a las conductas efectivas y visibles, se puede afirmar que las actitudes presiden y preceden el designio de una conducta porque en realidad impregnan las conductas que cada uno realiza” (31, p. 8).

“Cada conducta viene modulada por las actitudes predominantes en el sujeto de la conducta. Las actitudes son un complejo cognitivo-emocional” (31, p. 8), algo que, veinte años después, llamaremos organización psico(pato)lógica de y para la relación (21).

“Son estructuras de comportamiento que se forman a partir de la relación sujeto-objeto” (observemos que Carlos Castilla seguía utilizando algunos conceptos y perspectivas psicoanalíticas). *“La adaptación exige del sujeto versatilidad”* (en el uso de esos modelos u organizaciones relacionales, diríamos nosotros (21).

Como puede observarse, Carlos Castilla del Pino estaba ya desarrollando una perspectiva relacional de la psicopatología, basada en la integración cognitivo-emocional y biopsicosocial, una perspectiva que, con múltiples variantes, se está imponiendo en la psicopatología contemporánea, y que intento resumir en la Tabla 2 con especial atención a nuestros medios panhispánicos.

CONCLUSIONES PARA UN HOMENAJE

Resumiendo, desde un punto de vista profesional y científico-técnico, ¿qué nos puede transmitir y nos ha transmitido Carlos Castilla del Pino? Según mi conocimiento de sus obras y su práctica, destacaría su intuición avizorada contra el biologismo y la medicalización desaforada, pero sin desdeñar la importancia de la objetivación en psicopatología y psiquiatría. En su fundamentación se halla su capacidad de integrar, para un momento histórico y científico determinado, los componentes biológicos con los psicológicos y los sociales. Nos ha transmitido asimismo su valoración del lenguaje, tanto en su sentido y aportaciones psico(pato)lógicas como en el uso de un lenguaje enriquecido y culto, no de un *castanglés* arrodillado o de lenguajes con enanismo patológico como el de gran parte de la literatura “científico-médica”. En similar sentido, nos ha llamado la atención sobre el enriquecimiento de las perspectivas científicas cuando son ilustradas por la cultura en general y por lo sociocultural, lo psicosocial y lo político en particular. Aunque el desarrollo de las teorías y prácticas comunitarias desde entonces haya sido muy amplio y probablemente ha desbordado ya su marco de referencia (5).

A un nivel más personal, para una vida teórica e incluso para la vida, nos ha transmitido el valor de la coherencia ética, filosófica y teórico-conceptual, pero sin desdeñar la ideología y una activa implicación sociocultural. Nos ayudó a una o dos generaciones de profesionales de la “salud mental y sus trastornos” con su capacidad de alerta y transmisión de valores, formas de pensar, conocimientos y datos foráneos en momentos de grave incomunicación y desinformación como los del tardofranquismo y la transición. También contribuyó a ponernos alerta acerca de la impor-

TABLA 2

Otras perspectivas de la Psico(pato)logía Basada en la Relación

| | |
|---|--|
| <p>1) De base relacional-contextual</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Diversas perspectivas psicoanalíticas que tienen en cuenta el entramado biopsicosocial y relacional, además del intrapsíquico: <ul style="list-style-type: none"> – Winnicott, Liberman, McKinnon, Cooper, Steiner, Emde, Stern, Golse, Horowitz, Talarn, la “escuela psicopatológica del Pisuerga” (Colina, Álvarez y otros) o nuestros propios equipos e investigaciones (al menos, desde 1978 y 1982) (23,24). – perspectivas psicoanalítico-relacionales (Ávila, Coderch, Daurella, Rodríguez Sutil, Stolorow...), <input type="checkbox"/> Psicopatología Basada en la Relación (21) <input type="checkbox"/> Perspectivas basadas en la “mentalización” (Fonagy, Bateman, Bebington, AMBIT...), <input type="checkbox"/> Perspectivas basadas en la neurobiología de las relaciones objeto (Kernberg, Schore, Bucci, Pankseep y Bevin...), <input type="checkbox"/> Las perspectivas sistémicas y las “estratégicas”, como Watzlawick o Nardone, etc. <input type="checkbox"/> Perspectivas “narrativistas relacionales”, como Fernández-Liria (26) y otros investigadores y autores. |
| <p>2) Desde el paradigma cognitivo-conductual</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Por ejemplo, los enfoques de Millon, Davis y Ellis (32). <input type="checkbox"/> Diversas perspectivas de la “cognición social” (Freeman, Garety, Ames, Combs...). <input type="checkbox"/> Fenomenología estructural: Minkowski, Parnas, Sass, Stanghellini, Marino Pérez (fenomenología contextual radical) (19). <input type="checkbox"/> las actualizaciones de diversos modelos y terapias de base empírica, como, por ejemplo, la Terapia Racional Emotiva (32). |
| <p>3) Desde otros paradigmas</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Numerosos puntos de contacto también con la psicopatología fenomenológica y cognitivo-conductual contextualizada a lo comunicacional y lo social <input type="checkbox"/> Tipo Bentall, Millon, Davis, Ellis <input type="checkbox"/> narrativista-fenomenológica-cognitiva tipo Geekie y Read, <input type="checkbox"/> terapia cognitivo-dialéctica. <input type="checkbox"/> Marco PTM/PAS (Power-Threat-Meaning/Poder-Amenaza-Significado) <input type="checkbox"/> Paradigma del exposoma: Guloksuz (33), Van Os (34) |
| <p>4) Desde una psicopatología biológica más allá del DSM-5 Th. Insel (11)</p> | <p>Desde una perspectiva biológica estricta, dando mayor importancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A la integración cerebral • A la integración mental, con sus bases psicobiológicas • A la integración del mamífero humano en la cultura y a la influencia cerebral de los factores de riesgo socio-culturales |

tancia de la relación con los movimientos sociales hasta para la organización de unos enfoques y unas teorías científicas.

A esas dos o tres generaciones de profesionales creo que nos ayudó su selección de determinadas actitudes en vez de otras: en particular, la actitud de búsqueda abierta, de indagación, de contradicción; la actitud de resistencia, incluso con cierta pose obstinada y provocativa... En definitiva, nos ayudó a todos con varias de sus firmes creencias, manifestadas también en los duros momentos que le tocó padecer (que fueron muchos y desde la infancia temprana). Por ejemplo, con la firme creencia de que, como decía el lema republicano del Presidente Negrín (pero también de Eleuterio Sánchez, alias “El Lute”), “resistir es vencer”. Y gracias a ella, nos orientó hacia una forma diferente de enfocar la profesión y, tal vez, de estar en el mundo. Parafraseando al Bertolt Brecht de un verso que se colgaba una y otra vez en los locales de las asociaciones democráticas de estudiantes de aquellas épocas:

*En los tiempos oscuros,
¿se teorizará también?
También se teorizará
sobre los tiempos oscuros.*

La validez contemporánea de sus capacidades y aportaciones se puede comprobar bien sencillamente: es posible seguir leyendo gran parte de sus obras obteniendo momentos de aprovechamiento para la conceptualización y para la práctica, incluso actuales. Proporcionan ocasiones de reflexión y replanteamiento para el lector contemporáneo, como he tenido ocasión de experimentar preparando esta modesta disertación. De su obra, los aspectos ideológicos envejecerán. Los aspectos científicos envejecerán también, aunque hoy mantienen una notable actualidad: pero el conocimiento científico por definición es pasajero, transitivo, llamado a la superación... Lo que me ha llamado la atención en mi relectura de estos últimos días es que son los aspectos más directamente antropológicos y filosóficos de sus aproximaciones los que menos han envejecido, los que siguen siendo creativos y germinadores. Y, desde luego, sus capacidades para afrontar el riesgo de la verdad, o al menos, de lo verosímil, y no de la mentira declarada.

¿Qué diría Carlos ante el acuerdo implícito para impedir el desarrollo de la atención comunitaria a la salud mental en favor de una psiquiatría neoliberal y una “psiquiatría para pobres” (18)? ¿Ante el desmantelamiento programado de la Atención Primaria de Salud y de la atención sanitaria por acatar el Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP) (35, 18)? ¿Qué postura mantendría entre el ecopacifismo y la OTAN? ¿Ante la pervivencia del patriarcalismo falocrático y machista? ¿Y ante la limitación de la democracia real que suponen medios de información y justicia oligopolizados? ¿O ante las políticas migratorias de la vieja y envejecida Europa?... (5).

La actitud de Carlos Castilla que les recordaba al principio me lleva a intuir hacia dónde se decantaría en esos conflictos y otros muchos. Lo (casi) seguro es que se decantaría abiertamente. Una actitud y una costumbre, la suya, que tanto valor poseen en una situación como la nuestra actual: es mi mejor recuerdo y homenaje para Carlos. Y es una actitud, casi una pasión, en la que ambos coincidimos porque, al fin y al cabo, como diríamos acompañando a Félix Grande en su *Blanco Spirituals* (36).

*Escribo (...) porque estoy muy en deuda
(...) con seres que me dieron o me dan, con gentes que pasan,
con años que trascurren camino de los siglos,
con un sueño de amistad popular que cruza solitario
como un viejo vehículo del mar por el mar de la historia.*

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Vela JA, Sánchez-Vázquez V (coord.). Homenaje a Carlos Castilla del Pino en su ochenta cumpleaños. Córdoba: Fundación Castilla del Pino, 2002.
- 2 Traverso E. ¿Qué fue de los intelectuales? Buenos Aires: Siglo XXI, 2014.
- 3 Vázquez Montalbán M. Una educación sentimental. Madrid: Cátedra, 2001.
- 4 González Duro E. Los psiquiatras de Franco. Los rojos no estaban locos. Barcelona: Ediciones Península, 2008.
- 5 Tizón JL. La guerra como campo de batalla: Deconstruyendo símbolos y mitos. Barcelona: Herder, 2023.
- 6 Castilla del Pino C. Pretérito imperfecto. Autobiografía. Barcelona: Tusquets, 2003.
- 7 Martín-Santos L. Tiempo de silencio. Barcelona: Seix-Barral, 1980.
- 8 Grandes A. La madre de Frankenstein. Barcelona: Tusquets, 2020.
- 9 Grandes A. Los pacientes del doctor García. Barcelona: Tusquets, 2017.
- 10 Prakash J, Chaudhury S, Chatterjee K. Digital phenotyping in psychiatry: When mental health goes binary. *Ind Psychiatry J.* 2021; 30(2): 191–192.
- 11 Insel Th. Healing: our path from mental illness to mental health. New York: Penguin, 2022.
- 12 Castilla del Pino C. La casa del olivo. Barcelona: Tusquets, 2009.
- 13 García Lorca F. Obras Completas. Madrid: Aguilar, 1963.
- 14 Castilla del Pino C. Vieja y nueva psiquiatría. Madrid: Alianza Editorial, 1978.
- 15 Castilla del Pino C. Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de antropología dialéctica. Barcelona: Península, 1972.
- 16 Castilla del Pino C. Prólogo al libro de JL Tizón, Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Ariel, 1978; pp 7-11.
- 17 Tizón JL. Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Ariel, 1978.
- 18 Tizón JL. La reforma psiquiátrica: ¿el porvenir de una ilusión? Barcelona: Herder, 2023.
- 19 Pérez-Álvarez M. Más Aristóteles y menos Concerta. Madrid: Ulzama, 2018.

- 20 Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Kinderman P, et al. *The Power, Threat, Meaning framework: overview*. Leicester: British Psychological Society, 2018.
- 21 Tizón JL. *Apuntes para una psicopatología basada en la relación: Variaciones psicopatológicas*. Barcelona: Herder, 2020.
- 22 Bofill P, Tizón JL. *Qué es el psicoanálisis: Orígenes, temas e instituciones actuales*. Barcelona: Herder, 1994.
- 23 Tizón JL. *Entender las psicosis: Hacia un enfoque integrador*. Barcelona: Herder, 2013.
- 24 Tizón JL. *Familia y psicosis: Cómo ayudar en el tratamiento*. Barcelona: Herder, 2014.
- 25 López-Álvarez M. *Mirando atrás para seguir avanzando: Una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención a la salud mental*. Barcelona: Herder, 2021.
- 26 Fernández-Liria A. *Locura de la psiquiatría: Apuntes para una crítica de la psiquiatría y la "salud mental"*. Bilbao: Desclée de Brower, 2018.
- 27 Segarra JJ. *Léxico psico(pato)lógico en la obra de Carlos Castilla del Pino*. Valencia: Universitat de València, 2010.
- 28 Castilla del Pino C. *Introducción a la psiquiatría*. Madrid: Alianza Editorial, 1992.
- 29 Tizón JL. *Las controvertidas "pruebas" de la controvertida "psiquiatría basada en la evidencia"*. Prólogo a Richard Bentall: *Medicalizar la mente: ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: Herder, 2011.
- 30 Vispe A, García-Valdecasas J. *Postpsiquiatría*. Barcelona: Herder, 2023.
- 31 Castilla C. *Conductas y actitudes*. Barcelona: Tusquets, 2009.
- 32 Hyland P, Boduszek D. *Resolving a difference between cognitive therapy and rational emotive behaviour therapy: Towards the development of an integrated CBT model of psychopathology*. *Ment Health Rev J*. 2012; 17(2): 104-116.
- 33 Guloksuz S, Van Os J, Rutten BP. *The exposome paradigm and the complexities of environmental research in psychiatry*. *JAMA Psychiatry* 2018; 75(10): 985-986.
- 34 Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. *A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder*. *Psychol Med*. 2009;39(2): 179–195.
- 35 De Vogli R, Renzetti N. *The potential impact of the transatlantic trade and investment partnership (TTIP) on public health*. *Epidemiol Prev*. 2016; 40(2): 95-102.
- 36 Grande F. *Blanco spirituals*. La Habana: Casa de las Américas, 1967.

Carlos Castilla del Pino, mentor y maestro de una generación

Carlos Castilla del Pino, Mentor and Teacher of a Generation

AMELIA VALCÁRCEL

Filósofa y escritora

Recibido: 07/08/2023; aceptado: 30/09/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0
(Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: El artículo glosa la importancia del magisterio de Carlos Castilla del Pino en la cultura española, especialmente como mentor que fue de toda la generación que impulsó el cambio. Lo hace siguiendo las obras de su período intelectual sesentaiochista, libros y artículos que tuvieron una enorme acogida entre la juventud que luego protagonizó ese cambio. Carlos Castilla fue, en España y también en Hispanoamérica, el maestro de toda una generación que lo leyó con avidez y contó con sus análisis críticos y su terminología. Se convirtió en el superego de toda una élite intelectual mediante sus escritos de esos años década en particular, 1968-1975.

Palabras clave: Castilla del Pino, sesenta y ocho, mentor, intelectual.

Abstract: The article discusses the importance of Carlos Castilla del Pino's teaching in Spanish culture, especially as a mentor for the whole generation that promoted the change. This is done by following the works of his intellectual period in the sixties, books and articles that had an enormous acceptance among the youth that later played a leading

role in that change. Carlos Castilla was, in Spain and also in Latin America, the teacher of a whole generation that read him avidly and relied on his critical analysis and terminology. He became the super-ego of an entire intellectual elite through his writings of those years, particularly during the 1968-1975 period.

Key words: Castilla del Pino, sixty eight, mentor, intellectual.

TODO TEXTO PERTENECE A SU TIEMPO. “La filosofía”, escribió Hegel, “es el propio tiempo captado por el pensamiento”. Carlos Castilla del Pino fue mentor del 68 español. Necesitábamos aprender a pensar y a vivir y él fue nuestro maestro. Su análisis, adulto, permitía que entendiéramos la situación. Los volúmenes que yo manejo para preparar este artículo son primeras ediciones y revelan mucho del tiempo en que salieron de prensas. Parte pertenecen a mi biblioteca juvenil; el resto los he tenido que coleccionar uno a uno. Las solapas muestran los nombres de su antigua propiedad. Están muy leídos. Quizá lo primero que haya que aclarar es el tipo de éxito que estas obras tuvieron en su momento, a uno y otro lado del Atlántico. Al fin fueron publicados en el epicentro exacto del 68. Sin exagerar cabe decir que eran lectura obligada en las filas progresistas. Cuando he tenido la oportunidad de revisar bibliotecas en América Latina, allá estaban también, apoyándose unos en otros, los mismos títulos. ¿Qué los hacía tan atractivos?

La situación es un concepto que, traído desde la fenomenología, Castilla del Pino utiliza a menudo. Del mismo modo que usa una terminología que entonces se nos convirtió en familiar: dialéctica, sistema, estructura, condiciones objetivas, praxis, anomia, reificación, represión, alienación..., por ejemplo. El método que sigue es decididamente fenomenológico, si bien él prefería nombrarlo como “fenomenológico-dialéctico” (1, p. 19). La ventaja de la fenomenología, escribe, es su capacidad para “objetivar el momento subjetivo” (1, p. 71). Carlos Castilla trabaja para permitir que subjetividades en trámite de constitución y que encuentran severas barreras epistemológicas en el mundo objetivo puedan reconocer sus situaciones. Es una labor de magisterio entendida también como terapéutica. Seguirlo nos lleva de lo particular a lo general. Realiza un acompañamiento desde las teorías de la individuación surgidas en el siglo xx, como el freudismo, entonces tan vivo, hasta la vivencia política que se nos imponía dentro de un medio cerrado y las situaciones que ello producía. Nunca se dirá lo bastante cuán necesaria fue su compañía. El contexto, lo que él llama la situación, era tal que, con los ojos abiertos, no sabíamos ver.

La realidad se había vuelto opaca. Aquellos años suspiraban por la teoría; el virulento deseo de entender qué los presidía puede que resulte ahora difícil de vi-

sualizar, pero entonces estaba en su clímax. Es esa una constatación que tiñe todos estos años: saber, entender, comprender eran los anhelos más presentes y profundos para toda una joven generación. Y no había cómo. Las narrativas anteriores parecían ociosas, quebradas como estaban, a toda una juventud que necesitaba su propio lenguaje y sus propias fuentes de autoridad. La situación era especialmente caótica en España, sometida toda ella a un anacronismo político que permeaba cualquier estructura. Poco se sabe de lo que sienten quienes se ven forzados a vivir en un tiempo que no es el suyo, ni tampoco de las distorsiones que ello genera. España vivía en la Caverna de Platón, obligadas sus gentes a mirar solo en la dirección contraria a la luz y a discutir de sombras. Como en aquella caverna, sus habitantes nos habíamos hecho peritos en ellas.

Los libros escaseaban y muchos estaban prohibidos. Nuestras cabezas eran en todo similares a lo que en aquellos años, y en las librerías que lo osaban tener, se llamaba “el infierno”. Si no se enseña una figura, difícilmente puede entenderse el caso: nos educaban en la actualidad de las filosofías del siglo XIII, nos daban por presentes polémicas que habían cesado en el siglo XVII, nos acostábamos con rezos y despertábamos con campanas. La religión romana se había hecho cargo del completo sentido del mundo con un dominio sobre las conciencias que nunca antes había tenido. El anacronismo filtraba todo. El ambiente intelectual era irrespirable. Sin embargo, dentro de ese ambiente el cambio fermentaba y la memoria pedía paso.

A ello se añadía su ominosa causa: en el caso español la situación era la creada por el desierto de una guerra civil. Con propiedad, éramos una generación de huérfanos. Muchas veces me he preguntado: ¿por qué un psiquiatra se convierte en la figura intelectual más importante de ese momento? La respuesta es sencilla: porque lo necesitábamos. Pero hay también otra razón: que Carlos Castilla del Pino se comporta en estas obras mucho más como filósofo que como médico. Presentaba una guía intelectual segura que permitía clasificar diestramente los contenidos; practicaba una hermenéutica y un método que, sin las habituales falsificaciones, nos dotaba de una tierra firme en que comenzar a pensar y vivir. Porque, que no solo de pan vive el hombre, sino sobre todo de la palabra era una verdad que habíamos probado con el cuerpo entero. Castilla del Pino era el maestro que nos llevaba desde el método a la moral, desde los confusos sentimientos a la política. Esto era tremendamente subversivo en aquel cerrado y distorsionado paisaje.

LA ELECCIÓN DE MÉTODO: FENOMENOLOGÍA O DIALÉCTICA

Castilla del Pino identifica su método como de doble entrada: fenomenológico en la descripción y dialéctico en la interpretación. Las aferencias fenomenológicas son claras, de Jaspers a Merleau Ponty. Max Scheler, esta vez en negativo,

también es una de sus claves De hecho, a medida que nos introduce en cualquier tema, es la fenomenología la que provee de las figuras y la taxonomía. Sin embargo, el estudio de las interrelaciones es dialéctico por la propia naturaleza del objeto. En cualquier caso, el método va respaldado por un fuerte afán de contestación. En *Naturaleza del saber*, escribe: “Sí; debe ser un extraño placer contribuir, en la medida de nuestras capacidades, a la subversión sobre lo falso, lo estúpido, lo cruel” (2, p. 47). Este libro, que proviene de una conferencia más tarde desarrollada, es una constante declaración de intenciones. Escribe también: “Yo no creo que haya mayor placer para el hombre de hoy, que esté libre de mitos, que contribuir con su saber a la desmitificación y a la invalidación de lo estatuido” (2). Quien hace ciencia o saber no ha de ser *idiota*, esto es, no puede permitirse el apartarse de la convivencia común. Esta conferencia, que le publicaba el entonces padre Aguirre, posteriormente duque de Alba, explica todas y cada una de sus tomas de postura epistémica. Comienza con el elogio de la verificabilidad, dando así y mostrando la fuerte influencia del positivismo lógico y el Círculo de Viena, que él presenta ya templada; el saber debe ser verificable, pleitesía al positivismo, pero también debe ser comunicable, apertura a otros horizontes. Lo que no cuente con ese par de rasgos no es saber. Con todo, el saber siempre es probablemente incompleto, porque es histórico. Históricas son también todas las verdades. Propone Castilla del Pino un ejercicio de modestia, tanto más necesario en aquel mundo de dogmas. Abandonemos incluso una categoría tan alta como la verdad y limitémonos a la validez, nos aconseja.

Dado que otro de los componentes de su epistemología, el que ha llamado dialéctico, es el marxismo, es interesante ver cómo tiende un puente entre eso y su positivismo. Los saberes son históricos, afirma, y, en cualquier caso, son procesos más largos que una vida humana. Sin embargo, como médico psiquiatra que es, tiene una tercera referencia difícil de encajar, Freud, que ni se atiene a la verificación ni puede ser considerado un pensador de los procesos largos y comunes. Puesto que también es su modelo, opta por completarlo con Marx, en una síntesis muy epocal, la que hacía reverdecer al marxismo en Europa y América en los aledaños del 68.

El cómo conjugar sus fuentes lo desarrollará más extensamente en otro texto, *Psicoanálisis y marxismo* (3), pero en la conferencia sobre el saber puede encontrarse ya el núcleo argumental: los saberes son conjuntos teóricos sujetos a validación, que dejan de serlo si se convierten en dogmas. Nunca ha de salvarse la teoría por encima de los hechos. Tres grandes nombres ponen los márgenes de la nueva visión del mundo, Darwin, Freud y Marx. De los dos primeros cabe decir que fueron grandes revolucionarios, no solo del saber, sino del mundo de la vida. Pero hay cosas que no vieron, que no podían ver, escotomizada su visión por sus

propias “condiciones objetivas”. Ambos subvierten el mundo que han heredado, pero no llegan a rozar el registro de fondo, las dichas “condiciones objetivas” que los ciegan ante el sistema productivo. Marx, bien al contrario, sí lo vio.

El marxismo, un vago, todo sea dicho, impregnaba cualquier discurso progresista en aquellos años. No estoy segura de que se deba renunciar a él. El marxismo está admitido como una de las claves explicativas al mismo nivel que lo está la pertinencia del pensamiento socioeconómico. Ciertamente que la peculiaridad de Castilla del Pino es que él era un marxista adrede, casi forzando su propia convicción, del mismo modo en que era también, a fuer de libre, un sobresaliente miembro del Partido Comunista en la clandestinidad. Lo ha expresado bastante bien Muñoz Molina (4): de entre los progresistas todos éramos antifranquistas, pero casi ninguno era demócrata. Obvio es decir que entre los franquistas tampoco eso se gastaba. No estaba en la dinámica de la situación. Marx, por tanto, aliado con Darwin y el psicoanálisis, sin subjetivismo. Castilla del Pino escribió que en *El malestar en la cultura* Freud intentaba “una interpretación de la concreta alienación de nuestra civilización contemporánea... (empero) sigue invisible para él el factor de las relaciones económicas en orden a la interpretación misma de esa civilización” (2, p. 39). Ambos grandes develadores, pese a su penetración, “están divorciados de la realidad total”. Todo el saber debe ser puesto al servicio de la nueva conciencia.

Carlos Castilla del Pino, en estas obras, expresa sin ambages la mezcla epistémica en que todos nos encontrábamos: marxismo, lógica formal, psicoanálisis, positivismo... Incluso hace referencia a un tema definitivamente epocal, el monismo. Está tanto a favor de la formalización radical del discurso científico como es sabedor de los límites del formalismo. Se decanta por un nominalismo absoluto, “vocablos tales como bondad, maldad, justicia, libertad, alma y tantos y tantos otros... no son otra cosa sino *flatus vocis*”, mientras apuesta por una renovación empirista que venga de la mano de la filosofía del lenguaje. Trae a colación el Teorema de Gödel para avisar de los mismos límites de las verdades formales. En *Naturaleza del saber* (2), bulle la inquietud de lo intensamente pensado. Pero, en último término, su juicio es que la pureza epistémica no es posible.

Cuando se repasa esta conferencia y se hace con la distancia del ahora, trasciende su dimensión de soliloquio. Nos sirve para saber a qué tipo de crítica había sometido Castilla del Pino su saber y por ende su epistemología. Cosa que debía hacerse porque un fundamento epistemológico era necesario a fin de hacerse cargo de toda la avalancha teórica que nos venía del exterior y no éramos capaces de sistematizar. De fuera de la cápsula cerrada que España era, llegaban todo tipo de propuestas incompatibles que casi no teníamos modo de medir. No estaba en nuestra mano introducir orden. En este, como digo, soliloquio, Castilla del Pino enfrentaba

los mismos debates que ocupaban a Sacristán¹. El marxismo estructuralista también asomaba sus orejas en ello. Y lo hacía para concluir en un empirismo moderado, un nominalismo excesivo y un marxismo más tomado como fe y cierre, horizonte, que otra cosa.

Porque en toda esta conferencia Carlos se comporta como filósofo. Puede hacerlo porque lo era. Como Jaspers, de quien tanto aprendía. Utiliza bastante más que su pretendido marxismo la fenomenología, la que aprovecha para negar, sobre todo, el subjetivismo religioso. Y aunque afirma que el tipo de análisis que la fenomenología propone no es creador de objetividad, porque la vivencia no tiene contenido veritativo, y tampoco existen vivencias puras, y aunque no acepta y es crítico en particular con el mismo concepto de *epojé*, pone todos estos previos para acabar afirmando la validez del concepto de situación. A ella no renunciará nunca. Ni a las taxonomías seriadas de raíz fenomenológica. De hecho, y durante toda su vida, Carlos Castilla fue un fenomenólogo adicto a la criba cognitiva alemana.

Sin embargo, en aquellos años frente a este horizonte se estaba perfilando “la dialéctica” y se veía obligado a optar y autoexplicarse. De la dialéctica no puede menos que afirmar que no puede ser método único. La entiende como el estudio de las múltiples relaciones que existen dentro de una realidad interdependiente. La entiende también, lo que tiene un aire epocal enorme, como la reunión de teoría y praxis. Tal era la teoría presente que todo suspiraba por salir de ella hacia la realidad. La realidad, comprueba, tiene una lógica: eso es lo que hay que entender, comprender, aprehender. La dialéctica enseña, en la teoría económica, el valor de uso. Y hemos de ser conscientes de que todo saber tiene también valor de uso porque se transforma en praxis.

¿Cuáles son las condiciones del saber en una sociedad capitalista? En ella los poseedores se tornan “el poder” y alimentan la alienación del resto con más altas dosis de alienación de modo constante. Como eso es una situación intolerable (y ello a pesar de la afirmación de que los términos morales son *flatus vocis*), surge la pregunta por la posibilidad de una ética, una ética del saber. La sociedad capitalista es una estructura anómica. El sistema hace a la gente agresiva y permite tan solo calculadas disidencias. Pero, a mayor alienación, mayor necesidad psicoética. Carlos Castilla se enfrenta con esta receta a la rebeldía juvenil de los Sesenta.

El ser humano es un objeto de la realidad y lo que la metafísica suele llamar “el sentido” no lo precede. Ser es hacer, de modo que las necesidades están por lo común bien colocadas hasta que una situación epistémica insostenible las retuerce. Tiene donde asentarse, de todos modos. En el ser humano no todo es racional. La necesidad de “lo sobrenatural”, por ejemplo, es emocional (1, p. 23). Lo irracional es prevalente. Pero mientras que el animal es pavloviano, el ser humano futuriza. De

¹ Los que un año más tarde plagiaba Gustavo Bueno.

ahí que, bajo todo su trabajo, y especialmente en los que aquí se contienen, subsista una antropología proléptica cuya raíz es ética y política.

LOS VALORES

Pretende Carlos Castilla que la mayor confusión epistemológica, aquella que debe ser solventada en primer lugar, deriva de la falacia de la objetividad de los valores. Si bien se mide frecuentemente con la fenomenología y para al final usarla, también es cierto que lo hace con otra de sus personales referencias epistémicas: las teorías del valor. Esto lo hace en este libro y en otros, de manera que lo voy a compendiar. Los valores no están, como la persona corriente cree, en los objetos, sino en nuestra relación con ellos. La incomunicación, cuando ya es patológica y severa, cuando va aliada con el delirio, niega valor a toda la realidad. Así ocurre en la esquizofrenia, que es negante y fantasmática a la vez. Pero la incomunicación no se revela solamente en las grandes patologías, sino que, como buen freudiano, Carlos Castilla la encuentra en la vida cotidiana.

Depende el padecerla en alto grado de condiciones objetivas y subjetivas. De entre las subjetivas: el sujeto ha de dejarse sorprender. Quien todo lo prevé o todo lo sabe, de poco se entera. Intenta entender el aburrimiento como incomunicación. También el fetichismo y la reificación. ¿Cómo de nuevo puede hacer tal síntesis? Porque está aceptando la tesis implícita de que la espontaneidad se ha perdido en nuestro tiempo. La sociabilidad acude a un “principio de realidad” que consiste en renunciar a ella². La incomunicación, insiste, es siempre un problema social. La gente, la multitud, vive aislada, aunque no tenga conciencia de ello. Habitamos una sociedad de mónadas hipócritas. La amistad en la sociedad de consumo no es real. La gente cada vez comunica menos. La verdadera comunicación casi nos es desconocida sustituida como está por la mera jocosidad. A tal grado ha llegado este perder capacidad comunicativa que ya no sabemos como somos; por eso necesitamos confesores y analistas. “En suma, el aislamiento que me acontece, acontece también a ese otro que me aísla y que asimismo está aislado”. La sociedad no es comunidad, parafraseando a Weber. En vez de al peligroso comunismo parece Carlos Castilla estar cerca del no menos peligroso comunitarismo (5, p. 125). La falta de comunicación y espontaneidad, mala en sí, nos hace además asiduos de lo conveniente, esto es, que vivimos en un mundo en que no hay solo represión de lo malo, sino también de lo bueno.

² Más tarde renunciará a ella. En este trabajo parece que en absoluto tiene en cuenta la estructura paradójica de la espontaneidad. Pero ya en *La incomunicación* la ha descartado: “Si fuéramos espontáneos... seríamos otros. Somos como tenemos que ser... Somos cualquier cosa menos espontáneos” (5, p. 123). Los trabajos de Watzlawick son ciertamente posteriores.

Carlos Castilla del Pino criticaría en prólogos posteriores de esta obra sus planteamientos excesivos y lo haría con ironía. Pero ahora, en el ahora del 68, las cosas estaban así y llevaban además así cierto tiempo. Estos son ensayos, por así decir, Antonioni³. Más exactamente el de *El eclipse*. Castilla del Pino opta por desvelar el misterio de la incomunicación en clave social y política realizando, otra vez, una fenomenología de lo que bien conoce: el decir a medias de los lugares en los que falta la libertad.

Donde la libertad no existe, la ambigüedad se convierte en la segunda naturaleza de las personas. Con este punto de partida expone, y se aprecia que comprende, las limitaciones de la filosofía del lenguaje que le es contemporánea y se trasluce también que ha querido utilizarla para entender la situación y ha acabado hastiado de la ineficacia del instrumento. La pretensión de que el lenguaje ambiguo está “mal hecho” le subleva. Bien al contrario, es un lenguaje magistral. En este apartado Carlos Castilla avanza tesis que serán más tarde de Goffman y Habermas: la comunicación es plural e individualizada y se necesitaría una ética de la comunicación. Concorre también en este trabajo la categoría de “extrañamiento” que acabará dando en “alienación”. La comunicación en una situación de no libertad es temible.

Frente al estado de cosas ha de aparecer la rebeldía. En nuestra sociedad la incomunicación y el alienarse en los objetos es la norma. “El no poder decir lo que se quiere decir está planteado hoy día como la necesidad más perentoria para aquellos grupos de protesta que representan, a su vez, la conciencia de nivel más lúcida de su clase o grupo” (5, p. 143). Nadie se está pudiendo verdaderamente comunicar y los tabúes sociales que impiden este comunicarse deben ser eliminados. En realidad Carlos Castilla está utilizando la estrategia de hablar de política por medio del lenguaje de la psicología. En este clima, la palabra mágica empleada por él es “represión”. Frente a la represión está apareciendo la protesta. Por protesta alude a la rebeldía juvenil del 68 que intentará analizar con esa clave.

LA ALIENACIÓN

El camino de la psicología, la vía personal hacia la libertad, exige poner racionalidad y su luz sobre relaciones, pensamientos y conductas. La praxis propia ha de ser entendida y, a la postre, realizada. Carlos, tempranamente espinosista, anota que a la racionalidad ha de llegarse mediante un salto traumático que no es racional. No basta con argumentar. Existe una crisis personal que permite saltar a un

³ El cual aparece citado en *El humanismo imposible* (6, p. 30). A la cabeza me viene la reacción, contada por Díaz Plaja, de un señor que asistía en un cine a la proyección precisamente de *El eclipse*. Con la palabra fin se levantó airado, exclamó que no se entendía nada y, ante la cara de inexpresivo desprecio de un joven barbudo de su fila trasera, apostilló: “¡Pues será usted muy inteligente!”.

mundo distinto; esa era la vivencia de toda nuestra generación. Por eso se convirtió en nuestro maestro. Hay que decir, porque decir es un hacer. “En la comunicación el ciclo teoría-praxis queda abierto en una espiral” (5, p. 149). La rebelión es más fácil contra un orden grosero que contra otro que encubra su violencia. De ahí que la alienación está más presente en los modos blandos de vida. La alienación profunda no sabe de sí. ¿Por qué la gente soporta, sin ser consciente de ser por miedo, situaciones indebidas? El tecnócrata es partidario de la sociedad capitalista, muchos obreros son de derechas... En el rebelarse nada es mecánico. En fin, ¿por qué la gente colabora con quienes la oprimen?

La ideología de los dominantes se acepta por el grupo oprimido. La ideología es, en efecto, un dinamismo de defensa mediante el cual “el sujeto vive la alienación impuesta como una aceptación” (5, p. 153). Tal autoengaño es conflictivo, sin duda, induce neurosis, pero quien lo padece, o completamente lo ignora, o es que espera ser, con el tiempo, parte del grupo dirigente beneficiado. La conciencia de la alienación es un proceso en el que pasar de la alienación no consciente a la alienación concienciada. La alienación se resuelve mediante conformismo o protesta. Sin embargo, y aquí de nuevo comparece la política, la protesta individual nunca resuelve el problema de la alienación. Se está o no se está en el “sistema”, esa palabra tan epocal.

La sociedad es alienante y el sujeto está alienado. Pero la alienación es una relación sujeto-objeto, es “alienación de”. Es por una parte un fracaso en la percepción de la realidad. El sujeto interactúa con la realidad, la fija y la subjetiva, la hace analógica. Esa alienación no conlleva extrañación, sino que el sujeto cosifica la realidad de forma poco o nada plástica, la deforma, la petrifica. Los modos en que el sujeto puede cosificar la realidad son tan diferentes como la inhibición, el hiper-critismo o la ironía. Todas ellas son praxis cosificadoras y alienadas. Tales actitudes son caras porque se pagan en soledad y paranoia. En la alienación y en su sujeto, en fin, pese a sus varios modos de presentarse, “se puede reconocer en ella siempre tanto componentes que son consecuencias de la alienación cuanto aquellos otros que denotan la utilización de ella como defensa frente a la realidad que le aliena y contra la cual no supo o no pudo adoptar una praxis liberadora” (3, p. 174). La alienación acaba con la realidad.

El sistema siempre parece llevar las de ganar; lo que genera en las gentes se resuelve, como ya se ha dicho, mediante conformismo o protesta. La comunicación es precaria y la incomunicación de base se resuelve, en una sociedad competitiva, si no es con la protesta, con la drogadicción, la psicoterapia, la conducta rebelde o la ejemplaridad compulsiva, porque “la irracionalidad en cualquiera de sus formas sigue siendo una pauta de conducta de la sociedad competitiva” (5, p. 162). El realismo cínico se impone, en fin, sobre los valores éticos.

Dado que la pérdida del sentido religioso no va acompañada de una disminución de los sentimientos de culpa, como ya señalara Freud, la culpa sigue vigente aunque no sea mítica ni sacral. Y dado también que el éxito es un componente relativamente tardío como ideal del yo, sucede que además de trivial, el éxito, en nuestra sociedad, va doblado de culpa. Del fortalecimiento de esos sentimientos se sigue la necesidad constante de terapia, terapia que no se interesa por su origen social, sino por arreglar, a cualquier precio, las disfunciones individuales. En conclusión, la comunicación solo es posible si se rompen las estructuras. Se cura trabajando por ello (5, p. 89).

La conducta rebelde no es suficiente porque que el sistema sabe procesarla y deglutirla. La rebeldía es, en síntesis, inmadura, narcisista. La incomunicación es una situación que debe resolverse colectivamente. Es evidente el juicio que le estaban mereciendo los movimientos juveniles contemporáneos. No sirven porque no son eficaces. Para ser eficaz hay que ser “normal”. Pero esa normalidad ha de ser puesta al servicio de destruir lo que existe. Las clases dirigentes se creen más fuertes de lo que en realidad son. Mediante un uso maduro de la agresividad, ha de ser llevada a cabo una acción política revolucionaria. La dialéctica exige que ya no se soporte una trama social que no sirve al “hombre” sino solamente a grupos de poder.

EL MARXISMO DE CARLOS CASTILLA DEL PINO

Como todos estos libros que glosó ahora fueron escritos en un muy pequeño y febril espacio de tiempo, los caminos que los vinculan son continuados. Acabamos de ver las apelaciones revolucionarias contra la incomunicación, donde hasta se llega a citar a Mao Zedong. Ahora habrá que afrontar en sí mismo el tema marxista, puesto que Carlos Castilla le dedicó un libro completo. En él utiliza y aclara toda la normal terminología marxista de los setenta; el uso de la terminología es correcto y abundante: relaciones de producción, superestructura, ideología, valor de uso, valor de cambio, mercancía... Y lo hace con el ferviente deseo de haber encontrado en la dialéctica una filosofía adecuada para entender a fondo el mundo. Toma a Marx tan en serio que afirma que nunca se equivocó o lo hizo mínimamente (3, p. 100). Con todo ello quiero significar que el marxismo de Castilla del Pino no es mero producto de la situación, sino una decidida voluntad de análisis que opondrá a otras de sus fuentes: Freud. Este libro es una crítica a la práctica psiquiátrica corriente, una lógica de los procesos psicológicos, más una serie de apuntes importantes que permiten entender la biografía epistemológica del autor.

Comienza indagando en lo que es una teoría. Una teoría es algo distinto de una concepción del mundo. Una teoría tampoco es una ideología. Las concepciones del mundo son trasuntos directos de las relaciones sociales; las ideologías completan

esas visiones, a fin de darles mayor seguridad, y siempre comportan “falsa conciencia”. Una teoría siempre ha de permanecer abierta, soportando los datos. A esto llama realismo crítico. Lo que Castilla del Pino intenta en ese trabajo es confrontar dos teorías, el psicoanálisis y el marxismo. Comienza quejándose de que algunos marxistas no comprenden la historicidad del psicoanálisis, del que afirma que es, en esencia, positivista; pero, puesto que existen niveles en los cuales el positivismo no es suficientemente explicativo, ha de ser previsto que el marxismo lo complete. Para ello comienza por exponer la distinción clásica entre “relaciones de producción” y “superestructuras”, que admite *in toto*. Cita a W. Reich y a Marcuse, que están en la misma línea filosófica, pero para llegar a una crítica al dogmatismo: una teoría, de nuevo, ha de ser abierta, verificable y comunicable.

Es dogmatismo, se produce dentro de las teorías, el no completarlas mediante hechos, sino por medio de la especulación. Si se comparan Marx y Freud, o más bien sus respectivas teorías, lo que Carlos Castilla realiza con ayuda de unos cuadros nada desdeñables, la comparación ha de establecerse sobre campos, de los que elige dos: la axiología y la dialéctica. Desarrolla entonces con notable rigor y una lectura precisa en conceptos y datos las claves explicativas importantes en ambos. La teoría del valor de Marx es, piensa, extrapolable fuera del mundo económico. El valor de cambio preside una enorme cantidad de procesos y, aunque el valor está sujeto a la historia, sabemos que todas las relaciones pueden volverse mercantiles en el capitalismo. Dado que “el hombre abstracto no existe”, ni el marxismo cree en ello, tampoco intenta hacer una teoría general de las relaciones humanas. Cada época se plantea aquellos problemas que puede resolver. Y la historia es perpetuamente dinámica. Por el contrario, en la teoría del valor freudiana, el propósito no es entender las relaciones sociohistóricas, sino robustecer el yo.

La conciencia es superyó y contiene el superyó parental devenido de la historia. Puesto que el contenido de valor es distinto en cada cultura, la religión y la ética son formas infantiles que pasan a la vida adulta. Se aceptan las normas precozmente y de un modo irracional porque el sujeto apenas es un yo cuando lo hace. Es casi solo un ello en trance de yo, que se rige por el principio del placer. Los mismos procesos internos que conocemos en nosotros han sido tardíos, necesitados como han estado del lenguaje para poder producirse y aún más para poder discernirlos. La conciencia es fetichista y la religión una neurosis colectiva. Neurosis y psicosis son conflictuales: neurosis entre ello y yo; psicosis entre yo y mundo. Sujeto y realidad están en conflicto y solo puede resolverse liberando el “*quantum*” de represión que sea adecuado. “Hay tres tareas imposibles”, habría dicho Freud, “gobernar, curar y educar” (7). Freud era además ampliamente escéptico sobre las posibilidades liberadoras de las revoluciones políticas. Aunque es uno de los grandes desmitificadores, Carlos Castilla concluye que tiene varias “limitaciones internas”; sabe adaptarse al

mundo que encuentra; la revolución que propone es superestructural; no es radical, porque precisamente se detiene ante la raíz. En el freudismo solo hay crítica, pero no existe praxis. En último término se niega la realidad.

Si bien ambos, Marx y Freud, piensan que no existen valores en sí, sino encarnados, y que los valores son dependientes de una comunidad, si bien ambos consideran que el creer que el valor es una propiedad del objeto es fetichismo o ilusión, la verdad es que los sujetos se encuentran los objetos ya valorados y de modo tan fuerte y concluyente que apenas pueden descifrar el mecanismo. Pues, en resumen, lo que los aproxima es que ambos precisamente lo ponen al descubierto. Marx parte de la mercancía y Freud de la norma. Sin embargo Marx es más amplio. Freud no se plantea sino la acción individual y es pesimista. Marx es optimista-revolucionario. Sobre este fulcro establece Carlos Castilla la diferencia radical entre ambos y entre lo que de ambos pueda esperarse.

Por lo que toca a la dialéctica, tanto Marx como Freud son materialistas, si bien Freud no ha entendido la dialéctica. Hay una continuidad entre ambos. Carlos llega a escribir que Freud es alguien que hace “dialéctica sin saberlo”. Ahora bien, ¿qué está entendiendo Carlos Castilla por dialéctica? Así lo define: “Dialéctico es todo proceder que atienda al carácter recíprocamente relacional de cualquier saber parcial con el saber restante, o sea, con el logrado en otras esferas, también particulares, de la investigación científica” (3, pp. 61-2). La dialéctica parece solaparse con la concepción multidisciplinar y no parcelada de los saberes. Es dialéctico lo que, por importante, cabe extrapolar; el encontrar “la unidad en la contradicción”, el pasar a totalizaciones cada vez más amplias. Esta es una concepción particularmente hegeliana de la dialéctica, asistir atentamente al propio curso del producirse el pensamiento de modo reflexivo.

La existencia de antítesis, de tensiones, de relaciones contrarias, todo ello es dialéctica. El psicoanálisis es dialéctico desde este mismo punto de vista, puesto que en él, al contrario que en la psicología clásica, existe la dinámica cantidad-cualidad, la doble negación, negación de la negación y, en fin, el reconocimiento de relaciones fluidas y tensionales: oposición, ambivalencia, antítesis, contradicción, dinámica, enfrentamientos y disociaciones. Existe la dialéctica de la vida instintiva, el transformarse de las racionalizaciones en raciocinio; el mismo nacimiento de la persona, en la relación edípica, es dialéctico. El método de cura psicoanalítico consiste en recuerdos y resistencias. Cuenta con la transferencia y también con la falsa conciencia. Dialéctica es también la relación entre yo y ello.

Freud era templado en cuanto a su filosofía de la ciencia, ahora bien, ¿es acaso ciencia lo que hace? El psicoanálisis es autorreferente y, en la práctica, muchas veces un dogma. Es una teoría que se ocupa de hechos, pero ¿qué valor de verdad posee? Se ocupa del sentido de la conducta y busca tocar el mecanismo de la motivación.

Pero, en definitiva, no es una ciencia. De ahí que la práctica psiquiátrica deba ser prudente⁴. En el psicoanálisis no existe la exacta correspondencia entre el hecho y su denominación. Los hechos de la investigación psicoanalítica se encuentran en un estadio precientífico.

CUANDO LA SOCIEDAD ES LA QUE ENFERMA

Lo más cierto es que la insania mental suele correlacionar en alto grado con la clase social. Buena parte de las situaciones de análisis son sociogénicas. Pone Carlos Castilla el ejemplo de la angustia. Cuando aparece la vigencia de lo social aparece también el límite de las terapia y del análisis fenomenológico. Esperanzas y necesidades tienen una génesis social; e incluso de las necesidades, varias son pseudonecesidades, no por ello menos impositivas. Si una necesidad tiene objeto, una pseudonecesidad tiene fuerza. Se posa sobre un fetiche. Esto, que es especialmente cierto en la esfera sexual, no debe hacer olvidar que inunda igualmente el resto de la praxis. El conflicto en el individuo es siempre un reflejo social. Por ello la práctica psicoanalítica no debe limitarse a dejarlo todo como está. Politizar las pasiones es algo que Carlos Castilla debe haber hecho en su propio caso. Es lo sano. Empero, en el psicoanálisis hay una ética: “El análisis está sujeto a las mismas normas de la práctica médica general” (3, p. 134). Esta ética ha de precisarse porque el psicoanálisis produce situaciones especiales como el *transfer*⁵, por ejemplo, y en su decurso sufre agravamientos, depresiones, etc. Por lo tanto, hay una cuestión inobviable. Con independencia de la sociogénesis de los conflictos, es a un paciente concreto a quien se trata, no a la sociedad. Carlos Castilla intenta medirse respecto de las posiciones de Marcuse o Lacan. El psicoanálisis ha devenido en freudismo, esto es, en una concepción del mundo, en la etapa final del pensamiento de Freud.

El psicoanálisis no debe consistir en una técnica para adaptarse a una sociedad enferma de incomunicación o de tensiones capitalistas. De hecho, la limitación de Freud es que pensó que la política era una superestructura psicológica. Por eso ha de ser completado con Marx. Lo que Freud consideraba el medio es en realidad el sistema. Freud no ha conocido ni la cosificación ni la alienación como conceptos. Las categorías psicológicas pueden ser arrastradas hacia las políticas, y así lo hace

⁴ “De nuestra incompreensión de un enunciado derivamos , nada menos, la categoría de psicótico del sujeto que lo propone... puede imaginarse lo que ello significa en orden a la imposible incomunicación entre psiquiatra y psiquiatra.. respecto de la conducta del psiquiatra para con el paciente (tratamiento de choque, intervenciones psicoquirúrgicas, internamientos, etcétera. En suma, una liberalidad en la conducta que nada tiene que ver con el rigor” (3, pp. 102-3).

⁵ *Transfer* es el término bajo el que se colocan los fuertes sentimientos de apego y necesidad de aprobación que el paciente desarrolla durante el análisis; es una situación fluida y en ocasiones peligrosa.

Marcuse. Eros y Tánatos, deseo y violencia, pueden ser usadas, por ejemplo, para comprender la erotización de la democracia de masas. La liberación erótica es solamente una apariencia de libertad. Vivimos en sociedades de pseudonecesidades y pseudolibertades que dejan al sujeto insatisfecho e hipotecado.

La sociedad de masas es una en que “la expropiación de la vida de uno por la dominación del otro, del colectivo, que sume en el vaciamiento dorado, que incita a la competencia banal de las posesiones objetuales, conduce al fin a la soledad y al hastío de vidas no logradas. El precio último es –sobre ello no hay duda alguna– la elevación simultánea de la criminalidad y el suicidio, de la neurosis, del «desajuste»” (3, p. 152). El psicoanálisis clásico ni siquiera alivia el panorama. Utilizando como hilo conductor a Marcuse, Carlos Castilla propone su propia visión social: cuando el rendimiento es mero rendimiento económico, en el orden del yo solo existen relaciones interpersonales competitivas; en cuanto al ello, las instancias vitales están sustituidas por las agresivas; y respecto al superyó impera “la sustitución del rol de padre por la conformidad al orden establecido” (3, p. 154). En este panorama, el psicoanálisis se ha convertido en un elemento importante de la ideología neocapitalista: transmuta la neurosis en alienación. Se carece además en él de articulaciones prácticas para dar salida a la situación, que así juzga Carlos, como inarticulada, a la rebelión del 68.

Para quien no se atreve con la realidad queda también la fantasía. Marx trató de la reificación de la mercancía, del mismo modo que la mercancía es modelo de la reificación. Ese extrañamiento que ella sufre es el paradigma relacional, que a día de hoy llamaríamos “líquido”. La conciencia moral y la conciencia intelectual existen en todo sujeto, que intenta satisfacerlas a ambas. Si no lo consigue, entonces educa una “falsa conciencia” que es grupal y que el sujeto asume como propia. Toda alienación, en fin, es social. Si Freud resumió la salud como “amar y trabajar”, esto es una parte de su doctrina que no debe ser alterada porque es cierta. Toda ética se resume en que hay que reforzar al yo para que lo consiga. Disminuir las tareas enajenantes. La desalienación es posible en una sociedad alienada. Ello es factible por fuera de, o al mismo tiempo que, el trabajo alienado. “Hay que reforzar el Yo para hacerle tolerable la alienación”. Y añade “tolerable no quiere decir aceptable, sino tan solo lo suficientemente inofensiva como para permitirle un trabajo propio, desalienador” (3, p. 181). La ética y la salud pasan por deshacerse de las alienaciones prudentemente y también por distinguir perfectamente entre las relaciones objetivas y las objetales. Son objetivas aquellas relaciones respecto de las cuales, excluyendo las racionalizaciones, podamos ejercer una distancia crítica. Son tanto epistémicas como sensibles o emocionales. Sin embargo, cuando el componente emocional es prevalente de tal modo que no podemos respecto de ellas ejercer distancia alguna so pena de frustración, esas relaciones no están mediadas por la salud. Son objetales y nos atan al mundo de la objetualidad.

Carlos Castilla dedica este libro, que publica en 1968, a José Luis Aranguren. Compila en él toda una serie de reflexiones que provienen en buena parte de la misma práctica médica, pero en realidad es un ensayo continuado de filosofía moral; una filosofía moral, en conjunto, bastante razonable. Define la culpa como lo que se experimenta cuando se contraviene un principio rector; la culpa es un fenómeno en la vida de cada ser humano (1, p. 19). El hombre es proyecto que pasa al ser mediante el trabajo. La idea tópica y corriente de que nos hemos apartado de la naturaleza es justamente eso, un triste tópico. El hombre es la lista de sus cosas hechas, escribe citando a Goethe. “Es natural al hombre fabricar artificios” (1, p. 35). Tras una introducción existencialista termina tratando de la muerte y el tiempo.

La culpa, cuya vivencia tanto importa al equilibrio, debe ser estudiada de modo dialéctico. Tiene por compañero al pecado, que es solipsista y por ello difícil de probar, y, en el otro extremo, al objetivismo jurídico. Ni la psicología ni el psicoanálisis la abordan bien tampoco. Lo cierto es que la culpa es una estructura bipolar y tensional: “Es una forma de praxis ... en la cual se decide hacer lo que se estima como indebido, o se hizo lo que... hay que considerar que fue indebido” (1, p. 47). Lo que hago para otro, me hace. Las acciones son buenas o malas en relación a los otros. Y en el fondo de cualquier hacer culpable se esconde siempre el egotismo. También la culpa es sociogénica. Y la vivencia de ella es el peso, el peso por lo hecho.

Lo que un grupo hace, eso son sus valores. En la culpa aparece la angustia por lo que no puede ser reparado. Su vivencia es angustiosa y distorsiona el tiempo, lo ralentiza. El sujeto puede acabar viviendo para la culpa. Dado que la situación es la realidad interpretada por el sujeto, a veces la culpa tiene que ver con el conflicto de roles. Los valores son normas de objetivación y cada persona tiene un valor que se juega en las relaciones interpersonales. Aunque las normas no son absolutas, porque son precisamente sociogénicas, el sujeto las vive como tales. El grupo es capaz de presionarnos tanto que la culpa no nos hace simplemente malos, sino peores; nos vemos pues en la necesidad de diluirla: esto es, que otros también la cometan o ingresar en un grupo de culpables. La estructura de la culpa está dentro de la socialización, porque “el mundo son los otros”. Incluso el egotismo es sociocultural. Nuestra socialidad implica hacerse con el “principio de realidad”, que se crea cuando se está en paz con ella y con las necesidades satisfechas.

Ahora bien, esto tiene una estructura profunda. Carlos Castilla afirma que la explicación clásica, cargada de libidos, energías, etc, no es adecuada. El superyó es el principio moral resultante de internalizar temores y valores. Su génesis, la nomogénesis, tiene una base coactiva que es fundamental para el asunto de la culpa. En la etapa coactiva aparecen la conciencia del sí mismo y la conciencia de la intención.

Inducir valores y normas es necesario, pero es difícil hacerlo bien. Esta etapa en que ello se realiza es muy perturbadora, porque los preceptos se aprenden por identificación con otro al que se ama, y, por lo tanto, la culpa es siempre más pesada.

Comparece su espinosismo: puesto que hay valores y valores, valores que permiten al sujeto aumentar sus posibilidades y son verdaderos, y otros que simplemente se las disminuyen y son por lo tanto falsos⁶, hay que optar. Los falsos valores tienden a encerrarnos en un círculo de culpabilidad del que no se puede salir. La Iglesia católica es especialista en ello, sobre todo respecto de la sexualidad. Sin embargo, la función de la culpa es, sobre y ante todo, social. El pesar acompaña a la acción indebida porque esta acción desintegra la comunidad. Lo que más se estima es la identidad con los otros porque esa es la salvación. Y si no se está a favor de los otros, se está en su contra: tomarán represalias.

Preciso es para sentirse culpable que los demás sean inocentes y, por ello, jueces. Si a un acto malo no le acompaña la conciencia de culpa puede esto revelar que en realidad hay dos grupos; de no ser así, la culpabilidad extenderá sus efectos en todas direcciones. La realidad, los otros, son el campo permanente de acción. La conciencia lo es de la acción con la realidad. Es una ley psicológica que un problema irresuelto persiste en la conciencia en tanto que tal mucho más firmemente⁷. Librarse de la culpa no es fácil. La culpa siembra la conciencia de resistencias. El culpable está atrapado, aunque quiera hacer elusión y no confesar, que es el modo de librarse del pesar.

En todo el análisis de la culpa trasluce la experiencia terapéutica de Carlos Castilla. Es un análisis muy pegado a los casos. Si la culpa se expresa puede hacerlo mediante racionalizaciones o bien ante alguien, a fin de obtener perdón. Y ocurre que a veces, aun acompañada de arrepentimiento, la culpa es irreparable. Como sucede que los haceres del sujeto intentan ser coherentes, los modos de manejar la culpa nos llevan a una tipología que a veces se produce seriadamente en la misma persona. Dado que se es culpable por acción y también por omisión, calculamos la gravedad de la culpa para el sujeto cuando aparece una culpa anormal que se transforma en un fin en sí misma. El sujeto no puede cambiarse y es tentado por la abyección. Esto es, ante la culpa, el sujeto o ha de cambiarse a sí mismo o ha de cambiar la realidad. La culpa ha de ser seguida de una corrección en el sentido de la realidad. Si ello no ocurre, es que la racionalidad está siendo abandonada.

Freud, cargado de razón, ya afirmó que lo que caracteriza a una persona normal es que “puede amar y trabajar”. Si la culpa no se expresa, pero permanece ahí, el ello la señala y el yo la oculta. Se expresa entonces en los sueños, en los actos fallidos, en las incapacidades de obrar. Pueden evidenciarse síntomas orgánicos o psíquicos, palpitaciones, crisis de angustia, fobias, insomnio, obsesiones. Carlos Castilla está

⁶ Un criterio este decididamente espinosista, como puede verse. El aprecio de Carlos Castilla por la filosofía de Espinosa fue constante.

⁷ Efecto Zeigarnik (1, p. 143).

convencido de que toda situación tiene camino de salida y que este, a veces, se manifiesta en los sueños. Puede también, por su dinamismo traslaticio, manifestarse la culpa como angustia difusa. Por último, por extraño que parezca, hay evidentes señales de culpa en la conducta constantemente jocosa, en la dipsomanía o en la seriedad crónicamente impostada.

El conflicto mantenido en secreto a menudo conduce a la autodestrucción. La culpa provoca el rechazo de los otros, a veces silencioso. En ocasiones se intenta evitarla mediante estrategias infantiles, como mostrar arrepentimiento por cualquier otro asunto. La vivencia de la culpa, esta vivencia anormal, hace la comunicación imposible, porque necesita constantemente del disimulo. La culpa se rastrea también en el fingido desdén de los grandes solitarios. La culpa necesita de actos reparadores que, si no obtiene, la enquistan. De ahí que el arrepentimiento, real o supuesto, sea propiciado siempre por las diversas instancias comunitarias, desde la confesión pública en las órdenes religiosas, la autocrítica en el comunismo, o el psicoanálisis: “Hay que decir la culpa en alta voz porque así se logra impedir la recaída en el propio engaño.. Hay además que decirla a otro, ante el cual todo indicio de falsedad resulta perceptible. Y, por último, hay que decirlo todo, no solo lo hecho, sino por qué fue hecho y las motivaciones más hondas que lo suscitaron (1, p. 262). No se priva Carlos Castilla de afirmar que, puesto que en el análisis se puede llegar a cierta connivencia, conviene completarlo con la terapia de grupo. Finaliza este ensayo con la exposición jurídica de la culpa, de lo que tiene bastante experiencia forense y con un *excursus* sobre la culpa ante Dios. La culpa es la señal de la moral; le parece obvia la superioridad de una moral atea (1, p. 278). La moral religiosa, por una parte, nos introduce en un mundo desrealístico y, por otra, perdona demasiado.

Digamos que Carlos nos libera para emprender una nueva vida adulta, de valores también adultos. En ese sentido, y para su pasmo, frecuentemente le dije que él era, quisiera o no, el superego de toda una generación. Creo que la trama que se ha expuesto de su pensamiento prueba que esta afirmación mía no tenía nada de exagerada.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Castilla del Pino C. La culpa. Madrid: Revista de Occidente, 1968.
- 2 Castilla del Pino C. Naturaleza del saber. Madrid: Taurus Ediciones, 1970.
- 3 Castilla del Pino C. Psicoanálisis y marxismo. Madrid: Alianza Editorial, 1969.
- 4 Muñoz Molina A. Todo lo que era sólido. Barcelona: Seix Barral, 2013.
- 5 Castilla del Pino C. La incomunicación. Barcelona: Ediciones Península, 1969.
- 6 Castilla del Pino C. El humanismo imposible. Madrid: Editorial Ciencia Nueva, 1968.
- 7 Reik T. Treinta años con Freud. Buenos Aires: Ediciones Imán, 1943; nota de Castilla del Pino.

¿Cómo actualizar la propuesta psicopatológica de Castilla del Pino (y no morir en el intento)?

How to Update Castilla del Pino's Work on Psychopathology (and Not Die Trying)?¹

JOSÉ M. VILLAGRÁN

Psiquiatra. Director de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Universitario de Jerez, Cádiz. Servicio Andaluz de Salud. ORCID iD: 0000-0003-3033-3298

Correspondencia: jmaria.villagran.sspa@juntadeandalucia.es

Recibido: 10/06/2023; aceptado: 30/08/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: La obra psicopatológica de Carlos Castilla del Pino es poco conocida por las nuevas generaciones de residentes. Existen razones externas e internas a la propia obra que podrían servir de explicación de este hecho. Sin embargo, las cuestiones planteadas por Castilla del Pino en su obra psicopatológica pueden tener plena vigencia, independientemente de que las respuestas por él ofrecidas puedan ser objeto de análisis crítico. Se proponen algunas estrategias para actualizar los planteamientos del autor en la enseñanza de la psicopatología descriptiva de los profesionales en formación.

¹ Este texto constituye la síntesis de lo expuesto por el autor en las ponencias de las Jornadas de Homenaje a Castilla del Pino celebradas en octubre de 2022 en Sanlúcar de Barrameda y en marzo de 2023 en Córdoba.

Palabras clave: Castilla del Pino, enseñanza médica, psicopatología descriptiva, residentes de psiquiatría.

Abstract: Carlos Castilla del Pino's work on psychopathology is mostly unknown by the new generations of residents. This can be accounted for by reasons that are external and internal to his work. However, questions posed by Castilla in his psychopathology work may have validity, irrespective of the answers he proposed, which can be criticised. Some strategies to update Castilla's proposals that can be used on teaching descriptive psychopathology to trainees are presented.

Key words: Castilla del Pino, medical education, descriptive psychopathology, psychiatry residents.

RECIENTEMENTE FUI INVITADO a formar parte del tribunal evaluador de una tesis doctoral sobre la enseñanza de la psicopatología descriptiva en España (1-4). El trabajo, excelente por la originalidad y oportunidad del tema de estudio y por la imaginativa propuesta metodológica planteada, incluía un estudio Delphi rigurosamente llevado a cabo con una treintena de expertos internacionales en psicopatología, autores de publicaciones indexadas o textos sobre la disciplina y con actividad docente con residentes. Al panel de expertos (16 europeos continentales –muchos de ellos hispanohablantes–, 2 británicos, 2 norteamericanos, 2 sudamericanos, 1 asiático y 1 de Oceanía) se les planteó una serie de cuestiones relacionadas con el entrenamiento de residentes en psicopatología y cómo mejorarlo y, entre ellas, algunas relacionadas con los contenidos didácticos, textos y autores más recomendables. Debo reconocer que me llamó la atención que el nombre de Castilla del Pino no apareciera entre los autores referentes o alguno de sus libros entre los textos en lengua castellana recomendados, y me llevó a cuestionarme las razones por las que su figura y su obra psicopatológica podían haber llegado a ser desconocidas por las nuevas generaciones de psiquiatras.

Podrían apuntarse algunas razones externas y otras internas al propio discurso teórico de nuestro autor. Entre las razones *externas*, podrían señalarse: el ya endémico empobrecimiento del discurso psicopatológico en la psiquiatría, la hegemonía en la práctica psiquiátrica de la razón técnica sobre la *phronesis* (5), cuyo ejemplo más destacado es el papel predominante del estilo DSM, la escasa difusión de la obra de Castilla en el mundo anglosajón, a pesar de algunos intentos anecdóticos (6), la publicación de gran parte de su producción en medios ajenos al contexto científicos del campo de estudio, esto es, en revistas científicas de factor de impacto, o la conocida enajenación de su figura por el mundo universitario de la disciplina. A este

respecto, es probable que la dimensión que adquirió Castilla en otras facetas (como humanista, ensayista o intelectual comprometido con el tiempo y la sociedad que le tocó vivir) pudiera haber eclipsado, o al menos difuminado, su aportación como psicopatólogo.

Por otro lado, razones *internas* a su propia producción podrían ser relevantes, como su estilo de escritura, exigente para el lector no especialmente cultivado, el idioma utilizado, fundamentalmente castellano, y la evolución de su pensamiento a lo largo de su trayectoria, que le llevó desde la neurofisiología de sus primeros trabajos y su tesis doctoral a la fenomenología, el psicoanálisis, la dialéctica de inspiración marxista, la filosofía analítica, la teoría de la comunicación, la gramática del texto, hasta la etapa final de antropología de la conducta (7). Asimismo, aspectos de sus propias propuestas teóricas pueden haber sido puestos en cuestión a lo largo de las últimas décadas.

La aproximación de Castilla se vertebra alrededor de una epistemología basada en la teoría de niveles de von Bertalanffy, que organiza las disciplinas científicas jerárquicamente en virtud de los correspondientes niveles de organización de la naturaleza, entendidos estos en términos de relaciones parte-todo (8). Esto tiene como probable corolario una psiquiatría aislada o independiente de las neurociencias. Sin embargo, modelos alternativos de organización jerárquica de las disciplinas científicas cuyo principal eje clasificatorio son las especializaciones de interés (9) ubican a la psiquiatría en una situación intersticial, favoreciendo las interacciones interniveles y las teorías interdisciplinarias (10,11).

Por otra parte, Castilla, en su visión psicopatológica desde finales de los 70 del siglo pasado, fue un cognitivista *avant la lettre*. Los modelos teóricos de delirio, alucinación, el propio Modelo Judicativo de la Conducta, traslucen una perspectiva cognitiva como marco conceptual que, al mismo tiempo, importan las eventuales limitaciones heurísticas propias de esta.

Una de las características principales de la propuesta psicopatológica de Castilla es la importancia del lenguaje. Este se convierte en un elemento hegemónico y la metodología de análisis psicopatológico deviene una metodología de análisis del lenguaje. Sin embargo, las propuestas de análisis metodológico encontradas en la obra de Castilla (principalmente, la hermenéutica del lenguaje y la gramática o análisis del texto) mantienen un nivel de complejidad alto para un magro valor predictivo, ecológico y clínico. A esto se añade la falta de un mayor desarrollo de una estrategia investigadora para la comprobación empírica de sus modelos teóricos.

¿Es posible (y deseable) recuperar la figura y la aportación de Castilla para las jóvenes generaciones de residentes? Y, de ser así, ¿cómo llevarlo a cabo? Las ocho propuestas que paso a analizar surgen de las consideraciones arriba expuestas y son consecuencia de varias décadas de experiencia en estas lides.

Parto de una premisa: dar vigencia a la obra psicopatológica de Castilla es tomar en serio sus propuestas como propuestas *científicas* y, por tanto, analizarlas de acuerdo a los parámetros de análisis crítico propios del discurso científico (coherencia, consecuencias, repercusiones, valor predictivo, falsabilidad, insuficiencias metodológicas, callejones sin salida, etc.). Hacerlo no es menoscabar su dimensión como pensador, intelectual comprometido, agitador cultural y figura central de la vida cultural de la segunda mitad del siglo xx en nuestro país. Al contrario, es no dejar eclipsar al tecnocientífico susceptible de análisis crítico por esa admirada figura.

Una primera enseñanza fundamental de la teoría psicopatológica de Castilla que suelo plantear en la formación de mis residentes es la necesidad de una *fundamentación epistemológica*, de una reflexión filosófica sobre la base teórica sobre la que debe descansar tanto la actividad técnica como las dimensiones tecnológicas y científicas de la psiquiatría. Castilla fue uno de los pocos en nuestro medio (posiblemente junto a Jorge Tizón) (12) que realizaron este esfuerzo de hacer metapsiquiatría *ante rem* (previamente a la investigación empírica) y de forma *centrífuga* (a partir de los problemas planteados desde el corazón de la propia psiquiatría a la adopción de marcos conceptuales o filosóficos adecuados) (13). Desde esta perspectiva, surgen cuestiones como el tipo de explicaciones que precisa la psicopatología, las técnicas de descomposición y localización y la posibilidad de explicaciones mecánicas, el papel de las teorías interdisciplinarias, la relación entre datos y fenómenos o la mencionada naturaleza intersticial de la psiquiatría en el conjunto de saberes (14), así como la posibilidad de una psicogénesis de las conductas psicopatológicas (15) o la función de los configuradores externos de las posibles anomalías internas del complejo cerebro-mente (16).

La segunda enseñanza que suelo resaltar es la necesidad de una *aproximación científica a la psicopatología*. La psicopatología descriptiva debe ser la *ciencia básica* de esa tecnociencia llamada psiquiatría. Castilla así lo afirmaba. Abogar por ella no es abrazar aproximaciones reduccionistas que han demostrado su empobrecimiento y desviación del objeto de estudio, pero tampoco defender aproximaciones con un nivel descriptivo tan abstracto y poco objetivable que impidan la misma aproximación científica. Castilla, justamente, criticó ambos extremos (biologismo, por un lado, fenomenología y cierto psicoanálisis, por el otro). Defender que la psicopatología descriptiva es la ciencia básica no prejuzga su importancia: simplemente significa que está *en la base* de otras aproximaciones científicas (genéticas, neurofisiológicas, neuroanatómicas, psicosociológicas), que tendrán mayor o menor relevancia según el caso.

Una tercera enseñanza que nuevamente remite a la obra de Castilla es la *importancia del lenguaje de la psicopatología* (no tanto del lenguaje en la psicopatología). Si, como se ha dicho, la psicopatología descriptiva aspira a ser un tipo de narrativa cien-

tífica, necesariamente tiene que constituir un lenguaje bien hecho, con principios generales, enunciados descriptivos y reglas de aplicación, y, al mismo tiempo, ser un producto histórico sujeto a cambios. De la forma en que este lenguaje quede constituido y de su calidad para generar conocimiento dependerá gran parte del éxito de la empresa investigadora, sea esta de corte biológico o de tipo psicosocial o relacional. A este respecto, la postura de Castilla es diametralmente opuesta al imperante descuido por el lenguaje psicopatológico que reina en gran parte de la psiquiatría actual, que fía toda su apuesta a la búsqueda de endofenotipos y a estrategias de validación de las categorías clínicas en virtud de mecanismos fisiopatológicos (por ejemplo, la estrategia RDoC (17,18), pero olvida que sin un adecuado nivel descriptivo de la conducta la empresa tiene un alto margen de fracaso.

Una cuarta enseñanza es la vigencia de una *aproximación sintomática* en psicopatología. La cuestión de si el síntoma debe ser la unidad de análisis psicopatológico no es nueva (19,20), pero es de total vigencia. Castilla dedicó tiempo a analizar en profundidad síntomas de la patología mental como delirios, alucinaciones, ánimo depresivo, pero también los celos o, incluso, los proyectos irrealistas (21). Es cierto que utilizó, para ello, fundamentalmente modelos continuistas (de una psicología patológica), pero este hecho debe dar pie a la discusión de si es necesario optar por modelos continuistas o discontinuistas o pueden coexistir (22). Obviamente, una consecuencia de esta aproximación es la necesidad de plantearse una serie de preguntas fundamentales: qué son los síntomas mentales, qué es lo mental de un síntoma mental, cómo se originan y conforman, qué proceso de configuración soportan, etc.

Una quinta enseñanza es la necesidad de hacer un esfuerzo por conceptualizar o *modelizar conceptos psicopatológicos básicos como el de psicosis*. Esta categoría tiene tal trascendencia en la práctica clínica (y tiene tanta repercusión social) que requiere al menos un esfuerzo conceptualizador. Aunque la historia del concepto de psicosis es procelosa (23) y este esfuerzo ha brillado durante mucho tiempo por su ausencia, la situación actual, en donde se mantiene el adjetivo de psicótico pero se obvia la definición del sustantivo que lo origina, no parece la más idónea para una psicopatología y una práctica psiquiátrica coherente. Castilla defendió con vehemencia la necesidad de este esfuerzo conceptualizador, y lo hizo sin vincular la modelización de la psicosis a su par antinómico neurosis, definitivamente periclitado².

Una sexta enseñanza que la obra de Castilla ejemplariza es la necesidad de *avanzar en la psicopatología de la afectividad*. La primacía de lo cognitivo en la modelización en psicopatología ha tenido como consecuencia el descuido de la investigación en la psicopatología de los afectos. Sin embargo, se precisa un mapa conceptual de la patología de la afectividad que dé cuenta de su papel central en numerosos trastornos. Castilla intentó contribuir a ello con sus estudios sobre la culpa o su

² O no. Sobre la vigencia del concepto de neurosis, véase Tyrer (24).

teoría de los sentimientos. La aparición de nuevos constructos tan de moda como el de *desregulación emocional*, a menudo utilizado de forma frívola e inconsistente, nos recuerda la necesidad de un análisis conceptual de los conceptos psicopatológicos al uso, especialmente en esta área.

Una séptima enseñanza es la necesidad de un *modelo de sujeto o personalidad* que sustente la aproximación nosológica de los trastornos de personalidad. Castilla incluso propuso un modelo del *self* o la identidad con cuatro polos o dimensiones en muchos aspectos precursor del modelo de los cinco grandes (Big Five) que dio lugar al Inventario NEO-PI (25,26), si bien no desarrolló el proceso de validación empírica de ese constructo. Lo importante no es tanto el modelo en sí, sino la cuestión de si necesitamos un modelo de sujeto operativo que dé cuenta, por un lado, de la investigación psicopatológica y, por otro, de la comprensión de lo que ocurre en la práctica clínica, o, por el contrario, podemos obviarlo en determinadas circunstancias (por ejemplo, en la investigación de los mecanismos implicados en conductas que pueden ser modularizadas) (27).

Finalmente, una octava enseñanza, en parte relacionada con la anterior, es la cuestión de *la dimensionalidad* en la modelización en psicopatología. A diferencia de la psicología, la psiquiatría casi siempre se ha nutrido de modelos categoriales. El razonamiento categorial es hegemónico en la práctica médica, pero también en la categorización en psicopatología, incluido las ordenaciones nosológicas. El debate tan actual entre la incorporación de modelos dimensionales a la saga DSM no es más que el trasunto de un viejo debate entre lo categorial y lo dimensional como formas de aprehender la conducta psicopatológica. Castilla, como puede comprobarse en sus modelos de delirios o alucinaciones, daba cuenta de la complejidad de estos fenómenos mediante la consideración de distintos predicados o facetas de estos, si bien, básicamente, eran aproximaciones esencialmente categóricas aunque compuestas. Por el contrario, en su modelización de la psicosis como un proceso, deja entrever una concepción dimensional de esta entendiéndola como un continuo con distintos grados de psicotización o despsicotización. Aproximaciones actuales como las de Jim Van Os y su modelo de saliencia de la psicosis (28) abogan por esta concepción dimensional, que, sin embargo, sigue sin ser aceptada por la psiquiatría más oficial.

Estas ocho cuestiones de debate, obviamente, no agotan los temas sobre los que las aportaciones de Castilla pueden reflejar posiciones o planteamientos perfectamente actuales, pero sirven para ilustrar cómo hacer vigente su obra a las nuevas generaciones de profesionales de la salud mental.

Dar vigencia a la obra psicopatológica de Castilla pasa, más que por intentar transmitirla de forma monolítica y como un sistema cerrado, por integrar sus aportaciones a las cuestiones que, a día de hoy, aún constituyen el principal debate conceptual en la disciplina. A mi juicio, no debe basarse tanto en las respuestas que

proporcionó como en las preguntas que planteó, y en resaltar su finura y acierto en analizar críticamente las insuficiencias de aproximaciones reduccionistas o simplemente superficiales o hiperbólicas a la psicopatología. En este sentido, Castilla bien podría ser un exponente, en nuestra disciplina, de lo que Paul Ricoeur denominó la *escuela de la sospecha* del pensamiento occidental, junto a un panteón de ilustres como Freud, Nietzsche y Marx (29).

Pero también, para ser coherentes, la vigencia de Castilla pasa por que sus propuestas sean objeto del mismo tipo de análisis crítico. Obviar este análisis o presentar sus aportaciones mediante reediciones edulcoradas, sin aristas y pulidas, pueden, de forma paradójica, alejarlas de las generaciones más jóvenes.

Podría ocurrir algo parecido a lo de aquel magnífico relato corto de Julio Cortázar titulado “Queremos tanto a Glenda”, que trataba de cómo un grupo de fieles admiradores de una famosa actriz retirada (Glenda Garson, trasunto de la, por entonces, reconocida actriz Glenda Jackson) urde un plan para reelaborar sus películas en busca de versiones definitivas y perfectas que sustituyan a las originales. La repentina decisión de la actriz de revocar su retiro y filmar nuevas películas pone en solfa dicho plan, obligándolos a tomar una drástica decisión, que Cortázar, astutamente, no explicita pero podemos intuir (30). Varias generaciones de profesionales de la salud mental hemos crecido admirando la figura de Castilla como referente intelectual, y eso nos coloca en riesgo de, bien idealizar sus propuestas e intentar transmitirles sin un contexto explicativo como si el impacto que supuso en nosotros tuviera que trasladarse, *per se*, a las nuevas generaciones, bien a congelarlas y ubicarlas en una suerte de panteón intelectual al que únicamente acudimos para lamentar, en un ejercicio de añoranza profesional (y, ¡ay!, vital) que cualquier tiempo pasado fue mejor.

Un verdadero maestro no es tanto quien te enseña todo lo que sabe, o lo que uno termina sabiendo, sino quien te muestra todo lo que desconoces y aún te queda por conocer. Transmitir a las nuevas generaciones la idea de que autores como Castilla pueden facilitar el acceso a esas avenidas del conocimiento por las que, en adelante, deben transitar con criterio propio y espíritu crítico pero fundamentado es la mejor forma de rendirles homenaje y de mantener vigente su obra.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Etxeandia-Pradera JI. La enseñanza de la psicopatología descriptiva: estrategias educativas para la mejora de la formación de residentes de psiquiatría. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, 2022.
- 2 Etxeandia-Pradera JI, Martínez-Uribe D, Bellver-Pradas F, González-Piqueras JC, Aguilar EJ. The challenge of introducing competency-based psychiatry training in Spain. *Acad Psychiatry* 2020; 44(6): 770–4.

- 3 Etxeandia-Pradera JI, Martínez-Uribe D, Bellver-Pradas F, González-Piqueras JC, Nacher J, Aguilar EJ. Training psychiatry residents in descriptive psychopathology: A systematic review. *Psychopathology* 2021; 54(1): 1–17.
- 4 Etxeandia-Pradera JI, Landeta J, González-Such J, Aguilar EJ. How to improve training in descriptive psychopathology for psychiatry residents: A Delphi study. *Psychopathology* 2023; 56(3): 206-219.
- 5 Phillips J. Technical reasons in the DSM-IV: unacknowledged value. En: Sadler JZ (ed). *Descriptions & prescriptions. Values, mental disorders, and the DSMs*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002; pp. 76-95.
- 6 Vicente B, Monteiro A, Liappas J, Jenner FA. Castilla del Pino's contribution to a scientific psychopathology. *Psychopathology*. 1989; 22(1): 35-41.
- 7 Díez Patricio A. La obra psiquiátrica de Castilla del Pino. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1997; 17(61):11-36.
- 8 Castilla del Pino C. *Introducción a la psiquiatría. 1. Problemas generales*. Psico(patología). Madrid: Alianza, 1980.
- 9 Bechtel W, Abrahamsen A. *Connectionism and the mind. An introduction to parallel processing in networks*. Oxford: Blackwell, 1991.
- 10 Darden L, Maull N. Interfield theories. *Philos Sci*. 1977; 43: 44-64.
- 11 Villagrán JM. Las bases epistemológicas de la psiquiatría y psicopatología: una aproximación metapsiquiátrica. *Informaciones Psiquiátricas* 2007; 189 (3): 427-449.
- 12 Tizón J. *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Ariel, 1978.
- 13 Berrios GE. Introduction: the philosophies of psychiatry –a conceptual history. *Hist Psychiatry* 2006; 17 (4): 469-497
- 14 Villagrán JM. Hacia una psiquiatría biológica no reduccionista: los modelos interdisciplinarios. En: Baca E, Lázaro J (eds). *Hechos y valores en psiquiatría*. Madrid: Triacastela, 2003; pp. 485-513.
- 15 Villagrán JM, Luque R. Psychogenesis: conceptual analysis. En: Markova IS, Chen E (eds). *Rethinking psychopathology. Creative convergences*. Berlín: Springer, 2020; pp. 103-116.
- 16 Luque R, Villagrán JM. Cultural configurators and the formation of mental symptoms. En: Markova IS, Chen E (eds). *Rethinking psychopathology. Creative convergences*. Berlín: Springer, 2020; pp. 91-101.
- 17 Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry*. 2014; 13(1): 28–35.
- 18 Parnas J. The RDoC program: psychiatry without psyche? *World Psychiatry* 2014; 13(1): 46-47.
- 19 Persons JB. The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *Am Psychol*. 1986; 41: 1251-1260.
- 20 Costello CG. Research on symptoms versus research on syndromes. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 304-308.
- 21 Castilla del Pino C. *Para el enjuiciamiento como normal o anómalo de relatos y proyectos fuera de todo otro contexto*. Texto inédito. 1980.

- 22 Villagrán JM, Luque R, Berrios GE. Psicopatología descriptiva: aspectos conceptuales. *Monografías de Psiquiatría* 2003; 15(1): 2-15.
- 23 Villagrán JM. Psicosis: análisis histórico y conceptual. *Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias* 1997; 1(1): 10-25.
- 24 Tyrer P. Is the notion of the general neurotic syndrome useful? En: *Neurosis: Understanding common mental illness*. Cambridge: Cambridge University Press, 2022; pp. 82-100.
- 25 Costa PT, McCrae RR. *The NEO personality inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1985.
- 26 Costa PT Jr, McCrae RR. The revised NEO personality inventory (NEO-PI-R). En: Boyle GJ, Matthews Gm Saklofske DH (eds.). *The SAGE handbook of personality theory and assessment*, Vol. 2. Personality measurement and testing. Newbury Park, CA: Sage Publications, 2008; pp. 179-198.
- 27 Bechtel W, Richardson RC. *Discovering complexity: decomposition and localization as strategies in scientific research*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1993.
- 28 Van Os J. 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? *Acta Psychiatr Scand* 2009; 120: 363-372.
- 29 Ricouer P. *Freud: una interpretación de la cultura*. México: Siglo XXI, 1991.
- 30 Cortázar J. *Queremos tanto a Glenda*. Madrid: Alfaguara, 1981.

Los sentimientos en el modelo relacional de Castilla del Pino

Feelings in Castilla del Pino's Relational Model

JOSÉ MARÍA VALLS BLANCO

Psiquiatra. Secretario de la Fundación Castilla del Pino. Co-director de la Escuela de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta "Carlos Castilla del Pino" de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP), Córdoba. ORCID iD: 0009-0004-0464-3705

Correspondencia: jmvallsblanco@hotmail.com

Recibido: 19/06/2023; aceptado con modificaciones: 20/10/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: A partir de la *Teoría de los Sentimientos* de Castilla del Pino, se intenta situar el papel de la afectividad en el modelo de sujeto. Se analiza su relación con la cultura y el lenguaje, discutiendo su ubicación comparada con algunas teorías de la afectividad planteadas posteriormente desde las neurociencias.

Palabras clave: sentimientos, Castilla del Pino, conducta, afecto, lenguaje, cultura, *self*, epistemología.

Abstract: Based on his *Theory of Feelings*, an attempt is made to situate the role of affect in Castilla del Pino's subject model. Its relationship with culture and language is discussed, as well as its place in relation to some affective theories proposed subsequently from neurosciences.

Key words: feelings, Castilla del Pino, behavior, affect, language, culture, self, epistemology.

Orlando se estaba mudando de *yo* con una velocidad no inferior a la de su coche -había uno nuevo en cada esquina- como sucede cuando, por alguna inexplicable razón, el *yo* consciente, que es el superior, y tiene el poder de desear, quiere ser un *yo* único. Este es el que llaman algunos el verdadero *yo*, y es (aseguran) la aglomeración de todos los *yo* que están y pueden estar en nosotros; dirigidos y acuartelados por el *yo* Capitán, el *yo* Llave, que los amalgama y controla.

Virginia Woolf, Orlando (1)

EL ÚLTIMO ENSAYO DE CASTILLA DEL PINO, *Teoría de los sentimientos* (2), supuso una puesta al día de su psico(pato)logía en muchos aspectos y, en mi opinión, mantiene prácticamente intacta su actualidad pese al tiempo transcurrido y la numerosa investigación al respecto, sobre todo neurológica. Aunque no pueden existir de forma independiente, Castilla diferencia entre emoción y sentimiento en base a la intensidad y al control sobre la repercusión organísmica de cada uno de ellos. Llama la atención sobre que las experiencias son infinitas y que dependen de la evaluación cognitiva que hagamos, mientras que las respuestas emocionales son escasas, con un patrón similar de activación visceral. En todo caso, para él, no es posible un sentimiento sin síntomas organísmicos.

Los sentimientos son reacciones del organismo ante cambios homeostáticos provocados por nuestras relaciones con objetos internos o externos. Por “objeto” entiende todo lo que es denotado, todo lo que puede ser cognitivamente analizado, tanto en la realidad externa del sujeto como en su mundo interno (pensamientos, sensaciones, fantasías, etc.). Los objetos externos y los internos tienen rasgos diferenciales, pero todos ellos pueden ser objetivados por el sujeto. Como veremos, no es posible la objetivación sin que sean connotados, es decir valorados por el propio sujeto. La simultaneidad de la emoción y el objeto que la sustenta, lo que llama respuesta cognitivo-emocional, es básica en toda su teoría de la conducta, incluidos los sentimientos, ya que cualquier relación es consecuencia de dotar de un valor a un objeto. Ambos momentos son inseparables.

El objeto epistémico de la psico(pato)logía, la conducta, exige una función cerebral que habitualmente es soslayada, pero no es posible explicar la conducta como relación con objetos sin abordar cómo se ponen en juego todas las actividades necesarias para que dicha relación se produzca. A esa función cerebral, cuya misión es adecuarse en la relación, es a la que denomina sujeto (*self*; identidad). La función

homeostática la cumplirá construyendo esos bloques cognitivo-emocionales, a los que denomina yoes. Un yo, para Castilla, es el conjunto de conductas, cognitivas y emocionales, llevadas a cabo para restablecer el equilibrio en una situación determinada. La conducta es síntoma de una anhomeostasis y, de hecho, solo actuamos cuando nos desequilibran objetos internos o externos, a los que intentamos incorporar o expulsar: “la relación con la realidad es conflicto, primero como problema a resolver, a veces con premura; segundo como problema de adecuación” (2, p. 41). Puede ser comparable al concepto de rol, pero este, más sociológico, no contempla el componente interno, histórico, del sujeto de forma tan relevante como el término yo.

La memoria es fundamental en la conducta. Los yoes construidos para cada situación son almacenados, ninguna actuación está al margen de otras anteriores que son adaptadas en la medida de lo posible. El conjunto de todos los yoes y la valoración que le merecen es lo que constituye al sujeto. Ese bloque cognitivo-emocional lo constituye el objeto que depara el cambio homeostático y el sentimiento que provoca ese cambio. Pero el sentimiento hacia un objeto solo puede entenderse con un juicio de valor sobre el mismo. En términos básicos, el objeto es visto como agradable-desagradable y/o bueno-malo. La connotación de un objeto equivale a la construcción de una teoría sobre esa parcela de la realidad. El sujeto, esa función cerebral, cumple su cometido elaborando teorías sobre la realidad y sobre sí mismo. Pero no son teorías científicas, puesto que el lenguaje teórico, en el sentido dado por Carnap (3), lo constituyen los valores que el sujeto mantiene, y el lenguaje objeto, las denotaciones, los objetos con los que nos relacionamos. Son nuestros sentimientos los que conforman nuestra realidad. Como señala Jacob (4), esta es la estructura de los mitos, estrechamente ligados a la vida cotidiana y a las emociones. Este mito que constituye nuestra identidad es siempre puesto en cuestión por la realidad. Ese cuestionamiento es la anhomeostasis. La construcción de yoes es la solución para adecuarnos, en la escasa medida en que nos es posible, a una realidad que nos cuestiona, pero que nos es tan difícil objetivar.

El concepto de valor¹, como respuesta afectiva ante un objeto, pone en relación la construcción del mundo que hace el sujeto con la realidad cultural en la que se desenvuelve. Los valores han de ser evaluados dentro de la cultura en que aparecen y, a la vez, en relación a la historia del que los tiene. Siempre son consecuencia y moduladores de la relación social. Si la conducta es una relación marcada por el juicio de valor sobre los objetos y, sucesivamente, sobre las relaciones con esos objetos, podría entenderse que los valores estéticos (agradable/desagradable) y éticos (bueno/malo) son determinantes de nuestras relaciones. La conducta sería, primordialmente, una cuestión moral.

¹ Para el origen del concepto de “valor” en la obra de Castilla del Pino, véase el ensayo de Amelia Valcárcel incluido en este volumen: “Carlos Castilla del Pino, mentor y maestro de una generación”.

Los juicios de hecho, los objetos, carecen de significado sin los valores que les atribuye el sujeto. Un mismo objeto (rendimiento intelectual, posición social, aspecto físico, etc.) se representa o se imagina de manera diversa, dependiendo de los valores que el sujeto le atribuye. Estos valores han sido tomados, como aceptación o como rechazo, de la cultura en que cada uno se socializa. Desde su concepción inicial, muy influida por G.H. Mead (5), consideró nuestro *self* como el resultante del valor que nos atribuimos a nosotros mismos y del que pensamos que nos atribuyen los demás. Por tanto, la identificación y la valoración de nuestros sentimientos es un aprendizaje social.

Hasta ahora he señalado algunas posiciones de Castilla sobre los sentimientos (y sobre la conducta) que pueden ser puestos en relación con algunos planteamientos actuales:

RESPUESTA ORGANÍSMICA Y SENTIMIENTO (6)

La cuestión se discute desde finales del siglo XIX. William James (7) y Lange defendieron que el sentimiento era una interpretación de las sensaciones que se tenían al emocionarnos (“no lloramos porque estamos tristes, sino que estamos tristes porque lloramos”). Esta tesis fue dominante hasta bien entrado el siglo XX. Por una parte, Castilla señala que Cannon (8) se opuso a esta teoría planteando la escasa variabilidad de la respuesta visceral frente a la diversidad de las experiencias (9), mientras que Schachter (10) demostró la importancia de la memoria y que la emoción provocaba las evaluaciones cognitivas que el sujeto hacía del objeto, no percibidas sin ella. Para Castilla, estas evaluaciones son equivalentes a construir una teoría acerca del objeto, en base a sus propios valores (11)².

No obstante, las tesis de James (o atribuidas a él, como veremos más adelante) han sido actualizadas por algunos autores, en especial Antonio Damasio (12), aunque no considera imprescindible la activación periférica en todos los casos. A veces, la propia corteza prefrontal y la amígdala se “comunican” con las áreas somatosensoriales para que actúen “como si” la reacción visceral hubiera tenido lugar. Es decir, la respuesta es consecuencia en estos casos, generalmente en sujetos adultos, de la simbolización del objeto y no de su interacción sensorial. Damasio no lo plantea así, pero la simbolización no es posible sin la valoración. Los trabajos de este autor, junto a los del grupo de Davis y Panksepp (13), desvinculan a la ínsula, la amígdala, el hipocampo, el giro parahipocampal, el polo temporal, la corteza orbitofrontal y el cortex cingulado anterior del nacimiento de la emoción, que sitúan en formaciones subcorticales, en especial, el hipotálamo y la sustancia gris periacueductal. Consi-

² Esta compilación de textos clásicos es recomendada por Castilla del Pino.

deran que las regiones “superiores” habitualmente relacionadas con la afectividad juegan un papel en la sofisticación de la vida emocional del adulto, aprendida en las experiencias vitales, pero que el motor afectivo de la conducta tiene su origen en las áreas subcorticales mencionadas. Defienden un cerebro emocional compartido por todos los mamíferos. Al contrario que Ekman (14), Panksepp pone de relieve la herencia común para los mamíferos de emociones “sin objeto”, es decir, la rata nace con miedo al olor del gato, pero no lo conoce, será la experiencia la que una el miedo con el objeto que huele a gato. De esta forma, las emociones genéticas, como predisposiciones para las relaciones con los objetos, dejan mucho lugar a la experiencia y, en cierta medida, pueden ayudar a la comprensión de la conducta, como señala Tizón (15).

Frente a esta vía somática de las emociones, se ha desarrollado una explicación construccionista. Dentro de esta, resulta interesante la de Lisa Feldman Barrett (16), que, muy resumidamente, plantea que la respuesta visceral es independiente de la emoción; rechaza la posibilidad de que existan emociones básicas y considera que la emoción se construye para cada situación, interpretando de diferente manera una misma sensación en función de la relación que se esté manteniendo, del contexto en el que aparece. Nuestro cerebro hace continuas predicciones, para lo que, además de la red atencional y la red por defecto, existe una red interoceptiva, centrada en la ínsula. Esta red cumple una función predictiva. Elabora pronósticos de lo que puede ocurrir y calcula la posible conducta necesaria, pero no son importantes para la producción de emociones ni reaccionan a ellas. No comparte la idea de que existen áreas cerebrales emocionales, ni que exista una huella genética para las mismas, y considera al cerebro muy poco reactivo.

La relevancia de esta discusión, para ubicar la teoría de los sentimientos de Castilla, es el lugar que ocupan las emociones básicas, entendidas como la base afectiva común a todos los mamíferos. Castilla considera que no es posible encontrar una correspondencia entre los síntomas internos y externos de los sentimientos y que esas emociones básicas, de existir, están muy alejadas de la conducta. Esta idea es consecuente con su defensa de la inespecificidad de la conducta respecto a cualquier causa orgánica: todo depende de la estructura del *self* (de la estructura de sus valores). Es decir, que esas emociones básicas, asimilables a los actos reflejos, darán lugar a conductas muy diferentes, individualizadas. Al mismo tiempo, como la emoción ocurre en una situación concreta, nunca será idéntica en el mismo sujeto, aunque se use la misma palabra para designarla. El modelo de sujeto de Castilla, y su defensa de la emoción como una construcción específica para cada relación, no impide aceptar la irrupción de emociones que desbordan la identidad del sujeto, que lo ponen “fuera de sí” y lo llevan a actuaciones vividas con extrañamiento. Para él, las emociones básicas fundamentales son la aceptación/rechazo del objeto; el resto

resultan variables muy modificadas por las experiencias vitales, incluida la cultura en la que se desarrolla. Mark Solms es de una opinión similar (17), situándose en una posición intermedia entre Davis y Panksepp (13) y Barrett (16). Admitiendo o no la existencia de emociones básicas, todos los autores reconocen una doble vía para el nacimiento y la regulación de las emociones. Una vía más cercana a la propuesta de James, con activación visceral, y otra más cercana a la programación que llevan a cabo las áreas corticales para la predicción de lo que está ocurriendo en el mundo y de lo que puede ocurrir. Barrett considera uno de los retos más importantes de la neurociencia determinar las condiciones que abren un camino u otro.

SENTIMIENTO Y CONDUCTA: EL SUJETO

No creo exagerado considerar que la obra psico(pato)lógica de Castilla está encaminada al logro de un modelo de sujeto útil para la interpretación de las conductas. En este momento solo es posible una exposición esquemática. Antes he señalado que el sujeto (*self*, identidad) es un sistema cerebral encargado de la adaptación al entorno simbólico, psicosocial. El sujeto se refiere exclusivamente a aquel sistema del organismo mediante el cual este adquiere conciencia de sí mismo, sabe quién es y quiénes son los demás con los que interactúa. A diferencia de otros sistemas encargados de la adaptación al entorno fisicoquímico, el sujeto es el único sistema exclusivamente mental.

La forma de ser eficiente en la adaptación social es estar prevenido, es decir, actuar en todo momento con proyectos de actuaciones elaborados previamente. Esos proyectos son los que denomina “yoes”. Como he señalado antes, un yo es la suma de una denotación y la connotación correspondiente. Se tiende a pensar que primero denotamos algo y después lo connotamos, pero, en realidad, no es posible una denotación sin la connotación previa. El modelo de sujeto de Castilla del Pino está muy influenciado por su teoría hermenéutica del lenguaje (THL) (18) y por su aplicación clínica en trabajos dirigidos por él mismo (19-29). Como he señalado, el sujeto ha de ser entendido como una “teoría en acción”, en el sentido de los piagetianos, pero el lenguaje teórico de la misma está constituido por las connotaciones (estimativas, en su terminología) y el lenguaje objeto por las denotaciones (indicativas). La aplicación continua de esa teoría es la que va elaborando yoes (entendidos como clases de objetos definidas por sus valoraciones) en función de las predicciones que de manera continua elaboramos³. En el sentido de Jacob (4), esta estructura cognitiva es la propia de la construcción de los mitos y resulta muy coherente con la teoría de Castilla, que defiende que, en la medida que toda identidad es una biografía, resulta un

³ Un planteamiento similar, en esas mismas fechas, fue el realizado por Furth (30), que trata de cohesionar la teoría piagetiana con la psicoanalítica.

autoengaño. Esto es, nuestro *self* es un mito. También señala Jacob la dificultad para discutir y cambiar un mito, ya que el mito representa nuestra imagen del mundo y nuestra posición en él. Para muchos, el cerebro es considerado un sistema cerrado, poco reactivo al mundo exterior, que está dedicado a mantener su homeostasis, en palabras de Llinás (31). Para Castilla, la homeostasis psíquica, entendible como el equilibrio del *self*, se superpone y distorsiona nuestras relaciones.

La conducta, como consecuencia de la construcción de *yoes*, precisa una diferenciación entre el sistema teórico (al que llama en ocasiones *yo-sujeto*) y sus producciones (al que llama *yo-objeto*). En realidad, el *yo-sujeto*, el modelo teórico que elabora conductas adaptativas a las diferentes situaciones, es preconductual. Nosotros detectamos la conducta del otro, los *yoes* que externaliza, que en términos comunicacionales se pueden considerar el mensaje que emite el sujeto, mientras que este o, más propiamente, la teoría que construye los *yoes* es el metamensaje, la intencionalidad en la relación. El *yo-sujeto*, el núcleo de la construcción y, por tanto, de la adecuación de los sentimientos, es preconductual, responde a las actitudes. El objetivo de la teoría hermenéutica del lenguaje es, precisamente, poder objetivar esas actitudes. En realidad, toda relación interpersonal es consecuencia de un intento de objetivar las intenciones del otro (¿qué quiere decir cuando dice una cosa u otra?). Finalmente, llama reiteradamente la atención sobre la construcción permanente de *yoes*, en la medida que cada conducta, cada proyecto de conducta, cada fantasía, etc., al ser objetivada (al ser consciente), pasa a ser un objeto que nuevamente es connotado (lo llama “metaestimativas”). Esta valoración configura el *self*. Es decir, cada *yo* está determinando los siguientes, tanto si esa connotación que el sujeto hace de su propia conducta es positiva como si es negativa.

Sin entrar en un análisis detallado, quiero destacar la similitud de su modelo de sujeto con los modelos realizados desde las neurociencias. Cada autor interpreta esa función cerebral matizada por su metodología de trabajo. Así, igual que el modelo de Castilla puede considerarse muy influido por su análisis del lenguaje, Damasio (32) tiene un componente anatómico, en base a sus trabajos con lesiones cerebrales; Edelman y Tononi (33) parten de su análisis de la visión; Fuster (34), de su concepción de la memoria; Llinás (31), del estudio del movimiento; Grossberg (35) sigue su modelo neural; Barrett (16) se basa en el cerebro relacional, etc. Como hace Castilla con su definición de *yo-sujeto* y *yo-objeto*, todos defienden la existencia separada de un módulo de control y de un módulo operativo, así como la construcción de estereotipias preparadas para ser puestas en juego según la situación concreta (mapas para Damasio, cógnitos para Fuster, FAP para Llinás, núcleo dinámico para Edelman, etc.).

Todos los autores tienden a aceptar que el *self* exige la conciencia y que, en los estados inconscientes, como ocurre, por ejemplo, en la anestesia, no hay sujeto. Es

necesaria la función reflexiva. Como Castilla, Damasio (36) defiende que los sentimientos son los que dan origen a la conciencia. Es el sujeto el que genera la conciencia y no al contrario. Algunos trabajos con base en la exploración con neuroimagen de la red por defecto apuntan la posibilidad de que incluso aspectos parciales de esta reflexividad dan lugar a la conciencia (37).

No es el momento de discutir la función de la conciencia, pero parte de los estudios neurológicos la consideran una actividad cerebral secundaria, sin sentido, como el humo producido por un motor de explosión. En mi opinión, esto es consecuencia del error epistemológico que supone estudiar al cerebro de forma aislada. La conciencia no es humo inútil, sino, siguiendo con la metáfora, señales de humo para la relación. Su reentrada en el sistema se produce, precisamente, ante las modificaciones que se producen en el otro y que van a provocar la reelaboración permanente de nuestra identidad y, por tanto, la planificación de nuevas conductas.

Para Llinás, por ejemplo, la función última del cerebro es la predicción, hacer un pronóstico de lo que es probable que ocurra. Esta predicción, para convertirla en acción, debe estar centralizada, y considera al *self* como la centralización de esa decisión. Su modelo se basa en el estudio del movimiento, como he señalado. La forma de llevar adelante un movimiento eficientemente es tenerlo previsto, haber creado una conexión compleja de grupos neuronales que sean puestos en juego inmediatamente (lo que llama Fixed Action Pattern (FAP)), almacenados y continuamente reevaluados, especialmente por los núcleos de la base. Los sentimientos son también FAP, pero sus acciones no son motoras, sino premotoras (preconductales en la terminología de Castilla). Defiende que las emociones estén estereotipadas en gran medida, moduladas por la experiencia y por el contexto cultural. Para él, la emoción es necesaria para disparar un movimiento, pero su generación ocurre en áreas cerebrales distintas. En resumen, la conducta es puesta en marcha por la emoción y lo hace mediante patrones emocionales previos. Un modelo que puede superponerse al de Castilla.

PAPEL DEL LENGUAJE EN LAS EMOCIONES

Para Castilla, antes de la aparición del lenguaje, con dos o tres años, el niño no tiene sentimientos equivalentes a los del adulto⁴ (2, p. 119 y ss.), de modo que el inicio del lenguaje corre paralelo con el de la socialización. Para Jerison (38), existe una presión evolutiva para el desarrollo del lenguaje por su utilidad para fijar la imagen del mundo, conseguida mediante la percepción de los objetos, y para poder compartirla con los demás. Esa función denotativa y socializadora va a condicionar

⁴ Antes ha pasado por una etapa de protosentimientos (todo objeto es deseable) y, a continuación, por otra de pre-sentimientos (el objeto se intenta retener o es rechazado).

la formación del sujeto de forma fundamental. El lenguaje cumple una función, desde el principio, de interpretante del mundo. ¿Cómo denotar objetos para los que no se tiene nombre?

La afectividad humana no es fácil de comparar con la de otras especies, precisamente por la existencia del lenguaje. Castilla insiste reiteradamente en que la emoción es íntima, puede expresarse (más exactamente, representarse: expresamos alegría o tristeza siempre en función del contexto), pero no contarse. Hablar de lo que se siente es, en verdad, hablar de lo que se piensa cuando se siente. Por otra parte, el lenguaje condiciona la definición de la emoción, que se procesa en base a la memoria y al concepto que tenemos de nuestro sentimiento. Como ocurre con la denotación, sentimos lo que tiene nombre. Además, esa función descriptiva del lenguaje está en la base de la distorsión denotativa.

En el mismo sentido que Castilla se pronuncian otros autores construccionistas, como refleja el trabajo de Harris, de Rosnay y Pons (39). Barrett (16) resume la distorsión del papel denotativo de lenguaje citando a James, al que se ha malinterpretado en su concepción de las emociones, pues no es cierto que las considerara preestablecidas. La cita literal de James es: “Cada vez que hemos creado una palabra para denotar cierto grupo de fenómenos, tendemos a suponer una entidad sustantiva que existe más allá de los fenómenos y de los cuales la palabra será el nombre” (7, p. 209)⁵. La palabra está, pues, fijando emociones y, de acuerdo con lo señalado por Jerison, permitiendo la cohesión social mediante el consenso, tanto de la realidad denotativa como, sobre todo, de la connotativa.

Esto nos lleva a la relación entre las emociones y la cultura en la que crecemos. La teoría de Ekman (14) y la aceptación de unas emociones básicas determinadas genéticamente que se dispararían ante el estímulo adecuado, entre otras consecuencias, llevó a un cuestionamiento de la antropología cultural y a reducir la influencia de la socialización en las emociones. Como he señalado, Castilla nunca aceptó este determinismo (ni en las emociones ni en la conducta, incluida la considerada patológica). Por el contrario, su modelo de roles constitutivos del sujeto le llevó a defender el papel de los juicios de valor o estimativas como los determinantes del mundo con el que opera el sujeto. En su modelo, la percepción de los objetos está íntimamente ligada a que el sujeto pueda incorporarlos en su sistema valorativo. Un objeto no existe si no tiene un valor que atribuirle y, al mismo tiempo, no es posible tener un valor sin un objeto que lo “justifique”. Incluso si ese objeto no existe, el sujeto lo inventa. Es su explicación de la génesis de la alucinación o del delirio. Si un valor es necesario para el equilibrio homeostático del sujeto, y dada la imposibilidad de que exista una clase vacía, el sujeto crea objetos. Este dinamismo es aplicable a nuestra

⁵ Basta recordar las clasificaciones nosológicas y los postulados psico(pato)lógicos que hemos conocido para estar absolutamente de acuerdo con James.

indagación en la realidad, no patológica (detrás de cada descubrimiento se encuentra la pasión del investigador para hacerlo).

Para él, las palabras que se refieren a estados emocionales han sido aprendidas incluso antes de que lo experimentemos, a través del código cultural en el que nos desarrollamos. De forma similar, Barrett, en su modelo de los sentimientos como creaciones para la relación, entiende que necesitamos un concepto emocional para experimentar o percibir la emoción asociada (sin un concepto para “miedo” no podemos experimentarlo) (16, p.184).

La vinculación del lenguaje y, con él, la cultura con los sentimientos es muy antigua. Como he señalado, la antropología cultural fue la disciplina que de forma más sistemática se ocupó del tema, aunque está presente en James y en Darwin. Castilla, al comienzo de su obra (40), era reacio a considerar la cultura como determinante de los valores del sujeto, la consideraba, desde el marxismo, algo superestructural frente a las relaciones económicas y de poder que formarían la estructura determinante. Su desarrollo de la teoría del *self* para poder objetivar las relaciones que el sujeto establece le hizo matizar sus opiniones iniciales, hasta considerar que la ciencia básica de la psico(pato)logía era la antropología. Los trabajos de autoras como K. Horney (41), R. Benedict (42), M. Mead (43), B. Malinowski (44), etc. evidenciaron que conductas consideradas extravagantes o anómalas eran expresión de los valores del individuo, coincidentes o contrarios a su cultura, incluidas conductas consideradas biológicas como los roles de género, la delincuencia, etc. (45).

Esa trabazón entre conducta y entorno cultural ha llevado a Barrett a sostener que el cerebro humano ha evolucionado para crear distintas clases de mentes humanas adaptadas a entornos diferentes. Esas mentes han sido construidas mediante la aportación de conceptos de las personas que nos rodean. En sus palabras, “hace falta más de un cerebro humano para crear una mente humana” (16, p.148). En el mismo sentido, Oliver (46), desde una perspectiva ecologista, considera nuestra identidad como parte de un ecosistema, defiende que el largo tiempo de maduración que tenemos como especie es consecuencia de la necesidad de un aprendizaje de los demás y que nuestra vida adulta es un continuo aprendizaje de roles sociales (resulta redundante señalar la similitud con el modelo de Castilla).

El vínculo inmediato de nuestra conducta con la cultura en la que tiene lugar se está evidenciando en aspectos inesperados. La aplicación al llanto del bebé de algoritmos de inteligencia artificial diseñados para la traducción están diferenciando los llantos del recién nacido según el idioma de la madre durante el embarazo. Entre nosotros, Ana Laguna Pradas y colaboradores (47) han diseñado un modelo que discrimina cuatro tipos de llanto del bebé (dolor, frío, hambre y falta de apego), pero su algoritmo, creado estudiando niños españoles, solo funciona bien en hijos de

madres que han hablado español durante el embarazo, de una forma menos eficiente en madres angloparlantes y muy mal en madres orientales. Aparte de discriminar entre emociones concretas del recién nacido, demostrar cómo el lenguaje materno condiciona su expresión emocional, antes de que pueda conocer su individualidad, hace que emoción y cultura no puedan diferenciarse claramente desde el comienzo de la vida. Cuando el niño crece, a los seis meses, la “traducción” del llanto se hace imposible con ese algoritmo, coincidiendo con que el niño empieza a reconocer al otro y a establecer relaciones sujeto/objeto.

PSICO(PATO)LOGÍA Y NEUROCIENCIAS

Por último, debemos hacer una escueta referencia a la epistemología de la conducta de Castilla del Pino⁶, llamando la atención sobre la similitud de su modelo de sujeto (y, por tanto, de conducta) con diferentes modelos construidos desde la neurociencia. He resaltado más el modelo de Barrett y su grupo (48) porque interpretan la conducta como causa y consecuencia de una relación, pero, Castilla, que cita a Viktor von Weizsäcker como diferenciador entre motricidad (fisiología del movimiento) y motoricidad (actuación mediante el movimiento), plantea desde muy pronto que es un error mantener el análisis de la conducta en este nivel: lo psicológico (la conducta y, por tanto, la afectividad) presupone lo biológico, pero lo biológico no puede dar cuenta de lo psicológico (49).

El estudio del cerebro puede objetivar dónde y cómo se expresa la conducta en el organismo, pero carece de la posibilidad de explicar por qué y para qué se produce. Esta explicación no puede encontrarse en un sujeto aislado, sino en un sujeto-en-relación.

Cuando se pretende reducir lo psíquico a lo biológico, se prescinde de aspectos relevantes para poder estudiar al sujeto, como es el “tema” de la conducta, su contenido. Todo lo que hemos analizado sobre el modelo de sujeto carece de sentido si no nos lleva a la relación con el objeto determinante de la conducta, de modo que ante cualquier conducta, subyaciendo al contenido de esta, “se esconde” el mecanismo biológico que la hace posible. Es decir, es como si frente a un movimiento hiciéramos una descripción precisa de los mecanismos neuromusculares que lo posibilitan, pero no nos diría nada sobre el porqué y para qué el sujeto se mueve. El tema, pues, nos remite a la situación concreta en la que se aprecia la conducta, al dinamismo de la conducta. Soslayarlo nos conduce, en el mejor de los casos, a un análisis de las funciones, sin que sea posible atender a la originalidad de cada conducta, de cada emoción y, sobre todo, detectar el porqué de esa alteración funcional. Otros trabajos

⁶ Castilla considera imprescindible el trabajo de J. Tizón, con el que compartió muchos de sus planteamientos, a este respecto.

de este mismo volumen analizan las catastróficas consecuencias de este reduccionismo en el que parece estar la psicopatología actual.

En todo caso, tras décadas de modificación de las nosologías, no ha sido posible encontrar ningún predictor biológico para ningún cuadro mental (trastorno, enfermedad, neurosis, psicosis o como quiera llamarse). La opinión de Castilla es que el biologismo es un error epistemológico, una confusión de niveles. Pero también discute algunas alternativas al biologismo que considera epistemológicamente equivocadas. La primera es la pretensión psicologista, es decir, frente a la eliminación del sentido de la conducta que plantea el biologismo, considerar que todo acto tiene sentido, eludiendo que el cerebro tiene muchas más funciones que la relación y que, por tanto, son ajenas al sujeto. La segunda es la pretensión totalizadora, es decir, el intento de crear una teoría que abarque lo que se denomina biopsicosocial. Son niveles diferenciados, no es posible una teoría totalizadora y, en la práctica, se hacen análisis parciales, como en el biologismo. Su propuesta es la elaboración de un modelo de sujeto que permita una interpretación del actor de una conducta, partiendo siempre de la conducta concreta, lo más formalizada posible para evitar saltos lógicos o superposiciones de teorías interpretativas. En realidad, esto es lo único posible en las relaciones interpersonales, ya que cuando nos relacionamos, lo hacemos construyendo una teoría acerca del porqué y para qué actúa el otro. El objetivo es intentar una sistematización de las posibles actitudes que subyacen.

Para acabar, cualquier interpretación de una relación es probabilística; una característica común en casi todas las especies, ya que la previsibilidad total de la conducta las desarmaría frente a los depredadores (50). Para los defensores de la existencia del libre albedrío, el caos que subyace a toda relación permite la creatividad y la libertad. De hecho, como ya se ha dicho, todos los modelos de sujeto neurológicos contemplan la creación de estereotipias, pero esa estereotipia se ajusta o se adapta a la situación concreta. Es decir, finalmente, todo sentimiento, toda conducta, es inédito e irreplicable. Como cada una de las situaciones en las que tiene lugar.

Redactando este trabajo, me planteaba lo esencial de lo aprendido al lado de D. Carlos. En mi opinión, lo fundamental de su obra es el desarrollo de las conclusiones de su ponencia a un congreso de la AEN en 1952: la conducta normal o anómala es una relación y resulta imprescindible una epistemología para esa parcela de la realidad que supone nuestra área de trabajo (51). Su aventura intelectual creo que ha sido un intento de llevar adelante estos presupuestos y sus hallazgos nos han permitido a sus seguidores navegar todos estos años en las novedades acontecidas en la maravillosa aventura de conocernos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Woolf V. Orlando. Barcelona: Edhasa, 1977; pp. 198-199. Traducción de Borges JL.
- 2 Castilla del Pino C. Teoría de los sentimientos. Barcelona: Tusquets Editores, 2000.
- 3 Carnap R. La superación de la metafísica mediante el análisis lógico del lenguaje. En: Ayer AJ. El positivismo lógico. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1965.
- 4 Jacob F. El juego de lo posible. México: Fondo de Cultura Económica, 2005.
- 5 Mead GH. Espíritu, persona y sociedad. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1972.
- 6 Scarantino A. The philosophy of emotions and its impact on affective science. En: Barrett LF, Lewis M, Haviland-Jones JM (eds). Handbook of emotions. New York: The Guilford Press, 2016.
- 7 James W. Compendio de psicología. Madrid: Editor Daniel Jorro, 1916.
- 8 Cannon W. Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. New York: Appleton, 1929.
- 9 Kandel ER. La era del inconsciente. Barcelona: Paidós, 2013.
- 10 Schachter S. Emotion, obesity and crime. New York: Columbia University Press, 1971.
- 11 Arnold MB. Nature of emotions. Selected reading. London: Penguin Books, 1968.
- 12 Damasio A. El error de Descartes. Barcelona: Crítica, 2001.
- 13 Davis DL, Panksepp J. The emotional foundations of personality. London: W. W. Norton & Company, 2018.
- 14 Ekman P. El rostro de las emociones. Barcelona: RBA Libros, 2017.
- 15 Tizón JL. Apuntes para una psicopatología basada en la relación, Vol. 1. Barcelona: Herder, 2018.
- 16 Barrett LF. La vida sereta del cerebro. Cómo se construyen las emociones. Barcelona: Paidós, 2018.
- 17 Solms M. The hidden spring. London: Profile Books Ltd., 2021.
- 18 Castilla del Pino C. Introducción a la hermenéutica del lenguaje. Barcelona: Ediciones Península, 1972.
- 19 Valls Blanco JM. Estudio de los dinamismos hipocondríacos en el T.H.P. Tesina de licenciatura. Córdoba: Universidad de Córdoba, 1978.
- 20 Beltrán Iguíño J. La proyección en la percepción. Memoria de licenciatura. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 1979.
- 21 Moreno Mitjana N. El desarrollo de las funciones indicativa y estimativa en el niño. Memoria de licenciatura. Málaga: Universidad de Málaga, 1981.
- 22 Valls Blanco JM. Formalización del T.A.T. Tesis doctoral. Córdoba: Universidad de Córdoba, 1983.
- 23 Díez Patricio A. Estudio clínico y psicopatológico de un caso de bulimia. Tesina de licenciatura. Córdoba: Universidad de Córdoba, 1985.
- 24 Jiménez Casado C. El deterioro en pacientes esquizofrénicos. Aspectos formales y tipos de deterioro. Tesis doctoral. Córdoba: Universidad de Córdoba, 1987.
- 25 Luque Luque R. Esquizofrenia aguda. Análisis del lenguaje. Tesis doctoral. Córdoba: Universidad de Córdoba, 1990.
- 26 Gay Pamos E. Análisis hermenéutico del Test de Apercepción Temática en la psicosis paranoide crónica. Tesis doctoral. Córdoba: Universidad de Córdoba, 1987.

- 27 Villagrán Moreno JM. Análisis y objetivación del proceso de degradación de las conductas psicóticas. Tesis doctoral. Córdoba: Universidad de Córdoba, 1983.
- 28 Moreno Mitjana N. Rehabilitación de pacientes crónicos psiquiátricos y percepción de la realidad. Tesis doctoral. Córdoba: Universidad de Córdoba, 1987.
- 29 Valls Blanco JM, Jiménez Casado C, Villagrán Moreno JM, Sánchez Vázquez V, Gay Pamos E, Díez Patricio A, et al. Aproximación a un modelo lingüístico de sujeto. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 1988; 9(28): 5-13.
- 30 Furth HG. El conocimiento como deseo. Un ensayo sobre Freud y Piaget. Madrid: Alianza Editorial, 1992.
- 31 Llinás R. I of the vortex. From neurons to self. London: The MIT Press, 2002.
- 32 Damasio A. Y el cerebro creó al hombre. Barcelona: Ediciones Destino, 2010.
- 33 Edelman GM, Tononi G. El universo de la conciencia. Cómo la materia se convierte en imaginación. Barcelona: Editorial Crítica, 2002.
- 34 Fuster JM. Cerebro y libertad. Barcelona: Editorial Ariel, 2014.
- 35 Grossberg S. Conscious mind. Resonant brain. How each brain makes a mind. New York: Oxford University Press, 2021.
- 36 Damasio A. Sentir y saber. El camino de la conciencia. Barcelona: Editorial Planeta, 2021.
- 37 Lane TJ. The minimal self hypothesis. *Consciousness and Cognition* 2020; 85, 103029.
- 38 Jerison HJ. Evolution of the brain and intelligence. New York: Academic Press, 1973.
- 39 Harris PL, de Rosnay M, Pons F. Understanding emotion. En: Barrett LF, Lewis M, Haviland-Jones JM (eds). *Handbook of emotions.* New York: The Guilford Press, 2016.
- 40 Castilla del Pino C. Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de antropología dialéctica. Barcelona: Ediciones Península, 1966.
- 41 Horney K. La neurosis y el desarrollo humano. Buenos Aires: Editorial Psique, 1955.
- 42 Benedict R. El hombre y la cultura. Barcelona: Edhasa, 1971.
- 43 Mead M. Male and female. New York: Harper, 1949.
- 44 Malinowski B. La vida sexual de los salvajes. Madrid: Ediciones Morata, 1929.
- 45 Castilla del Pino C. Introducción a la psiquiatría. Problemas generales. *Psicopatología.* Madrid: Alianza Editorial, 1978.
- 46 Oliver T. The self delusion. New York: Widenfeld & Nicholson, 2020.
- 47 Laguna A, Pusil N, Acero I, Valdivia JAZ, Paltrinieri AL, Bazán A, et al. How can cry acoustics associate newborn' distress levels with neurophysiological and behavioral signal? *Research Square*, 2022; 17.
- 48 Barrett LF, Lewis M, Haviland-Jones JM (eds). *Handbook of emotions.* New York: The Guilford Press, 2016.
- 49 Castilla del Pino C. El biologismo en psico(pato)logía y en psiquiatría. En: Castilla del Pino C. *Cuarenta años de psiquiatría.* Madrid: Alianza Editorial, 1987.
- 50 Björn B. The brain as a dynamically active organ. *Biochem Biophys Res Commun* 2021; 564: 55-69.
- 51 Castilla del Pino C. El punto de vista clínico en la sistemática psiquiátrica actual: teoría nosológica. En: Castilla del Pino C. *Cuarenta años de psiquiatría.* Madrid: Alianza Editorial, 1987.

Validez y pertinencia de la semiología de las psicosis en Castilla del Pino

Validity and Pertinence of the Semiology of Psychosis in Castilla del Pino

FRANCISCO DEL RÍO NORIEGA^a, JOSÉ CARMONA CALVO^b

a) Psiquiatra. Hospital San Juan Grande, Jerez de la Frontera, Cádiz. ORCID iD: 0009-0000-3742-4868

b) Psiquiatra. Coordinador Unidad Salud Mental Comunitaria de Jerez. Jerez de la Frontera, Cádiz.

Correspondencia: Francisco del Río (francisco.delrio51@gmail.com)

Recibido: 10/06/2023; aceptado con modificaciones: 11/08/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: En las últimas décadas, la psicopatología y, con ella, la semiología psiquiátrica han sido sustituidas por las nosografías predominantes (CIE y DSM). En contraposición, existen modelos alternativos que ofrecen explicaciones de la conducta humana en el contexto relacional. Uno de ellos, el Modelo Judicativo de la Conducta, de Castilla del Pino, supone una herramienta válida para establecer los criterios que deben cumplir los actos de conducta calificados de psicóticos. En este artículo se describen los conceptos fundamentales de este modelo con el fin de objetivar las formaciones psicóticas, capturar los síntomas, diferenciarlos y establecer su validez en el diagnóstico de las conductas consideradas psicóticas, así como en los estados previos y en la deconstrucción. Se expli-

citan los aspectos necesitados de actualización y desarrollo, y se correlacionan conceptos de otros campos teóricos: niveles semiológicos, metáfora-metonomía, saliencia, saliencia aberrante e hiperreflexividad.

Palabras clave: Castilla del Pino, psicopatología, psicosis, semiología, metáfora, metonimia, saliencia, hiperreflexividad.

Abstract: In recent decades, psychopathology and, with it, psychiatric semiology have been replaced by the predominant nosographies (ICD and DSM). In contrast, there are alternative models that offer explanations of human behavior in the relational context. One of them, the Castilla del Pino's Modelo Judicativo de Conducta, is a valid tool to establish the criteria that behaviors classified as psychotic must meet. The fundamental concepts of this model are described to objectify the psychotic formations, capture the symptoms, differentiate them, and establish their validity in the diagnosis of behaviors considered as psychotic, as well as in the previous states and in the deconstruction. Aspects in need of updating and development are made explicit and correlations with concepts from other theoretical fields, such as, semiological levels, metaphor-metonymy, salience, aberrant salience and hyperreflexivity, are examined.

Key words: Castilla del Pino, psychopathology, psychosis, semiology, metaphor, metonymy, salience, hyperreflexivity.

INTRODUCCIÓN

COMO ES BIEN SABIDO, desde las últimas décadas del siglo pasado se ha venido produciendo en los servicios de salud mental una pérdida gradual de la importancia de la psicopatología o, mejor dicho, de las psicopatologías, ya fueran nacionales (psicopatología alemana, hegemónica hasta mediados de siglo, francesa, inglesa) o bien de diferentes orientaciones epistemológicas (fenomenológico-descriptiva, cognitiva, psicodinámica, etc.). Y es obvio que esta pérdida se ha debido a la implantación extensiva de las distintas ediciones de las clasificaciones CIE y DSM, sobre todo a partir de los años ochenta. Independientemente del consenso que han supuesto estas taxonomías –útiles para el diálogo entre profesionales, pacientes, algunos fines investigadores, etc.–, se olvida con frecuencia que una cosa es una nosografía y otra muy distinta un corpus teórico que dé cuenta de nuestro quehacer en la clínica. Aunque podamos encontrar numerosas causas de este hecho, quizá sean dos las principales: de un lado, la búsqueda de un mínimo lenguaje común homologable, dada la enorme dispersión que teníamos hasta entonces y, de otro, el impacto de la iniciativa “La Década del Cerebro” (1990-2000), iniciativa del Congreso y del

Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH, por sus siglas en inglés) en un intento de reducción a etiología cerebral de los trastornos mentales (1). A partir de ahí se hace hegemónica esta orientación, al menos en el entorno anglosajón y sus zonas de influencia, de manera que todo queda inundado por esta perspectiva: manuales, trabajos de investigación, práctica asistencial, etc., arrastrando así a todas las demás disciplinas de la salud mental relacionadas.

No obstante, con el paso del tiempo, el modelo propuesto se ha hipertrofiado tanto –216 diagnósticos en DSM-5 (2)– que ha entrado en crisis: se han descrito tantas categorías o subcategorías como síntomas posibles, suscitando así la pérdida del portador de esos síntomas y produciendo un vocabulario, un léxico, pero sin gramática (3). Paralelamente, desde una visión crítica, se han ido proponiendo otros modelos de referencia: el Marco de Poder, Amenaza y Significado (PAS), elaborado por la División de Psicología Clínica de la Asociación Británica de Psicología (4), los modelos relacionales integrados (Psicopatología basada en la Relación de Tizón (5) o la Psicopatología Psicoanalítica Relacional de Rodríguez Sutil (6)), el paradigma transdiagnóstico, señalado entre otros por Pérez Álvarez (7), los dominios de la cognición social (8), etcétera.

Sin embargo, en toda esta maraña ha pasado de soslayo, a nuestro juicio, una cuestión esencial: la pérdida de una semiología psiquiátrica que aporte sostén teórico a la captación de lo que consideramos síntoma y, posteriormente, lo clasifique en un sistema nosológico. Es decir, aunque admitamos las clasificaciones diagnósticas hegemónicas, la pregunta sería: ¿cómo capturamos un síntoma psicopatológico? Y también: ¿qué criterios nos llevan a catalogar una conducta como síntoma y como síntoma de qué afección? Este artículo se centra en los criterios utilizados para identificar una conducta como psicótica, cómo la designamos y la clasificamos en un sistema taxonómico (9). Hemos hablado de la desaparición de la psicopatología y la semiología, aunque también habría que señalar la práctica desaparición de algunos términos como psicosis, psicótico, entre muchos otros (neurosis, histeria, etc.), que han quedado relegados a una subcategoría como “episodio depresivo grave con síntomas psicóticos”, en el caso que nos ocupa. Y es así porque justificar que una conducta es o no psicótica –y aún habría que afinar más: si es o no prepsicótica o postpsicótica– supone argumentar criterios que deban objetivarse y dar cuenta, por tanto, del corpus teórico que fundamenta tales afirmaciones, cuestión que las clasificaciones mencionadas eluden al pretender ser ateóricas. Dicho de otra forma, se elude que la nosología *es un constructo* y, por tanto, necesitado de una teoría. En consecuencia, la nosografía, como su aplicación práctica, operativa, es considerada como algo real, con esencia “natural”, sin explicitar a qué tipo de naturaleza se refiere.

Estimamos necesario partir de nociones fundamentales antes de abordar la identificación de la conducta psicótica. Empecemos, por tanto, por recordar que la

semiología (*semeion* –signo– y *logos* –estudio o tratado–) se encarga de los estudios relacionados con el análisis de los signos, tanto lingüísticos (vinculados a la semántica y la escritura) como semióticos (signos humanos y de la naturaleza). Aplicada a la medicina, tendríamos lo que denominamos semiología clínica, que contempla un cuerpo de conocimientos que se ocupa de (10):

- Identificar las diversas manifestaciones patológicas (signos o manifestaciones clínicas objetivas y síntomas o percepciones subjetivas).
- Buscar estas manifestaciones (semiotecnia).
- Cómo reunir las en síndromes, interpretarlas, jerarquizarlas y razonarlas (clínica semiológica o propedéutica).
- Llegar al diagnóstico.
- Tener una apreciación pronóstica y plantear las líneas generales del tratamiento.

En síntesis, la semiología en medicina es lenguaje y metodología de pensamiento. La distinción entre síntoma y signo en medicina es clara en el sentido de que el síntoma es referido de manera subjetiva por el enfermo al percibir algo anómalo o no habitual en su organismo, mientras que el signo es una manifestación objetivable, advertida por el profesional, evidenciable en la biología del enfermo: primero tiene que ser objetivo y, en segundo lugar, un signo o el conjunto de varios deben ser confirmados por pruebas objetivas (imágenes, trazados o datos).

Y es aquí donde encontramos uno de los escollos más importantes para dar cuenta de los signos en psicopatología, pues no existen pruebas concluyentes en relación con la conducta observada, sea normal o anómala. Podría argumentarse que en el caso que nos ocupa, las psicosis, existen una serie de evidencias de carácter biológico como la hiperactividad dopaminérgica mesolímbica o el papel de la ínsula en las psicosis, lo que no es patognomónico para todos los delirios ni las alteraciones sensorio-perceptivas de las conductas denominadas, en general, psicóticas. Pensemos, por ejemplo, que los delirios de influencia en la esquizofrenia son distintos de los delirios de perjuicio de las psicosis paranoides (11) y de los delirios de culpa que a veces observamos en las depresiones graves; o bien, las alteraciones de la percepción no hacen referencia solamente a las alucinaciones auditivas, olfativas o táctiles de la esquizofrenia, sino que existen, como luego veremos, una serie de conductas perceptivas alteradas en otras conductas psicóticas. En resumen, es evidente el correlato bioquímico o neurológico, pero este no sirve, a nuestro juicio, para la captura semiológica de cada conducta psicótica, y, desde luego, no es la herramienta clínica para identificar cada perturbación del contenido del pensamiento ni cada una de las percepciones alteradas. Por otra parte, podremos dar cuenta biológica o por imágenes de zonas cerebrales afectadas en el delirio o la alucinación, pero no podremos

dar cuenta con este sustrato de “lo delirado” o de “lo alucinado” en cada uno de los pacientes, cosa inherente a la psicopatología. Aunque previamente deberíamos capturar los síntomas, las conductas alteradas, mediante una rigurosa semiología.

La herramienta clínica continúa siendo *el relato del paciente*, al cual, al desaparecer todo rigor semiológico, consideramos como signo natural y, dando un salto reduccionista, asignamos una etiología biológica cerebral. La paradoja es que el relato sí es un signo, pero un signo de naturaleza bien distinta, por constituir, siguiendo a Saussure, un signo lingüístico al considerar la semiología como la ciencia de los signos en el seno de la vida social (12). Así pues, el único elemento observable del que disponemos es el lenguaje, cuestión que abordó Castilla (después de abandonar el modelo *antropológico/dialéctico de la situación* de los años sesenta del pasado siglo (13, 14)) a partir de *Introducción a la hermenéutica del lenguaje* (15), donde expone los principios básicos del modelo que posteriormente desarrollará: la diferencia entre los niveles informativos y comunicacionales, la insuficiencia del lenguaje para la relación interpersonal, los usos diversos que hacemos de significantes, motivos todos ellos de dificultades para la comunicación. Unos años más tarde, en 1977, aparece “Criterios de cientificidad en psico(pato)logía” (16), ponencia del XIV Congreso Nacional de la AEN, donde establece que el objeto de la psicopatología es el acto de conducta y este puede ser captado mediante el lenguaje, que es como se expresa y que está al servicio de la relación interpersonal, planteando así que el acto de conducta se desdobra en un segmento externo observable y otro interno conjeturable, que es la interpretación que podemos dar al sentido de ese acto. En los años posteriores desarrolla un modelo psicopatológico con aportaciones de la teoría de la comunicación humana, la de las relaciones interpersonales, la teoría general de sistemas y la lógica formal, entre otras, para exponerlo en toda su amplitud en el tomo I de su *Introducción a la psiquiatría*, publicado en 1978 (17). Más allá de estas fechas profundiza en el modelo propuesto para dar cuenta de aspectos parciales, como se verá más adelante.

Es, pues, mediante el lenguaje, sea verbal o extraverbal, como el sujeto expresa su conducta, sea esta normal o anómala. Es evidente que supone la muestra disponible más preponderante en nuestra práctica clínica y así procedemos en nuestro proceso diagnóstico y terapéutico. Accedemos a la subjetividad del sujeto (lo pensado, lo sentido) por la manifestación externa que supone el lenguaje; la subjetividad es inferida, como señala Castilla, a partir del lenguaje del sujeto y desde el pensamiento del observador. De ahí la importancia de una semiología rigurosa que delimite y argumente lo que denominamos una conducta psicótica (pre o post) de aquella que no lo es, o bien que es indecidible. Resumiendo, la conducta es un síntoma del sujeto que se expresa mediante el lenguaje, que a su vez es signo y que permite, por tanto, su análisis, como ya expuso por primera vez en la *Introducción a la hermenéutica del lenguaje* (15) y desarrolló posteriormente, como se ha dicho.

Pero, además, hay que agregar inmediatamente que la conducta acaece en el contexto de las relaciones interpersonales y, por extensión, sociales y culturales. Constituye el modo de relación del sujeto con la realidad (situación o contexto), ya esté esta constituida por los objetos externos (otros sujetos u objetos) o internos (representaciones, fantasías, recuerdos, deseos, etc.). De manera que el lenguaje, como segmento observable de la conducta, deviene así en oraciones gramaticales que no son otra cosa que proposiciones del sujeto en y para la relación interpersonal. Desde el punto de vista gramatical la unidad estructural –la oración/proposición– está constituida por dos sintagmas: el sintagma nominal y el sintagma verbal, con funciones de sujeto y predicado. Y, semánticamente, el sujeto es el sintagma nominal que afirma, niega, pregunta, exclama, duda o desea algo, y el predicado es un sintagma verbal que define la acción y el contenido del sintagma nominal (verbos, complementos directos, indirectos, circunstanciales, etc.).

De esta forma, podríamos distinguir varios niveles semiológicos:

- *Nivel semiológico 1*, constituido por un sintagma verbal-predicado nominal, mediante el que se expresan:
 - Afectos: tristeza, angustia, miedo, odio, rabia, ira,
 - Conductas: impulsividad, aislamiento, introversión, extroversión,
 - Somatizaciones: taquicardia, disnea, rubor, cefalea, diarrea...
- *Nivel semiológico 2*, constituido por un sintagma verbal-predicado verbal:
 - Acciones expresadas mediante verbos: evitar, escuchar, interpretar, agredir, cuidar, amar, odiar, estar, sentir, etc.
- *Nivel semiológico 3*, constituido por el sintagma nominal-sujeto:
 - Sujeto de la oración: portador de la conducta.

Todos los niveles semiológicos estarían condicionados por aspectos del lenguaje (y la lingüística): la semántica y la pragmática. En ambos se pueden diferenciar *aspectos denotativos* (significados estándar, oficiales) y *connotativos* (significados subjetivos y culturales) (18). En este sentido, cada nivel semiológico tendría distinto grado de objetivación:

- Al nivel semiológico 1 le correspondería el mayor nivel de objetivación y consenso en su identificación y valoración.
- Al nivel semiológico 2, las acciones que son identificables y objetivas, no así la intencionalidad derivada del sujeto de estas. Se trata de metonimias, parcialidades del sujeto (comer, amar, agredir, etc.).
- El nivel semiológico 3 diríamos que es el más oscuro, por subjetivo y difícilmente objetivable. Se trata solamente de una inferencia y constituye un nivel metafórico.

Una psicopatología “*objetiva*” debería estar referida al sujeto y a contener los tres niveles semiológicos. No basta con el uno y el dos. Estaría incompleta.

Toda esta complejidad es la que hay que tener en cuenta a la hora de capturar una conducta como psicótica, un modelo semiológico que formalice en qué y dónde reside la anormalidad psicótica y que pueda posibilitar posteriormente su análisis: una inferencia sobre la intención y significado de dicha conducta en el contexto de la relación interpersonal.

En nuestra opinión, el Modelo Judicativo del Acto de Conducta de Castilla del Pino –todo acto de conducta es un juicio acerca del objeto con el que se establece la relación– sigue siendo válido para estos menesteres, al mismo tiempo que supone un modelo en el que continuar para el desarrollo de un análisis de las conductas psicóticas, completándolo con aportaciones que vayan surgiendo de otros campos del conocimiento. El modelo ha sido desarrollado en múltiples ocasiones, tanto por el propio autor (“Análisis estructural de la conducta psicótica: su tipificación y taxonomía” (19); “Psicosis, psicótico” (20); la revisión del tomo I de su *Introducción a la psiquiatría*, publicado en 2010 (21), y aportaciones posteriores sobre la alucinación y el delirio, que luego veremos) como por otros colaboradores. Entre estos últimos habría que mencionar trabajos que han mostrado una revisión global (22), otros que han profundizado en algún aspecto, como los predicados del proceso de textualización (23) y, finalmente, otros que han pretendido una complementariedad con otros ámbitos psicopatológicos (24).

Y sigue siendo válido por aportar un método “autónomo”, es decir, en el nivel psicológico o nivel de la conducta cualquiera sea el soporte biológico que posibilite la actividad. Es pertinente aquí la diferencia entre *actividad* –función subsidiaria de circuitos neuronales que la posibiliten– y *actuación* (25), nivel donde se sitúa la conducta del sujeto, de un sujeto actante que dota de significado la actividad que corresponda. Así, por ejemplo, el hablar, como actividad, lo transformamos en actuación si mediante el habla expresamos, por ejemplo, nuestro amor/odio cuando decimos “*te amo*” o, por el contrario, reprochamos, insultamos, etc. La metáfora que se suele utilizar es que el nivel de circuitos digitales no explica el contenido de la información que se requiera en un momento dado, sino que esta se comprende en otro nivel epistemológico.

Pues bien, dentro de la función judicativa del sujeto, Castilla define dos tipos de actuaciones: la *denotación*, mediante la cual se dirime si un objeto existe y dónde, y la *connotación*, por la que el sujeto atribuye al objeto determinadas cualidades. Sea este un objeto externo –la mayoría de las veces otros sujetos– o interno, es decir, el propio sujeto, bien como representación metafórica del sí mismo, bien como una cualidad del sí mismo o metonimia.

Lo que se acaba de mencionar para la actuación es aplicable a la denotación: sobre la actividad de percibir realizamos la actuación de denotar. “Denotar no es percibir”, que diría Castilla. En la denotación efectuamos un juicio de realidad sobre el objeto percibido. Es decir, la percepción es una actividad biológica que opera desde los órganos de los sentidos al córtex cerebral, mientras que la denotación se sitúa en el nivel del sujeto actante, sujeto de la conducta, mediante la cual efectuamos un juicio susceptible de analizar en el contexto de la relación que el sujeto mantiene con el objeto denotado.

Castilla define una serie de subfunciones a los que llama *predicados* para cada una de las dos funciones del Modelo Judicativo. Equivalen a una serie de reglas que deben cumplirse para que las enunciaciones del sujeto, y por tanto su conducta, sea considerada correcta en el contexto de la relación o, por el contrario, pueda ser considerada anómala si no se cumple alguna de ellas.

En cuanto al proceso de la denotación, define seis predicados o reglas que, en la mayoría de las ocasiones, están implícitas en el enunciado:

- *Diacrisis* o la capacidad de clivaje, mediante la cual se dirime si el objeto es externo o interno.
- Función estructural, que da cuenta de las propiedades del objeto: tamaño, color, si está en movimiento, etc.
- Identificativa o gnoseológica para el reconocimiento del objeto.
- Denominativa, para su designación.
- Espacial: que localiza el objeto en el espacio.
- Temporal: que lo sitúa en el tiempo.

Aplicando ahora la lógica formal, solo si todas estas funciones son verdaderas, la denotación que hacemos es adecuada; o, por el contrario, si alguna es falsa, la denotación es anómala, dando lugar a distintas alteraciones, unas serán psicóticas y otras no, según el predicado anómalo que el sujeto realice. Nótese que en esta función —el proceso denotativo— para que un acto de conducta sea catalogado como psicótico la condición necesaria consiste en que no cumpla la capacidad de dirimir si el objeto es interno o externo: la *función diacrítica*, como define en el trabajo mencionado, “Psicosis, psicótico” (20). Las aplicaciones del Modelo Judicativo a la alucinación y formaciones colindantes las desarrolla Castilla ampliamente en una monografía específica (26), destinada al estudio de las posibles posiciones denotativas referidas al objeto (interno, externo o imaginado), así como a su análisis taxonómico y temático. Es así posible identificar una serie de alteraciones de lo que tradicionalmente se ha denominado “trastornos sensoper-

ceptivos”, en este modelo, denotaciones psicóticas: alucinación, ilusión, dislusión. En la alucinación, el sujeto sitúa un objeto interno (representación, fantasías, deseos, etc.) en el mundo externo. Desde este punto de vista, Castilla sostiene que no es posible percibir algo que no existe, como tradicionalmente se ha definido la alucinación. Desde el Modelo Judicativo, el sujeto opera con un objeto interno como externo, sin conciencia de la función diacrítica. En la ilusión, trastorno menos grave, el objeto interno sustituye a un objeto externo. Un hallazgo de este modelo semiológico lo supone la *dislusión*: un objeto interno es situado sobre uno externo, es una ilusión sobre los aspectos estructurales del objeto externo. Supone, de hecho, una condensación de dos objetos, uno interno y otro externo, lo que nos llevaría a un desplazamiento metonímico sin conciencia –al no cumplirse el predicado diacrítico– y a considerar propiedades de dos objetos como si pertenecieran a uno solo, lo que también es consecuencia del no cumplimiento con otro de los predicados de la denotación, la función estructural, por la que reconocemos las propiedades físicas del objeto. Es significativo que muchas de estas neoformaciones correspondientes a la patología psicótica hayan desaparecido de la semiología actual, que solo parece conceder validez a la alucinación propiamente dicha. Sin embargo, son más frecuentes en la clínica de lo que se cree: por ejemplo, la dislusión en las dismorfias no criticadas (27), la distorsión de la percepción de la imagen corporal en la anorexia nerviosa (28) o en algunos casos de depresión severos donde la realidad externa pierde características de luminosidad, color, tamaño, peso, etc. y que orientan al diagnóstico de una depresión psicótica, o bien en cuadros maníacos con distorsión de la imagen propia. En los siguientes casos pueden observarse dislusiones de diferente tipo.

Un paciente de 68 años, casado, jubilado, con prestigio de buen profesional en su vida activa, muy religioso, meticuloso a este respecto, con estricto cumplimiento de las normas propias de la religión católica, sufría con frecuencia episodios depresivos graves con alto riesgo de suicidio que obligaban en algunos casos a su hospitalización. El motivo de su sufrimiento consistía en que estaba convencido de “haber hecho una elección de pareja equivocada”; pensaba que se “había casado no estando enamorado” como lo estuvo con su primera novia. Y las consecuencias “han sido catastróficas”. [...] “Creo que Dios me ha castigado y me ha condenado, por eso mi pene casi no se ve, está desapareciendo y mi orina huele a azufre”.

Una paciente de 48 años, con varios episodios maníacos desde los 21, caracterizados la mayoría de las veces por una asociación de conductas expansivas, proyectos no realistas, pero sobre todo irritabilidad y arrebatos de cólera, refería lo siguiente: “es que me asomo al espejo y me veo la cara cambiada, los ojos incandescentes, y como echando llamas por los pelos. [...] El demonio, vamos”.

Un paciente de 52 años, casado con dos hijos, sin antecedentes previos, debutó con un serio intento de suicidio al ingerir un producto para la desratización. Funcionario, muy eficiente en su trabajo según los allegados y compañeros, con rasgos anancásticos de personalidad, muy ordenado y meticuloso para sus cosas, comenzó a mostrarse muy preocupado por una remota posibilidad de un expediente de regulación de empleo. Pronto expresó una gran depreciación de sí mismo: “no soy apto para mi trabajo”, “nunca estuve preparado”, “creo que me van a echar”, etc. Como consecuencia, generó una ideación de ruina en la que nos pedía, entre otras cosas, que nos hiciéramos cargo de sus hijos porque “se iban a morir de hambre” y a los que veía “más delgados”; toda la comida de su casa la veía “en mal estado, como caducada, porque estamos escasos”, cosas de las que estaba plenamente convencido, a pesar de las evidencias en contra.

Hasta ahora hemos considerado que las reglas del proceso denotativo pueden cumplirse o no, dando lugar en este caso a los trastornos que hemos analizado; pero estas reglas están referidas a enunciados producidos por un sujeto y puede suceder que el sujeto dude acerca de lo percibido, o, dicho de otra forma, el sujeto no puede denotar con seguridad lo percibido, de forma que los predicados nominales muestran incertidumbre acerca de cómo debe ser denotado el objeto, generándose así juicios de realidad indecidibles. Es lo que puede ocurrir en *situaciones previas a la psicosis*, ya definidas históricamente de diferentes modos en la psicopatología clásica, como los estados de perplejidad (29), de extrañamiento de la realidad externa, o bien expresiones de desrealización/despersonalización, si la denotación es referida al propio sujeto (30). Como sabemos, en estas y otras situaciones, el sujeto puede o no “transicionar” a una psicosis plena, y, como también sabemos, es de primordial importancia la detección de estos estados para una intervención temprana que reduzca el tiempo de psicosis no tratada y la transición a la psicosis (31, pp. 29,30). De ahí que sea habitual, en los servicios de salud mental, programas de intervención precoz en primeros episodios o en síntomas prodrómicos o incluso –aunque en menor medida– en personas con estados mentales de alto riesgo (EMAR) o ultra alto riesgo (UHR) (32), pues existe evidencia, sobre todo en la detección precoz de psicosis, de una mejor evolución, con menor riesgo de recaídas, mejor funcionamiento social y un mejor pronóstico a largo plazo si se actúa de forma temprana (33). Una condición indispensable para la detección temprana de casos es la identificación de síntomas prodrómicos. Llama la atención en las guías o programas de intervención al uso la ausencia de criterios psicopatológicos, lo cual mantiene relación con lo mencionado al principio sobre la desaparición de la psicopatología. Sin embargo, se suele llamar la atención sobre la dificultad de identificar la sintomatología inicial por su carácter inespecífico (31, p. 100), o bien caer en una suerte de tautología al definir que la persona presentará síntomas positivos no suficientemente graves. Es el caso de

los denominados BLIPS (síntomas psicóticos breves intermitentes y limitados), que remiten espontáneamente. Se acentúa también en dichos programas la necesidad de formación específica de los profesionales de atención primaria, dada su importancia como herramienta esencial en la detección precoz de posibles casos. En esta línea destacan especialmente los trabajos de Tizón y sus colaboradores en el Equipo de Prevención en Salud Mental-Equipo de Atención Precoz a los Pacientes con Psicosis (EAPPP), del ICS en Barcelona (34,35), y sus influencias en la atención primaria de la zona geográfica (36). Pero, independientemente de registrar antecedentes familiares, utilizar escalas (que puede devenir en otra suerte de pleonasma), recabar información de familiares, educadores, de otros agentes, etc. —todas actuaciones válidas—, se obvia que la información que obtenemos tiene forma de relato y, por tanto, es susceptible de ser analizado con los criterios que aquí se están exponiendo: como proposiciones de un sujeto en su relación consigo mismo y con objetos de la realidad externa. En relación a la denotación, capturar el carácter indecible en el que inferir estados de extrañeza o perplejidad que pudieran ser la expresión de síntomas prodrómicos. A veces, son pequeñas incertidumbres, casi imperceptibles, al comienzo de cuadros psicóticos graves, como el siguiente caso:

Un paciente de 21 años diagnosticado de esquizofrenia con una sintomatología muy rica en trastornos denotativos. Después de algunos meses de retraining estalla un cuadro caracterizado por “ruidos en la cabeza”, “voces de gente de otros planetas que están aquí”, “cosas raras que me pasan en el cuerpo, como si alguien que no es de aquí me tocara”. Pero, independientemente de estas claras alucinaciones auditivas y táctiles, con sus correspondientes delirios, refería con dificultad que hacía unos años “veía como chispitas brillantes o líneas que atravesaban por delante, no sé bien qué eran o si eran cosas de mis ojos, pero parecían relámpagos, aunque no tan fuertes”.

Se ha mencionado más arriba que no toda percepción/denotación anómala es psicótica. El que no se cumpla alguna de las otras reglas diferentes a la diacrisis puede servir de fundamento para la detección de otros fenómenos no psicóticos. Sería el caso de las afasias, las agnosias y los diferentes tipos de dismorfias, en función de que la denotación falsa tenga lugar en el reconocimiento, la designación o en la estructura del objeto, o bien el fenómeno de *déjà vu* si la alteración tiene lugar en la dimensión temporal.

No son objeto de este trabajo estas modificaciones, pero quizá convenga mencionar, dentro de este apartado, algunos fenómenos colindantes, motivo de atención en su momento por Castilla, como la *pseudoalucinación* y la *alucinación negativa*, y después prácticamente abandonados por el autor a lo largo de su obra. Con respecto al primero, quizá por la confusión creada respecto a las concepciones clásicas que ha

tenido este término a lo largo de la historia de la psicopatología –pseudolucinación percibida o imaginada, según la tradición anglosajona o germánica (37)–. Algunos autores incluso dudan si abandonar el término, dado su escaso valor semiológico (38). Otros, en cambio, optan por contemplarla como una distinta manifestación de una misma causa biológica que vendría determinada por diversos factores individuales (39). Para Castilla, se trata de una denotación adiacrítica inmediatamente criticada y, por tanto, una formación no psicótica, cercana al concepto de alucinación hipnagógica o hipnopómpica. Una revisión exhaustiva sobre las diferentes acepciones que el término ha tenido a lo largo de la historia y por diferentes escuelas la ha realizado Falcó Gollart, donde además señala el valor semiológico que pueden tener en determinados cuadros incipientes, lo que abunda en la captación temprana de síntomas (40).

Respecto a la alucinación negativa, fue abandonada definitivamente por el autor a pesar de las posibilidades que, según estimamos, ofrece el Modelo Judicativo para la interpretación de un fenómeno tan cotidiano como la negación denotativa de lo percibido.

DELIRIOS. CONNOTACIÓN

Castilla define una segunda actuación del sujeto mediante la conducta judicativa, como se ha citado antes, y que denomina “connotación”, que consiste en la atribución, mediante juicios de intención, de determinadas cualidades al objeto de relación, sea el objeto externo o interno, dando así lugar a los distintos tipos de ideas delirantes: un objeto externo puede así convertirse en persecutorio, amatorio, de signo mesiánico, etc., o bien el sujeto, considerado ahora como objeto en su totalidad, deviene en profeta, Dios o falsamente inventor, enfermo, culpable, etc. Y finalmente puede interpretar de forma delirante un objeto interno parcial: representación, fantasía, sueño, etc.

Ahora bien, ¿cómo podemos aprehender esta anomalía? ¿Qué criterios deben cumplirse para que un fenómeno sea catalogado de delirio?

La definición de idea delirante o delirio ha significado un problema arduo para la psicopatología clásica, que ha puesto el énfasis en la anormalidad de la creencia: “sin motivo comprensible”, diría Schneider (41); “sin conexión de sentido”, apuntaría Jaspers, aunque sí señalaba la “incorregibilidad” de la idea (42). Como vemos, no ofrecían criterios objetivables para la concepción rigurosa del delirio, pues la crítica habitual que se ha hecho a este tipo de conceptos ha consistido en el juicio de valor que los autores clásicos incurrieron a la hora de formalizar la idea delirante.

Autores posteriores tampoco parecen ofrecer definiciones más satisfactorias: las “creencias anormales” descritas por Mullen, que se caracterizan porque: a) se mantienen con absoluta convicción, b) se experimentan como una verdad evidente por sí misma, c) no se dejan modificar por la razón ni por la experiencia, d) su con-

tenido es a menudo fantástico o cuando menos intrínsecamente improbable, y e) las creencias no son compartidas por los otros miembros del grupo social o cultural (43). Las características que Oltmans propone abundan en el delirio como “idea errónea”, que no cambia ante la presentación de evidencias contrarias y que no es compartida por todos (44).

Por otra parte, las definiciones aportadas por los sistemas de clasificación actuales tampoco aportan suficiente rigor a este problema:

DSM-5: “son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra. (...) Se consideran extravagantes si son claramente inverosímiles, incomprensibles y no proceden de experiencias de la vida corriente”(45).

CIE 10: “son creencias, demostrablemente falsas, que aparecen por una inferencia incorrecta, no compartidas por otras personas y que se mantienen por la insuficiente información que vaya en contra de la creencia” (46).

En general puede decirse que predomina en la psicopatología la conceptualización del delirio como creencia patológica, el modelo “creencial”, ya sea mediante la explicación para una experiencia anómala (Maher), bien mediante el sesgo de atribuciones anómalas acerca de la intencionalidad de sí mismo y de los otros (Bentall), o bien por el modelo probabilístico, según el cual los delirantes requerirían menos información para alcanzar un juicio (Garety), según han acuñado y sintetizado Berrios y Fuentenebro (47).

Como puede observarse, con todas estas definiciones tendríamos problemas para diferenciar una idea delirante de creencias como la que sostienen muchas personas “terraplanistas”, u otras creencias de corte religioso o ideológico. Pero, sobre todo, es dudoso su valor semiológico como herramientas para capturar los diferentes tipos de delirios y diferenciarlos de las creencias, las ideas sobrevaloradas, las auto-referencias, los delirios mnésticos, predelirios u otros fenómenos parecidos con los que encontramos, a veces, dificultades para su diferenciación, como la fabulación o pseudología. Por ejemplo, un mitómano suele creer en sus propias falsedades, que no suelen ser compartidas por otras personas, pero no nos atreveríamos a catalogar dichas conductas como delirantes.

Volviendo al Modelo Judicativo, Castilla propone tres predicados para la correcta estimación del objeto de relación:

- *Diacrítico*: el más importante, pues establece que la interpretación es siempre subjetiva, pertenece al sujeto que denota y no a lo denotado, y, por tanto, es siempre conjeturable. Es una inferencia que el sujeto hace sobre la significación del objeto.
- *Identificativo*: mediante el cual el sujeto reconoce la estimación propia sobre el objeto.
- *Nominal*: el que la denomina.

No obstante, la regla fundamental que se incumple en la connotación anómala es, a nuestro juicio, la incertidumbre del significado de los objetos, sean estos externos (la mayoría de las veces otros sujetos) o internos (el propio sujeto: representación, recuerdo, fantasía, etc.). El error que se pueda cometer no afecta a la creencia que el sujeto tenga acerca de los significados del objeto, sino al carácter de certidumbre de esa creencia, al juzgar que la misma pertenece al objeto, como si fuera un denotado más, y no al propio sujeto que juzga, sin conciencia alguna por su parte: “una interpretación se homologa a una observación”, como afirma Castilla en el ensayo en el que desarrolla su teoría sobre el delirio basada en el Modelo Judicativo. Es ahí donde reside la esencia de la idea delirante, en tanto que las interpretaciones que podamos hacer sobre la realidad son siempre conjeturas, inferencias, nunca certezas evidentes, que es lo que le sucede al delirante: “el delirante no cree, el delirante sabe” (48). A este respecto, Díez Patricio, aplicando el Modelo Judicativo, propone una delimitación rigurosa para *interpretación, creencia, saber, certeza y delirio* (49).

Atendiendo a la naturaleza del objeto, Castilla clasifica los delirios (*deliremas*, en su terminología, como la expresión verbal de un delirio) en dos tipos, I y II: los primeros referidos a objetos de la realidad externa o interna y los segundos a denotados psicóticos (alucinación, dislusión). He aquí algunos ejemplos.

Sobre significados atribuidos con plena certeza a objetos externos:

Una mujer de 38 años, casada, religiosa, después del nacimiento de su segundo hijo, debutó con un cuadro de insomnio pertinaz global, abandono de los cuidados de su recién nacido y un sentimiento de culpa muy potente que la hacía verse acusada por señales diversas: “es que me veo acusada por las campanas de las iglesias, las tocan cuando salgo a la calle para señalarme” ... “me veo acusada por gente que sale en TV que dice cosas de mí” ... “oigo a la gente por la calle que me dice lo mala persona que soy”.

Hombre de 57 años, casado, con un delirio de infidelidad de años de evolución. Basaba sus certezas en señales externas. “Nada, hombre, que lo que yo decía, que esta mujer me la está pegando y me la ha estado pegando siempre. El otro día, por ejemplo, uno me saluda desde el coche pegando con la mano en la puerta y diciendo: eh, eh, eh. Así es como se llama a los toros cuando van a salir, ¿no?... Yo estoy harto de que la gente me diga cosas, se ría de mí, porque todo se sabe en X [ciudad en donde vive] ... La gente ya ni me saluda o lo hacen con indirectas”.

Habría que añadir que la infidelidad no es una idea ajena al contexto cultural o religioso y que tampoco es una idea incomprensible en nuestro medio. Al contrario, la infidelidad es habitual y, con frecuencia, una idea compartida; sin embargo, estos no son argumentos para dilucidar si los juicios corresponden o no a una ideación

delirante. De ahí que una cosa sea un detective para investigar posibles infidelidades y otra muy distinta un semiólogo del discurso. Una derivada judicial de esta semiología basada en el relato es, según entendemos, que el delirio de infidelidad no debe ser causa de exención de responsabilidad criminal en el caso, frecuente, de que se cometa un crimen sobre la mujer considerada infiel por el delirante, pues la única diferencia con los casos de infidelidad real reside en que la certidumbre sea una estimación falsa o verdadera.

En este otro caso, de un paciente de 28 años que debutó con un episodio psicótico de forma muy aguda, pueden observarse las interpretaciones de alucinaciones cenestésicas y auditivas que, finalmente, son atribuidas al diablo:

Decía su familiar: “Abría y cerraba la puerta reiteradamente, corría y saltaba sin explicación y restregaba la cara por la pared, teniendo posturas muy raras, como contorsiones, porque decía que sentía por el cuerpo cosas”. Se tapaba los oídos frecuentemente debido a que oía una voz “rara”, que identificaba con “el mal”. No sabía muy bien dónde situarla, pues “era como si se metiera dentro de mi cuerpo”. “Era una voz opaca que se metía dentro y yo luchaba para que saliera”, “a veces se reía de mí (eres bizco, gilipollas), otras veces me decía que hiciera el mal, que pegara o que empujara”. “Como si el mal estuviera dentro de mí: te voy a incordiar, te voy a volver loco...”, “como un cuento, se metía y salía de mi cuerpo como una bola”. [...] “Era el mal, el diablo que tenía todo lo mío y me daba como tirones y el cuerpo se me quedaba tieso o me daban parpadeos”.

También a lo largo del proceso connotativo pueden darse *gradaciones* sobre la certidumbre/incertidumbre de lo connotado, de manera que en estos casos el sujeto no está seguro, está indeciso sobre la interpretación que hace de la realidad. El modelo da cuenta así de la construcción o deconstrucción de la idea delirante, como es frecuente observar en muchas ocasiones en la génesis o degradación de los delirios. Aspecto fundamental a tener en cuenta, junto a las denotaciones indecibles abordadas anteriormente, para la detección precoz de las psicosis; cuestión que ya Castilla señalaba hace años a propósito de la personalidad prepsicótica de las psicosis y relacionadas con la vulnerabilidad del sujeto. Pero también hemos dicho que el modelo da cuenta de la degradación de los delirios a lo largo del tratamiento –fase postdelirante–, pudiendo mostrar en ese proceso formaciones delirantes mnésicas, es decir, estimaciones no actualizadas pero sí dotadas de certidumbre en el pasado y que el sujeto mantiene. Pueden así establecerse diferentes etapas en todo el proceso (50).

Esta formulación de *predelirios* o *postdelirios* muestra la continuidad entre lo psicótico y lo no psicótico, como se puede constatar en la clínica con sujetos con personalidad esquizoide o paranoide o aquellos otros con psicosis instauradas, esquizofrenia o ideas delirantes persistentes. Idea que conecta con concepciones actuales,

como la de Van Os (51) –aunque también con concepciones pretéritas: la psicosis única (52)–, que considera la psicosis como un *continuum*, incluyendo los trastornos bipolares y otros tipos de psicosis.

LOS TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO (TFP)

Hasta aquí hemos repasado la semiología referente a las alteraciones del lenguaje como expresión del pensamiento. Aunque solo las relacionadas con el contenido de este, es decir, lo que tiene que ver con representaciones, conceptos, juicios, etc. Faltarían aquellas referentes a la forma y el curso, como tradicionalmente se han clasificado estas alteraciones. La distinción entre forma y contenido ha constituido un problema psicopatológico de gran envergadura desde sus inicios por la confusión en la delimitación de los conceptos *curso*, *forma* y *contenido* del pensamiento. Ya en 1892, Séglas diferenciaba cuatro tipos de patología del pensamiento: el tempo, la forma, la sintaxis y el contenido (53). Se añade el problema de diferenciar si estamos hablando del pensamiento, del lenguaje como expresión de este o de problemas en la conexión entre ambos. Hay que tener en cuenta que, cuando hablamos de trastornos del pensamiento y lenguaje, pueden coexistir ambos o no, además de poder darse conjuntamente o no trastornos del contenido y de la forma (54).

Castilla dedica poca atención a este problema en su Modelo Judicativo de Conducta. Aun así, su modelo se vio abocado a dar explicaciones de algo que se observa muy frecuentemente en la clínica y que se llama actualmente, de forma más o menos consensuada, “lenguaje desorganizado”. Para Castilla, las alteraciones del curso o forma del pensamiento se detectan en la ordenación del lenguaje, esto es, en la *secuencia* de la oración/proposición del sujeto. Curso o forma del pensamiento equivale, pues, a secuencia y esta debe observar los principios de *cosintacticidad* y *cosemanticidad*. Cualquier alteración de uno de ellos o de ambos expresaría las diferentes alteraciones referidas al curso. Cabe aquí citar el *bloqueo*, la *interceptación*, la *ideofugalidad*, la *prolijidad*, la *disgregación*, etc. (55). Algunos colaboradores abundan en la detección de rasgos formales del discurso psicótico estudiando tres componentes: *semanticidad*, *contextualidad* y *veracidad* (56). Otros desórdenes incluidos en los trastornos formales como el eco, robo, difusión del pensamiento son concebidos como denotaciones o connotaciones anómalas o, sobre todo, como una alteración concreta de ambas operaciones.

De todas formas, los trastornos formales del pensamiento (TFP) y del lenguaje son un aspecto susceptible de mayor desarrollo dentro del Modelo Judicativo, que puede enriquecerse con conceptos provenientes de otros modelos que muestran cierta cercanía, como los modelos psicolingüísticos basados en la comunicación referencial, los modelos cognitivos, de cognición social y su influencia en la relación, etc., como recoge Villagrán de forma extensa en el capítulo específico sobre los TFP (57).

El modelo expuesto hasta aquí aparece esquematizado en la siguiente tabla:

| MODELO JUDICATIVO DE LA CONDUCTA CASTILLA DEL PINO | | | | |
|---|---|--|------------------------------|--|
| Funciones | Predicados | Prepsicosis | Psicosis | Postpsicosis |
| Denotación | Diacrisis F. Estructural Identificación Denominación Espacial Temporal | Perplejidad Extrañamiento Ilusión Desrealización Despersonalización Pseudoalucinación | Alucinación Dislusión | Alucinación criticada Parcial/Total Dislusión criticada Parcial/Total |
| Connotación | Diacrisis Identificación Nominación | Ideas sobrevaloradas Predelirios I y II | Delirios I y II | Delirios mnésticos Delirios criticados Parcial/Total |
| Curso/ Secuencia | Cosintacticidad Cosemanticidad Contextualidad Veracidad | TFP Bloqueo, Interceptación, Ideofugalidad, Prolijidad, Disgregación | | |

METÁFORA. METONIMIA. SALIENCIA

En las formaciones anómalas enunciadas en el Modelo Judicativo es frecuente encontrar formulaciones metafóricas o metonímicas, que han sido también interés de Castilla al analizar el discurso psicótico (58). Castilla define la metáfora como una *metaestimación*, es decir, un juicio de valor que realizamos sobre un objeto ya valorado previamente. Lo que sucede en este juego de lenguaje es que el objeto no se explicita y quizá tampoco la primera valoración, con lo que solo es observable el tenor, el término con el que se compara el objeto. Por eso la metáfora no es un simple símil, sino que se torna enigmática al no aparecer de forma explícita la conexión con el objeto, lo que obliga a su interpretación. Se torna enigmática para el observador porque pertenece al mundo interno del sujeto, pero al mismo tiempo es una oportunidad para acceder a ese mundo interno. Mediante la metáfora o la metonimia el sujeto externaliza su mundo interno, ofreciendo una imagen de sí mismo y del objeto y, sobre todo, de la relación que mantienen –el contexto implícitamente compartido– de una manera indirecta, mediante una comparación, para que la imagen resultante realce el significado en algún aspecto que es de

especial interés en un momento determinado de la relación. Tanto en la metáfora como en la metonimia aparecen comparaciones, lo que ocurre es que en la primera la relación se establece con un dominio diferente al del objeto y en la segunda la relación es con alguna cualidad del objeto. Por eso se asocia la metáfora a la cadena paradigmática donde el sujeto indaga y elige la imagen con la que quiere hacer la comparación, resultando una condensación debida a la interacción entre ambas imágenes, mientras que en la metonimia opera un desplazamiento en la cadena sintagmática, produciéndose una imagen del objeto por alguna cualidad propia, es decir, por contigüidad.

Ya hemos expuesto ampliamente que en las personas que sufren alguna formación psicótica un objeto interno es percibido, denotado, como si fuera externo, aún más allá, desaparece el “como si”, de manera que para el sujeto el objeto interno *es* externo. E inmediatamente tiene que ser interpretado, pues se trata de una realidad a la que el sujeto se ve impelido a dar algún significado. En todo este proceso se dan con alta frecuencia las metáforas o metonimias. Incluso podría decirse que todo síntoma es metáfora/metonimia del sujeto que lo sufre, sin olvidar que todas nuestras denominaciones sobre las alteraciones de la conducta del sujeto “no son más que metáforas acerca de lo que a través de su lenguaje pensamos de su pensamiento”. Castilla analiza estos fenómenos a propósito de las alteraciones en el lenguaje de la esquizofrenia, pero podemos, por extensión, tener un enfoque psicopatológico con esta orientación que ayude a captar enunciados metafóricos y/o metonímicos y, consiguientemente, su significado para distintos tipos de pacientes. Así, por ejemplo, en el paciente que refería que Dios le había condenado por haberse casado sin estar enamorado, en primer lugar, el paciente no es que crea metafóricamente que Dios lo va a condenar, sino que *está ya condenado, es un condenado*. Y lo interpreta por la constatación de partes de sí mismo para, mediante un proceso metonímico, concluir que es un condenado. Lo mismo puede decirse de la mujer que en el espejo se ve a sí misma como el demonio: la condensación que supone la dislusión es la *evidencia* de que ha sido poseída, tiene malas intenciones, deseos prohibidos, etc. O bien las campanas connotadas de forma anómala como acusadoras toman así un papel esencial en la metáfora de la culpa.

La situación en la esquizofrenia es más compleja porque el fenómeno que observamos en el lenguaje es más enigmático, en la medida en que no es que no tenga sentido, sino que pertenece a registros propios, no compartidos en el contexto de la relación. Castilla señala que es frecuente la utilización de varios contextos a la vez sin conjunción entre ellos (diálogos sucesivos en contextos diferentes, como ocurre en la novela de Vargas Llosa, *Conversación en la catedral* (59)), pero, además, se produce el paso del lenguaje literal al metafórico sin rotulación alguna.

Un paciente de 53 años con una evolución muy dilatada de una esquizofrenia mantiene este diálogo:

“Buenos días, ¿cómo está?”.

“Muy mal. Hay mucha luz aquí”.

“¿Por qué lo dice?”.

“La luz es vida, ¿no lo entiende?... La luz y la vida”.

(Sus familiares): “Se pasa el día en casa a oscuras para no gastar luz”.

Pero él ofrece otra versión que no tiene que ver con el consumo energético:

“Yo soy la luz y la vida. La luz no puede gastarse inútilmente porque se termina la vida”.

Es claro el paso de un contexto a otro: salud, relación con la luz, salto metafórico a la figura de Jesucristo, con quien se identifica, salto metafórico a miedo a la desintegración.

Esta yuxtaposición de contextos es lo que explica algunas alteraciones en la secuencia del lenguaje, como ya vimos antes al hablar de los trastornos formales del pensamiento. Incluso, como discurre Castilla, la yuxtaposición puede explicar los neologismos al producirse una condensación de contextos de forma sincrónica: una metáfora para nombrar algo que no tiene nombre.

Estas figuras redesciben la realidad al abolir las fronteras categoriales, y en este sentido puede afirmarse que la metáfora/metonimia *provee conocimiento*, cuestión que ya fue anunciada por Aristóteles (60) y que retoman en la actualidad autores cognitivistas como Lakoff y Johnson, que conciben la metáfora como un mecanismo del pensar, no solo del lenguaje, y que incluye la analogía, el símil, la metonimia y que incluso pueda usarse para nombrar cosas que no tienen nombre propio (61). Partiendo de esta idea, el modelo cognitivo de la conducta propone utilizar la metáfora en la relación terapéutica. Sims propone identificarlas en el relato del paciente mediante seis pasos (62):

1. Escuchar la metáfora. De gran importancia semiológica, porque, en muchos casos, los terapeutas escuchan directamente el significado de las palabras, pero no las palabras mismas, donde se encuentra la metáfora.
2. Validar la metáfora. Marcar la metáfora ante el paciente como algo interesante a investigar.
3. Expandir la metáfora. Invitar al paciente a asociar emociones e imágenes producidas por la metáfora.
4. Jugar con las posibilidades. Preguntarse sobre lo que debe significar la metáfora. Cuantos más significados emerjan, más caminos de actuación apa-

recen. En este punto, hemos de luchar contra el hábito endémico de darles una interpretación, nuestra interpretación.

5. Marcar y seleccionar. Vistas diferentes posibilidades, escoger la que más se adapte al tratamiento.
6. Conectar con el futuro. Hablar del futuro del paciente a través de la metáfora.

Hay que tener en cuenta que esta metodología a veces no es apropiada, sobre todo, en pacientes con esquizofrenia, en los que la capacidad para formación de metáforas puede que esté elevada, pero habitualmente muestran una capacidad reducida en el proceso de interpretación, en particular su capacidad para interpretar frases que emplean términos cuyo significado no es literal sino figurado. Cuestión que podría ser debida a fallas en la memoria verbal y la activación de las redes semánticas del conocimiento abstracto (63), pues la característica fundamental del discurso metafórico es la innovación semántica, considerada por algunos autores como un proceso abierto de formación de conceptos (64) o, alternativamente, con el procesamiento del contexto semántico en el cual se interpreta una frase (65). Esta cuestión enlaza con la incapacidad, señalada recientemente por Tizón, de simbolizar, de creación de un espacio interno de mentalización, que caracteriza a la estructura *simbiótico-adhesiva* de estos pacientes (66). Pero sí puede ser de interés semiológico y terapéutico en otras formaciones delirantes como la metáfora de la pecadora arrepentida a través de la interpretación de acusada por las campanas de las iglesias, como vimos en la paciente con depresión posparto, o bien la metáfora de la castración por deseo prohibido del paciente que se sabía condenado.

Un modelo psicolingüístico de la metáfora para algunos autores es el Modelo de Desequilibrio de Saliencia (67). Estos autores han estudiado empíricamente el mecanismo de la interacción entre los dos términos (tenor y vehículo) y lo comparan con la similitud literal. En ambos casos los dos términos comparten atributos de similitud, pero estos atributos en la metáfora son *muy salientes* para el vehículo en comparación con el tenor. En cambio, en la comparación literal la saliencia es equivalente. Esta observación mantiene alguna concomitancia con el Modelo Judicativo de la Conducta que hemos expuesto. El diccionario de la lengua española define la saliencia como parte que sobresale en una cosa. Trasladando esta definición al contexto de la relación sujeto-objeto, la saliencia podría definirse como la capacidad del sujeto para denotar/connotar aquellos aspectos que más le interesan de la realidad con la que interacciona por el significado que para él tienen. En el caso ya mencionado en varias ocasiones de la paciente que se sentía acusada cuando caminaba por las calles, las campanas de las iglesias constituyen los elementos salientes en la interacción con su realidad, dejando los demás aspectos no denotados o en un segundo plano.

En las dos últimas décadas los trabajos de Kapur y colaboradores (68) se han centrado en el estudio del papel de la dopamina en la psicosis y su relación con

el concepto de *saliencia aberrante*. Esta hipótesis, de mayor interés etiopatogénico que semiológico, establece que un incremento de actividad dopaminérgica en la vía mesolímbica está relacionado con un exceso de atribución de significado a ciertos estímulos, a lo que denomina *saliencia aberrante*. Independientemente del correlato neuroquímico cerebral, el concepto de *saliencia aberrante* conecta en parte con lo que se ha expuesto acerca de la denotación y connotación anómalas.

El sujeto experimentaría una mayor sensibilidad de los sentidos, lo que justificaría las alteraciones perceptivas al atribuir mayor relevancia a objetos internos, y el significado cognitivo, al que se ve impelido ante estas nuevas sensaciones, daría lugar a las ideas delirantes. Ahora bien, Kapur admite que el contenido de los delirios dependería de la biografía del sujeto y del entorno sociocultural, pero presupone que la alteración primaria se sitúa en el nivel biológico; es decir, esta alteración es la que produce una *saliencia aberrante* y posteriormente el sujeto la interpreta con su repertorio de temas determinados por su historia personal y su contexto cultural, a diferencia de la posición de Castilla que postula que es el tema el que produce el delirio –en relación con la infravaloración de algún aspecto de su *self*–, y no el delirio el que produce el tema, dedicándole un capítulo en su monografía (69), lo que a su vez permitiría el análisis de la función del delirio en la biografía del sujeto (70). El modelo se completa con la visión filogenética que explicaría las *saliencias innatas* como conjunto de significados que hemos adquirido a lo largo de la evolución como especie, relacionados con la supervivencia: la *saliencia motivacional*, referida a la atribución de relevancia apropiada asociada a recompensas, y la *saliencia cultural*, que determina el contenido como hemos dicho.

Por otra parte, este concepto de *saliencia aberrante* está próximo al concepto de *hiperreflexividad*, fenómeno que hace referencia a una percepción intensificada de autoconciencia, una condición necesaria para la aparición del trastorno mental para algunos autores y, más concretamente, a la atención autocentrada desadaptativa, lo que implica un proceso de autoabsorción definido por una atención excesiva, sostenida y casi exclusiva sobre sí mismo (71). Por decirlo de otra forma, la conciencia de sí mismo –que constituye otra percepción más de un *yo* complejo con varias subdivisiones, como lo define Anil Seth (72)– se hace *muy saliente* respecto a la percepción de la realidad empírica, lo que puede llegar a sustituir a esta última en el caso de las psicosis. Volviendo a Castilla, el sujeto psicótico, al reflexionar sobre sí mismo, pierde la capacidad de *desdoblarse mentalmente en su mundo interno*, que es lo que ocurre habitualmente cuando reflexionamos sobre nosotros mismos, que nos desdoblamos en un yo actante y otro yo, regulador de aquel, que reflexiona y emite juicios sobre la actuación. Por el contrario, el sujeto que padece una psicosis sitúa este yo juzgador en el mundo externo, tornándose así en un sujeto perseguido,

engañado, culpable, mesiánico, condenado, etc., etc., según los casos. De ahí que afirme que “delirar no es solo una interpretación errónea de la realidad exterior (...) *antes de eso es una alteración de la conciencia de sí mismo*” (73).

CONCLUSIONES

El objetivo del artículo es ofrecer una metodología para la captación y el análisis de los síntomas psicóticos y, por ende, resaltar la necesidad de la psicopatología propiamente dicha. El diagnóstico psiquiátrico es semiológico, es decir, basado en los síntomas, y los síntomas nos son referidos por el discurso del paciente. En consecuencia, es necesario un método para la captura de los síntomas en el lenguaje en el cual se nos transmite y su posterior análisis. El Modelo Judicativo del Acto de Conducta propuesto por Castilla para la conducta psicótica proporciona una serie de criterios de objetivación para tal fin. Como se ha expuesto, el modelo define una serie de reglas para la denotación/percepción del objeto, sea este externo o interno, así como para la connotación/interpretación que el sujeto confiere al objeto. Las alteraciones de estas reglas generan diversos actos de conducta anómalos, dando lugar a diferentes construcciones psicóticas: alucinación, ilusión, dislusión, en el caso de las alteraciones de las reglas de la denotación, y los predelirios y delirios, en el caso de las de la connotación. Existen, además, una serie de gradaciones tanto en un caso como en otro (indecidibilidad, indecisión en la interpretación), lo que explica la existencia de los estados prepsicóticos, que pudieran o no transicionar a psicosis plena, y postpsicóticos, donde se degradan las formaciones psicóticas de forma parcial o total mediante autocrítica de estas. Todo lo anterior constituyen las alteraciones del contenido del pensamiento.

En cuanto a las alteraciones del curso, están relacionadas con la secuencia del discurso, que deben también observar ciertas reglas –cosintacticidad, cosemanticidad, contextualidad, veracidad–, pues de lo contrario aparecerán las alteraciones que le son propias: bloqueos, disgregación, pensamiento ideofugal, etc. Por otra parte, es frecuente encontrar metáforas y metonimias en el discurso psicótico que se caracterizan por el uso de varios contextos sin conjunción, no compartidos en la relación, o bien por el paso del lenguaje literal al metafórico sin rotulación alguna. Una característica de la metáfora/metonimia es la saliencia, la capacidad del sujeto para denotar/connotar aquellos aspectos que más le interesan de la realidad. El Modelo Judicativo tiene concomitancias con el Modelo de Saliencia Aberrante, pues, según este modelo, pueden darse alteraciones perceptivas al atribuir el sujeto mayor relevancia a objetos internos, y el significado, al que se ve impelido ante estas nuevas sensaciones, daría lugar a las ideas delirantes. También el concepto de hiperreflexividad ofrece puntos de aproximación al Modelo Judicativo al enfatizar la conciencia del sí mismo sobre la realidad empírica.

Para finalizar, después de este recorrido por diversos conceptos de la psicopatología de las psicosis –Modelo Judicativo, metáfora, saliencia, hiperreflexividad, etc.–, convendría reflexionar sobre la posible conexión entre constructos provenientes de distintos corpus teóricos para construir una psicopatología integradora similar a la de los modelos integradores de intervención terapéutica; o, por el contrario, habría que preguntarse con Ander Retolaza (74), allá por los inicios de este siglo y a propósito de la crítica de la psicopatología, si hace falta saber mucha psicopatología para ser un buen psiquiatra. Pero eso sería ya otro debate.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 National Institute of Mental Health. House Joint Resolution 174. Disponible en <https://www.presidency.ucsb.edu/documents/proclamation-6158-decade-the-brain-1990-1999>.
- 2 Sandín B. DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2014; 18(3): 255-86.
- 3 Castilla del Pino C. Epistemología de la psico(pato)logía: la conducta, relación sujeto/objeto. En: Desviat M (coord.). *Epistemología y práctica psiquiátrica*. Madrid: AEN, 1990; pp. 105-134
- 4 Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Kinderman P, et al. *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society, 2018.
- 5 Tizón JL. *Apuntes para una psicopatología basada en la relación*. Barcelona: Herder Editorial, 2020.
- 6 Rodríguez Sutil C. *Psicopatología psicoanalítica relacional. La persona en relación y sus problemas*. Barcelona: Ágora Relacional, 2014.
- 7 Pérez Álvarez M. Más allá del DSM 5: dimensiones transdiagnósticas y psicopatología fenomenológica. *Boletín Psicoevidencias* 2015; 42.
- 8 Carlston DE (ed.). *The Oxford handbook of social cognition*. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- 9 Gay Pamos E. Taxonomía de las conductas psicóticas. *Revista de Occidente*, 1988; 88: 68-81.
- 10 Goic GA. Sobre el origen y desarrollo del libro *Semiología Médica*. *Rev Med Chile* 2018; 146(3).
- 11 Díez Patricio A. Psicopatología de la interpretación delirante. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2003; 23(87): 85-100.
- 12 De Saussure F. *Curso de lingüística general*. Buenos Aires: Editorial Losada, 1945.
- 13 Castilla del Pino C. Un estudio sobre la depresión. *Fundamentos de antropología dialéctica*. Barcelona: Ed. Península, 1966.
- 14 Castilla del Pino C. *Dialéctica de la persona, dialéctica de la situación*. Barcelona: Ed. Península, 1968.
- 15 Castilla del Pino C. *Introducción a la hermenéutica del lenguaje*. Barcelona: Ed. Península, 1972.

- 16 Castilla del Pino C. Criterios de cientificidad en psico(pato)logía. En: Criterios de objetivación en psico(pato)logía. Ponencia XIV Congreso Nacional de la AEN. Madrid: AEN, 1989.
- 17 Castilla del Pino C. Introducción a la psiquiatría. 1. Problemas generales. Psico(pato)logía. Madrid: Alianza Universidad. Textos, 1979.
- 18 Barthes R. Elementos de semiología. Barcelona. Alberto Corazón Editor, 1971.
- 19 Castilla del Pino C. Análisis estructural de la conducta psicótica: su tipificación y taxonomía. Revista de Psiquiatría y Psicología Médica. 1987; 28(4): 185-196.
- 20 Castilla del Pino C. Psicosis, psicótico. Revista de Occidente 1988; 88: 5-18.
- 21 Castilla del Pino C. Introducción a la psiquiatría. Obras Completas. Vol. VI. Córdoba: Fundación Castilla del Pino y Universidad de Córdoba, 2010.
- 22 Valls Blanco JM, Jiménez Casado C, Villagrán Moreno JM, Sánchez Vázquez V, Gay Pamos E, Díez Patricio A, et al. Aproximación a un modelo lingüístico de sujeto. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1989; 9(28): 5-13.
- 23 Díez Patricio A. Análisis del discurso psicótico. Madrid: AEN, 2006.
- 24 Gay Pamos E, del Río Noriega F, Carmona Calvo C. El modelo de sujeto en Castilla del Pino. Una propuesta de psicopatología integradora. En: Gay Pamos E, Carmona Calvo, C, del Río Noriega F. (coords.). El sujeto: el sujeto de la conducta, el sujeto de la relación, el sujeto en la sociedad actual. Madrid: AEN, 2015; pp. 75-98.
- 25 Castilla del Pino C. El sujeto como sistema. En: Castilla del Pino. Teoría de los sentimientos. Barcelona: Tusquets, 2000; pp. 258-259.
- 26 Castilla del Pino C. Teoría de la alucinación. Una investigación de teoría psico(pato)lógica. Madrid: Alianza Universidad, 1984.
- 27 Lin Toh W, Castle DJ, Mountjoy RL, Buchanan B, Farhall J, Rossell SL. Insight in body dysmorphic disorder (BDD) relative to obsessive-compulsive disorder (OCD) and psychotic disorders: Revisiting this issue in light of DSM-5. Compr Psychiatry. 2017; 77: 100-108.
- 28 Vellisca González MY, Orejudo Hernández S, Latorre Marín JI. Distorsión de la percepción corporal en pacientes con anorexia nerviosa de inicio temprano vs. tardío. Clínica y Salud. 2012; 23(2): 111-121.
- 29 Störring GE. Carácter y significación del síntoma de la perplejidad en las enfermedades psíquicas. Madrid: Morata, 1944.
- 30 Luque R, Villagrán JM, Valls JM, Díez P. Despersonalización: aspectos históricos, conceptuales y clínicos. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1995; 15(54): 443-459.
- 31 Arango C, Crespo-Facorro B (coords). Libro blanco de la intervención temprana en psicosis en España, 2018. Disponible en: <https://www.infocop.es/pdf/LibroBP.pdf>
- 32 del Río Noriega F, Castellano Ramírez J, Fernández Burgos F, Fernández Gutiérrez B, Guerra Arévalo J, Huizing E, et al. Trastorno mental grave. Proceso asistencial integrado. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Familias, 2020.
- 33 Álvarez- Jiménez M, Parker AG, Hetrick SE, McGorry PD, Gleeson JF. Preventing the second episode: A systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. Schizophr Bull. 2011; 37(3): 619-30.
- 34 Tizón JL, Artigue J, Parra B, Gomá M, Ferrando J, Pareja F, et al. La esquizofrenia en atención primaria: El Estudio SASPE (Señales de alerta y síntomas prodrómicos de la

- esquizofrenia en APS). Protocolo de una investigación empírica. *Atención Primaria*, 2004; 34 (9): 493-498.
- 35 Tizón JL. Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2009; 29 (103): 35-62.
 - 36 Ciurana Misol R. La psicosis desde la perspectiva de Atención Primaria. *Psicopatol Salud Ment*. 2011; 18: 43-50.
 - 37 Villagrán JM, Luque R. Pseudoalucinación: un análisis crítico. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1994; 14 (50): 391-402.
 - 38 López Silva P, Cavieres Fernández F. Voces que no lo son: los problemas del concepto pseudoalucinación. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2020; 58(1): 29-39.
 - 39 Berrios G. Formación de síntomas mentales. En: *Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos, 2011; pp.189-199.
 - 40 Falcó Gollart R. Localización y convicción en las alucinaciones auditivas en psicosis. Tesis doctoral. Valencia, 2017; pp. 21-37.
 - 41 Schneider K. *Patopsicología clínica*. Madrid: Paz Montalvo, 1975.
 - 42 Jaspers K. *Psicopatología general*. Buenos Aires: Beta, 1980.
 - 43 Mullen P. Phenomenology of disordered mental function. En: Hill P, Murray R, Thorley G (eds). *Essentials of postgraduate psychiatry*. London: Academic Press, 1981; pp. 17-21.
 - 44 Oltmanns TF. Approaches to the definition and study of delusions. En: Oltmanns TF, Maher BA (eds.). *Delusional beliefs*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 1988; pp- 3-11.
 - 45 American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª Ed (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2014.
 - 46 Organización Mundial de la Salud. *CIE-10. 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento*. Ginebra: OMS, 1992.
 - 47 Berrios GE, Fuentenebro de Diego F. *Delirio. Historia, clínica, metateoría*. Madrid: Editorial Trotta, 1996.
 - 48 Castilla del Pino C. *El delirio, un error necesario*. Oviedo: Ediciones Nobel, 1998.
 - 49 Díez Patricio A. Creencia y delirio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2011; 31(109): 71-91.
 - 50 Villagrán JM, Luque R. Formaciones pre y postpsicóticas. *Madrid: Revista de Occidente*, 1988; 88: 82-95.
 - 51 Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med*. 2009; 39: 179-195.
 - 52 Llopis B. *La psicosis única. Escritos escogidos*. Madrid: Triacastela, 2003.
 - 53 Ségla J. *Les troubles du langage chez les aliénés*. Paris: Rueff, 1892.
 - 54 Barrera A, Villagrán JM. Trastornos formales del pensamiento y del lenguaje. En: Luque R, Villagrán JM (eds.). *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid: Trotta, 2000; pp. 359-387.
 - 55 Castilla del Pino C. *Introducción a la psiquiatría. 1. Obras Completas. Vol. VI*. Córdoba: Fundación Castilla del Pino-Universidad de Córdoba, 2010; pp. 334-337.

- 56 Díez A, Villagrán JM, Sánchez V, Luque R. El discurso psicótico. *Psiquiatría Pública* 1992; 4(4): 192-202,
- 57 Villagrán JM. Trastornos formales del pensamiento: ¿desorganización conceptual o habla desorganizada? En: de la Gándara Martín (coord.). *Remisión en esquizofrenia ¿un objetivo alcanzable?* Madrid: Editorial Arán, 2007; Vol. 2. Cap. 4, pp. 13-62.
- 58 Castilla del Pino C. Introducción a la psiquiatría. 2. *Psiquiatría general. Psiquiatría clínica.* Madrid: Alianza Universidad, 1980; pp. 263-272.
- 59 Vargas Llosa M. *Conversación en la catedral.* Barcelona: Seix Barral, 1969.
- 60 Aristóteles. *Retórica.* Barcelona: Editorial Gredos, 2022.
- 61 Lakoff G, Johnson M. *Metáforas de la vida cotidiana.* Madrid: Cátedra, 1986.
- 62 Sims PA. Working with metaphor. *Am J Psychother.* 2003; 57(4): 528-536.
- 63 Ramírez-Bermúdez J, Sánchez Dueñas J, Reyes JL, León-Ortiz P, Crail-Meléndez D, Díaz AR. Pensamiento metafórico en pacientes con psicosis. *Arch Neurocién (Mex)* 2011;16 (S.2): 57-59.
- 64 Stringaris AK, Medford NC, Giampietro V, Brammer MJ, David AS. Deriving meaning: distinct neural mechanisms for metaphorical, literal, and non-meaningful sentences. *Brain Lang* 2007; 100: 150- 62.
- 65 Kircher TT, Leube DT, Erb M, Grodd W, Rapp AM. Neural correlates of metaphor processing in schizophrenia. *Neuroimage* 2007; 34: 281-9.
- 66 Tizón JL. *Apuntes para una psicopatología basada en la relación. Vol. 4. Las relaciones paranoides, la desintegración psicótica y la inestabilidad emocional límite.* Barcelona: Herder Editorial, 2020.
- 67 Ortony A, Vondruska RJ, Foss MA, Jones LE. Salience, similes, and the asymmetry of similarity. *J Mem Lang.* 1985; 24 (5): 569-594.
- 68 Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiat.* 2003;160 (1): 13-23.
- 69 Castilla del Pino C. *El delirio, un error necesario. Cap. 8. Temas del delirio.* Oviedo: Ediciones Nobel, 1998.
- 70 Valls Blanco JM, del Rio Noriega F, López Sánchez F. El tema del delirio como significativo. *Análisis interpretativo. Folia Neuropsiquiátrica* 1989; 26(3): 201-209.
- 71 Pérez Álvarez M. Hyperreflexivity as a condition of mental disorder: A clinical and historical perspective. *Psicothema.* 2008; 20 (2):181-187.
- 72 Seth A. *La creación del yo.* Madrid: Sexto Piso España, 2023.
- 73 Castilla del Pino C. *Reflexión, reflexionar, reflexivo. Discurso de recepción pública en la Madrid: Real Academia Española de la Lengua, 2004.* Disponible en: https://www.rae.es/sites/default/files/media/Discurso_Ingreso_Carlos_Castilla_del_Pino.pdf
- 74 Retolaza Balsategui A. La psicopatología insustancial en la era del DSM-IV y la CIE-10. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2002; 22(82): 67-73.

Castilla del Pino: un faro indispensable para navegantes de lo mental

Castilla del Pino: An Essential Lighthouse for Navigators of the Mental

MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE

Psiquiatra. Madrid

Correspondencia: hergoico@gmail.com

Recibido: 20/06/2023; aceptado con modificaciones: 22/09/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0
(Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: Castilla del Pino ejerció un indudable liderazgo intelectual sobre varias generaciones de españoles en el último tercio del siglo XX, y de forma particular ejerció su función de intelectual aplicado a la práctica clínica de lo mental. Esta tarea constituyó un verdadero magisterio para los profesionales interesados en prácticas clínicas rigurosas, respetuosas con la dignidad y los derechos de los pacientes. En este trabajo se revisan algunas de sus principales aportaciones como intelectual a la práctica psiquiátrica y la psicoterapia. Específicamente, se abordan sus contribuciones al estudio de la influencia de la ideología en la psicoterapia y la ideología de la locura y su impacto en la práctica psiquiátrica en contexto hospitalario. Sus observaciones y recomendaciones significan una magnífica guía para el ejercicio de la observación rigurosa, la reflexión y el pensamiento crítico frente al dogmatismo.

Palabras clave: Castilla del Pino, psicoterapia, ideología, locura, derechos de pacientes, institucionalización, desinstitucionalización.

Abstract: Castilla del Pino was an undoubted intellectual leader over several generations of Spaniards in the last third of the 20th century. He specifically played this role as an intellectual in the field of the mental health practice. This task constituted a true teaching for professionals interested in rigorous clinical practices, respectful of the dignity and rights of patients. This paper reviews some of his main contributions as an intellectual to psychiatric practice and psychotherapy. It specifically addresses his contributions to the study of the influence of ideology in psychotherapy, as well as the ideology of madness and its impact on psychiatric practice in a hospital context. His observations and recommendations are an excellent guide to the exercise of rigorous observation, reflection and critical thinking facing any dogmatism.

Key words: Castilla del Pino, psychotherapy, ideology, insanity, patients' rights, institutionalization, deinstitutionalization.

INTRODUCCIÓN. EL INTELLECTUAL ENFOCA SOBRE LA CLÍNICA

ESTE TRABAJO SE CENTRA en la intersección de tareas y roles profesionales del profesor Carlos Castilla del Pino (1922-2009) en su doble condición de intelectual (que reconoce y desvela elementos de realidad que están inicialmente poco visibles u ocultos) cuando los aplica sobre el territorio de la clínica, donde también él habita como psiquiatra. Los textos de referencia para este artículo son dos breves ensayos que destilan un saber construido de forma original, y que tomo como paradigma de ese “faro” que iluminó con luz propia buena parte de nuestra andadura y periplo profesional. Estos textos son: “Psicoterapia e ideología” (1), publicado en 1972 en la revista *Cuadernos para el Diálogo*, y “La ideología de la locura en la práctica psiquiátrica actual” (2), publicado como prólogo del libro del profesor de Derecho Civil Rodrigo Bercovitz *La marginación de los locos y el Derecho* (3).

En el mismo año de “Psicoterapia e ideología”, publicó otros dos artículos que están muy relacionados conceptualmente con él: “Ideología y racionalización” (4) e “Ideología y lenguaje” (5). En ambos textos, Castilla advierte sobre las limitaciones, sesgos y posibles construcciones engañosas a las que podemos vernos abocados tanto en una de las prácticas más específicas de nuestro campo de trabajo clínico, como es la psicoterapia, como en la práctica psiquiátrica cuando se ejerce en contexto institucional tradicional, como es el hospital psiquiátrico, donde se ingresan pacientes de forma involuntaria. Castilla nos advierte, en ambos casos, sobre la inevitable necesidad de considerar el contexto cultural y por tanto la ideología que influye sobre esas prácticas (psicoterapia o psiquiatría). Podríamos decir que en estos textos se nos muestra el Castilla intelectual de la clínica de lo mental, por cuanto lo que aporta

son destilados del pensamiento crítico aplicado, con el consiguiente efecto de desvelamiento de los procesos borrosos u ocultos a la conciencia que están en la base de la “mala conciencia” que ampara las prácticas sustentadas en ideología.

Para ubicar mejor estas dos obras en el conjunto de la producción teórica de Castilla, y entender su significación en el mundo profesional y cultural del momento, convendrá revisar, siquiera someramente, los contextos en los que surgen en aquella España de la década de los setenta (“Psicoterapia e ideología” (1), en 1972, en el llamado tardofranquismo; “La ideología de la locura en la práctica psiquiátrica actual” (2), en 1976, en el arranque de la transición democrática), así como ubicar estas obras en la trayectoria profesional e intelectual de Castilla del Pino.

Consideremos esos contextos:

a) El contexto sociocultural y político en España en los años setenta del siglo xx, versus el existente en Europa y en Occidente, en lo que se refiere a la psiquiatría y los proyectos de salud mental comunitaria

En el escenario internacional, se estaba desplegando desde los años cincuenta con mucha pujanza uno de los movimientos transformadores más potentes del siglo xx: la desinstitucionalización psiquiátrica, junto a su alternativa constructiva, la salud mental comunitaria. Este movimiento, complejo, y con expresión distinta en EE. UU., Canadá o en distintos países europeos, hunde sus raíces en el reconocimiento de los efectos deletéreos que produce la institucionalización psiquiátrica sobre la dignidad y la salud de las personas, junto a la confianza en los beneficios de la vida comunitaria. Entre los líderes intelectuales de aquel movimiento, Castilla reconoce como más significativos entre los psiquiatras a Thomas Szasz (1920-2012) (6), defensor a ultranza de un ética de la libertad, a la vez que crítico radical sobre la pertinencia y la validez del propio concepto de enfermedad mental (7), y a Goffman (1922-1982) entre los sociólogos, autor de una obra, *Internados* (8), que puso en evidencia los códigos de funcionamiento institucional que significaban la despersonalización y alienación de las personas internadas por problemas mentales. Entre los muchos que podrían añadirse en este activo proceso, resulta imprescindible incluir a Basaglia (1924-1980), agudo crítico de la institución psiquiátrica e indiscutible líder de la desinstitucionalización psiquiátrica (9). Basaglia protagonizó, entre otros, el proceso de vaciamiento del mayor hospital psiquiátrico de Europa, en Trieste, hasta su cierre. Promovió el desarrollo de servicios de salud mental comunitaria verdaderamente alternativos al manicomio tras la consigna de que *la libertà è terapeutica*. Posteriormente, junto con su grupo, alineado en torno al movimiento de Psiquiatría Democrática, fundado en 1971, promovió el cambio legislativo italiano (Ley 180, de 1978), que prescribía el cese de las admisiones en los hospitales psiquiátricos y su posterior cierre definitivo.

Resulta imprescindible, a su vez, mencionar que, junto al proceso de desinstitucionalización psiquiátrica, sobre la psiquiatría y la salud mental fueron recayendo nuevos encargos desde la sociedad (10), cuyo abordaje desbordaría la mera aplicación técnica de remedios psiquiátricos o psicológicos, como viene sucediendo desde el mismo nacimiento de la psiquiatría como práctica médica con identidad propia. El hombre y la mujer de la segunda mitad del siglo xx acusaban los efectos del capitalismo consumista y competitivo, junto con el déficit del lazo solidario y de justicia en el acceso a derechos, bienes y servicios, con sus correspondientes efectos en la salud mental, formulados en aquellos momentos principalmente como neurosis. No es de extrañar por tanto que los discursos más interesantes que surgieron en este periodo fueran los que reflejaban el intento de aunar la búsqueda de respuestas para el tratamiento del daño, dolor o síntoma en cada persona, como proponía el psicoanálisis, o buscar la liberación mediante la transformación social, removiendo los cimientos socioeconómicos y de valores de la sociedad capitalista, como proponía el marxismo. Nos ocuparemos con algún detalle de esta cuestión un poco más adelante.

Mientras tanto, en España, aún bajo el régimen de dictadura franquista, empezaban a resonar ecos de transformación social, cultural y política, que incluían también los primeros intentos de elaboración de un pensamiento crítico alternativo a la institución psiquiátrica. Las nuevas ideas inspiraban prácticas transformadoras que, en esos años de tardofranquismo (hasta la muerte del dictador en 1975), eran inevitablemente concordantes con la lucha antifranquista y las reclamaciones democráticas de derechos humanos y derechos civiles. Como expresión de este clima de confrontación creativa con aquella realidad acantonada en el ostracismo y el inmovilismo, surgieron en España iniciativas que, salvando las diferencias, remedaban experiencias europeas; y así surgió la Coordinadora Psiquiátrica (11), casi simultáneamente con la Psiquiatría Democrática italiana, en este caso, por influencia de Basaglia y sus colegas afines. La Coordinadora conectaba, de modo informal y necesariamente clandestino, los distintos movimientos de transformación psiquiátrica hacia la salud mental comunitaria que se estaban dando en nuestro país (12). Poco después, en plena transición, se fueron generando otros procesos (sociales y políticos, legislativos institucionales, profesionales y ciudadanos) que fueron dando forma a lo que conocemos como la Reforma en España (reforma psiquiátrica hacia servicios comunitarios de salud mental), sobre la que existe una amplia bibliografía, además de la que ahora sugerimos como referencia para el lector y lectora interesados en ello (13-17).

b) Contexto biográfico y de la trayectoria profesional de Castilla del Pino: Hacia un estudio crítico de la ideología

Aunque no es momento de hacer un repaso biográfico detallado, recordemos que Castilla creció fascinado por la vida y obra de Ramón y Cajal (1852-1934) (18),

a quien leyó por influencia de su preceptor, don Federico Ruiz Castilla, que perteneció a la Institución Libre de Enseñanza. También muy pronto accedió a una amplia formación humanista, incluyendo a Freud entre sus lecturas de adolescente, gracias al acceso a sus textos que le facilitó el médico de su pueblo, San Roque (Cádiz), que disponía de la versión en español de las obras de Freud (1856-1939) (19).

Más tarde, siendo ya estudiante universitario, como alumno interno con López Ibor (1906-1991), y de forma clara desde que se licenció en Medicina e inició la andadura psiquiátrica, Castilla no dejó de evolucionar desde su entroncamiento inicial en su primera identidad neuropsiquiátrica, incluyendo su trabajo de tesis doctoral (20), para aplicarse después al estudio de las aportaciones de la fenomenología y el análisis existencial. Por esto, no es extraño que Rendueles nos diga que le imagina con el texto de Cajal y la *Psicopatología general* de Jaspers (1883-1969) como libros de cabecera en aquella época (21).

De acuerdo con algunos estudiosos de la obra de Castilla (22,23), y en particular con el trabajo de Díez Patricio (24), su producción psiquiátrica puede ser entendida en cuatro etapas: desde 1946, con la inicial identidad neuropsiquiátrica y fenomenológica, hasta la última, que se abre a partir de 1977. La transición con cambios radicales se dio entre la primera y la segunda etapa, que se inicia con la publicación de *Vieja y nueva psiquiatría* en 1963 (25,26). Efectivamente, a raíz de verse obligado a abandonar su proyecto de vida académica por haber sido excluido por razones políticas, se incorporó en 1959 como director del Dispensario de Higiene Mental de Córdoba. Esto cambió radicalmente su vida y sus perspectivas profesionales: pasó del ambiente académico y el trabajo en un hospital universitario en Madrid a un centro ambulatorio en Córdoba sin tradición ni prestigio profesional alguno; partiendo de cero, en un contexto de aislamiento profesional, precariedad de medios y en contacto directo con la vida cotidiana de sus pacientes. Esto le produjo un gran impacto en su visión del mundo y de la profesión, pasando a interesarse mucho más por la perspectiva social e interpersonal: “entonces adquirí conciencia social”, confesará años más tarde al recordar aquella época (27). El propio Castilla dejó constancia de la relevancia de ese cambio en la introducción de su texto *Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de antropología dialéctica* (28). En esa transición entre la primera y la segunda etapa, pasó desde su orientación neuropsiquiátrica positivista y fenomenológica hacia la sociológico-antropológica y hermenéutica. Los dos textos principales de referencia para este artículo (“Psicoterapia e ideología” (1) y “La ideología de la locura en la práctica psiquiátrica actual” (2)) se producen en la tercera etapa, que transcurre entre 1971 y 1977.

Por otra parte, es interesante advertir que, aun cuando la naturaleza radical del cambio señalado en su trayectoria intelectual y profesional es clara y no admite ninguna duda, no deja de ser relevante que Castilla fuera quien escribió el prólogo

(29) de la obra postrera de Martín-Santos (1924-1964) (30), que es un exponente del análisis existencial, perspectiva de la que Castilla había ido tomando ya distancia. En dicho prólogo, Castilla hace un buen recuento de la producción científica y las aportaciones de Martín-Santos a la psicopatología, la clínica, el análisis existencial y la epistemología, incluyendo su tesis doctoral (31), que había sido publicada con prólogo de López Ibor.

Como se mencionó anteriormente, Castilla ya había mostrado la radicalidad de sus cambios en su perspectiva de trabajo intelectual. Los años siguientes fueron de intensa actividad profesional. Su impacto social y profesional se incrementó notablemente, destacando la publicación de *La incomunicación* (32), *Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de antropología dialéctica* (28) y *Psicoanálisis y marxismo* (33), en el que nos vamos a detener a continuación.

c) *Sobre psicoanálisis y marxismo*

Tras el giro radical de Castilla en la orientación de sus intereses intelectuales y de la nueva clínica (pegada al territorio y a la vida de sus pacientes), va profundizando en la antropología dialéctica y aumenta su interés por la obra de Marx, especialmente por la de su primera época, en la que escribió los *Manuscritos económico-filosóficos de 1844* (34), y pronto se ve abocado a conectar con el amplio movimiento que se está dando en Europa, que pretende explorar la concordancia de las dos grandes propuestas del pensamiento crítico en el siglo xx, el psicoanálisis y el marxismo, configurado a raíz del trabajo de Reich (1897-1957) (35) y la escuela de Frankfurt (de la que inicialmente también formó parte el psicoanalista Fromm (1900-1980)) como freudomarxismo. Algunos de los intelectuales más señeros de esta corriente de pensamiento y acción, como el propio Reich y Marcuse (1898-1979) (36), estuvieron muy presentes en el mayo francés del 68 y de un modo u otro trabajaron sobre las conexiones entre psicoanálisis y marxismo. También en el mundo hispano hablante, al otro lado del Atlántico, surgen producciones interesantes en la misma línea, como es el caso del argentino Bleger (1896-1966) (37), que también inspiró el trabajo de Castilla. Incluso el propio Trotsky (1877-1940), a quien se considera el primer marxista que se interesó por el psicoanálisis, hizo sus aportaciones al respecto (38). De nuevo en Europa encontramos la obra del ruso-vienés Caruso (1914-1981) (39,40), y otros intelectuales y artistas (Althusser -1918-1990-, Breton -1896-1966-) ejercieron también una influencia importante en el conjunto de la sociedad y, de forma desigual, en ciertos planteamientos que afectaban a la práctica psicoterapéutica y otras dimensiones de la atención psiquiátrica y la salud mental.

Los distintos intentos de trasladar a la práctica algunas de las propuestas freudo-marxistas no fueron nada sencillos: puede dar buena idea de ello el que Reich,

primer abanderado de esta corriente de pensamiento, fuera víctima de sucesivas exclusiones y expulsiones: del círculo cercano a Freud primero (lo que motivó en gran parte su traslado de Viena a Berlín), del Partido Comunista en Berlín y de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Como quedó dicho, en el cambio de trayectoria iniciado por Castilla a principios de la década de los sesenta había demostrado su interés por el método dialéctico y su capacidad para operar con él en los territorios de la clínica, construyendo su propuesta de antropología dialéctica. No es de extrañar por tanto que poco después, siguiendo la trayectoria previa, se acercara más de lleno a la exploración de estas dos teorías/ cosmovisiones, lo que se materializó en el libro *Psicoanálisis y marxismo* (33). El propio Castilla expone en el texto de presentación de la segunda edición algunas razones, claras, sencillas y de mucho peso: “El marxismo se ofrece como la hasta ahora más satisfactoria interpretación dinámica de la historia; el psicoanálisis, como la hasta el momento más lúcida intelección de la dinámica personal... Ambos ofrecen una teoría de la motivación: más volcado hacia lo sociohistórico el primero; más hacia lo socioindividual el segundo” (33). Más adelante, se advierte en el texto de Castilla su alineamiento con aquellas tesis de Reich, en sus primeros momentos como freudo-marxista, cuando afirmaba que “la consideración de ambas visiones (psicoanálisis y marxismo) podría contribuir tanto a la liberación social como personal, y además proporcionar una buena complementariedad teórica” (33).

En este libro, Castilla analiza con herramientas hermenéuticas-interpretativas la axiología de ambas propuestas (33). Encuentra algunos puntos de coincidencia, como la subjetividad del valor del objeto, ya como mercancía-objeto fetichista, en terminología marxista, ya como valor normativo, en la medida en que el sujeto introyecta las normas emanadas del superyó, en la versión psicoanalítica. También identifica diferencias: encuentra que el marxismo, además de ser una propuesta optimista (la subjetividad de los valores permite su modificación por los sujetos y por tanto contrarrestar la alienación que supondría tenerlos que asumir irremediablemente), tiene más capacidad transformadora, mientras el psicoanálisis, quizás de forma contradictoria, pues también admite la subjetividad de los valores, acusa la omnipotencia del sistema, optando por asumir pretensiones centradas en la transformación individual, en la medida en que sea posible, desde una posición escéptica que fácilmente vira hacia el pesimismo.

Conviene recordar que en la España de aquellos años se produjo un hecho muy significativo respecto al tema que estamos tratando, que fue la llegada en proporción relativamente importante en cantidad, y muy importante desde el punto de vista cualitativo, de psiquiatras y psicoanalistas del Cono Sur que venían experimentando, en ocasiones con un fuerte sentido “militante”, las dimensiones y la pertenencia del freudo-marxismo, como muy acertadamente se recoge en una reciente

publicación (41). Entre ellos, debemos señalar al ya mencionado Bleger y otros como Langer (1910-1987), Bauleo (1924-2008) o Caparrós (1941-2021), que hicieron aportaciones importantes en años posteriores en el escenario teórico y práctico de la salud mental y en la sociedad española.

Algunas aportaciones de *Psicoanálisis y marxismo* (33) llegarán a tener un eco importante en la práctica clínica, como vamos a ver en el próximo apartado dedicado a la ideología y la psicoterapia. De hecho, en “Psicoterapia e ideología” (1), Castilla se ocupa de desgranar algunas cuestiones conceptuales, como por ejemplo cuando considera la diferencia entre teoría e ideología y su importante influencia para entender fenómenos sociales e interpersonales (entre otros, la psicoterapia), o como la aproximación al estudio del dogmatismo. Sin poder agotar estos temas ahora, por supuesto, podremos dar alguna pincelada que ayude a situar la naturaleza del problema y de las aportaciones de Castilla.

d) Sobre las racionalizaciones como infraestructura de la ideología

Recordemos que la ideología compone un sistema de racionalizaciones, es decir, de pseudorraciocinios, tendentes a la explicación conveniente ajustada a los propios intereses, sabidos o no sabidos, de la realidad social ante la que todos estamos comprometidos.

Castilla aborda esta cuestión de una forma un tanto sui géneris, con una gramática muy personal en la que predomina la elaboración de ideas destiladas de trabajos previos e incorpora aportaciones de la sociología norteamericana sobre la actitud. En esta ocasión, se acerca al encuadre de lo ideológico desde el reconocimiento de dos formas radicalmente distintas de abordar y tratar un problema, como son la adopción de una actitud abierta o una actitud cerrada (4). Tatar una cuestión con una actitud cerrada es ideologizar, y el mecanismo psicológico mediante el cual alguien o algunos hacen ideología se denomina racionalizar. La racionalización, que es un mecanismo de defensa bien conocido por el psicoanálisis, es la forma de llegar a un pensamiento ideológico contrario al científico propiamente dicho, tras el cual no es posible sino el logro de una falsa conciencia: la ideología y su correspondiente falsa conciencia es el resultado de un proceso de racionalización. Castilla había tratado el tema con detalle en *Psicoanálisis y marxismo* (33). Al abordar el dogmatismo distingue entre teoría, científicamente producida, e ideología, adoptada mediante procesos no científicos e irracionales, paradójicamente denominados como de racionalización. A su vez, en esas páginas, definió muy claramente las características que debe tener toda teoría científicamente producida, como efecto de la actividad de razonar: debe ser abierta, comunicable y verificable. Lo contrario (no susceptible de modificación, sin comunicar datos de los procesos que se siguen y no ser sus-

ceptibles de verificación) son características del pensamiento dogmático, cerrado, reaccionario.

En la consideración de la racionalidad (ideas) e irracionalidad (creencias) de la producción mental, recurre a Ortega y Gasset (1883-1955), quien acertó al subrayar de forma muy gráfica que las ideas se tienen mientras que en las creencias se está (42,43). Las ideas se mantienen mediante el ejercicio de la razón, mientras que las creencias nos vienen dadas en gran parte como herencia del pasado, de modo que nos acogen y configuran. Se adoptan mediante la ideología y la racionalización; y, lo que es más importante, el sujeto opera con ellas como si fueran ideas, con la falsa conciencia de que también en ellas existe una razón/operación lógica.

Por su propia condición, el pensamiento cerrado es una forma de pensar que rehúye la problematicidad del presente y que se vuelve hacia atrás en el tiempo para encontrar la doctrina o la persona que garantiza que la solución esté dada de antemano. De forma opuesta, el pensamiento abierto reconoce las necesidades que emergen de la relación del hombre con su situación, con su concreta realidad. El pensamiento abierto se despliega con facilidad ante situaciones específicas y despejadas, sin enredos. Pero cuando surgen acontecimientos que comprometen a la totalidad de la persona, puede hacerse difícil mantener esa apertura y se recurre al inmovilismo formalizado como pensamiento dogmático (opción ideológica reaccionaria). Por el contrario, es propio del pensamiento abierto antidogmático contar con la problematicidad que siempre viene con la nueva realidad y operar con esa problematicidad, casi siempre apreciada como complejidad, frente a la simplicidad que suele definir el pensamiento cerrado dogmático.

Además, se hace necesario señalar que la racionalización (en lenguaje de la vida diaria hablamos de “justificación” como término análogo) no se trata de un error intelectual, sino de una falsificación subconsciente con miras a la deformación de la realidad de acuerdo con nuestros intereses, afectos o compromisos. Mediante la racionalización procedemos con suma facilidad a sustituir los hechos por juicios de valor. Pero estos juicios de valor (4) se aportan como juicios de hecho y ahí está el error. Esta falsa acción de la conciencia de realidad es la que caracteriza la racionalización, cuyo resultado emerge en forma de prejuicio (que no precede, sino que sustituye al juicio). En este momento, que Castilla denomina anaclástico (4), es cuando tiene lugar la refracción del proceso lógico en ilógico y pre-judicativo. Su esperado corolario es la advertencia/sugerencia de que dejemos de racionalizar y por el contrario razonemos, evitando el empecinamiento en el error que denominamos dogmatismos.

Por otra parte, no solo se racionaliza a nivel personal, sino también en grupo, de modo que el sistema de racionalizaciones compone la ideología de ese grupo. El grupo mismo se aglutina precisamente por su racionalización, que es un dinamismo

psicológico frente a la inseguridad (4). Las actitudes irracionales encuentran más y más justificación y, valga la paradoja, *razón de ser* en la irracionalidad de los otros, que tendemos a acatar merced a la gratificación que nos supone comprobar que los otros confirman nuestras actitudes y/o nuestras creencias.

En este mismo hilo conductor de la relevancia de la ideología en el trabajo clínico, tenemos otra contribución interesante de Castilla en *Patografías* (44), obra que publicó en 1972, el mismo año que el texto “Psicoterapia e ideología” (1), al que luego nos referiremos con más detalle. Y es momento también de recordar que en este productivo 1972 publicó otra obra que marcó un hito en su trayectoria y en la cultura española: *Introducción a la hermenéutica del lenguaje* (45), que significaría una nueva ruta en la investigación del sentido y significado de la conducta humana, la más sana y la menos sana o enferma.

SOBRE LAS IMPLICACIONES DE LA IDEOLOGÍA EN LA PSICOTERAPIA

Castilla del Pino se ocupó en diversas ocasiones a lo largo de su obra de la psicoterapia, si bien no publicó ninguna monografía específica sobre este tema. De hecho, el grueso de su obra psico(pato)lógica gira en torno al modelo de sujeto y de la relevancia de la situación y de los contextos, lo que no dejan de ser fundamentos de toda psicoterapia. Se acercó a ella de forma más específica cuando buceó en las *Patografías* (44), un trabajo muy serio, meticoloso y a conciencia sobre cómo establecer y mantener el diálogo terapéutico con el paciente, su estructura y contenidos. Y siguiendo sobre fundamentos conceptuales, valores y teoría, lo abordó en toda su profundidad mediante el estudio de la relación entre el psicoanálisis y el marxismo (33), con auténticos destilados conceptuales sobre la relevancia relativa de lo social y lo individual, reconociendo la insatisfactoria situación en que nos encontramos al estar lejos aún de resolverse bien ese diálogo ni esa relación dialéctica. En los textos de aquellos años setenta, toma como referencia el psicoanálisis, o la psicoterapia dinámica más directamente derivada del mismo. Indudablemente, sería muy interesante profundizar en la perspectiva psicoterapéutica de Castilla a la luz de otros modelos y discursos terapéuticos distintos y más actuales, como el psicoanálisis relacional, los modelos de psicoterapia interpersonal, las psicoterapias postracionalistas, post-modernas, constructivistas o las contextuales, donde podríamos apreciar muchas aportaciones suyas, a modo de avanzadilla de lo que luego se ha venido produciendo en esta área. En cualquier caso, es tarea que habrá que dejar para otro momento, focalizando ahora el interés en este breve ensayo de Castilla del Pino sobre psicoterapia e ideología (1).

Como preludio de este ensayo, que será el texto de referencia para este apartado, es interesante señalar que se había ocupado de la psicoterapia en su monografía

sobre la incomunicación (32), publicación de 1970 que en su momento tuvo gran impacto cultural. En ella, Castilla del Pino se ocupa brevemente de las psicoterapias desde un ángulo muy particular; no pretende revisar sus indicaciones en el contexto clínico, ni identificar los ingredientes terapéuticos, ni las buenas prácticas del proceso u otros aspectos técnicos, sino que se interesa por su relevancia como hecho social, reconociendo a la psicoterapia como una “forma apráctica de la protesta individual” (32), siendo las otras tres opciones: el consumo de alcohol y droga, la conducta rebelde y la ejemplaridad individual. Para situarnos mejor en contexto, convendría recordar que en los primeros años setenta, la psicoterapia estaba lejos de ser una práctica no ya aceptada con normalidad en los contextos de salud, sino que ni tan siquiera era reconocida como eventual opción terapéutica en la psiquiatría oficial, académica; y, por supuesto, estaba muy lejos de ser proporcionada en los servicios públicos más convencionales de salud de la Seguridad Social del momento, ni en las instituciones psiquiátricas dependientes de las diputaciones provinciales u otras instituciones.

Salvo en muy contadas excepciones, la psicoterapia se proporcionaba en contextos de consulta privada, y sus receptores eran principalmente personas de clase media o media alta que podían costárselo, y generalmente población interesada o sensible hacia ello, estudiantes universitarios que contaran con financiación familiar y profesionales de trabajo intelectual y de cierto nivel cultural. Tampoco abundaban los profesionales, psiquiatras o psicólogos con formación psicoterapéutica o psicoanalítica. Teniendo en cuenta este contexto, no es tan extraño que Castilla se interesara por la psicoterapia como una práctica dirigida a quienes han experimentado el fracaso en la sociedad competitiva, o el vacío y la incomunicación que acompañan a menudo al éxito, lo que le lleva a teorizar sobre la discordancia entre el yo ideal y la idealización del yo, o los sentimientos de culpa asociados a todo éxito, que requiere el fracaso de otros, algo con lo que no se contaba.

En el texto de referencia, “Psicoterapia e ideología” (1), nos presenta la psicoterapia como una práctica en situación pretécnica, muy lejos de estar en condiciones de ofrecer resultados consistentes, ni de hacer predicciones en torno al tipo de resultados que cabe esperar de su aplicación a cada paciente; y sin soporte científico suficiente, como lo demuestra el que ni su forma más genuina, el psicoanálisis, logre buenos resultados (1).

Esta condición de ser una intervención aún embrionaria desde el punto de vista tecnocientífico implica en la práctica que la mera aplicación correcta de los procedimientos no garantiza resultados, de modo que los resultados positivos o negativos que obtengamos no podremos explicarlos ateniéndonos solamente a la correcta o incorrecta aplicación de los procedimientos, lo que quiere decir que otros factores distintos de la técnica pueden producir efectos importantes sobre el resultado. Este

conjunto de factores extraterapéuticos (porque operan fuera del encuadre terapéutico), que Castilla del Pino reconoce genéricamente como factores sociales, han venido acaparando cada vez más atención por parte de los terapeutas y los investigadores del proceso terapéutico, llegando a atribuirles en torno a un 40 % del resultado de las intervenciones (46).

Siguiendo el hilo conductor de pensamiento de Castilla, se impone el reconocimiento de dos situaciones en las que identificamos la decisiva implicación de la ideología en la producción de efectos negativos sobre el rendimiento y la eficacia de la psicoterapia. Estas son: 1) la facilidad con la que la psicoterapia obvia el hecho social y 2) la facilidad con la que la psicoterapia obvia las distintas referencias de psiquiatra/terapeuta y paciente y sus discordancias al respecto. Lo que Castilla encuentra como común denominador es que ambos descuidos se producen como efecto de la actividad ideológica del psiquiatra o del terapeuta. Lo explica recurriendo a la racionalización como mecanismo de defensa, es decir, como operación no reflexiva construida con argumentos subjetivos que están al servicio de que el sujeto adopte una actitud defensiva, o refuerce la previamente existente, impidiendo así la adecuada toma de conciencia sobre ciertas realidades que el interesado no quiere, no le interesa o no le conviene ver. Veámoslo con más detalle.

a) La relevancia del hecho social en la psicoterapia

Castilla considera que los insatisfactorios resultados de la psicoterapia, su escasa eficacia en muchos casos, pueden atribuirse a que la psicoterapia no toma en consideración el hecho social, los aspectos sociales y relacionales de los pacientes, o lo hace de forma insuficiente. A este respecto, le llama poderosamente la atención que en las terapias más desarrolladas, como el análisis clásico, se encuentre un fuerte contraste entre el armazón teórico que lo sustenta y su relativa ineficacia, lo que le lleva a preguntarse “si por debajo de la técnica y de la teoría no queda un vasto campo sin tratar merced a la represión que sobre él ejerce la racionalización del terapeuta, racionalización que conlleva el desdén por el sistema de referencia social como si todo el proceso psicopatológico no remitiera una y otra vez al contexto que compone el hábitat del paciente, como si la existencia misma de neuróticos y psicóticos no fuese una característica de ese contexto del que necesariamente han de emerger porque es el que directamente los produce” (1).

De modo que Castilla considera necesario abrir el dilema sobre la relación entre los aspectos internos y externos del individuo, lo que aborda teniendo en cuenta sus dobles aristas, su complejidad. Reconoce que el psicoanálisis, y las terapias dinámicas que se consideran derivadas o emparentadas con el psicoanálisis, son saberes que surgen y se despliegan como efecto de la observación y el aprendizaje en una

relación, de la relación terapéutica, y que, por lo tanto, la alusión al contexto está implícita en la teoría psicoanalítica desde las iniciales aportaciones freudianas –lo que le sitúa de entrada en una perspectiva más allá de lo individual–. Pero inmediatamente califica como insuficiente esa presencia implícita, reconociendo que las obras de Freud que afectan a la sociología general son la parte más endeble del conjunto de su aportación, y le reprocha que parece olvidar que el proceso psicológico es el momento final de un largo proceso que se inicia fuera del hombre individual.

Admite Castilla que la teoría psicoanalítica ha sistematizado de una forma muy profusa y detallada los momentos intraindividuales del proceso; sin embargo, apenas sabe operar por fuera de ellos, de modo que el fracaso en la terapia, que no es infrecuente, no se valora en su real dependencia del sistema social.

En la perspectiva de Castilla, “no es el hombre el que hace a la sociedad ser como es, sino la inversa: son los factores extraindividuales los que determinan buena parte del comportamiento del hombre en tanto tal” (1), punto de partida que ayuda a entender el reproche de Castilla hacia el psicoanálisis, señalando que la deseada complementariedad de la teoría psicoanalítica mediante la influencia de una doctrina social más general no ha sido lograda con suficiente éxito, concluyendo que “la interpretación analítica del hecho social es insuficiente y adolece del defecto inherente a todo psicologismo” (1).

Para contextualizar mejor su aportación a este respecto, es oportuno recordar sus observaciones sobre la relación entre el contexto social y las crisis individuales: observa que cuando una sociedad es estable, inmoviliza sus valores, sus sistemas de referencia; mientras que la inestabilidad social promueve una subversión más o menos explícita de los valores y en última instancia una crisis de los valores tradicionales, de modo que cuando estos son inseguros e inestables, la crisis que se experimenta en la comunidad se internaliza en forma de crisis individuales. Así, se da el caso de que, frente a los valores que la autoridad representa, se alzan individuos y grupos que ya no comparten idénticos valores. El conflicto que entonces surge en ellos frente a la autoridad puede descontextualizarse de su origen (no comparten los valores de la autoridad que ejerce el poder) y puede entonces vivirse como conflicto psicológico: “la neurosis se torna así expresión de la protesta de un sujeto incapaz para concienciar esta de otra forma que no sea mediante su particular sufrimiento” (1). Pero el conflicto es primariamente social y su momento inicial es siempre sociogénico. Los componentes psicológicos y sociales aparecen entremezclados y abordar solamente uno de ellos es un error. Por esto, la psico-socio-génesis del conflicto, cualquiera que sea, debe estudiarse bajo la premisa de una consideración unitaria de la formación y transformación cultural. Hay que concebir la neurosis y la psicosis como expresiones ideológicas y, por tanto, como formas de falsa conciencia, de desconocimiento de la realidad inherentes a una individualizada dimensión ideológica. En último término

se esconde siempre a mayor o menor profundidad una protesta frente al sistema establecido, como ya adelantó en su estudio sobre la incomunicación, al que me referí anteriormente (32), es decir, frente a los valores que este representa, lo que nos facilita la conexión con lo que Castilla considera la otra circunstancia que, fuera del encuadre, tiene capital importancia en la transacción terapéutica.

b) La relevancia de las referencias en la psicoterapia; es decir, la importancia de considerar la concordancia o discordancia de los valores de terapeuta y paciente en todo proceso terapéutico

El punto de partida de esta línea argumental para Castilla es que el terapeuta no puede desentenderse de que tanto él como el paciente poseen un sistema de referencias, es decir, un conjunto de valores montados sobre su biografía y sus contextos significativos, familiares y sociales. Cabe esperar que no se dé una coincidencia absoluta entre ambos sistemas de referencia, debiendo contar por lo tanto con cierto grado de discordancia entre ellos. Como ejemplo de la facilidad con que pueden aparecer discordancias y fisuras en las referencias, evoca la culpa, que se genera en cada cual siguiendo hilos de significación bien distintos (en expectativas, decepciones, incumplimientos de normas) según esos contextos y esas referencias. A este respecto, Castilla insiste en que buena parte del fracaso de muchas actuaciones psicoterapéuticas procede del hecho de que psicoterapeuta y paciente poseen sistemas de referencias heterogéneos y por tanto no homologables, y lo más grave no es que exista esa diferencia (nada sorprendente en una sociedad en cambio, en transición), lo inquietante y grave, desde el punto de vista del proceso terapéutico, es que no se aluda a ello, que no se reconozca explícitamente ni sea objeto de reconocimiento y acaso de negociación como parte del proceso terapéutico: no se explicitan, pero siguen actuando como poderosas fuerzas implícitas. De su discordancia no reconocida ni identificada, nos dice Castilla, puede emerger una incomunicación insuperable.

La importancia de este juego dialéctico entre ambos sistemas de referencia en la marcha de la psicoterapia es especialmente relevante, y más clara, en las etapas caracterizadas por la transición social. La transición supone la coexistencia en un mismo sistema social de múltiples sistemas de valores. Así sucedió durante los años setenta del siglo xx, cuando Castilla escribió este texto, y probablemente está sucediendo en estos momentos en esta segunda década del siglo xxi. Por tanto, muy probablemente hoy siga siendo válida la apreciación de Castilla de que gran número de psicoterapeutas cuya técnica es irreprochable fracasan porque pese al silencio analítico, o la neutralidad del terapeuta, en la transacción terapéutica intervienen valores heterogéneos. Además, terapeutas suficientemente analizados, conscientes de sus motivaciones intrapersonales, pueden acabar racionalizando y soslayando su sistema

de valores como si el uso de los mismos no tuviera mayor importancia, ignorando hasta qué punto imponen sus valores y de qué modo han asumido irracionalmente los valores de un sistema social dominante cuya racionalidad no ponen en entredicho pese a ser el abastecedor de sus propios pacientes.

El conflicto entre terapeuta y paciente respecto a valores es traslación del que en una esfera más amplia surge entre persona y autoridad, y más precisamente entre hijo y padre, por eso una vez más puede parecer enmascarado bajo el disfraz de exclusivo conflicto edípico.

Como conclusión principal propone considerar que la psicoterapia ha de trascender al individuo para ser una psicoterapia de referencias y que no puede darse una satisfactoria práctica sobre el hombre sin una teoría sobre el hombre, es decir, una consideración antropológica general; no se trataría tanto, en su opinión, de introducir la filosofía en la psicoterapia, sino de llamar la atención sobre que esta no es autosuficiente, y se hace imprescindible considerar las cuestiones previas, que eviten la ingenuidad de querer hacer abstracción del hombre fuera de su contexto.

Tras la neurosis y la psicosis se esconde una ideología, del mismo modo que tras el tratamiento se halla escondida igualmente una determinada práctica ideológica. Pretender que la psiquiatría, y de modo particular la terapia, esté exenta de la contaminación ideológica es una ideología, y, por supuesto, reaccionaria (1). En estos casos la falsa conciencia que toda ideología supone conlleva el desconocimiento de por qué determinados tratamientos en apariencia técnicamente irreprochables son ineficaces.

Debiendo quedar suficientemente claro el compromiso del terapeuta, pacientes y psiquiatras han de saber el uno del otro, es decir, saber a qué atenerse en orden a sus respectivos sistemas de referencia. Antes que ninguna otra cosa, estos deben entrar en discusión sin esperar a que el descubrimiento aparezca como inevitable preñado de equívocos y malentendidos en el curso mismo de la terapia.

Podemos concluir este apartado recordando la recomendación de Castilla de que “es preciso en toda psicoterapia la dilucidación del componente ideológico en la valoración propiamente interindividual del mismo si es que se pretende evitar malentendidos tales como la consideración de resistencia a lo que es en el fondo es un intento de aceptación no confesado del sistema social dominante” (44).

LA IDEOLOGÍA DE LA LOCURA EN LA PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA

Este texto fue el prólogo de un libro muy significativo en lo que se refiere a los derechos de los pacientes con problemas de salud mental, con título muy elocuente: *La marginación de los locos y el Derecho* (3), escrito por Rodrigo Bercovitz, profesor de Derecho Civil. Se trata de un libro extraordinariamente oportuno, muy claro y riguroso, de denuncia de la continuada conculcación de los derechos de las personas

con trastorno mental, especialmente cuando son internados, con amplio fundamento jurídico y propositivo (de hecho, el libro pareció anunciar el primer gran cambio en el Código Civil de la democracia, que pronto vería la luz, aboliendo el decreto de 1931 que aún regulaba los internamientos).

a) Las contradicciones de la psiquiatría al servicio de la liberación de los pacientes

En este prólogo, Castilla traza paralelismos entre las aportaciones del libro de Bercovitz con las más relevantes aportaciones en la bibliografía internacional en el ámbito de los derechos y el empuje por la liberación de los pacientes del yugo de la institución cerrada, al estilo de lo que significaron las obras de Thomas Szasz y de Goffman, como mencionamos en el primer apartado. Reconoce que tiene especial interés en repasar los cambios que están sucediendo en el estatuto epistémico de la psiquiatría, “que está ya construyéndose a expensas de lo que en la acepción general del término llamamos ciencia” (2), cambios que no están bien acompañados con los que suceden en la mentalidad popular con respecto a la locura, ni con la práctica de los psiquiatras que se ocupan de los internamientos. Así, por ejemplo, cierto halo de ciencia en torno a la psiquiatría parece aliviar la irracional consideración con que se venía viendo al loco y la locura, que va dejando de ser cosa de “endemoniados” para pasar a ser una cuestión de enfermedad. Pero los cambios no son ni tan claros ni tan homogéneos, de modo que también advierte que ese cientifismo que traslada al cerebro el origen de la enfermedad lleva también a que los propios psiquiatras que gestionan los internamientos vean al loco, cuando está agudizado en situación descompensada, como un ser desprovisto de razón, un alienado mental que rápidamente pasa a ser un alienado social, al que se le puede tratar como cosa. En estas breves páginas Castilla del Pino hace un lúcido repaso de las insuficiencias, contradicciones y daños para los pacientes, que se producen como efecto del modo prejuicioso y totalmente acientífico con que se procede hacia los ingresos psiquiátricos involuntarios y ofrece un alegato final en favor del cambio de perspectiva que señala el libro que está prologando.

Castilla expone con claridad la tesis fundamental del libro: el enfermo recluido se encuentra privado de garantías jurídicas de todo tipo, a la vez que reconoce una rotunda diferencia entre quienes tienen patrimonio y quienes carecen del mismo: todos los pacientes recluidos se encuentran *de facto* en situación de incapacitados, pues no tienen opción a tomar decisiones que afecten a su vida. Ahora bien, para quienes tienen patrimonio enseguida la institución se encarga de recabar la protección jurídica del mismo mediante las fórmulas de incapacidad civil y tutela. De este modo, todo paciente recluido es considerado incapaz, pero mientras los más los sean *de facto* (mediante la mera tramitación administrativa de un certificado médico todo

lo ambigua que se quiera, una instancia al director del establecimiento en el que la reclusión ha de tener lugar y la esperada visita del delegado de la Jefatura Provincial de Sanidad), los menos lo son *de iure*, esto es, legalmente incapacitados.

b) Sobre las cuestiones epistemológicas de la psiquiatría

En cuanto al breve repaso del estatuto epistémico de la psiquiatría, nos recuerda que el modelo psiquiátrico se construye a expensas del modelo médico a partir de 1850, con la aportación del psiquiatra alemán Griesinger (1817-1868), cuando, en su *Traité des maladies mentales* ["Tratado sobre las enfermedades mentales"] (47), deja como legado aquella perla de que "las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro" (textualmente en su tratado se lee: "La locura no es más que un complejo sintomático de diferentes estados anormales del cerebro"(47)), constantemente repetida como mantra por cuantos añoran una fuerte identidad de apariencia científica de la psiquiatría. Este es el legado más conocido del psiquiatra alemán, a pesar de que su trayectoria profesional y su producción científica fueron mucho más ricas que el reduccionismo que sugiere aquella afirmación. De hecho, dedicó un amplio capítulo específico en su obra a la fisiopatología de los fenómenos psíquicos, incluyendo consideraciones en torno a la naturaleza psicológica de las palabras, la memoria, la percepción, las representaciones y los afectos. E igualmente, tuvo iniciativas innovadoras desde el punto de vista asistencial; es decir, no parece que fuera tan inmovilista como pudiera deducirse de su famoso aserto sobre la naturaleza de la enfermedad mental.

Repasa Castilla de forma fugaz esta trayectoria histórica, señalando que es preciso llegar a comienzos del siglo xx para que la obra de Freud ponga en cuestión este modelo científico positivista característico de la psiquiatría denominada científica, que alcanza su clímax tras la primera edición del Tratado de psiquiatría de Kraepelin (1856-1926), publicado en 1883 con sucesivas ediciones hasta la novena de 1927 (48). El modelo freudiano, al constituirse sobre la base de una psicología no positivista, es decir, una psicología autóctona independiente de la fisiología del sistema nervioso central, queda más del lado de lo que denominamos "ciencias humanas", pero reconociendo que el pensamiento de Freud y su fruto más genuino, el psicoanálisis, no ha sido todavía relevante en orden a la práctica psiquiátrica *sensu stricto*, de modo que el psiquiatra clínico que asume como tarea profesional el entrevistar a un paciente pocas veces y pocos minutos cada vez procede de un modo pragmático con arreglo al modelo semiológico médico del más rudo empirismo. De forma sagaz, reconoce la influencia de doble sentido entre la cultura científica y la profana, pues si bien el pensamiento científico ha adquirido alto prestigio y llega a infiltrar la cultura profana de la locura aproximándola a la idea médica de la misma, también

la interferencia es de orden inverso, de manera que en la práctica psiquiátrica más institucional todavía el loco es vivido como aquel que en virtud de su alienación psiquiátrica deviene en alienado social. A este respecto, reconoce y denuncia la plena instauración de la cosificación –reificación– para el tratamiento del loco, quien en virtud de su sinrazón, aunque sea en parte, es visto como un carente de razón en todo, de forma que la consecuencia inevitable de ello es su tratamiento como ser vivo al que puede tratarse como si fuera cosa y con el que naturalmente no hay que contar. En el contexto práctico psiquiátrico del momento, reconoce que el psicótico es considerado incomprendible –la experiencia psicótica no es abordable por los intentos de comprensión–, de modo que se atiende a los signos que son explicables de la forma en que lo son los hechos y procesos del mundo físico (Jaspers, Kurt Schneider, etc.). Y en consecuencia el psicótico alcanza la degradación que supone la total perturbación de aquel órgano máquina que es el cerebro y merced al cual era antes persona, sujeto, individuo. La psiquiatría actual (la de 1976 y en gran parte la de este 2023), con su planteamiento positivista tradicional, está abocada a esta consideración del loco como despersonalizado, desubjetivado, deshabilitado.

Además, considera que el pensamiento psiquiátrico actual de tradición académica contiene todavía demasiados elementos que proceden de la época anterior a la Ilustración: el loco no es peligroso ya por endemoniado sino por enajenado; el loco no es despersonalizado por la posesión de espíritus hasta entonces extraños a él, sino merced a su perturbación cerebral, nos sigue diciendo Castilla. Y, por lo tanto, no resulta extraño dentro de un contexto académico que prioriza la cuestión clasificatoria que se haya desatendido cualquier consideración que obligase a tener en cuenta al loco como persona (lo afirmó Castilla en 1976 y desafortunadamente no ha perdido toda su vigencia).

También se ocupa de señalar que no solo la psiquiatría oficial procedió de esta forma: esa tradición pre-Ilustración también influyó en otras formaciones sociales, como las jurídicas, cuya tarea es garantizar los derechos de las personas, a pesar de lo cual, señala Castilla, “de la consideración des-personalizada del loco por parte de la psiquiatría a la consideración des-personalizada del loco por parte de las instituciones jurídicas hay absoluta coherencia” (2).

A continuación, se propone explorar qué clase de teoría psiquiátrica subyace bajo la supuesta aportación terapéutica que se dice implica todo internamiento. Nos recuerda que la teoría debería cumplir el requisito de dar explicación autosuficiente de los datos registrados y al mismo tiempo predecir nuevos acontecimientos, es decir, del pronóstico; de modo que cualquier teoría que no dé cuenta de ambas cuestiones no es tal, sino mera especulación sustentada sobre un empirismo rudimentario, precientífico y artesanal. A su vez, considera que esta es la situación de hecho en que se encuentra la teoría sobre la que se basa la práctica psiquiátrica del profesional,

aunque no del psico(pató)logo teórico. Es decir, es la teoría sociológicamente relevante en el psiquiatra práctico.

El texto de Castilla rezuma observaciones del pensamiento crítico riguroso aplicado a la práctica psiquiátrica con las personas que son recluidas involuntariamente en las instituciones psiquiátricas. Y tienen esas observaciones un tono de desvelamiento de la irracionalidad acientífica y prejuiciosa que las sustenta, y de denuncia de esa irracionalidad que persiste a pesar de su falta de fundamento científico y de los daños que produce. De esta forma se presta a revisar los procedimientos que se aplican para el diagnóstico y para las indicaciones de ingreso involuntario. Así, reconoce que el diagnóstico psiquiátrico está asentado sobre supuestos psicopatológicos muy laxos, de manera que muy a menudo se establecen diagnósticos ambiguos como “constitución psicopática”, “constitución esquizoide obsesiva”, “trastorno del carácter”, etc., algo que produce sonrojo después de 100 años de polémica nosológico-psiquiátrica. Asimismo, reclama que a día de hoy (lo decía en 1976 y sigue siendo igualmente válido en 2023) el diagnóstico debería servir al menos para proporcionar una demarcación suficientemente precisa de la alteración funcional o de la personalidad, de forma que de ahí pudiera construirse una propuesta de tratamiento. En cierto modo se adelanta a la idea que irá predominando años después, hasta nuestros días, de que el estatuto epistemológico de la psiquiatría sigue siendo muy endeble. En la práctica, se carece de rigor y se usan términos técnicos que esconden de modo petulante la ignorancia: “el psiquiatra se diferencia muy poco del proceder del sujeto profano salvo en su vocabulario, cuando se expresa sobre la anormalidad de determinada conducta: sea suciedad, falta de aseo, desorden, hablar bajo o alto, reír mucho o no reír pueden ser puestos real, o virtualmente, en la escala de evaluación como síntomas neuróticos o psicóticos” (49).

En apoyo de sus tesis, comenta el experimento de Rosenhan (1929-2012) en 1972 (50), que se llevó a cabo en varios hospitales de EE.UU. y puso en evidencia la facilidad con la que los psiquiatras diagnosticaban a sujetos sanos con tal de que estos desplegaran ciertas conductas que sugirieran anomalías o confusión, previamente ensayadas. Estos resultados dejaron entrever la endeble consistencia de los síntomas, la psicopatología y los diagnósticos en psiquiatría. Su impacto fue tal que se han revisado con detalle los datos e informes de aquellos experimentos, y en fechas recientes se han publicado críticas que ponen en duda la consistencia y veracidad de los datos de aquel experimento (51).

c) La indicación de internamiento psiquiátrico a revisión

Por otra parte, cuando el diagnóstico se hace para indicación de internamiento, se hace sobre tres opciones: bien porque sea necesario para el tratamiento del proceso patológico, bien porque se considera preventivo de acciones que se califican

como socialmente peligrosas o bien cuando se estima que con él se evitan actuaciones peligrosas para el propio paciente, como automutilaciones o suicidio. Con argumentos claros y bien fundamentados, Castilla desmonta el supuesto fundamento de cada una de estas eventualidades (2).

Respecto a la necesidad de internamiento para proporcionar un tratamiento eficaz, se alinea aquí de forma incontestable con la perspectiva de la psiquiatría comunitaria, al reconocer la profusión de datos de investigación que han demostrado su ineficacia y su contribución al estigma y al defecto cuando se aleja de su entorno familiar y sus personas de confianza. Considera evidente que el número de pacientes que rechazan el tratamiento es muy escaso en el caso de psicóticos, que es donde se indica con mayor frecuencia el internamiento, e insiste en que es perfectamente factible el tratamiento ambulatorio gracias al progreso logrado por la psicofarmacología.

Respecto al segundo argumento, afirma también de forma rotunda que la peligrosidad del enfermo mental es un mito social y la tasa de incidencia es en cualquier caso menor si al paciente no se le sustrae de su medio socio laboral y familiar, a la vez que recuerda que la peligrosidad de las personas sanas también existe, como es el caso de los accidentes de tráfico, que en un 70% se consideran motivados por causas psicológicas. Afirma que hoy [1976] “la consideración de peligrosidad del psicótico es un subproducto de la ideología sobre el loco heredera de la consideración del mismo como totalmente enajenado y alimentada por la angustia que el presunto sano experimenta ante el propio psicótico. Esta consideración del psicótico como totalmente enajenado deriva en el error mayúsculo de considerar que cualquier incumplimiento de una regla social es expresión de un síntoma, así también se obvia la implicación de las familias o personas con quien se relaciona o el personal que le atiende en el hospital, en el manicomio, que también puede contribuir a promover la agresión de un paciente; pero generalmente no se pone en cuestión la responsabilidad del personal que le asiste y al paciente se le traslada a celdas de castigo durante semanas o meses en un aislamiento sobrecogedor” (2).

Respecto a la tercera justificación, muchas causas del internamiento se justifican en la presencia de tendencias suicidas y se propugna la reclusión para evitar que dichas tendencias se concreten en acto. Frente a esta creencia, nos recuerda que muchos suicidios no pueden considerarse en modo alguno patológicos, y además la relación entre suicidio logrado o intento de suicidio es de 1 a 50 [datos de 1964], lo que quiere decir que la tendencia al suicidio se frustra las más de las veces no por razones inherentes a la reclusión, y reconociendo que a menudo el intento de suicidio persigue cualquier otra finalidad menos la de destruirse. También se esfuerza en recalcar que el ambiente hospitalario no sería la mejor profilaxis y no supone ventaja alguna sobre la que puede llevar a cabo durante unos días la propia familia. Insiste

en que la reclusión del enfermo conduce, como demuestra Bercovitz, a la pérdida de garantías civiles y a su descalificación como persona y como persona social, y no por ello constituye garantía de que el paciente ha de ser mejor y más eficazmente tratado.

Nos recuerda a su vez ciertas características del ambiente en las salas de los manicomios, como las circunstancias sobrecogedoras en que se aplica el electroshock: en salas colectivas donde se registran escenas de resistencia violenta ante las convulsiones y el coma que afectan a los compañeros de reclusión a los que previamente se les aplicó: “sobrecoge el uso que puede hacerse de una persona cuando merced a sus circunstancias llega a ser considerada una cosa sobre la cual cualquier componente del estamento sanatorial puede ejercer la autoridad más arbitraria. Es imprescindible que la sociedad sepa qué cosa es un hospital psiquiátrico, para lo cual es necesario ante todo que sea abierto al público para todos y en todas las actividades y funciones” (2). Se muestra de acuerdo con Bercovitz cuando este afirma que “si la práctica médica, en este caso la psiquiátrica, y también la jurídica, han de buscar el logro de su prestigio social, este ha de hallarse en todo caso no en una hipócrita ocultación de procedimientos escasamente fiables y a veces sospechosos, sino en el perfeccionamiento de las garantías legales en el cumplimiento riguroso de las mismas. Esto no puede dejarse al libre arbitrio de la moral o el deber de todo profesional, lo cual es mucho dejar, sino en la existencia de leyes regladas acerca de esa práctica cuyo cumplimiento sea exigible para todos los casos y cualquiera sea la circunstancia, porque sobre el supuesto excepcional ciertamente deseable de que las personas cumplan con sus deberes morales no cabe construir la protección jurídica de las personas” (3). Y añade un comentario a pie de página sobre el compartimento farisaico del estamento médico y cómo actúa con una ética de clase, haciendo referencia al libro de Marañón (1887-1960) *Vocación y ética*, donde se representa de forma ostentosa la ética de clase señalada y ahí se puede comprender la cínica formulación de una ideología de grupo que por fortuna está en decadencia al compás de la crisis definitiva de la medicina privada y el alza de la socialización médica. También recomienda leer especialmente el párrafo titulado “hablar mal del médico es hablar mal de la medicina” (52).

En síntesis, Castilla nos proporciona los elementos necesarios para ejercer una crítica bien fundamentada y desmitificar la práctica psiquiátrica actual como científica. Anima a los psiquiatras comprometidos como clínicos en la atención a la persona a hacer efectiva la garantía jurídica de la misma. Concluye animando a propiciar un cambio en la situación del paciente psiquiátrico: “Cualquiera que se inquiete frente a la situación menesterosa en que se hallan la teoría y la práctica psiquiátrica y se sienta impulsado a hacer de estas mismas una teoría y práctica de rango científico, acogerá la crítica de Bercovitz no solo como constructiva, sino como absolutamente necesaria” (2).

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Castilla del Pino C. Psicoterapia e ideología. Cuadernos para el Diálogo 1972; 76-79. Reeditado en Castilla del Pino C. Obras Completas IV (1971-1972). Córdoba: Fundación Castilla del Pino y Universidad de Córdoba, 2011; pp 453-459.
- 2 Castilla del Pino C. La ideología de la locura en la práctica psiquiátrica actual. En: Bercovitz R. La marginación de los locos y el Derecho. Madrid: Taurus, 1976; pp. 7-22.
- 3 Bercovitz R. La marginación de los locos y el Derecho. Madrid: Taurus, 1976.
- 4 Castilla del Pino C. Ideología y racionalización. Obras Completas IV (1971-1972). Córdoba: Fundación Castilla del Pino y Universidad de Córdoba, 2011; pp. 427-438.
- 5 Castilla del Pino C. Ideología y lenguaje. Obras Completas IV (1971-1972). Córdoba: Fundación Castilla del Pino y Universidad de Córdoba, 2011; pp 439-452.
- 6 Szasz Th. The manufacture of madness: A comparative study of the inquisition and the mental health movement. New York: Harper Row, 1970.
- 7 Szasz Th. El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu, 1973.
- 8 Goffman E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu, 1994.
- 9 Basaglia F. La institución negada. Barcelona: Barral, 1970.
- 10 Fernández Liria A. Locura de la psiquiatría. Apuntes para una crítica de la psiquiatría y la "salud mental". Bilbao: Desclée de Brouver, 2018; pp. 53-82.
- 11 González de Chávez M. La generación de la democracia: de la Coordinadora Psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Frenia, 2003; 3(1): 87-114.
- 12 González de Chávez M. La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1980.
- 13 Desviat M. La reforma psiquiátrica. Madrid: DOR, 1994.
- 14 García R. ¿Psiquiatría o ideología de la locura? Barcelona: Cuadernos Anagrama, 1972.
- 15 Tizón J. La locura, compañera repudiada. Barcelona: La Gaya Ciencia, 1978.
- 16 Polo C. Crónica del manicomio. Prensa, locura y sociedad. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1999.
- 17 Olabarría B, Gómez Beneyto M. La reforma psiquiátrica en España hacia la salud mental comunitaria. Barcelona: Xoroi, 2022.
- 18 Ramón y Cajal S. Los recuerdos de mi vida. Barcelona: Crítica, 1901 (1ª parte), 1917 (2ª parte).
- 19 Lázaro J. Entrevista a Carlos Castilla del Pino. En: Carlos Castilla del Pino. Los celos. Madrid: Triacastela, 2022.
- 20 Castilla del Pino C. Fisiología y patología de la percepción óptica de movimiento. Tesis doctoral. Revista de Psicología General y Aplicada 1955: 49-122.
- 21 Rendueles G. A contracorriente: la recepción de la obra de Castilla del Pino en la psiquiatría española después de la psicología crítica. En Rendueles G. Psicologización, pobreza mental y desorden neoliberal. Escritos y entrevistas. Vol. 1. Madrid: Irrecuperables, 2022; pp- 549-589.
- 22 Valls J, Luque R. Breve introducción a la obra de Castilla del Pino. Psiquiatría Pública 1993; 1:3-10

- 23 Lázaro J. Breve biografía intelectual. En: Castilla del Pino C. Los celos. Madrid: Triacastela, 2022; pp. 185-192.
- 24 Díez Patricio A. La obra psiquiátrica de Castilla del Pino. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 1997; 27(61): 11-36.
- 25 Castilla del Pino C. Vieja y nueva psiquiatría. *Archivos de Neurobiología*, 1963; 26(3): 215-226.
- 26 Castilla del Pino C. Vieja y nueva psiquiatría 2. *Archivos de Neurobiología* 1963; 26(4): 311-324.
- 27 Caballé A. Carlos Castilla del Pino. Cinco conversaciones sobre la psiquiatría, la felicidad, la memoria, los libros. Barcelona: Península, 2005; pp. 14-15.
- 28 Castilla del Pino C. Un estudio sobre la depresión. *Fundamentos de antropología dialéctica*. Barcelona: Península, 1966.
- 29 Castilla del Pino La obra psiquiátrica de Luis Martín-Santos. En: Martín-Santos L. El análisis existencial: ensayos. Madrid: Triacastela, 2004; pp. 11-19.
- 30 Martín-Santos L. El análisis existencial: ensayos. Madrid: Triacastela, 2004.
- 31 Martín-Santos L. Dilthey, Jaspers y la comprensión del enfermo mental. Madrid: Paz Montalvo, 1955.
- 32 Castilla del Pino C. La incomunicación. Barcelona: Península, 1970.
- 33 Castilla del Pino C. Psicoanálisis y marxismo. Madrid: Alianza, 1969.
- 34 Marx K. Manuscritos económico-filosóficos de 1844. Buenos Aires: Colihue, 2004.
- 35 Reich W. Materialismo dialéctico y psicoanálisis. México: Siglo XXI, 1970.
- 36 Marcuse H. Eros y civilización. México: Joaquín Mortiz, 1965.
- 37 Bleger J. Psicoanálisis y materialismo dialéctico. Buenos Aires: Paidós, 1958.
- 38 Chemouni J. Trotsky y el psicoanálisis. Buenos Aires: Nueva Visión, 2007.
- 39 Caruso I. Psicoanálisis, marxismo y utopía. México: Siglo XXI, 1974.
- 40 Caruso I. Psicoanálisis dialéctico. Buenos Aires: Paidós, 1966.
- 41 Huertas Maestro M. Psicoanálisis y marxismo en el tardofranquismo y la transición. La influencia del pensamiento latinoamericano *Rev Asoc Esp Neurosiq.* 2021; 41(140): 357-376.
- 42 Ortega y Gasset J. Ideas y creencias. Madrid: Revista de Occidente, 1942.
- 43 Ortega y Gasset J. Ideas y creencias. Madrid: Revista de Occidente. Colección El Arquero, 1970:1.
- 44 Castilla del Pino C. Patografías. Neurosis de angustia. Impotencia sexual. Madrid. Ed Siglo XXI, 1972. Reeditado en Castilla del Pino. *Obras Completas IV 1971-1972*. Córdoba: Fundación Castilla del Pino y Universidad de Córdoba, 2011; pp. 103-284
- 45 Castila del Pino C. Introducción a la hermenéutica del lenguaje. Barcelona: Ed Península, 1972. Reeditado en Castilla del Pino. *Obras Completas IV 1971-1972*. Córdoba: Fundación Castilla del Pino y Universidad de Córdoba, 2011; pp. 285-423.
- 46 Asay TP, Lambert MJ. The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. En: Hubble M, Duncan BL, Miller SD (eds.). *The heart and soul of change: what works in therapy* Washington, DC: American Psychological Association, 1999; pp. 33-56.
- 47 Griesinger W. *Traité des maladies mentales*. Paris: Delahaye, 1865; p. 11.
- 48 Kraepelin E. Cien años de psiquiatría. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1999.

- 49 Saraceno B. Discurso global. Sufrimientos locales. Análisis crítico del movimiento por una salud mental global. Barcelona: Herder, 2014; pp. 182-202.
- 50 Rosenhan DL. On being sane in insane places. *Science* 1973; 179(4070): 250-8.
- 51 Scull A. Rosenhad revisited: Successful scientific fraud. *Hist Psychiatry* 2023; 34(2): 180-195.
- 52 Marañón G. *Vocación y ética*. Madrid: Espasa, 1981.

El centenario de dos Castillas del Pino: el intelectual y el psiquiatra

The Centenary of Two Castillas del Pino: the Intellectual and the Psychiatrist

JOSÉ LÁZARO

*Profesor de Humanidades Médicas. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina.
Universidad Autónoma de Madrid. ORCID iD: 0000-0002-5811-2342*

Correspondencia: Jose.lazaro@uam.es

Recibido: 27/06/2023; aceptado con modificaciones: 26/09/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0
(Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: Con ocasión del centenario de Carlos Castilla del Pino (15 de octubre de 2022) se analiza la relación que existe entre sus dos facetas públicas: la psiquiátrica y la intelectual. Al revisar cronológicamente sus publicaciones aparecen claramente cuatro etapas que oscilan entre esos dos polos: empiezan siendo puramente psiquiátricas (1946-66), se desplazan luego hacia lo ensayístico (1966-71), vuelve a predominar la psiquiatría (1971-87) y finalmente se decanta por el ensayo literario-memorístico (1989-2010). El análisis de la recepción que tuvo Castilla del Pino por la psiquiatría académica (hostil) y por la intelectualidad progresista (entusiasta), junto con algunos testimonios personales, acaba de ilustrar esas dos facetas de su personalidad.

Palabras clave: Castilla del Pino, psico(pato)logía, celos, intelectualidad, ensayo, historia.

Abstract: On the occasion of Carlos Castilla del Pino's centenary (15 October 2022), we analyse the relationship between his two public facets: the psychiatric and the intellectual. A chronological review of his publications clearly shows four stages that oscillate between those two poles: they begin as purely psychiatric (1946-66), then move towards essays (1966-71), psychiatry again predominates (1971-87) and finally he opts for literary-memoiristic essays (1989-2010). The analysis of Castilla del Pino's reception by academic psychiatry (hostile) and by the progressive intelligentsia (enthusiastic), together with some personal testimonies, just illustrate these two facets of his personality.

Key words: Castilla del Pino, psycho(patho)logy, jealousy, intellectuality, essay, history.

EL 15 DE OCTUBRE DE 2022 se conmemoró el centenario del nacimiento del psiquiatra y escritor Carlos Castilla del Pino, nacido en San Roque. La ocasión sirvió de estímulo para reflexionar sobre un aspecto que se puede considerar nuclear en la vida y en la obra de Castilla. Esta reflexión puede partir de una ocurrencia de Oliver Wendell Holmes (1809-1894) que Unamuno difundió en España al comentarla en las primeras páginas de sus *Tres novelas ejemplares y un prólogo*; fue adaptada por Laín Entralgo al castellano de esta manera: “En cada Tomás hay tres Tomases: el que él cree ser, el que los demás creen que es y el que él es realmente y solo Dios conoce” (1).

La tesis es sin duda acertada, pero se queda corta, pues la idea de Tomás que tiene cada uno de los que lo conocen es diferente, y la que él tiene de sí mismo también varía con la edad, los triunfos y fracasos o los estados de ánimo. Son muchas las personalidades que conviven en cada persona. Este tema es central en la teoría del sujeto elaborada por Castilla. La tesis de que todos tenemos múltiples yoés dentro del sujeto que somos está en el núcleo central de su pensamiento maduro: cada persona contiene diferentes yoés, que incluso pueden entrar en contradicción unos con otros, pues nuestra manera de ser es diferente en cada situación, varía en función de las circunstancias y las demás personas con que interactuamos. Para Castilla el conjunto de todos nuestros yoés es lo que denomina *sujeto*.

Aplicándole a él su propia tesis se observa que entre los muchos yoés que fue en su vida hay dos que son a la vez distintos e interdependientes: el profesional especializado en psiquiatría y el intelectual que habló y escribió sobre muchos temas para un público amplio. Es interesante analizar la relación entre uno y otro.

En el prólogo al libro *Temas. Hombre, cultura, sociedad* (una recopilación de artículos, la mayoría periodísticos) (2), Castilla comentó esa dialéctica entre la exigencia de focalizar los conocimientos a que está sometido todo especialista y su imposibilidad personal de “dejar pasar una buena parte de la realidad y de sus versiones –el libro, el cuadro, el paisaje, la gente...– sin tratar de saber de ella en algún sentido, como un es-

pectador, pero espectador que toma partido”, al menos como opinante. El ejemplo que él pone es una comparación entre lo que enseñan sobre el ser humano la psicología o la sociología y lo que aporta la novela sobre su realidad objetiva pero también sobre sus mundos subjetivos e íntimos (2).

*

Al revisar el conjunto de su bibliografía, se constata que todos los libros y artículos que publicó en vida pueden esquemáticamente dividirse en dos tipos: ensayo y psico(pato)logía (término que él mismo eligió para referirse a sus trabajos sobre los mecanismos mentales normales y patológicos). Estos dos grupos de escritos corresponden a esas dos facetas públicas (que no son, desde luego, independientes entre sí): la intelectual y la profesional. Con referencia a ambas, en sus publicaciones y en la repercusión de las mismas, pueden distinguirse cuatro etapas, de diferente duración, en cada una de las cuales claramente predomina uno u otro: o bien el escritor y ensayista o el especialista en psiquiatría. Y a lo largo de su vida él se desplaza entre ambos polos en un doble movimiento pendular desde lo profesional a lo cultural, con vuelta a lo profesional y conclusión en lo cultural.

La etapa inicial abarca veinte años (1946-1966) de producción muy técnica, publicada en revistas especializadas y actas de congresos científicos. Concluye con el rechazo que sufre en sus intentos de obtener una cátedra, personificado en su antiguo maestro López Ibor, por entonces omnipotente caudillo de la psiquiatría académica.

La segunda etapa comienza con *Un estudio sobre la depresión* (3). En seis años publica, en rápida sucesión, obras como *La culpa*, 1968 (4); *Dialéctica de la persona, dialéctica de la situación*, 1968 (5); *Psicoanálisis y marxismo*, 1969 (6); *La incomunicación*, 1970 (7); *Cuatro ensayos sobre la mujer*, 1971 (8) o *Sexualidad y represión*, 1971 (9). Todos ellos se reeditan una y otra vez, pues los años finales del franquismo y los primeros de la transición son los de su gran éxito como intelectual de izquierdas (militante del Partido Comunista) y estas obras se convierten en lectura obligada para los españoles con inquietudes culturales. Su presencia como conferenciante en múltiples foros y como colaborador en publicaciones progresistas es constante. Es posible que al constatar el rechazo de las autoridades universitarias decidiese buscar un público distinto, más receptivo a un discurso como el suyo: todo el público culto español. De la encorsetada escritura académica anterior pasó a un ensayismo libre que se beneficiaba de su solidez intelectual pero se abría a temas de un interés mucho más general. El éxito de esa reorientación fue total.

La siguiente etapa abarca desde *Vieja y nueva psiquiatría*, 1971 (10) hasta *Cuarenta años de psiquiatría*, 1987 (11). En estos tres lustros Castilla vuelve a dar primacía (no exclusiva) en su escritura a los temas profesionales y especializados, con libros como *Introducción a la psiquiatría*, 1978-79 (12) o *Teoría de la alucinación*, 1984 (13). Los

ensayos de la etapa anterior se siguen reeditando, pero los libros nuevos se dirigen a un público más restringido. En cierto modo se han integrado los estilos de los dos primeros períodos, pero vuelve a predominar (al menos en los libros, no tanto en los artículos y actos públicos) el profesional de la psiquiatría.

La cuarta y última etapa abarca desde la citada recopilación de artículos periodísticos y ensayísticos *Temas. Hombre, cultura y sociedad*, 1989 (2) hasta *Aflorismos. Pensamientos póstumos*, 2011 (14). En estos años vuelve a predominar el género ensayístico y aumenta mucho el componente literario. Castilla recupera ahora una gran cantidad de lectores, especialmente con la extraordinaria primera parte de sus memorias, *Préterito imperfecto* (15) y con la consistente *Teoría de los sentimientos* (16).

Esta nueva periodificación hay que considerarla bibliográfica y externa, a diferencia de otra, la de carácter interno, que va teniendo su pensamiento psico(pato)lógico; es la más importante y en ella están de acuerdo prácticamente todos los comentaristas de su obra (17-19), entre otras razones porque él mismo la señaló en varias ocasiones. Recogiendo el resumen elaborado para varias publicaciones anteriores (20, 21), puede sintetizarse así:

Su formación inicial estuvo condicionada por la psiquiatría fenomenológica (tal como era entendida en el entorno de López Ibor). Pero más tarde intentó superar de forma crítica la fenomenología (que llegó a parecerle muy rudimentaria), rechazó la analítica existencial y se abrió tanto a los avances de la psiquiatría orgánica como a las corrientes psicoanalíticas y sociogenéticas. Articuló la psicoterapia con el análisis contextual, ya que los mecanismos psicodinámicos adquieren un sentido más pleno cuando se encuadra su análisis en el entorno social en el que se producen. Sus lecturas sobre sociología, antropología, psicoanálisis y marxismo le condujeron a la elaboración de una “antropología dialéctica”. Toda esta evolución intelectual corresponde a los dos primeros períodos de los cuatro distinguidos anteriormente.

Desde finales de los años sesenta pasa a primer plano en la obra de Castilla el interés por el lenguaje. Según su planteamiento, la vida social (en la que se desarrolla la existencia humana y en la que irrumpe la enfermedad mental) es una red de relaciones interpersonales. Cada una de esas relaciones nos obliga a realizar interpretaciones de las conductas que podemos observar en nuestros semejantes, con el fin de conjeturar de forma adecuada sus motivaciones. Todo acto de conducta puede ser considerado como un discurso interpretable y entre ellos el discurso hablado es particularmente importante, aunque no sea el único. El problema que tendremos ante cada interlocutor —y los clínicos ante cada paciente— es el de realizar interpretaciones acertadas. La evolución intelectual de Castilla del Pino le llevó a buscar los fundamentos de esa interpretación en la lingüística, y en particular en la hermenéutica del lenguaje, la disciplina que permite comprender la significación de los actos de conducta para inferir a partir de ellos las motivaciones del sujeto.

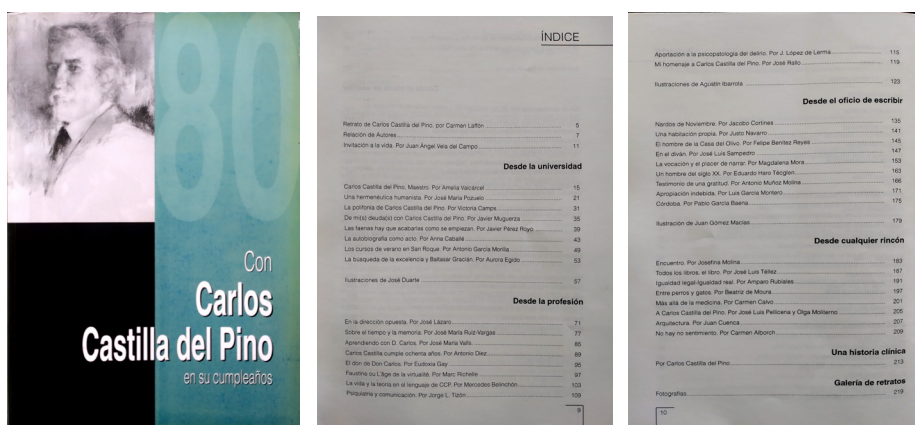
Toda esta trayectoria desembocó en su intento más maduro de elaborar una ciencia de la conducta y del sujeto que la realiza. La denominó “psico(pato)logía” porque intentaba englobar tanto la psicología del sujeto sano como la patológica. Esta ciencia aspiraba a ser el *corpus* teórico que sirviese de base a la práctica psiquiátrica. Se apoyaba en la mencionada idea de que todo acto de conducta (a diferencia de los puramente fisiológicos) tiene sentido, por lo que el psicopatólogo tendrá que interpretar el sentido del discurso (verbal y extraverbal) del paciente como primer paso para poder ayudarle terapéuticamente. Castilla pensaba que la psiquiatría sigue enfrentándose a fenómenos como el delirio con criterios diagnósticos intuitivos y ambiguos, que deben ser superados mediante un análisis riguroso de su base lógica, su estructura formal y su significación. Desde esta perspectiva, las conductas psicóticas son actos comunicativos que se expresan mediante formulaciones lingüísticas, por lo que son estas formulaciones las que resultan directamente accesibles al clínico. Por consiguiente, Castilla introdujo su propia terminología psicopatológica y no hablaba ya —en sus textos más técnicos— de ilusiones, alucinaciones y delirios, sino de varios tipos de ilusemas, alucinemas y deliremas, que son sus formulaciones verbales. Su proyecto, como hemos dicho, fue la construcción de una nueva psico(pato)logía científica cuyas principales ciencias de referencia eran las ciencias del lenguaje.

*

Cuando Carlos Castilla del Pino cumplió 80 años, el 15 de octubre de 2002, la Fundación que lleva su nombre le preparó como regalo un libro en el que se invitó a colaborar a una cuarentena de amigos suyos (22). El libro, ampliamente ilustrado, se organizó en cuatro secciones, que tenían el siguiente contenido (Figura 1):

FIGURA 1

Cubierta e índice del libro: Con Carlos Castilla del Pino en su cumpleaños



Este índice es, entre otras cosas, todo un retrato del mundo intelectual y profesional en el que se movieron los dos Castillas del Pino objeto de este artículo. El porcentaje de escritores, artistas e intelectuales frente al de psiquiatras y psicólogos es aproximadamente de 3-1, como anuncian ya los títulos de las cuatro partes en que el libro fue dividido: “Desde la universidad”, “Desde el oficio de escribir” y “Desde cualquier rincón” frente a “Desde la profesión (médicos, psiquiatras y psicólogos)”.

Este resultado, este 3-1, es un primer indicio del fenómeno que aquí interesa comentar: el contraste entre la acogida calurosa que le brindó a Castilla el mundo intelectual español y el silencio con que lo apartó el mundo de la psiquiatría académica. Que no fue, por supuesto, toda la psiquiatría española, pues también había una psiquiatría más joven, políticamente más izquierdista, que en la medida de sus posibilidades le dio a Castilla todo el apoyo que pudo a partir de los años setenta. Pero el poder institucional estaba en manos de la psiquiatría académica, en la que él había querido ingresar desde muy joven; fue el rechazo traumático de esa psiquiatría universitaria lo que frustró la carrera docente que había proyectado y tuvo unas consecuencias personales muy dañinas para él, como es bien sabido.

*

La relación dialéctica entre ambos Castillas apareció cuando tuve que elegir un libro suyo para contribuir con su reedición a conmemorar este centenario. Acabé eligiendo *Los celos* precisamente porque es un texto escrito para un público culto, pero mucho más amplio que el de sus obras psiquiátricas técnicas (23). Además, está escrito en la última época de Castilla, la más madura intelectualmente y la que hoy conserva más vigencia. Y por razones que seguramente tienen que ver con los azares editoriales, es uno de sus libros menos conocidos; de hecho, tuvo una única edición, junto con otros dos textos temáticamente diversos y con el título de *Celos, locura, muerte* (1995) (24). Profesional e intelectual se conjugan aquí de forma ejemplar: apoyándose en la teoría que había elaborado profesionalmente, así como en su propia experiencia clínica, usa el estilo accesible de sus escritos para el gran público y se centra en un tema del mayor interés general. Difícilmente se podría encontrar un libro más adecuado para contribuir a la recuperación de su figura.

FIGURA 2

Cubierta del libro de Castilla del Pino "Los celos", edición del centenario (2022). El collage de Carmen Alborch que la ilustra fue realizado como obsequio a Castilla por su 80 cumpleaños



Esta edición del centenario se completa con una selección de escritos muy poco conocidos que redactaron hace veinte años —en el citado volumen preparado para festejar su 80 cumpleaños— algunos de sus amigos: Victoria Camps, Luis García Montero, Amelia Valcárcel, Javier Muguerza y Antonio Muñoz Molina. Este último evoca al Castilla que recién acabado el bachillerato llega a Madrid ansioso de un conocimiento que no podía encontrar en su entrañable pueblo andaluz. Lo compara con el Muñoz Molina que treinta años después hará lo mismo, pero con una ventaja: lleva en su maleta varios libros de Carlos Castilla del Pino, aquellos pequeños volúmenes de Alianza que los estudiantes de la época devorábamos con avidez. Muñoz Molina pone como título a su escrito: “Testimonio de una gratitud personal”. Es un título injustamente modesto. Debería haber sido: “Testimonio de una gratitud generacional”.

*

Un par de escenas de las que puedo dar testimonio personal, ilustran aquel rechazo y la gallarda respuesta de Castilla. En diciembre de 1986 se celebraron en

el Ateneo de Madrid unas jornadas de homenaje a Lafora, la figura más destacada de la psiquiatría madrileña antes de la guerra (25). El autor de estas páginas, recién licenciado, tuvo el abrumador honor de que le tocara compartir mesa con Carlos Castilla del Pino.

FIGURA 3

Carlos Castilla del Pino y el autor de este artículo en un homenaje a Lafora. Ateneo de Madrid, 1986



En aquella época el autor de este artículo estaba en contacto con el viejo catedrático jubilado de Barcelona Ramón Sarró, con el objetivo de hacerle una entrevista para la *Revista de la AEN* (26). Sarró había sido, desde la Guerra Civil, el López Ibor de Cataluña, ya que entre ambos se repartieron la cúpula del poder psiquiátrico desde los años cincuenta, especialmente tras la jubilación de Antonio Vallejo Nágera, que por su papel en la Guerra Civil —e incluso por sus relaciones personales— había sido en los años cuarenta la personalidad más poderosa de la psiquiatría nacional e incluso había ganado las primeras oposiciones a cátedra de Psiquiatría en 1947 frente a López Ibor. Sarró presumía mucho de su estancia en Viena en los años treinta, su entrevista con Freud —al que le solicitó un análisis y este le dijo que no tenía horas libres y lo derivó a Helen Deutsch—, sus relaciones con los miembros del grupo psicoanalítico y otras cuestiones histórico-psiquiátricas. Cuando leyó el texto de la entrevista mecanografiado dio el visto bueno para la

publicación, pero dejando claro que no le gustaba “porque se habla mucho de Freud y poco de Sarró”, como dijo literalmente.

Al publicarse el programa de las jornadas en el Ateneo, Sarró llamó por teléfono y comunicó que quería participar con una conferencia sobre su amigo Lafora. (Por cierto, la conferencia consistió en que Sarró imaginó una escena en que recibía a Lafora en su biblioteca en Barcelona —mucho mejor que la suya, precisó— y Lafora le decía: “Doctor Sarró, ¿me podría explicar sus teorías sobre el delirio?” Y allí empezó una larguísima explicación de su anunciadísimo libro sobre los delirios, que nunca llegaría a publicar. Para lograr que terminase y poder irse a cenar, parte del público tuvo que aprovechar una breve pausa en su infinito discurso y empezar a aplaudir con entusiasmo mientras se ponía de pie y buscaba el camino hacia la puerta).

En un momento de aquellas jornadas, Carlos Castilla nos comentó a dos o tres personas que Sarró le había abordado en un pasillo y le había dicho: “Doctor Castilla, usted nunca me cita a mí en sus libros”. No recuerdo si Castilla nos contó lo que le había respondido exactamente a Sarró, pero sí lo que nos dijo a nosotros: para poder citarlo, antes tendrá que escribir algo que sea citable. La verdad es que Castilla era muy capaz de haberle dicho eso mismo a Sarró en la cara.

La segunda escena biográfica que quiero evocar de forma mucho más breve ocurrió bastantes años después, la última vez que visite a Castilla del Pino en Córdoba. En un momento dado me contó que había recibido una carta en que un grupo de catedráticos le invitaban a escribir el capítulo sobre los delirios en un amplio tratado de psiquiatría colectivo. Ante la pregunta: “¿Y qué vas a hacer?”, respondió: “Ni siquiera les voy a contestar. Eso tendrían que habérmelo pedido hace muchos años”.

Estas dos escenas reflejan perfectamente las profundas cicatrices que dejó aquella otra, muy conocida y varias veces publicada, del día en que le suspendieron, con profunda injusticia, las últimas oposiciones a las que se presentó. Me refiero al momento en que el tribunal leyó su veredicto y Castilla les tiró a la cara las fichas que había utilizado para su exposición diciéndoles que se las regalaba a ver si aprendían algo. Ahí acabó su relación personal con la psiquiatría académica y empezó su “espléndido aislamiento cordobés”. Un aislamiento doloroso pero que él decidió invertir a su favor. A la pregunta de si aquella situación había supuesto alguna ventaja desde el punto de vista de la libertad de pensamiento, respondió así en el año 2002: “Una ventaja enorme. La verdad es que no cambiaría esa situación, a pesar del rechazo que sufrí. El sentimiento de soledad me fortaleció. Había dos opciones: reaccionar como un paranoico o intentar seguir mi camino propio. Yo elegí la segunda: me entregué al trabajo desafortadamente” (27).

En Córdoba, aun teniendo vedada la universidad hasta los años de la transición, logró crear una auténtica escuela psiquiátrica y no fueron pocos los médicos

recién licenciados de otras regiones españolas que, atraídos por su figura, se trasladaron a esa ciudad andaluza para hacer allí la especialidad. (Muchos psiquiatras y psicólogos que no pertenecieron a la escuela de Córdoba pero sí fueron influidos por Castilla del Pino se agruparon, y se agrupan, precisamente en la AEN; fue esta asociación, desde el giro que dio en los años setenta, la que acogió la parte más crítica e izquierdista de la psiquiatría española, y la que integró en su seno, con todos los honores, a Castilla del Pino).

Fuera de Córdoba, en los últimos años del franquismo y los primeros de la transición, la lectura de Castilla no era clandestina (salvo en algunas ocasiones en que textos tuyos pasaban fotocopiados de mano en mano), pero sí se producía al margen de los programas oficiales de formación universitaria. En los años setenta y ochenta se leía en España a Castilla del Pino como se leía a Freud, a Marcuse o a Wilhelm Reich, con el placer adicional de que sus textos no formasen parte de los programas oficiales

*

En la citada entrevista realizada en los cursos de verano de Santander en el año 2002, y que ha sido incluida en esta misma edición de *Los celos* (23), le planteé directamente a Castilla la cuestión de la siguiente manera:

—En múltiples ocasiones has hablado de tus tempranos esfuerzos para llegar a ser catedrático y de los intentos fallidos. Incluso has declarado que no haber sido catedrático por oposición ha sido tu gran frustración. Muchos aspiran a una cátedra para desarrollar su vocación docente e investigadora; otros para lograr prestigio intelectual, éxito económico, acceso a tribunas públicas, difusión de sus ideas... Sin haber sido catedrático hasta muy tarde —y por vía excepcional—, tú has logrado todo eso como consecuencia directa de tu trabajo. ¿Cuál es la diferencia? ¿Por qué era para ti tan importante ser catedrático?

—Principalmente por la posibilidad de crear una escuela diversificada y, obviamente, no es lo mismo obtener la cátedra a los 40 años que a los 63. Para mí, la docencia, por definición, llevaba implícita la investigación. Y la docencia es una tarea para mí maravillosa. En mi vida han sido tan importantes algunos maestros que tal vez por eso ser catedrático era algo esencial. Ya en la Universidad, pero en un estatus precario, pasé etapas muy duras. Mis colaboradores me decían: “¿cómo puede aguantar?”. Pero era tal el placer que me producía estar con los alumnos, verlos entusiasmarse en las clases... Han pasado 15 años y tengo detalles, muchos, conmovedores de esos antiguos alumnos, que hoy desarrollan actividades muy variadas en la Medicina. Siempre

comenzaba el curso asegurándoles que todos aprobarían, porque les examinaría las veces que hiciese falta hasta que supiesen la materia; que no tenían por qué venir a clase; que si lo hacían, sería porque les interesara; que en los exámenes tendrían libros para resolver cuestiones de detalle... Siempre teníamos las clases llenas. Fui el primer profesor que hizo encuestas a los alumnos para que nos evaluaran. Las tengo archivadas: son nuestro orgullo (27, p. 202).

Pienso que en este caso conviene dejar de lado su respuesta y convertir aquella pregunta de hace veinte años en una afirmación. No recuerdo cuál fue el escritor francés que señalaba lo absurdo que resulta querer llegar a ser algo cuando ya se ha demostrado la capacidad de ser alguien. Un cargo de catedrático o de ministro (en algunos casos patológicos, incluso el de presidente de una comunidad de vecinos) puede ser importantísimo para los que necesitan llegar a ser algo. Pero un Picasso, un Ferlosio o un Cioran no tienen necesidad de llegar a ser algo porque ya por sí mismos son alguien. ¿Podemos imaginárnoslos, a cualquiera de los tres, como ministros de Cultura?

Castilla del Pino no necesitó ganar una cátedra para desarrollar su vocación docente e investigadora, para lograr prestigio intelectual, reconocimiento social, acceso a tribunas públicas, difusión de sus ideas... Todas esas cosas las consiguió exclusivamente por el valor de su trabajo, como un reconocimiento personal que no se debía a ningún tipo de plataforma institucional. Parece bastante claro que, incluso aunque él pensase lo contrario, no tenía ninguna necesidad de obtener una cátedra para llegar a ser algo porque él mismo, por su propia potencia y calidad personal, era ya desde siempre alguien.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Laín Entralgo P. Idea del hombre. Barcelona: Galaxia Gutenberg/Círculo de Lectores, 1996; p. 42.
- 2 Castilla del Pino C. Temas. Hombre, cultura y sociedad. Barcelona: Península, 1989.
- 3 Castilla del Pino C. Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de antropología dialéctica. Barcelona: Península, 1966.
- 4 Castilla del Pino C. La culpa. Madrid: Revista de Occidente, 1968.
- 5 Castilla del Pino C. Dialéctica de la persona, dialéctica de la situación. Barcelona: Península, 1968.
- 6 Castilla del Pino C. Psicoanálisis y marxismo. Madrid: Alianza, 1969.
- 7 Castilla del Pino C. La incomunicación. Barcelona: Península, 1970.
- 8 Castilla del Pino C. Cuatro ensayos sobre la mujer. Madrid: Alianza, 1971.
- 9 Castilla del Pino C. Sexualidad y represión. Madrid: Ayuso, 1971.
- 10 Castilla del Pino C. Vieja y nueva psiquiatría. Madrid: Seminario y Ediciones, 1971.
- 11 Castilla del Pino C. Cuarenta años de psiquiatría. Madrid: Alianza, 1987.

- 12 Castilla del Pino C. Introducción a la psiquiatría. 2 vols. Madrid: Alianza, 1978-1979.
- 13 Castilla del Pino C. Teoría de la alucinación. Una investigación de teoría psico(pato) lógica: Madrid: Alianza, 1984.
- 14 Castilla del Pino C. Aflorismos. Pensamientos póstumos. Barcelona: Tusquets, 2011.
- 15 Castilla del Pino C. Pretérito imperfecto. Barcelona: Tusquets, 1997.
- 16 Castilla del Pino C. Teoría de los sentimientos. Barcelona: Tusquets, 2000.
- 17 Díez Patricio A. La obra psiquiátrica de Castilla del Pino. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1997; 17:11-36.
- 18 Valls Blanco JM, Luque Luque R. Breve introducción a la obra psiquiátrica de Castilla del Pino. Psiquiatría Pública 1993; 5: 3-10.
- 19 Vicente B, Monteiro A, Liappas J, Jenner FA. Castilla del Pino's contribution to a scientific psychopathology. Psychopathology 1989; 22: 35-41
- 20 Lázaro J, Hernández-Clemente JC. Carlos Castilla del Pino: la oposición psiquiátrica. Claves de Razón Práctica 2009; (194): 48-53.
- 21 Lázaro J. Castilla del Pino, Carlos. Diccionario Biográfico Español. Madrid: Real Academia de la Historia, 2010; pp. 454-57.
- 22 AA.VV. Homenaje a Carlos Castilla del Pino en su 80 cumpleaños. Córdoba: Fundación Castilla del Pino, 2002.
- 23 Castilla del Pino C. Los celos. Madrid: Editorial Triacastela, 2022. (Edición de José Lázaro).
- 24 Castilla del Pino C. Celos, locura, muerte, Madrid: Temas de Hoy, 1995.
- 25 Huertas R, Romero AI, Álvarez R (eds.). Perspectivas psiquiátricas. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1987.
- 26 Lázaro J. El doctor Ramón Sarró y la historia de la psiquiatría. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 1985; 12(5): 23-28.
- 27 Lázaro J. Entrevista a Castilla del Pino. En: Castilla del Pino C. Los celos. Madrid: Editorial Triacastela, 2022.

De Onofre Gil a Carlos Castilla del Pino: *scientia, sapientia et infantia*

From Onofre Gil to Carlos Castilla del Pino: *Scientia, Sapientia et Infantia*

JOSÉ FABIO RIVAS GUERRERO

Psiquiatra y escritor. Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (Málaga). ORCID iD: 0000-0002-4790-8521

Correspondencia: josefabiorivas@hotmail.com

Recibido: 30/06/2023; aceptado con modificaciones: 28/08/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: Aunque más breve que su producción ensayística y psicopatológica, la obra literaria de Carlos Castilla del Pino resulta de gran interés por la calidad de su escritura y como memoria privilegiada de un tiempo y de un país, así como por el empeño del autor por crear un discurso “personal”, lúcido, veraz, racional y bello que no solo estuviese al servicio de su propio personaje, sino que le ayudase a constituirse como sujeto con *scientia, sapientia* e *infantia*. En este sentido, confrontamos sus dos libros de memorias (*Pretérito imperfecto* y *La casa del olivo*) con su novela *Discurso de Onofre*: obras en principio dispares pero que –curiosamente y de forma privilegiada– dan cuenta del *continuum* y de los sobresaltos, de los riesgos y renunciadas, que suponen la aventura de vivir con la sabiduría que emana del saber estar en el mundo; o sea, de una actitud grácil ante las dificultades inherentes al hecho de vivir en la que se anuda el mayor o menor conocimiento que el autor ha ido adquiriendo a lo largo de su vida con la vivencia gozosa

del sentido de su propia existencia y con la capacidad para entender y disfrutar lo que es bueno, justo y bello.

Palabras clave: Carlos Castilla del Pino, memoria, autobiografía, obra literaria, *Pretérito Imperfecto*, *La casa del olivo*, *Discurso de Onofre*.

Abstract: Although shorter in number than his essays and works on psychopathology, Carlos Castilla del Pino's literary work is of great interest due to the quality of his writing and as a privileged memory of a time and a country. It shows his effort to create a personal, lucid, truthful, rational and beautiful discourse that was not only at the service of his own character, but also helped him to establish himself as a subject with *scientia*, *sapientia* and *infantia*. In this sense, we confront his two memoirs (*Pretérito imperfecto* and *La casa del olivo*) with his novel *Discurso de Onofre*: works that are dissimilar in principle, but that -curiously and in a privileged way- give an account of the *continuum* and the shocks, the risks and renunciations, that the adventure of living with the wisdom that emanates from knowing how to be in the world involves. In these works, the greater or lesser knowledge that the author has acquired throughout his life is tied with the joyful experience of the meaning of his own existence, and with the capacity to understand and enjoy what is good, fair and beautiful.

Key words: Carlos Castilla del Pino, memoir, autobiography, literary work, *Pretérito Imperfecto*, *La casa del olivo*, *Discurso de Onofre*.

INTRODUCCIÓN

AUNQUE, COMPARADA CON SU PRODUCCIÓN ENSAYÍSTICA, la producción "literaria" no es demasiada extensa (dos novelas y dos libros autobiográficos), por el limitado espacio disponible, así como por las exigencias expositivas, las reflexiones que siguen están basadas sobre todo en sus memorias (*Pretérito imperfecto* (1) y *Casa del olivo* (2)) y en su novela *Discurso de Onofre* (3), asumiendo que, al margen de posibles diferencias estilísticas (*Pretérito imperfecto* -más épico- y *Casa del olivo* -más lírica-), son dos cortes temporales de la misma autobiografía, la cual, por lo demás, guarda ciertas similitudes con la novela *Discurso de Onofre* (más trágica).

Tanto Onofre Gil, narrador de la novela *Discurso de Onofre* (3), como Carlos Castilla del Pino construyen sus correspondientes textos a partir de una serie de evocaciones infantiles (estancias en colegios, anécdotas...), de vivencias, a veces terriblemente crueles, de la guerra civil y de la posguerra, de recuerdos personales, familiares, profesionales, en definitiva, a partir de la memoria privilegiada y exhaustiva de un tiempo y un país. Ese es, de partida, el nexo común de todas estas obras. Observémoslas ahora por separado.

De entrada, y tal como corresponde a su estructura formal, en los dos libros autobiográficos nos encontramos con que el autor, el narrador y el personaje principal son Carlos Castilla del Pino, siendo el tema (el texto) la autobiografía del autor, es decir, sus memorias. Unas memorias perfectamente escritas en las que el autor hace gala de un dominio del lenguaje sobrio, elegante y preciso, de un vocabulario rico y exacto y una sintaxis que en todo momento, sin altisonancias ni trucos, se adecúa perfectamente a los distintos tiempos narrativos que implican unas memorias que abarcan más de 80 años.

Tenemos pues una autobiografía recia, rigurosa, valiente, detallada, en la que se apuesta constantemente por la razón, sin apenas sobrecarga afectiva ni pasión justiciera, como si el autor quisiera exponerlo todo, comprenderlo casi todo, desde un cierto dominio de sí mismo: el dominio que la sabiduría conlleva, que no es un dominio que llega de “fuera” (del contexto en el que el autor escribe o narra), sino que surge de dentro del propio autor, de su “verdad”, y del saber que le da la experiencia de que todos, de una forma u otra, somos frágiles y quebradizos, aunque en la vida cada uno –y ahí está el mérito personal– juega y se la juega a su manera. En definitiva, en estas memorias hayamos lo que en retórica clásica se conoce como *parresía*. Una manera de hablar, de “decirlo todo” con franqueza, libremente, con atrevimiento, en la que la verdad y la ética se dan mutuamente la mano, pues la *parresía* implica –y esto es lo importante– la obligación de hablar con la verdad para el bien común, incluso frente al peligro individual o a posibles inconveniencias.

Recuerdo mi primera impresión cuando empecé a leer *Pretérito imperfecto* (1). Su uso elegante y limpio del lenguaje, sin aspavientos. Era como si yo estuviera en ese momento sentado frente a él, como si el autor me contara a mí sus recuerdos, de forma valiente, “veraz”, sin concesiones al compadreo. Y así se desplegaba ante mí una memoria que fija y registra, una memoria que evoca –no tanto como ejercicio de añoranza, sino de análisis y meditación *cognitiva y moral*, es decir, de ética ciudadana– un tiempo, un país, un paisaje, un paisanaje y una vida concreta: la del autor. Y lo hace como si quisiera recordarlo todo: las personas, los lugares, los acontecimientos, las fechas, los diálogos, las indumentarias... hasta las tres galletas María que, acompañando a un café con leche, tomaba en un momento determinado un personaje concreto.

Relatar es, en sí, un universal, algo que con palabras o con letras todos hacemos continuamente, pero hay muchas formas de relatar, dependiendo del modo de ser, de las circunstancias, de los fines propuestos... Resulta, pues, pertinente preguntarse sobre *el por qué* y *el para qué* de estos dos libros autobiográficos. La respuesta que más me convence –y aquí voy a rozar cierto *psicologicismo*– es que ese “exceso” de memoria remite a la voluntad férrea del autor de no echar nada al cesto del olvido o

al sumidero de la Historia, que diría Hegel, no tanto por eso que nos enseña la jerga psicoanalítica sobre el *retener* (en este caso no solo objetos y cosas, sino también la memoria contextualizada de los objetos y de las cosas), sino por retener la vida, aunque sea la vida pasada, por retener lo que hemos sido, en tanto que todavía seguimos siendo eso. Pero, ¿qué sucede si el autor, en cierta medida, ya no se reconoce del todo en ese sujeto del pasado que fue, en ese *pretérito imperfecto*?

¿Por qué y para qué estas memorias?, nos preguntábamos:

- 1º) Porque, como digo, de alguna manera, el autor ya no se reconoce siendo tan solo lo que había sido, lo que fue, y, en consecuencia, los recuerdos que nutren a estos dos libros autobiográficos son –todo lo contrario a una añoranza: “No me he sumergido en mi memoria; he traído los recuerdos a mí, es decir al Yo de este momento, el que ahora me siento ser, como si fuera posible decir “he sido”, como si no fuera el mismo que en otros momentos fui” (1, p.11). O dicho de otra manera: como si el protagonista de *Pretérito imperfecto* fuera “otro yo” distinto al narrador y al autor.
- 2º) Porque, al ya no reconocerse del todo en lo que fue, el autor siente la obligación moral, cívica, de dar constancia, de narrar eso que fue, en tanto que ese pretérito fue también el de un país y una gente. En consecuencia, esas memorias que son también un poco las memorias de todos, debieran ser conocidas por todos los que no vivieron ese tiempo o no lo recuerdan.
- 3º) Porque además el autor ahora “sabe” de la muerte y de la necesidad de quitarse lastre –de relatar para quitarse lastre y aligerarse, no tanto con el fin de volar, sino de retomar la sabia y gozosa liviandad de la infancia–. Así, en una entrevista (4), el propio Carlos Castilla del Pino reconoce: “En mi caso, el proyecto inicial de *Pretérito* fue no tanto poner en orden mis “cosas” – ya lo tenía a este respecto en mi cabeza– cuanto liquidarlas, dejar que el pasado gravitara tan pesadamente en mi vida actual. Claro es que no toda mi vida pasada gravitaba por igual. Lo que quería liquidar de una vez por todas era la experiencia de la guerra civil y, en menor medida, la de todo el franquismo (que llevó a tantos al envilecimiento por el miedo, por la necesidad de subsistir, por la posibilidad de trepar en el río revuelto, etc.)”.

DISCURSO DE ONOFRE

Curiosamente, en la novela *Discurso de Onofre* (3) aparecen muchos de los recuerdos de las memorias (casi nos atreveríamos a decir que no hay en el *Discurso* ningún recuerdo, ninguna evocación y ningún personaje que no aparezca en los dos libros autobiográficos) por lo que se podría pensar que *Discurso de Onofre* es un resu-

men de las memorias o el preproyecto de estas. Pese a ello, la novela y las memorias son bastante distintas:

- 1.- Son distintos los contextos políticos-sociales desde los que se despliega la voz del narrador. En las memorias, estamos en el año 1997 y 2004, es decir, en una España con una democracia bien asentada en la que los ciudadanos, en general, disfrutamos de importantes niveles de bienestar; en *Discurso de Onofre* (3), estamos en 1977, o sea, en una España que, tras 41 años de férrea dictadura militar, celebraba las primeras elecciones generales libres y democráticas, es decir, una España sobre la que aún pendía la sombra chinesca de la dictadura (tal como se demostró con el intento de golpe de estado del 23-F del 1981), una España oscura, pobre, resentida y aún muy dividida políticamente, no entre votantes o simpatizantes de los distintos partidos políticos, sino entre los demócratas constitucionalistas y los que añoraban el orden franquista.
- 2.- Es distinta la posición vital del autor (los dos libros autobiográficos se publican cuando el autor tiene 75 y 82 años, respectivamente, y *Discurso de Onofre* (3) cuando tenía 55 años). Es diferente la situación socioprofesional y no sabemos si, también, el estado psicológico del autor.
- 3.- Son distintas en lo que respecta a la estructura formal de ambas obras (en las memorias, tal como se ha dicho, el autor, el narrador y el protagonista son el mismo, cosa que no sucede en *Discurso de Onofre*, donde el autor, Carlos Castilla del Pino, no coincide con el narrador y el protagonista, Onofre Gil).
- 4.- Y, sobre todo, son distintas en lo que respecta a las características literarias, a la *literalidad* –en el sentido que a esta palabra le da Roman Jakobson (5); es decir, en lo que hace de una obra dada una obra literaria–. En este sentido, *Discurso de Onofre* (3) es un “discurso” inquietante y descarnado, lúcido y coherente con la solución final del narrador-protagonista: el suicidio. Y, a la par, aunque parezca contradictorio, es también un discurso caduco, resabiado, enrevesado, no fluido, de frases largas y tortuosas, agresivo, lleno de alusiones... Un discurso que quiere ser analítico, racional y “frío” y que con frecuencia resulta acartonado, rancio, puntilloso, lacerante y, curiosamente, a veces inseguro (lanza un mensaje, una afirmación y, al instante, la cuestiona –cuestiona su veracidad– o la “apostilla”); un discurso torvo y huraño, lleno de rencillas, de ajustes de cuentas, de odios y de humillaciones: así es Onofre Gil y así es su discurso.

Pero ¿quién es este Onofre Gil y por qué y para qué construye ese discurso? Sin abusar de cierto *psicologismo*, sabemos que Onofre Gil era un psiquiatra que recientemente se había suicidado tirándose a un pozo; un psiquiatra que solía pasar

las vacaciones por la zona de la Sierra de Grazalema. También sabemos que los papeles de su discurso –en un juego literario, podríamos decir de imposturas– llegan al autor, Castilla del Pino, a través de un médico rural de la zona, que es el que los tenía guardados. Este discurso, en esencia, no es un discurso propiamente dicho: el nombre se lo pone el propio autor en tanto se asemeja por su forma retórica a un discurso fantaseado. Al igual que también es el autor el que le pone el nombre al narrador: Onofre Gil. Un nombre antiguo, por cierto, el de uno de los primeros anacoretas de la historia, San Onofre, un ermitaño que vivió en el desierto egipcio en el siglo IV, pues, por razones que no aclara, el autor (Castilla del Pino) no quiere revelar su nombre auténtico, aunque curiosamente el autor recuerda haber tenido cierto conocimiento de este psiquiatra en sus años de aprendizaje en Madrid.

Son llamativos los recuerdos y evocaciones de personajes que el susodicho Onofre Gil debió de conocer: se refiere a Pemán como “vate posfenicio”; a Vallejo Nájera como “tomista militarizado, nágeril oficial magister”; a López Ibor como “ibórico (próximo) a la doctrina radicada en el opus magno de Escrivá de Balaguer”; a Vallejo Nájera y López Ibor como “bálmenes redivivos, donosos sin complejos, menendes victoriosos tras brindis de abundante efusiones hemáticas”. En cuanto a Laín Entralgo, en referencia a su *Descargo de conciencia* (6), dice: “[es de esos] maestros de rara virtud que, andando el tiempo, cuando viene la hora de la conciencia descargable, se desligan de una vez para siempre de los toscos administradores de sus postulados esenciales”.

Y, entre recuerdos y evocaciones, el psiquiatra Onofre Gil nos ofrece un discurso que continuamente oscila entre lo universal y lo particular, entre la “esencia” de todos y la “esencia” propia; un discurso en el que analiza las trampas con las que todos (incluido, por supuesto, el propio Onofre) construimos a los personajes que, en un momento determinado, nos representan ante los demás (lo que curiosamente, pasado el tiempo, también estudió Castilla del Pino en la teoría del sujeto); un discurso sobre la impostura de los sentimientos y su imposibilidad –la de Onofre Gil– de crear vínculos afectivos con los otros e, incluso, sobre su imposibilidad de acceder al lenguaje de los sentimientos que lo vincularían a los otros, con la subsiguiente soledad, que en el caso de Onofre es –según dice él mismo Onofre– su propia esencia, su substancia, la cual (al igual que la de todos) es la “mierdosidad” –o, hablando Zubirianamente, la *mierdosidad* constitutiva– en tanto que todos somos prescindibles, sustituibles, intercambiables; sujetos, en fin, que se diluyen en sus papeles de actores, en sus yoes, lo que obliga –en el escenario social en el que se actúa– a ocultar –mentir– a los otros “yoes”, a la impostura continua ante los otros yoes y, lo que es peor, a la alienación consigo mismo, con los propios yoes; es decir, a la soledad radical del sujeto (“el escrúpulo insoportable de no saber si la tristeza que me embarga es de las sinceras y auténticas o de las representables. Se necesita, pues, acceder a la locura lúcida, o sea, a ‘la normalidad’, al cinismo, a la hipocresía, a la

mansedumbre conformista, a vivir la doblez, la tridimensionalidad, a solas con uno mismo”), con lo que se llega –en esa soledad radical del sujeto y en ese salto continuo entre lo universal y lo particular que hace el narrador– a lo que sin duda es uno de los temas fundamentales de este *Discurso*, la soledad radical del narrador: “desde la adolescencia privado del cálido contacto que sentirse uno más entre la muchedumbre comporta” “¿Cuáles son las razones de mi no sé si forzado o voluntario anacoretismo. Porque este es a no dudarlo un hecho que caracteriza mi existencia” (3, p. 53). “Es mi unicidad, mi diferenciación”... “No hay posibilidad de coloquio entre mi yo A y mi yo B” (lo que lleva a Onofre a declarar su desconocimiento de sí mismo). Más aún, al desconocimiento del otro y al rechazo del contacto con cualquier otro (lo que no implica la socialidad, en tanto que esta supone máximo respeto a la norma, a la norma de socialidad). Soledad que, al margen de una cuestionable ventaja (“me permite asistir sin compromiso al mayor espectáculo que es el mundo”), le supone enormes inconvenientes, frente a los cuales,[a veces acaece] “en mí algo así como una crisis histérica (con gran aparato a falta de palabras para expresar mi reclamo y poder suscitar en los otros la compasión que para mí demando) en la que uno de mis yoes se solivianta... contra el otro reclamando la necesidad de romper la coraza que me aísla no solo con los demás sino conmigo mismo”(3, p. 55). Esa profunda soledad incluso le acarrea cierta dificultad en el uso del lenguaje vincular del apego, en “el mero (decir) quiero estar y quiero que estés” (3, p. 57), “lo que no sé decir es precisamente lo que no puedo decir, y ello es cualquier cosa que haga referencia a mí mismo con el ánimo bien dispuesto a la adecuada relación con el prójimo” (3, p. 57). Y más aún: “mi habitual modo de operar con realidades que me deparan extrañeza, perplejidad e inhibición”... es la agresividad con esas realidades” (3, p. 58); “Pero al mismo tiempo que soy consciente de que en este pleito tengo mucho haber en mi culpa, no les eximo a ustedes íntegramente de ella, de modo que agresividad, odio, aversión, desprecio y demás serán cualidades varias de sentimientos que en manera alguna espero que les resulten ajenas” (3, p. 58).

Así pues, esta soledad y agresividad, voluntarias o involuntarias, son en todo caso elementos constitutivos del narrador y del personaje Onofre Gil, “a pesar de lo zafio y brutal”, aunque solo sean expresión indirecta de su frágil sensibilidad sentimental, que le lleva a sentirse –por ejemplo, en la infancia– culpable por todo y hace que “adopte la aparente crueldad como defensa”. Dice Onofre: “Yo no era un ser dotado de especial tendencia a la crueldad. Todo lo contrario: era un ser de extremada, hasta enfermiza, sensibilidad, que sufría de mi culpa, que anhelaba no ser de nuevo culpable y para soslayar la recaída adoptaba la aparente crueldad como defensa” (3, p. 42).

Y una vez que ese discurso violento, de una soledad ilustrada (que no quiere decir sabia) pero irresolublemente desconsolada, ha sido escrito o leído; una vez que la hipocresía, el odio, la represión enfermiza, la agresividad, la culpa, las miserias de

un personaje y de un tiempo y de un país han sido vomitadas (pues, a mi entender, ese “vómito” es el *para qué* de este Discurso), como el vómito no es más que un juego literario, todo lo veraz que se quiera, pero un juego, un como sí que no cambia, que tan solo apenas palpa la intimidad profunda del narrador (su soledad, su resentimiento, su agresividad y sus sentimientos de culpa), el protagonista opta por la solución radical, una, por cierto, que él no podrá narrar nunca: su suicidio. Cosa que sí podrá narrar el autor, Carlos Castilla del Pino. Y lo que indirectamente narra es algo así como “es preciso que Onofre Gil muera”. Preciso, por supuesto, para él. Es preciso que Onofre Gil muera; es preciso acabar con el discurso violento de esa soledad ilustrada, del personaje Onofre Gil, para que Carlos Castilla –el Autor, “el creador” de ese personaje– pueda acceder, sabiamente, a cierto disfrute de la vida.

SCIENTIA, SAPIENTIA, INFANTIA

Quiero terminar estas reflexiones con dos frases de presentación extraídas de las obras reseñadas y con una frase –también del propio Castilla del Pino–: un aforismo que aparece en su obra *Aflorismos* (7). Pienso que con ellas apuntalo indirectamente mis reflexiones anteriores. La primera frase precede al *Discurso de Onofre* y es una nota del *Epistolario* de Thomas Job: “... ¿de qué manera vivir en el mundo sin por lo menos demasiada angustia, con la mayor lucidez? (...) aprenda usted a no horrorizarse de sus propios pensamientos...”. La segunda es una de las notas (la última) que preceden a la presentación de *Casa del olivo* (2): “Nunca nada puede considerarse concluido”, ni siquiera, por supuesto, el sujeto que somos. Por cierto, Castilla del Pino extrae esta nota del *Tagebuch*, el diario que –según reconoce– comenzó a escribir en su tiempo de formación en Madrid. Y la tercera es el aforismo (*aflorismo*): “Envejecer tiene su ventaja: muchas cosas se ven como banales, como lo son en realidad, y se adquiere una ligereza que antes no se poseía”.

En el fondo, a mi entender, las tres frases resumen el paso de una agresiva soledad ilustrada, de un saber, de una *scientia* rabiosa y dolida, al estatus de *sapientia*, a la sabiduría que resumen una vida concreta que ya no ignora el hecho fáctico de la muerte. Palabras “de verdad, de *sapientia*”, *parresía*, palabras atravesadas por la Muerte, que logran armonizar la sabia serenidad de la vejez con la ligereza, la espontaneidad y el goce con el que los niños –*infantia*– se adentran en el mundo para ellos aún desconocido; un mundo en el que la vivencia de la propia existencia –con sus límites y sus quebrantos– puede adquirir ahora una nueva dimensión (realista y sabia, liviana): la de saber que la vida vivida es una totalidad apasionante, llena de recovecos y de momentos de todos los gustos, en la que el pasado se anuda con el futuro en un presente continuo, un presente que tuvo una puerta de entrada –el nacimiento– y que necesariamente tendrá una puerta de salida –la muerte–.

Y es a esa encrucijada a la que la sabiduría arrastra al autor, Carlos Castilla del Pino, a ese cruce de caminos entre la alegría de vivir (de saberse y vivenciarse vivo, de gozar del hecho de estar vivo y con los vivos) y la melancolía de lo percedero (de saberse temporal y finito), a esa encrucijada entre la vida y la muerte, entre Eros y Tánatos, donde se juega la condición del sujeto, donde el sujeto –el hombre real, cada uno de los hombres y mujeres que han sido, que somos y que serán, y, entre ellos, por supuesto, nuestro autor, Carlos Castilla del Pino– funda su propia humanidad: una cierta alegría (y fraternidad) ante la vida, una cierta melancolía (y desprendimiento) ante la muerte.

Ni que decir tiene que, tal como hemos referido, no se puede confundir la sabiduría –*sapientia*– con el conocimiento –*scientia*–, es decir, con el cúmulo de datos y saberes más o menos académicos o enciclopédicos depositados en nuestra memoria (por cierto, con la edad, cada vez más maltrecha), sino con la sabiduría que emana de saber estar en el mundo; o sea, una actitud grácil ante las dificultades inherentes al hecho de vivir en la que se anuda el mayor o menor conocimiento que cada uno ha ido adquiriendo a lo largo de su vida con la vivencia gozosa del sentido de su propia existencia y con la capacidad para entender lo que es bueno, justo, bello, apetecible o aborrecible... Esa conjunción de conocimientos y entendimientos, incluido el entender al otro –la empatía–, el saber que el otro (tu interlocutor: que puede o no estar de acuerdo contigo, que puede o no compartir tus creencias y tus ideas, incluidas las políticas e ideológicas) es alguien como tú, que está hecho del mismo barro y que también él fue amantado y cuidado por otro humano; que también como tú ese otro tiene su propia manera de percibir, pensar, sentir y actuar en el mundo, y que en su quehacer, en su modo de actuar y relacionarse con otras personas, también contigo, influye su propia historia, sus vivencias, sus miedos y emociones, su fortaleza y su fragilidad, su ser más o menos prudente o insensato... Esa es la sabiduría que impregna la autobiografía de Carlos Castilla del Pino y que lo aleja de Onofre Gil. Por cierto, el mejor ejemplo de esta sabiduría lo encontramos, a mi entender, en la tragedia de Sófocles *Edipo en Colono* (8). El primer párrafo de esa tragedia es ejemplar. Edipo –el que fuera poderoso rey de Tebas pero ya es un hombre viejo, ciego, pobre y enfermo– llega a Colono acompañado de su hija Antígona, en busca de un lugar tranquilo para morir, y exclama: “Hija de este anciano ciego, Antígona, ¿a qué región hemos llegado? ¿Qué gente habita la ciudad? ¿Quién hospedará en el día de hoy al errante Edipo, que no lleva más que pobreza? Poco, en verdad, es lo que pido y menos aún lo que traigo conmigo, y sin embargo, esto me basta. Los sufrimientos, la vejez y también mi índole propia me han enseñado a condescender con todo”.

“Condescender” con los otros, aceptar sus puntos de vista sin abjurar de los nuestros, acomodarse y congeniar en tanto que los otros –como dice el diccionario de la RAE– tienen genio, carácter o inclinaciones similares a las nuestras. Ya digo,

eso es la sabiduría. O, por lo menos, así me pareció entenderlo tras leer *Discurso de Onofre* y la autobiografía de Carlos Castilla del Pino, y, sobre todo, a partir del tránsito de una obra (*Discurso de Onofre*) a otra (las memorias).

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Castilla del Pino C. Pretérito imperfecto. Barcelona: Tusquets Editores, 1997.
- 2 Castilla del Pino C. Casa del olivo. Barcelona: Tusquets Editores, 2004.
- 3 Castilla del Pino C. Discurso de Onofre. Barcelona: Ediciones Península, 1977.
- 4 Serna J. ¿Juventud, egolatría? Entrevista a Carlos Castilla del Pino. Pasajes. Revista de Pensamiento Contemporáneo 2003; 11: 67-75.
- 5 Jakobson R. Ensayos de lingüística general. Barcelona: Seix Barral, 1975.
- 6 Laín Entralgo P. Descargo de conciencia. Barcelona: Galaxia Gutenberg, 2003.
- 7 Castilla del Pino C. Aflorismos. Pensamientos póstumos. Barcelona: Tusquets Editores, 2011.
- 8 Sófocles. Edipo en Colono. Madrid: Editorial Gredos, 2000.

Crítica de libros

Promoviendo alternativas de cambio al modelo biomédico en la comprensión, intervención y diseños de servicios de salud mental (MPAS)

Promoting Alternatives to the Biomedical Model in the Understanding, Intervention, and Design of Mental Health Services (MPAS)

BEGOÑA OLABARRÍA

Psicóloga clínica. ORCID iD: 0000-0002-0455-4188.

Correspondencia: beolagoera@gmail.com

Mary BOYLE, Lucy JOHNSTONE (2023). *Una introducción directa al Marco de Poder, Amenaza y Significado. Una alternativa al diagnóstico psiquiátrico*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. ISBN: 978-84-95287-61-8, 278 páginas. Traducción de Miguel Ángel Valverde Eizaguirre.

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



LA AEN-PSM ha venido prestando atención al Marco de Poder, Amenaza y Significado (MPAS o Marco PAS), que la División de Psicología Clínica de la Asociación Británica de Psicología publicó en 2018, tanto en versión extensa (1) como en versión reducida (2). De hecho, antes de este libro de Mary Boyle y Lucy Johnstone, publicado en papel en la Colección Estudios, un grupo de profesionales de la AEN-PSM había traducido tanto la versión extensa (3) como la edición resumida (4), primeras versiones digitales publicadas en España, de las que se han derivado debates y apuestas en nuestro

país. Sus autoras son dos psicólogas clínicas de larga trayectoria en el ámbito académico y profesional, ligadas a la búsqueda de acompañamiento, escucha y recuperación, no solo en investigación, sino también en la comprensión y praxis de la salud mental. Ambas han participado en la elaboración del texto inicial del Marco PAS y, ya desde el título, muestran su objetivo principal, que consiste en abundar en una alternativa al diagnóstico psiquiátrico generalizado y vigente a nivel internacional. En este valiente y arriesgado texto, promueven una presentación amplia y profunda de dicho Marco, al tiempo comprensiva, didáctica y favorecedora de experiencia personal. Su análisis del proceso, que entra con detalle en los perfiles del poliedro, se propone de manera sistemática, ordenada y en espiral. Una cuestión no menor, por cuanto, desde la complejidad el pensamiento y la exposición en espiral, introduce diferentes niveles lógicos conectados, dejando de lado las frecuentes y empobrecedoras presentaciones lineales.

Este libro forma parte de una relevante colección británica (“A Straight Talking Introduction” -una introducción directa-), que tiene dos ejes muy singulares:

1. Presentar aportaciones y debates relevantes que salen fuera de los espacios fijados por intereses (potentes sectores académicos, la industria farmacéutica, espacios profesionales institucionalizados, de organismos internacionales y otros) para favorecer su visibilidad, buscando incidir en cambios relevantes en el conocimiento y en la realidad asistencial.
2. Dirigirse a quienes juegan un papel protagonista en la salud mental: profesionales, pero también los usuarios de los servicios, los cuidadores, las familias y otros interesados, rompiendo con protagonismos y modos excluyentes de comprensión/acción.

La AEN-PSM, que ha favorecido alternativas sobre cómo concebir, evaluar y afrontar el sufrimiento psíquico, el malestar psicológico-emocional, ha decidido apostar de nuevo con la publicación de este libro. Su contenido supone un salto cualitativo al salir fuera de la noción de las enfermedades biomédicas y, al tiempo, entra a investigar, describir y proponer lo vivido desde la experiencia del sufrimiento, aportando una forma diferente de entender la salud mental.

Las autoras nos presentan el sufrimiento psíquico, epítome de la existencia humana, que parece que debiera establecer equivalencias con las clasificaciones psicopatológicas dominantes del modelo biomédico obligado a fijar diagnósticos y tratamientos. Denuncian que este modelo contiene una concepción extremadamente establecida como “verdad científica” que no cuenta con los correlatos suficientes para establecer desequilibrios químicos con base en disfunciones orgánicas o estructurales. Un modelo que tiene hoy tal peso que habría venido a configurar una pseudorrealidad, marcada por el cartel de rigurosa, que excluye la consideración de otra mirada/conocimiento/praxis. Un fenómeno este tan paradójico como asombroso que hace pensar que estamos dominados por un “monomito” sostenido desde intereses espurios. Así, las autoras

destacan que, hasta la fecha, no se han obtenido esos resultados buscados con grandes inversiones de la industria farmacéutica en juego, desarrollados explícitamente en esa búsqueda al menos desde 1970. Tales discursos juegan con las palabras, generando pseudolenguajes de falsas o insuficientes evidencias, no solo en la psiquiatría biologicista, sino también en algunos modelos teórico-técnicos de cuño psicologicista, enhebrados a través de la aguja de los discursos del poder. Este modelo dominante sustituye los problemas de los que haría falta ocuparse por otros que promueven pseudorrealidades engañosas, descalificando además los primeros.

Mary Boyle y Lucy Johnstone presentan progresivamente la propuesta de un hecho experiencial alternativo que parte de quienes han presentado sufrimiento psíquico pero ha quedado oculto por las numerosísimas publicaciones, financiación millonaria de investigaciones, eventos congresuales etc., que promueven concepciones, intervenciones y estrategias en los servicios sanitarios (y en sus diseños). Estas últimas dificultan gravemente el ejercicio de la mirada, la escucha, la participación, la comprensión, el apoyo, la resignificación de lo vivido en un contexto más allá del biologicismo. Son estrategias que cosifican el sufrimiento y su comprensión, y dificultan una clínica de la recuperación con sentido, quedando asumido así de manera dominante que se trata de enfermedades médicas que precisan ser tratadas. Las autoras dan cuenta de las limitaciones y los daños que la concepción del “modelo médico” aplicado a la salud mental implica, identifican y señalan errores, usos del lenguaje generadores de creencias que se establecen como certezas científico-profesionales y prácticas que hablan de “pruebas” y “evidencias”. Desde el texto, se promueve avanzar en el conocimiento y consideración de fuentes válidas sobre el sufrimiento que con frecuencia se orillan o se pasan por alto y cuestionan la idea o “patrón de oro” de la investigación sobre la eficacia de los diferentes tratamientos, los “ensayos controlados y aleatorizados” (ECA). En este sentido, el sufrimiento psíquico de los *expertos por experiencia* podría para las autoras suponer un contrapeso esencial a los números y estadísticas impersonales de muchos proyectos de investigación. Experiencias que han de ser vistas y escuchadas ampliando la mirada al contexto para alcanzar/comprender sentidos y abrir paso a significados para “desenredar el rompecabezas del sufrimiento”.

El Marco PAS se enriquece con este libro que ayuda a consolidar las dos primeras publicaciones (extensa y resumida) al plantear una serie de desafíos, de retos, en diferentes vertientes como manifestación de una sabiduría de naturaleza contextual, social, cultural y relacional. Aporta opciones de utilización que apoyan una clínica de la escucha donde caben diferentes modelos teórico-técnicos proponiendo un macronivel de encuentro y confluencia. El tiempo entre sus páginas nunca es tiempo perdido y no deja de sorprender la aparente y brillante sencillez con que quedan presentados, analizados, organizados y relacionados esos conocimientos desde una comprensión vivida. El don de pensar con amplitud de miras y de establecer vínculos entre unos ámbitos y

otros está presente en este libro, que permite contemplar desde múltiples perspectivas la amplia y compleja realidad. Si además este libro se acompaña, como en este caso hacen las autoras, de ejercicios guiados para pasar el conocimiento teórico a la experiencia, podemos ver que estamos ante la propuesta de uso de un nuevo lenguaje que confronta la injusticia epistémica de la pérdida del sentido, un precio pagado por la acción biomédica en salud mental.

El texto, felizmente desprovisto de ínfulas burocrático-academicistas, brilla al huir de lo ampuloso, lo prolijo, lo vago y/o exaltado, y así muestra el objeto de su estudio al alcance, favoreciendo su apuesta de cambio radical en los posibles receptores. Tal vez por ello esta obra desmenuza ideas y propone un conjunto de principios que se aplican a todas las áreas del campo que llamamos “salud mental”: la investigación, la formación, el diseño de los servicios, las organizaciones de salud mental al apoyo *inter pares*, los servicios sociales, la vivienda, las relaciones contractuales laborales o el desarrollo de políticas en sus diferentes niveles. En este volumen son protagonistas quienes experimentan sufrimiento psíquico o conductas problemáticas y sus familias, quienes trabajan con esas personas, quienes diseñan y planifican, quienes investigan y reflexionan el quehacer clínico, etc., accediendo a una nueva perspectiva y elaboración sobre cómo entender el significado del sufrimiento emocional siguiendo el Marco PAS.

La complejidad del empeño se traduce en la cuidada estructura de este libro y, de hecho, el capítulo 2 hace una presentación general de las limitaciones y problemas epistemológicos del diagnóstico médico-psiquiátrico y de la perspectiva medicalizada. Los cinco capítulos siguientes desarrollan con profundidad contenidos centrales del Marco PAS, las preguntas que contiene, el pensamiento y los datos que lo sustentan e incorporan ejercicios opcionales para el lector que puede aplicarlos a sí mismo, a su vida o a la de otra persona con la que trabaje. El capítulo 8 entra sustantivamente a describir los patrones generales o globales de sufrimiento concebidos en el Marco. El capítulo 9 expone, a partir de ejemplos reales, cómo desarrollar estrategias compartidas para la construcción del sentido de lo vivido, narrativas desde las ideas del Marco PAS. El capítulo 10 vuelve (en espiral) a considerar el contexto más global del modelo diagnóstico-clasificador dominante, pero en términos de proceso. Plantea el desafío de contemplar cómo la cultura dominante ha establecido una concepción del sufrimiento psíquico, relacional, emocional, comportamental... que no cuenta con el respaldo adecuado/suficiente de los resultados de la investigación, pero sí con tratamientos que con frecuencia resultan perjudiciales. Este capítulo desarrolla los *patrones generales del sufrimiento* presentado con anterioridad (capítulo 8) para, desde una presentación en espiral y en un nivel lógico superior, volver a considerar nuevas limitaciones, tales como dejar a los individuos al margen de su contexto, de los *otros*, de lo social (“los trastornos mentales como ‘cosas’ independientes”). El capítulo 11 presenta y ofrece referencias a documentos principales del MPAS, recursos, experiencias, aplicaciones, etc.

Una introducción directa al Marco de Poder, Amenaza y Significado perfila acertadamente su objeto de estudio, sus usos en el campo de la salud mental, en la vida con otros, y sus aplicaciones. Creo que este libro pertenece a la estirpe de los que condicionan una necesaria reflexión para sustentar alternativas de cambio, como arma de lucha contra el poder que ciega, como elemento de discriminación y también de rebelión, de modo que favorece la construcción de elaboraciones esclarecedoras. Es dinámico y está lleno de citas, referencias, prácticas y experiencias, que no buscan ajustarse a modas del momento y que, conociendo los utillajes científicos relevantes, los presenta y explota con sabiduría en sus páginas, donde la maestría de las autoras consigue ampliamente superar los riesgos inherentes al empeño. El conjunto de esta obra es un acercamiento comprensivo al MPAS que muestra la complejidad de la salud mental y la aborda explorando desde diferentes ángulos, vertientes y niveles, con un pensamiento en espiral, no lineal. Genera así una urdimbre trascendente de significaciones y resignificaciones con una actitud de extrañamiento intelectual, dotada de método, analítica, en definitiva, la adecuada en el discurso del conocimiento científico, y que se sitúa al margen de intereses espurios, confronta creencias por más que estén sostenidas por el poder dominante y busca ofrecer bases suficientes para un cambio imprescindible.

Para terminar, recordando a Montaigne (“es el gozar, no el poseer, lo que nos hace felices”), expresar que esta edición de la AEN nos regala un libro que junto a un conocimiento y una apuesta profundos, junto al agudo análisis crítico que contiene, resulta gratificante y estimulante para el cambio que enfrenta la reproducción del poder alienante en salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Kinderman P, et al. The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society, 2018.
- 2 Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Kinderman P, et al. The Power Threat Meaning Framework: Overview. Leicester: British Psychological Society, 2018.
- 3 Johnstone L, Boyle M. El Marco de Poder, Amenaza y Significado. Hacia la identificación de patrones de sufrimiento emocional, experiencias inusuales y comportamientos problemáticos o perturbadores como una propuesta alternativa a los diagnósticos psiquiátricos funcionales. Madrid: AEN, 2022. Disponible en: <https://aen.es/wp-content/uploads/2022/01/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-Versi%C3%B3n-extensa-1.pdf>
- 4 Johnstone L, Boyle M. El Marco de Poder, Amenaza y Significado. Publicación abreviada. Madrid: AEN, 2018. Disponible en: <https://aen.es/traduccion-inedita-al-espanol-de-el-marco-de-poder-amenaza-y-significado/>

Un viaje exploratorio por las premisas, la ciencia y las prácticas de salud mental

An Exploratory Journey Through the Assumptions, Science and Practices of
Mental Health

MIGUEL A. VALVERDE EIZAGUIRRE

Psicólogo clínico y trabajador social. Jubilado. ORCID iD: 0000-0002-5574-9049.

Correspondencia: valverdema@hotmail.com

José GARCÍA-VALDECASAS, Amaia VISPE (2023). *Postpsiquiatría. Textos para prácticas y teorías postpsiquiátricas* (2ª ed.). Barcelona: Herder. ISBN: 978-84-254-4877-5, 469 páginas.

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0
(Atribución-No Comercial-Compartir igual).



TENEMOS ENTRE MANOS la segunda edición de *Postpsiquiatría. Textos para prácticas y teorías postpsiquiátricas*. La primera se publicó en 2018. Fue una edición corta en número que desapareció rápidamente. Esta nueva versión consiste en una recomposición distinta de la previa en varias partes e incluye varios añadidos que consideran nuevas cuestiones posteriores.

Se podría abordar esta obra de Valdecasas y Vispe como si fuera un libro de viajes que transita por el extenso campo de conocimiento en salud mental, donde cada ciudad visitada incluye un análisis en profundidad de la misma que justifica la relevancia de detenerse en ese lugar. La motivación para acometer esta exploración se encuentra en la vocación inicial de sus autores, que los llevó a orientarse hacia el

campo de la salud mental. Nos dicen que el origen de la incursión vertida en este libro se manifiesta inicialmente en la creación de un *blog* para tratar ciertas cuestiones que ven como pertinentes sobre el campo en el que ejercen. Se trata del *blog* “postPsiquiatría” (1), que destinarán a recoger sus preguntas y hallazgos en base a las experiencias y las lecturas que irán encontrando.

Al igual que otras personas que deciden partir al encuentro de las prácticas de ayuda en salud mental, los autores, casi en el mismo puerto de partida, intuyen que hay algo extraño, algo que sienten disonante entre lo que se estudia en los libros y lo que dicen quienes enseñan la profesión y la práctica real que se realiza a pie de obra, es decir, una disonancia entre lo que uno creía que debería ser su trabajo y la ayuda que se desea proporcionar y lo que en realidad es el campo de la salud mental.

En ese punto crucial, que casi todos los profesionales viven al inicio de su labor, algunas personas se esfuerzan en acomodarse a la situación y estudian, incluso mucho, para entender y aceptar la práctica habitual, mientras que otros se plantean preguntas.

Los autores de este libro tomaron la segunda vía. Eligieron explorar el campo con el deseo de iluminar los puntos confusos y discordantes. Para este tránsito se dejaron guiar por la intuición alimentada por su curiosidad y así encontraron preguntas, y de cada esbozo de respuesta, siempre incompleta, surgió un nuevo abanico de preguntas. Esta es una verdadera actitud científica, porque en la curiosidad, de la que nacen las preguntas, y en el conocimiento encontrado, que abre muchas otras, se fundamenta la ciencia, tanto en el laboratorio como en el resto de los ámbitos de indagación. Este es un camino que requiere mucho estudio, muchas horas de lecturas, y escuchar a muchos otros, pero a su vez precisa también de mucha reflexión personal. No es este un camino en el que se transita por terrenos asfaltados y seguros, no es campo para las certezas diáfanas, no hay rutas directas y llanas, pero al navegar por estas vías existe la posibilidad de encontrar datos, perspectivas y conocimientos no previstos, a veces muy fundamentados, que pueden ser divergentes respecto al discurso académico y al de la práctica dominante, e incluso uno se puede topar con cosas que no desearía encontrar. Es una exploración que conlleva riesgos inevitables: lo que en un momento parece asentado puede que con la visita a otro puerto deje de serlo.

De esto trata el libro de Valdecasas y Vispe, de su exploración personal, de sus visitas a distintos puertos de conocimiento y de lo que allí encuentran.

La trayectoria que nos presentan es una muy lógica y factible y llena de sentido. No obstante, otros autores o incluso ellos mismos podrían haber llevado rutas exploratorias distintas e igualmente válidas. Aquí las preguntas y los descubrimientos encajan unos con otros; es como si nos dijeran: y entonces me pregunté esto; cuando indagué sobre ello, obtuve esto otro, lo que me hizo preguntarme sobre aquello; y así sucesivamente. Este es un trayecto inacabado, ya que el campo mismo es enorme: siempre hay más para preguntar y conocer.

A modo de presentación de su inquietud inicial percibida en torno a la práctica diaria, el libro parte con un jugoso comentario a propósito de la sugerente obra *Monte Miseria* (2). Una novela clarificadora sobre la práctica psiquiátrica contemporánea, que trata de la exploración de la ayuda profesional desde los ojos de un psiquiatra residente perplejo. De la misma presentan y sustancian varias cuestiones e interrogantes. Los siguientes puertos en los que recalán son el artículo de Bracken y Thomas “*Postpsychiatry: a New Direction for Mental Health*” (3) y otro posterior con más autores (4). Dos escritos que marcan una diferencia, en los que se perfilan nuevas prácticas, se señalan diferentes bases conceptuales, a la vez que se critican de forma incisiva las premisas de la psiquiatría de la corriente principal. Los comentarios a estos dos elementos de inspiración se enmarcan en un primer capítulo más amplio titulado “¿El fin de la psiquiatría?”. Los primeros pasos del libro indican a las claras que este puede contener verdaderas cargas de profundidad.

Desde el principio de este libro se hacen evidentes algunas fallas tanto en el conocimiento como en la práctica de la salud mental, y se abre una gama inmensa de preguntas que los autores en su propia ruta irán abordando. Este libro de interrogantes y hallazgos relata el tránsito que los autores han prolongado durante años, explorando numerosas rutas que fueron volcando a su *blog*. Encontraremos cuestiones, dudas, argumentos, datos, etc., siendo numerosas las cuestiones tratadas. Se trata de un viaje nada árido que visita e ilumina múltiples lugares diversos y muy pertinentes, mostrando las luces y las sombras de los mismos. Se puede agradecer a los autores su esfuerzo en indagar las poliédricas cuestiones que debaten y por volcarlas en las páginas de forma comprensible y amena.

El lector que decida acompañarlos en este periplo, algo muy recomendable, tanto a los de más experiencia como a los que se inician en el campo, aunque también interesante para cualquiera que encuentre atractivo el campo de la salud mental, se acercará de forma suave y estimulante a numerosas cuestiones, y entre muchos otros temas podrá reflexionar sobre los fundamentos filosóficos del conocimiento en salud mental, las clasificaciones psiquiátricas, el diagnóstico y su relación con la clínica y la investigación, la eficacia de los psicofármacos y los modelos de acción de los mismos, los dilemas asistenciales y el funcionamiento de los servicios, los distintos conceptos usados en psiquiatría (como la psicosis y la esquizofrenia, el psicoanálisis...), las técnicas clínicas junto a su eficacia y riesgos, además de diversas cuestiones éticas que afronta el campo, como la actividad de la industria farmacéutica, los conflictos de interés, la medicalización de la vida cotidiana y de la infancia, el valor de las narrativas y la palabra de quienes experimentan sufrimiento mental.

Las bases que sustentan los debates de este libro son los estudios científicos, las cuestiones éticas y la crítica científica. Y son visitados más de treinta asuntos pertinentes en salud mental. Aquí no hay complacencia del tipo de mirar en una direc-

ción mientras se ocultan otros aspectos. En realidad prima el propósito de despejar las preguntas que se pueden hacer en cada una de las cuestiones tratadas y lo que las repuestas según la ciencia sugieren. No es un libro académico que se usará en las universidades, pero lo es en otro sentido ya que revisa las cuestiones basándose en pruebas científicas; útil para cualquier profesional que desee considerar la práctica diaria, si acepta entrar en este campo dispuesto a indagar y a hacerse preguntas, incluso aunque incomoden: es un libro para los que entienden el conocimiento como una actividad dirigida por la curiosidad y que obliga a mantener los ojos abiertos. Un libro estimulante para quien desee saber de las cuestiones y dilemas reales que se presentan en la clínica, y seguramente además de ayudarle a saber más lo disfrutará.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 postPsiquiatría. [Blog] [Consultado en agosto de 2023] Disponible en: <http://postpsiquiatria.blogspot.com/>
- 2 Shem S. Monte Miseria. Barcelona: Anagrama, 2006.
- 3 Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry: a new direction for mental health. *BMJ* 2001; 322 (7288): 724-727.
- 4 Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster C, et al. Psychiatry beyond the current paradigm. *Br J Psychiatry* 2012; 201: 430-434.

Las vicisitudes del *self* según Kohut

The Vicissitudes of Self according to Kohut

FRANCISCO BALBUENA RIVERA

Departamento de Psicología Clínica y Experimental. Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte, Huelva. ORCID iD: 0000-0003-4242-1033

Correspondencia: Francisco Balbuena Rivera (balbuena@uhu.es)

Charles B. STROZIER, Konstantine PINTERIS, Kathleen KELLEY, Deborah CHER (2023). *The New World of Self. Heinz Kohut's Transformation of Psychoanalysis and Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press. ISBN: 9780197535226, 272 páginas.

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



PARA QUIENES NO CONOZCAN o estén suficientemente familiarizados con el pensamiento clínico de Heinz Kohut (1913-1981), un importante psicoanalista, este libro colectivo en torno al *self*, que suele traducirse como “sí mismo”, a las ideas acerca de este y lo que ello implicó para Kohut en el encuadre analítico les resultará de gran interés. Y es que, apoyándose en su experiencia clínica y hondo conocimiento de las patologías narcisistas, la obra kohutiana marca un antes y un después en el psicoanálisis contemporáneo. Dando fe de ello, en un vídeo de 2022 titulado “*A New Paradigm for Psychoanalysis: Heinz Kohut and the Self Psychology Study Group*” (1), Jeffrey Stern, David Terman y Charles Strozier, historiador y biógrafo de Kohut (2), debatían en torno a tan interesante tópico. Lejos de terminarse ahí, Strozier proseguía el debate en el libro que ahora reseñamos. En su prefacio, sus autores ya nos advierten que exponer el complejo pensamiento de Kohut no es tarea fácil, res-

ponsabilizando en parte de ello al propio Kohut, cuyo estilo de escritura era difícil de seguir en su hilo argumental.

A pesar de esto, sin duda, Kohut fue un analista inigualable que materializó un cambio paradigmático desde el modelo clásico freudiano tripartito (ello/yo/superyó), asentado en una elaborada teoría de instintos e impulsos, a otro donde el *self* es concebido como un constructo holístico. Tal logro, según los autores del libro, convierte a Kohut en alguien a la altura del mismísimo Freud. Para apoyar esto, afirman que Kohut hizo por el *self* lo que Freud llevó a cabo por el inconsciente. Más aún, Kohut reimaginó la psicoterapia en un modo inclusivo, en una era de diversidad y cambio social, confiriendo a la empatía y la mutualidad un rol capital en el proceso terapéutico. Su creatividad alcanza así su cota máxima desde los años 60 hasta 1981, cuando, después de luchar durante diez años contra el cáncer que le aqueja, fallece dejando inacabados distintos escritos técnicos.

La empatía, de esta guisa, al contrario que Freud, quien la dio por supuesta en el encuentro clínico, fue explorada y teorizada por Kohut, quien, al ensalzarla, llegó a la idea de que el saber psicoanalítico era la “ciencia del alma humana” (3). A través de la empatía (Cap. 1. “A Psychology of Empathy”; pp. 1-12), a entender de Kohut, accedemos al mundo interior del otro, mientras que con la introspección lo hacemos al nuestro. Más aún, la empatía como introspección vicaria es el único modo que hay para conocer en psicoanálisis y psicoterapia. Con todo, ambos accesos, la empatía y la introspección, le consta que son seriamente cuestionados por la ciencia. No obstante, pensar en el valor terapéutico de la empatía condujo a Kohut a reconsiderar el significado de la transferencia. El analista, a tenor de esto, fue considerado por Kohut no como una figura transferencial, sino como el portador de la realidad psíquica arcaica, temprana, del paciente.

A ojos de Kohut, de este modo, la empatía es el oxígeno de la vida psíquica, el *sine qua non* de nuestra existencia, de tal modo que si la realidad psíquica es abordada no empáticamente, esto es, a través de una medición y descripción externa, el resultado será una concepción del psiquismo mecanicista y ausente de vida. Aun primando la empatía, es reacio sin embargo a prescribir cómo debe llevarse a cabo el proceso analítico.

De igual modo, el trabajo clínico de Kohut no podría entenderse sin aludir a la controvertida noción de objeto-*self* (Cap. 3. “The Self-Object Transferences”, pp. 25-41). De su debate teórico-técnico, en el que no entraremos aquí por razones de espacio, el lector/a podrá encontrar sobrada literatura referida en el libro que reseñamos. Sucintamente, eso sí, decir que, para Kohut (4), al contrario que Freud, el *self* y los otros (objetos) no existen en reinos separados, como tampoco las relaciones con los otros excluyen el narcisismo. Y es que para Kohut nosotros “usamos” a los otros al servicio de nuestro *self*, experimentando las funciones de los otros como una

parte de nuestro *self*. Nuestros objetos-*self* quedan así concebidos por Kohut en las interacciones que forjamos con los otros.

Un ejemplo paradigmático de interacción humana es la corporeizada entre analista y paciente, donde la presencia de la idealización en la transferencia es especialmente tenida en cuenta por Kohut, como así evidencia al hablar del objeto omnipotente o la idealización de la imago parental. Movilizar tal idealización, constata Kohut, es de gran valor terapéutico para el paciente, cuyo *self* es reestructurado y dotado de elementos con los que hacer frente a los conflictos psíquicos que le atentan en su cotidianidad.

Alternando con esas necesidades de idealización, en el curso del tratamiento, Kohut habla del *self* grandioso, al que categoriza en las formas de fusión gemelar y transferencia espejo. En su último libro (5), sin embargo, Kohut modificará su conceptualización clínica, excluyendo la categoría gemelar del *self* grandioso. Tal grandiosidad, más allá de la clínica, se manifiesta en la vida cotidiana, donde algunos se relacionan con los demás a través de un narcisismo grandioso en el que el otro apenas cuenta.

Pero, ¿cómo concebía Kohut el *self*? (Cap. 4. “Kohut’s Concept of Self”, pp. 42-58). Responder a esto es difícil, puesto que su idea del *self* fue cambiando a lo largo del tiempo a tenor de su experiencia clínica, y nunca quiso así ofrecer una definición absoluta. Aun así, el *self* podría ser definido por Kohut como un sistema que corporeiza una relación humana, esto es, con un otro (6), teorizando acerca de un *self* nuclear, que prima sobre otros *selves*, que, aun contradictorios, habitan en cada uno de nosotros. El *self*, en primera instancia, es un *self* virtual, un *self* que se construye en las tempranas interacciones madre-bebé, que, merced a los cuidados maternos, se torna en un *self* real, dejando así de ser virtual (7). De lo que acontezca en el forjamiento de tal temprano vínculo afectivo, dependerá el ulterior desarrollo psíquico y emocional del sujeto. En ocasiones, también, a lo largo de nuestra vida, la multiplicidad de *selves* que caracteriza nuestro devenir existencial debuta a través de un *self* fragmentado, cuyos subproductos son la ira y la agresión (Cap. 5. “Rage and Aggression”, pp. 59-70). En este aspecto, mientras ve la ira como dañina, asociada a la violencia, Kohut juzga la agresión como una expresión asertiva, de afirmación de la vida, a la que desvincula de la mera destructividad gratuita hacia otros. Del otro importante impulso humano, el sexual, y del uso que de él hacemos para satisfacer cualesquiera necesidades, físicas, afectivas, etc., se ocupa después (Cap. 6. “Sexualization and Self Soothing”, pp. 71-81). Apunta aquí la gran diferencia que para él existe entre la actividad sexual y la sexualización, a la que juzga como una expresión de la debilidad de nuestro *self*, mediante la que se intenta calmar, aliviar, la amenaza psíquica de fragmentación, a la vez que compensar ciertos déficits. En el encuentro sexual hay un otro; en la sexualización se sirve uno de otro. En el primero, la otredad está presente, mientras en la segunda no

existe. Con todo, cada época histórica marcará cómo lo sexual es concebido y desplegado a la hora de interactuar o de cosificar al otro en la esfera íntima sexual.

En un plano bien diferente, el vasto y rico universo de los sueños es interpretado por Kohut dentro del vocabulario del *self*. A este respecto, junto al abordaje freudiano de los sueños, distingue lo que él llama *self-state dreams*, elaboraciones oníricas que atribuye a quienes padecen desórdenes del *self*. Como resultado de ello, tales producciones oníricas representan para Kohut la intrusión de una tensión en el *self* que reflejaría la amenaza de fragmentación y/o disolución. Con todo, nunca se ocupó en profundidad de este asunto, al que no consagró libro o artículo alguno (Cap. 7. “Kohut’s Dreams”, pp. 82-95). Solo, brevemente, indagó acerca de ello en una sección de su libro *The Restoration of the Self* [La restauración del sí-mismo] (7), desarrollando una teoría coherente de los sueños sirviéndose de sus casos clínicos. Para apreciar la originalidad de Kohut en este terreno, en el apéndice del libro que reseñamos, se incluyen sueños interpretados por Kohut, a los que se añade una base de datos *online* que puede consultarse también (Appendix. Kohut’s Dreams, pp. 155-195).

En torno a la cura, Kohut también introduce su particular visión respecto al camino para lograrla en terapia (Cap. 8. “Healing in Psychotherapy”, pp. 96-107). Para ello es aquí crucial que se dé lo que llama *transmuting internalization* (un proceso intersíquico y relacional que permite al sujeto el descubrimiento de su *self*). Este proceso, dentro de un contexto de empatía, reposaría en lo que designa la frustración óptima o fracaso, merced a la cual, frustrando moderadamente al sujeto, vía la *transmuting internalization* (4), este sería capaz de erigir nuevas estructuras psíquicas con las que encarar los conflictos y dificultades que le asedian. En último término, pues, lo que cura es la empatía.

De aceptarse esta última idea, la subjetividad del analista no quedaría constreñida a la mera contratransferencia, sino a una mutualidad psíquica, en donde paciente y analista se influyen mutuamente. En este espacio terapéutico co-creado, el sujeto se debate entre un pasado traumático que le persigue y un futuro diferente que atisba posible mediante el trabajo clínico colaborativo (Cap. 9. “Further Thoughts on Therapeutic Action”, pp. 108-116).

Vinculado a lo anterior, como es de sobra conocido, el proceso terapéutico que se inicia debe también terminar (Cap. 10. “Termination”, pp. 117-128). Esto último, desde una perspectiva psicoanalítica clásica o freudiana, implica que, sin el proceso de duelo aparejado a la terminación del tratamiento, este queda en algún modo inconcluso. Kohut, por el contrario, como marcadores del final del tratamiento, alude a los cambios operados en el *self* del paciente, perceptibles en la empatía, el humor, la creatividad y la sabiduría que el paciente pone de manifiesto, merced a los cuales ya no precisa del analista como un *self-object* que apunte y nutra su *self* fragmentado y traumatizado por eventos pretéritos de su universo psíquico.

A modo de digresión, más allá de la clínica, dada su insaciable curiosidad intelectual, Kohut es un lector voraz de los escritores de su tiempo, como de los músicos, cuyas obras conoce en parte gracias al trabajo de concertista de piano y cantante de ópera que su padre y madre realizan respectivamente en grandes mansiones ante familias de alta posición en Viena. El posterior auge del nazismo, desencadenante de un antisemitismo sin precedentes, y la condición judía de Kohut harán que el estimulante ambiente cultural vienés ya no forme nunca más parte de su itinerario vital al exiliarse a Chicago en la década de los años 40. Así, será solo en 1957 cuando, acompañado de su esposa y su hijo Tom, reúna las fuerzas suficientes para regresar a su amada Viena y reencontrarse con sus fantasmas y amores del pasado (Cap. 11. “Politics, Leadership, and Creativity”, pp. 129-141).

El perfil marcadamente humanista del trabajo clínico de Kohut, ya aludido antes cuando decíamos que para él el psicoanálisis es la “ciencia del alma humana”, cabe ser conectado con su identidad judía y sus ideas acerca del *self*, que algunos vinculan con el misticismo oriental y las tradiciones budistas, dentro del secularismo científico que dio a su obra (Cap. 12. “Kohut’s Spirituality”, pp. 142-152). Para Kohut, el error capital de muchos practicantes del psicoanálisis es olvidar que el sanador psicoanalítico, esto es, el analista, emerge de una tradición mística modificada. Al afirmar esto, algunos acabaron tildando a Kohut de un analista junguiano, cuando lo que hace es concebir la religión no al modo freudiano, a saber, como una neurosis obsesiva colectiva, sino como una “pobre ciencia”, que, alejada de un marco empírico-positivista, confiere significado y coherencia psicológica en nuestras vidas, al menos para quienes profesan algún credo religioso.

De este modo, el respeto y amor al otro, al que distintas religiones aluden, resultan materializadas para Kohut en la empatía, a través de la cual el clínico, en el uso de su rol, además de conocerse a sí mismo, se convierte también en el poseedor de los más profundos temores y ansiedades de sus pacientes. A ojos de Kohut, desde esta perspectiva, la gran tragedia humana concierne a la idea de nuestra finitud, de nuestra transitoriedad mundana.

El programa vital o destino de nuestro *self* culminará, de este modo, en la muerte, que, lejos de ser para Kohut, un final aterrador, es el último ascenso de nuestro *self* en la afirmación misma de la vida. En torno a este sentido trágico final de la existencia humana, próximo para nosotros al sentido orteguiano, es poco conocida la asistencia de Kohut a la Iglesia unitaria, donde incluso daba ocasionalmente sermones. Dada su condición judía, resulta extraño y oscuro para algunos saber qué motivaciones llevaron a Kohut a asistir a dicha congregación religiosa.

Como colofón, de vuelta a la empatía, en su epílogo, los autores del libro hacen referencia a la última conferencia que Kohut pronunció solo cuatro días antes de su muerte en Berkeley. En ella la empatía y la interpretación, y no solo la interpretación,

como ocurre en Freud, resultan cruciales y determinantes para el proceso de cura. En esa conferencia, que debió interrumpir treinta minutos después de su inicio, al encontrarse muy fatigado, aclaró las confusiones que algunos manifestaban acerca de su psicología del *self*; cuando afirmaban que confundía empatía con simpatía; que su modelo clínico edulcoraba la agresión; y que, en su praxis clínica, alentaba a que los analistas se limitaran a ser simplemente agradables con sus pacientes (Epílogo. “Empathy Heals. The Final Lecture”, pp. 153-54). Tras este epílogo, el libro continúa con el apéndice que ya citamos (Kohut’s Dreams), finalizando el mismo con las notas de las fuentes consultadas, la concordancia de casos, los créditos, otras notas y un índice.

Finalmente, dando fin a nuestra reseña, quisiéramos señalar que, entre nosotros, algunos estudiosos y profundos conocedores del extenso y complejo saber psicoanalítico, como fue el profesor y gran clínico Antonio Sánchez-Barranco (8), han mostrado ciertas reservas hacia la conceptualización clínica de Kohut. Entre ellas, alude a que, si bien algunos de los asertos kohutianos poseen una base observacional evidente, fundamentalmente clínica, también implican conceptos discutibles, por su carácter especulativo, entre los que cabe citar el *self* grandioso y exhibicionista, la necesidad de admiración incondicional del niño/a en un momento de su desarrollo o el mantenimiento de la etapa de perfección absoluta para no perder el equilibrio narcisista. Y es que, como afirma Peterfreund (9), atribuir todas estas características a la infancia podría acarrear asumir una proyección sobre el niño/a de hechos que quizás estén en la estructura personal o en la conducta de algunos adultos, y no ya en la del propio infante.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Chicago Psychoanalytic Institute. Julio de 2022. Disponible en YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=BLAGE6_a9yc
- 2 Strozier CB. Heinz Kohut: The making of a psychoanalyst. New York: Farrar, Strauss & Giroux, 2001.
- 3 Orstein P (ed.). The search for the self: Selected writings of Heinz Kohut. New York: International Universities Press, 1978.
- 4 Kohut H. Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad. Buenos Aires: Amorrortu, 1977.
- 5 Kohut H. ¿Cómo cura el psicoanálisis? Buenos Aires: Paidós, 1986.
- 6 Terman DM. Self psychology. En: Gabbard GO, Litowitz BN, Williams P (eds.). Textbook of psychoanalysis New York: American Psychiatric Publishing, 2011; pp. 199-209.
- 7 Kohut H. La restauración del sí-mismo. Barcelona: Paidós, 1980.
- 8 Sánchez-Barranco A. El psicoanálisis postfreudiano: La escuela kleiniana. Sevilla: Arquetipo, 1993.
- 9 Peterfreund E. Some critical comments on psychoanalytic conceptions of infancy. Int J Psychoanal. 1978; 34: 313-324.

En contra de las guerras

Against Wars

FLORENCIO MONEO MARTÍN

Escritor. Psiquiatra. Psicoterapeuta de grupo.

Correspondencia: florenmoneo3@gmail.com

Iñaki MARKEZ (2023). *Freud y Einstein no van a la guerra*. Bilbao: Ediciones Beta. ISBN: 978-84-19227-30-0, 254 páginas.

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0
(Atribución-No Comercial-Compartir igual).



EN ENERO DE 2023 salió publicado el libro *Freud y Einstein no van a la guerra*, de Iñaki Markez. En el espacio acotado de 254 páginas, desde una perspectiva psicosocial, el autor entra a analizar en profundidad su tema con una estructura de obra (precedida por el prólogo de Jorge L. Tizón) consistente en seis apartados: “Presentación”, “Las guerras alejan la cultura y la paz”, “Nos rodean violencias con muchas caras”, “Sigmund Freud y Albert Einstein no fueron a la guerra”, “Guerras recientes de hoy”, coda final y una amplia bibliografía de 212 obras referenciadas al final del volumen.

La tesis que defiende el autor bajo el paraguas de los nombres propios de los dos creadores más generosos del siglo xx es la idea de que las guerras alejan la construcción permanente de la cultura y la paz en el gran grupo social de la humanidad.

Markez escribe que “algo no va bien” cuando expone las razones que lo han empujado a escribir el libro. Añade: “La preocupación por las guerras... me ha llevado a este texto que se pretende sea de divulgación y espero aporte un poco de

conocimiento con información olvidada o desconocida, y permita la reflexión sobre cuestiones que, a pesar de formar parte de relatos muy mediáticos, están causando enorme dolor y destrucción”. Menciona una frase escrita por Albert Camus: “Fue en la guerra civil española donde mi generación aprendió que uno puede tener razón y ser derrotado, que la fuerza puede destruir el alma, y que a veces el coraje no obtiene recompensa”. Señala la falta de consenso a la hora de determinar a qué llamamos violencia (colectiva, social, institucional, de género, juvenil, hacia las personas mayores, económica, etc., etc., etc.). Documenta extensamente tal afirmación partiendo del libro de todos los libros en la cultura judeocristiana: la Biblia.

Hoy, el concepto de violencia es de tipo salud pública. Cita a la Organización Mundial de la Salud, que fijó su significado en su informe sobre salud y violencia de 2002: “El uso deliberado de la fuerza física o de poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Atraviesan su relato la violencia colectiva y política, las guerras, el terrorismo, el fenómeno de la globalización de la guerra, para detenerse en los factores explicativos más allá de la violencia individual: genocidios en Armenia, Ruanda, la Solución Final nazi, el terrorismo político, la desorganización del yo en las personas combatientes (en el filme *Salvar al soldado Ryan*, los soldados llaman a sus madres), las víctimas de la población civil, las víctimas indefensas, niñas, mujeres, ancianas, las violaciones constantes de la Convención de Ginebra sobre los derechos de los prisioneros, el uso de la propaganda gubernamental de exaltación, la privación relativa, la deslegitimación, las movilizaciones masivas de la población, el autoritarismo, la inequidad económica, la agresividad, el odio, el racismo nazi hacia los judíos, gitanos, eslavos, discapacitados, homosexuales, opositores políticos, población urbana (Jemeres Rojos), la imitación de las conductas agresivas propulsadas por algunos medios de comunicación, los videojuegos, la salud pública que defienden muchos gobiernos, que en su conceptualización no la incluyen como un problema fundamental de Salud Pública... Todos ellos producen trastornos emocionales, traumas psíquicos profundos de no fácil curación en las personas y las relaciones entre los colectivos sociales. Al final del segundo capítulo aboga por el necesario desarrollo de una mayor empatía en las relaciones interpersonales –verdadera asignatura pendiente de la humanidad–.

En el capítulo 3, se desarrollan las ideas del autor sobre la biografía de los dos pensadores y actuadores, Freud y Einstein, sobre el desarrollo de los acontecimientos en la realidad. Se detiene en la correspondencia entre ambos y en sus relaciones con las circunstancias de la época que les tocó vivir para ilustrar, a modo de modelos a seguir, el tipo de vida que ejercieron ante los obstáculos casi insalvables que se encontraron. El origen de la correspondencia fue circunstancial. En el año 1931 (fecha de la proclamación de la Segunda República Española), la Comisión Permanente para

la Literatura y las Artes de la Liga de las Naciones (precedente de la actual ONU) encargó al Instituto Internacional de Cooperación Intelectual la organización de un intercambio epistolar entre intelectuales representativos sobre temas escogidos para servir a los comunes intereses de la Liga de las Naciones y de la vida intelectual. Einstein fue una de las primeras personas a las que se dirigió el citado Instituto. Este sugirió como interlocutor a Freud. Así fue como en el mes de junio de 1932 el secretario del Instituto invitó a la participación a Freud. La carta de Einstein llegó a sus manos en agosto. Un mes más tarde, Freud ya tenía escrita la respuesta. Freud y Einstein solo se encontraron en una ocasión, a comienzos de 1927 en la casa del hijo pequeño de Freud, y nunca más volverían a verse.

En marzo de 1933 el Instituto publicó, en alemán, francés e inglés, la correspondencia en París. Su publicación fue prohibida en Alemania (cabe recordar que el Partido Nazi ganó las elecciones el 5 de marzo de 1933). Freud ya había publicado un trabajo sobre el tema en 1915, titulado *De guerra y muerte. Temas de actualidad* (1). Más en concreto, lo aborda en su primer capítulo, “La desilusión provocada por la guerra”. Fue escrito poco después de dar comienzo la Primera Guerra Mundial. No obstante, en ¿Por qué la guerra? (2), Freud toca cuestiones contenidas en sus recientes libros: *El porvenir de una ilusión*, de 1927 (3), y *El malestar en la cultura*, de 1930 (4), donde fija los nuevos conceptos de la cultura como proceso y la pulsión de destrucción. Einstein habla sin rodeos: evitar a la humanidad los estragos de la guerra es un asunto de vida o muerte para la civilización, es preciso penetrar en las oscuridades de la voluntad y el sentimiento humanos, aumentar el conocimiento sobre la vida pulsional del hombre, sugerir métodos educativos ajenos a la política, ser inmune a las inclinaciones nacionalistas, crear un cuerpo legislativo y judicial para dirimir los conflictos, y que las naciones respeten sus decisiones y renuncien a su soberanía en aras de la seguridad internacional, tener en cuenta la existencia de factores proguerra, el afán irrefrenable de poder, los intereses mercenarios, económicos, la fabricación y venta de armas, la coerción del miedo, el control de las escuelas y la prensa, el apetito ubicado dentro del hombre por el odio y la destrucción (dice que piensa en las guerras civiles, una premonición de lo que ocurriría en la España de la Segunda República el día 18 de julio tres años después). Freud responde: las dos pulsiones de vida y de muerte, Eros y Tánatos, se encuentran en una relación de aleación, mezcla que deviene en la modificación de sus metas o en condición indispensable para alcanzarla. Considera una ilusión el objetivo de hacer desaparecer la agresión de la humanidad. Los vínculos y las identificaciones son señalados como importantes factores influyentes. Concluye: “Todo lo que promueva el desarrollo de la cultura trabaja también contra la guerra”.

En el capítulo 4, el autor analiza la guerra de los Balcanes, las de Oriente Medio y la de Ucrania, tan actual. Se centra sobre todo en una de las superpoten-

cias –Estados Unidos–, acompañando sus razonamientos con abundancia de documentación e interpretación política, sin dejar de lado las otras: Rusia, China, Reino Unido, Francia y los países emergentes –por ejemplo, India o Brasil–.

Deja para el final la coda. Cita a Milan Kundera, que dejó escrita esta idea: “Para liquidar a los pueblos se empieza por privarlos de la memoria. Destruyen sus libros, su cultura, su historia”.

Muy recomendable la lectura de este ensayo de Iñaki Markez en el momento proceloso actual histórico que vivimos en vivo y en directo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Freud S. De guerra y muerte. Temas de actualidad y otros textos. Buenos Aires: Amorrortu, 2017.
- 2 Freud S. ¿Por qué la guerra? Obras Completas. Tomo XXII. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986; pp. 179-198.
- 3 Freud S. El porvenir de una ilusión. Buenos Aires: Amorrortu, 2016.
- 4 Freud S. El malestar en la cultura. Madrid: Alianza Editorial, 2010.

Epistemologías del sur: memoria e historia social de la psiquiatría chilena. La experiencia comunitaria de Temuco

Epistemologies of the South: Memory and Social History of Chilean Psychiatry. The Community Experience of Temuco

CÉSAR LEYTON ROBINSON

Línea de investigación de Estudios Biopolíticos y Humanidades Médicas. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera. Temuco, Chile.

Correspondencia: cesar.leyton@ufrontera.cl

Rosa TORRES, Claudia ARAYA (2023). *Psiquiatría comunitaria en el sur de Chile: Temuco y Nueva Imperial, 1968-1973*. Santiago de Chile: Ediciones Escaparate (Colección "Historia política y social de la ciencia"). ISBN: 978-956-394-099-2, 203 páginas.

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



La psiquiatría comunitaria no es un pedazo de la psiquiatría, la psiquiatría comunitaria es la psiquiatría. Toda la psiquiatría es comunitaria, ¿de dónde salió este asunto entonces de la psiquiatría comunitaria? La psiquiatría comunitaria es una fabricación como título, no como vivencia

Martín Cordero

CON ESTA CITA DEL PROFESOR CORDERO se inicia este libro, que da cuenta de una de las experiencias de salud mental comunitaria más representativas, pero también más desconocidas, del Chile anterior a la dictadura de Pinochet. Esta ex-

perencia tuvo lugar en Temuco y Nueva Imperial (en el sur del país) entre 1968 y 1973, y fue liderada por Martín Cordero y Ruth Obrecht.

No es casualidad que este libro se publique cuando se cumplen cincuenta años del Golpe Cívico Militar que puso fin no solo a la vida de miles de chilenos, sino también a todas las utopías que se estaban construyendo en el Chile de la Unidad Popular. A partir de la década de los sesenta del siglo XX y al igual que otras iniciativas transformadoras, la psiquiatría había experimentado un proceso colectivo de cambio en el que lo comunitario y lo colectivo pasaron a un primer plano con la incorporación de recursos procedentes de la antropología, el trabajo social, el arte como terapia, etc. Es lo que algunos historiadores de la psiquiatría hemos definido como “La vía chilena a la psiquiatría social” (1).

El desmantelamiento de todas estas iniciativas en los llamados “años del plomo” de las dictaduras latinoamericanas (2) conllevó una nueva consolidación del asilo, ahora bajo el régimen militar, que encubriría la miseria y la pobreza de una población totalmente abandonada que fue víctima de segregación y aporofobia en el marco de los llamados “ajustes económicos en políticas públicas”, es decir, de la eliminación del gasto social impuesto a golpe de metralla y decreto por el capitalismo salvaje de la economía neoliberal.

Pero antes del horror existió el valor; antes de la incertidumbre de la violencia, la razón de la democracia social. Un nuevo tipo de abordaje en salud mental que apelaba a la “realidad chilena” y se atrevía a construir algo inédito, un proyecto que llegó a ser reconocido internacionalmente: “En los años sesenta del siglo pasado, las investigaciones científicas y epidemiológicas sobre alcoholismo habían convertido al país en modelo a seguir en América Latina. Chile, su psiquiatría y salud mental, formaban parte de redes de estudio, intercambio y colaboración importantes en el continente. A fines de la década de 1960, las experiencias de psiquiatría comunitaria del Dr. Juan Marconi y Martín Cordero, en Santiago y Temuco, respectivamente, adquirieron prestigio internacional y nuevamente el país se convertía en centro de demostración de políticas públicas pensadas en Chile y para la realidad chilena” (pp. 13-14).

Como en toda buena investigación, las autoras se hacen preguntas. Un modelo “tan innovador y eficiente” como fue la experiencia de Temuco y Nueva Imperial quedó ausente de la memoria colectiva, “ha permanecido silente hasta el día de hoy. Esta comprobación nos provoca algunas interrogantes: ¿existen acontecimientos sociopolíticos tan poderosos y trascendentes que afectan de tal manera el emerger de esta experiencia?, ¿no existe por parte de nuestra comunidad de especialistas real interés por mirar el pasado de lo que ocurrió -y pudo seguir ocurriendo- con las personas que sufrían enfermedades psiquiátricas en una localidad de nuestro país?” (p. 14)

El interrogante resulta trascendente porque la violencia de la dictadura se extendió a la destrucción, depuración y olvido de un importante trabajo colectivo

e interdisciplinario. Durante casi cincuenta años, algunos de sus protagonistas sobrevivientes guardaron y atesoraron las pruebas documentales y el recuerdo de esta experiencia, lo que ha constituido las fuentes con que la psiquiatra -y discípula de Martín Cordero- Rosa Torres y la prestigiosa historiadora Claudia Araya han contado para elaborar esta monografía, que hubiera sido imposible sin los relatos de dichos protagonistas. Una obra que no solo habla de psiquiatría, sino también de justicia social, de reivindicación de una generación de profesionales y no profesionales perseguida por una dictadura que trató de desacreditar a los múltiples proyectos sociosanitarios que contaron con la participación de los que más lo necesitaban, los pobres de la ciudad y la ruralidad.

Por eso, las autoras manifiestan que: “Pasados ya más de cincuenta años de una experiencia de alcances pocas veces vistos en la psiquiatría chilena, este libro pretende ser, además, un acto ético/profesional de justicia hacia todas las personas que participaron de dicha experiencia, olvidada por tantos años y desarrollada en un periodo histórico en que la psiquiatría comunitaria no había sido implementada en los programas estatales de salud y que no formaba parte, como hoy, de la moda o del estilo de hacer psiquiatría comunitaria sostenida solamente por el discurso oficial” (p. 14).

Se trata, sin duda, de un libro que rescata una historia “incómoda” para el pensamiento hoy hegemónico, que hace suyo un proyecto de salud pública. Un proyecto que no cree en los índices y variables economicistas, sino en las experiencias sociales basadas en las reflexiones conjuntas de un equipo que democratizó el conocimiento y la responsabilidad del papel asumido frente al grupo, donde la comunidad y el sujeto de esa comunidad construye la psiquiatría. En palabras del Dr. Cordero, rescatadas por las autoras: “Pero todavía no se ha conseguido lo que yo creo que es la psiquiatría comunitaria, que es psiquiatría no en la comunidad o para la comunidad, sino con la comunidad y esto significa una cosa muy sencilla, significa que el control, el *feedback* del éxito o del fracaso de sus acciones pasa por la consideración organizada de la comunidad o, desorganizada, como usted quiera, pero casi siempre organizada; que de alguna manera le va mostrando a usted cuál va siendo la repercusión real de sus acciones” (p. 15).

El seguimiento psicosocial aparece en la experiencia de Temuco como una alternativa a la falta de recuperación integral de los pacientes y a su supuesto camino hacia la cronicidad. La incorporación del trabajo social resulta fundamental en este propósito. La cara social de la patología ayudó en la construcción de diagnósticos y tratamientos; se rompió con la jerarquización, que negaba el intercambio de conocimiento y de responsabilidades colectivas e individuales del equipo; se instruyó a los técnicos, auxiliares paramédicos y personal administrativo en conocimiento actualizado de los trastornos mentales. Los espacios comunes se convirtieron en espacios de reciprocidad y aprendizaje en conjunto. Esto fue fundamental, ya que este personal es el que permanecía junto a los pacientes más tiempo.

Así se generó, en este contexto, la psiquiatría comunitaria en Temuco, con calidad técnica, prevención, tratamiento y rehabilitación. Merece la pena destacar el significativo antecedente que supuso la labor pionera del Dr. Jacobo Numhauser, quien organizó en 1962, en el hospital regional de Temuco, un primer espacio de asistencia psiquiátrica, que abrió el camino, aún no comunitario, pero sí con nuevos bríos de transformar esta especialidad. La relación entre psiquiatría y comunidad fue recordada años después por el propio Numhauser en un bello texto titulado “Temuco, psiquiatría y comunidad: un bosque de araucarias”, en el que afirma que: “Por primera vez la comunidad intervino activamente en el Servicio de Psiquiatría: sacerdotes, profesores, policías, participaban de las tareas de cuidado, en la pesquisa de casos, en la atención oportuna de las recaídas y en la reinserción social de los pacientes. La ciudad de Temuco entera se mostró dispuesta a ayudar en estas tareas, a integrarse a los desafíos. Todos los otros servicios clínicos del hospital convivían con nosotros en un trabajo de cooperación recíproca, lo que hizo que la psiquiatría fuese vista como una genuina especialidad de la medicina” (3).

En 1964 el Dr. Numhauser se retira de Temuco para hacerse cargo del hospital psiquiátrico de Santiago y en su reemplazo llegan dos jóvenes médicos que se convierten en los líderes de esta nueva forma de hacer y enseñar psiquiatría con y para la comunidad: el Dr. Martín Cordero y la Dra. Ruth Obrecht. Ambos psiquiatras, el primero formado en la Universidad de Concepción y la segunda en la Universidad de Chile. Su voluntad reformadora los lleva a buscar nuevos espacios, escapando de las salas hacinadas del hospital para encontrar una casa anexa, donde se generará una mejor relación con la terapia ocupacional. Para Martín Cordero, la terapia no era solamente buscar un trabajo eficiente y remunerado, era, además, establecer un diálogo con el paciente y darle un lugar en el mundo, no como un sujeto-herramienta, al modo de la laborterapia o la ergoterapia para resolver un estorbo, sino valorando el sujeto afectado, como lo desarrollaba la moderna terapia ocupacional “que le da una forma al sujeto distinta de la locura”. En este escenario de actuación, se contó con Lillian Encina, de la Escuela de Artes Aplicadas de Santiago, quien organizó un primer taller que trajo consigo cambios evidentes en las conductas de los pacientes. En 1966 se creó un quiosco de venta de sus productos y una “agencia de empleo”, imitando el modelo inglés, para los que siguieran desarrollando trabajos textiles y orfebrería. Estos cambios generaron resistencias de los grupos de médicos más conservadores, tal como lo denunció Teresa Durán, asistente social, clave en el proyecto, que posteriormente se convertiría en una figura relevante de la restauración de la antropología en la región de Cautín, al término de la dictadura. Habría que destacar otras innovaciones, como dejar la institución abierta y sin custodios o que los pacientes participaran en las reuniones clínicas y tuvieran acceso a sus fichas clínicas, cambiando absolutamente una disciplina que históricamente había secuestrado a los pacientes.

El libro da cuenta, asimismo, de las múltiples actividades desarrolladas en el seno de la comunidad terapéutica: diálogos a propósito de proyecciones cinematográficas, una revista en la que se publicaron relatos de los propios pacientes e, incluso, un manual de psiquiatría inédito, elaborado con un lenguaje comprensivo y escrito en colaboración con pacientes, familiares, auxiliares, médicos y asistentes sociales. En definitiva, un corpus teórico-práctico que representaba la democratización del conocimiento en el marco de un proyecto comunitario. En 1968 el equipo organizó un encuentro internacional sobre estudios del alcoholismo en una tierra colonizada con gran población indígena que presentaba abuso de alcohol, así como un simposio de salud mental y educación básica para la zona de Cautín, en el que participaron juntas de vecinos, médicos, jueces y profesores normalistas.

Especialmente interesantes son las páginas dedicadas a la introducción de los primeros neurolépticos (recuérdese que estamos a finales de los años sesenta y primeros setenta) y el abandono paulatino de las terapias biológicas o del miedo, como el coma insulínico o el tratamiento electroconvulsivo.

La colonia agrícola de Nueva Imperial acompaña todo este proceso, acoge a pacientes de territorio Lafkenche como Puerto Saavedra y Carahue, y aspira a ser un espacio de puertas abiertas que rompa, en palabras de las autoras, con la “subcultura de la peligrosidad social del paciente psiquiátrico” (p. 51). Un proyecto autogestionado donde todo el equipo participaba en el cultivo de la tierra, la crianza de animales menores y el sistema sanitario. Un taller de terapia ocupacional donde los familiares de los pacientes también serían formados en la construcción del hospital granja, al igual que en enfermedades mentales. Muchos de los productos fueron negociados con la Industria Azucarera Nacional (IANSNA) para promover los logros y sustentabilidad del espacio autogestionado por la comunidad terapéutica.

Al mismo tiempo, se puso en marcha el programa de salud mental de Pueblo Nuevo (comuna de Temuco), una especie de posta de salud mental organizada en torno a cartografías espaciales que partían de la comuna, el equipo sanitario y los familiares para extender una cadena donde la salud mental fuera responsabilidad también de las instituciones sociales: “ampliar la responsabilidad de la salud mental hacia los organismos institucionales de la comunidad para un trabajo coordinado con los hospitales y con las familias”.

Para concluir, me gustaría resaltar la figura del profesor Martín Cordero, un “espíritu libertario”, como lo denominan las autoras, responsable último del proyecto y de su desarrollo. Cordero respetaba profundamente no solo a los profesionales y trabajadores, sino también a los pacientes, algo trascendental sobre todo en el ámbito de los derechos humanos. Cordero se comprometió con el cambio social en Chile y América Latina. Formó parte activamente de una generación de médicos en la lucha por la justicia social que, atraídos por la reforma agraria, llegaron a las zonas

rurales, como Temuco y Nueva Imperial, donde terminaron siendo asesinados o exiliados por la dictadura militar.

El proyecto de psiquiatría comunitaria en el sur de Chile tiene esta impronta característica de los proyectos de salud pública latinoamericanos: la organización y participación de los movimientos sociales y políticos como respuesta a las políticas de gobiernos conservadores y excluyentes. Y esto es lo que hace que sea un proyecto subversivo para la dictadura: la participación social. Resulta enormemente significativa la cita a la Dra. Paz Chuaqui cuando explica que, en los primeros días del Golpe, un bando militar declaraba que, si se sorprendía a un loco en la calle o suelto, sería fusilado. La violencia del orden militar permaneció en Chile durante diecisiete años, convirtiendo al país en un gran asilo sin posibilidades de sanación.

Estos son, brevemente esbozados, algunos de los principales aspectos que Rosa Torres y Claudia Araya abordan en esta *Psiquiatría comunitaria en el sur de Chile*. El lector interesado podrá profundizar en ellos y descubrir los pormenores de una experiencia alternativa en psiquiatría que, como otras muchas, es preciso recuperar porque nos confronta con realidades actuales y fomenta el pensamiento crítico.

Como recuerda el Dr. Cordero, producto de estas experiencias terapéuticas, apareció en el lenguaje de los pacientes no la palabra “yo”, propia de un lenguaje enajenado que niega el entorno y sitúa en la soledad y el encierro al paciente, sino la palabra “nosotros” (una palabra inexistente tanto en la locura como en el propio sistema neoliberal que nos gobierna y niega la colectividad), haciendo que los pacientes se reconocieran como un conjunto que no está solo, que puede organizarse en torno a su sufrimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Araya C, Leyton C. La vía chilena a la psiquiatría social. Propuestas y debates en torno al cambio del modelo de asistencia mental (1968-1973). En: Huertas R (coord). Políticas de salud mental y cambio social en América Latina. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2017; pp. 56-82.
- 2 Stagnaro JC, Conti NA. La salud mental en Argentina en los años del plomo (1976-1983). En: Huertas R (coord). Políticas de salud mental y cambio social en América Latina. Madrid: Los Libros de la Catarata, 2017; pp. 23-55.
- 3 Numhauser J. Temuco, psiquiatría y comunidad: un bosque de araucarias. En: Armijo A (ed.). La psiquiatría en Chile. Apuntes para una historia. Santiago: RoyalPharma, 2010; pp. 101-104.

Un manual de referencia en psicoterapia grupal

A Reference Manual in Group Psychotherapy

FERNANDO LACASA SALUDAS

Sección de Grupos de la AEN. Psicoterapeuta y doctor en Psicología. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. ORCID iD: 0000-0002-3178-7630.

Correspondencia: felacasa@gmail.com

José RIBÉ BUITRÓN (2021). *Técnica en psicoterapia analítica grupal. Experiencia desde la asistencia pública*. Barcelona: Herder. ISBN: 978-8425447044, 280 páginas.

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



JOSÉ RIBÉ NOS PRESENTA UN MANUAL de técnica en psicoterapia analítica grupal que viene a ocupar un espacio no cubierto en nuestro país, pues apenas llegan a media docena los manuales o similares publicados en los últimos veinte años. Es un buen libro de referencia para todos aquellos profesionales que se acercan a la terapia de grupos. Es un libro bien escrito, claro, bien estructurado y que recoge los temas esenciales para iniciarse en la terapia de grupos: el encuadre, la selección de los participantes, la relación terapéutica, el proceso, etc. Y lo hace desde el consenso, es decir, tomando aquellos elementos comunes a la mayoría de las orientaciones grupales de orientación psicodinámica. Ribé hace una apuesta por la integración en psicoterapia de grupos a partir del eje central del grupoanálisis y afirma que lo hace introduciendo los elementos que mejor se adaptan a la terapia, con independencia de su orientación teórica.

Actualmente, la psicoterapia de grupos está desaparecida de los programas de formación pese al interés que esta modalidad terapéutica despierta en los clínicos, los residentes y los estudiantes. Un interés que parte del criterio de realidad, pues los grupos son una respuesta necesaria en un momento de creciente presión asistencial, presión que está sobrecargando a los equipos y agotando a los profesionales. Como es sabido, los grupos permiten tratar a más personas con menos recursos. Además, el tratamiento grupal devuelve a los profesionales un sentido de continuidad y eficacia psicoterapéutica que se pierde fácilmente cuando el espacio entre visitas individuales o familiares es distante.

José Ribé fue uno de los primeros miembros de la Sección de Grupos de la AEN en Catalunya. En las reuniones mensuales de esta sección hemos reflexionado, compartido intereses y trabajado por la promoción de los grupos en la asistencia pública. Se trata de una sección creativa y prolífica en la que, por ejemplo, otro miembro de este grupo, Enrique Tomás Ger y colaboradores han publicado un interesante libro titulado *Psicoterapia en grupo paralelo de madres y padres: focalizando en la función parental* (1).

Volviendo al libro que nos ocupa, he de decir que, aun siendo un libro de psicoterapia de grupos de adultos, recoge muchos temas que son aplicables a los grupos de adolescentes e incluso de niños. Así ocurre con gran parte de los capítulos sobre el encuadre, la formación del grupo, el terapeuta, coterapeuta, el inicio y la terminación, etc. En cuanto al subtítulo, “Experiencia desde la asistencia pública”, el autor relata en la introducción su trayectoria y su formación, y, a lo largo del libro, hace referencia en varias ocasiones a su propia experiencia grupal: sabemos así desde dónde nos habla.

El primer capítulo está dedicado al encuadre. Es un capítulo amplio donde el autor realiza una revisión de todos los aspectos del encuadre grupal. Lo hace de forma detallada, con respuestas concretas a la mayoría de las cuestiones de encuadre presentes en un grupo de adultos. Es, sin duda, enormemente útil y práctico de cara a las primeras veces que los profesionales se enfrentan a la tarea de diseñar un grupo terapéutico.

En el capítulo siguiente, dedicado a la formación del grupo, continúa detallando los elementos técnicos a tener en cuenta a la hora de idear, diseñar y emprender un grupo psicoterapéutico: las motivaciones del terapeuta, el contexto y la institución, las indicaciones y contraindicaciones de los pacientes, el diagnóstico, las características de los pacientes, etc. Aquí encontramos algunos elementos diferenciales entre los grupos de adultos y los de niños y adolescentes. Por ejemplo, para Ribé, el grupo no estaría indicado para pacientes autistas adultos por carecer estos de capacidad de mentalización. Sin embargo, si tenemos en cuenta la variabilidad en los niños y adolescentes autistas, encontramos que el grupo también puede ser un recurso te-

rapéutico valioso, pues ayuda a mejorar la tolerancia al grupo, a la frustración y a la espera, aumenta la colaboración entre ellos y reduce su aislamiento, lo que redundaría en una mejor comprensión, expresión y regulación de sus afectos.

En el capítulo sobre la relación terapéutica, transferencia y contratransferencia, Ribé nos aconseja trabajar con la transferencia hacia los otros miembros o la transferencia hacia el grupo como conjunto, más que con la transferencia hacia el conductor, pues así se disminuye la dependencia de este. En cuanto a la contratransferencia del terapeuta, defiende cierta espontaneidad, en lugar de una excesiva neutralidad analítica, pues esto puede generar una atmósfera grupal de rigidez.

No es habitual un capítulo dedicado a la coterapia en los escritos técnicos, pero Ribé sabe por experiencia que gran parte de los grupos terapéuticos en la asistencia pública se realizan de este modo. Como dice el autor, la coterapia es imprescindible en grupos de pacientes “que poseen características relacionales y psicopatológicas intensas, que exigen mucho compromiso emocional”. La coterapia permite pensar mejor durante y después de la sesión. La coterapia es aconsejable siempre, ya que la complejidad de las interacciones grupales es tal que se necesita más de una mente para tratar de comprenderlas.

Vienen a continuación dos capítulos que no pueden faltar en todo buen libro de técnica psicoterapéutica: la descripción de las fases inicial y final del proceso terapéutico y los fenómenos grupales típicos del inicio y final de un grupo terapéutico. Aunque aquí se refiere a los grupos de adultos de media y larga duración, muchos elementos serían también aplicables, en mi opinión, a grupos más cortos, pues en estos también existe un proceso terapéutico aunque se desarrolla de forma más rápida. Uno de los momentos más delicados del grupo y de cualquier terapia es la terminación. Las ansiedades de pérdida y separación con frecuencia dificultan una buena despedida y el reconocimiento del trabajo realizado.

En el tema de la interpretación, Ribé no toma partido por ninguna de las posiciones técnicas tradicionales, a saber, interpretar el grupo en su totalidad o a los individuos dentro del grupo. Aconseja elegir una modalidad u otra en función del contexto. El autor es más partidario de explorar y estimular la participación de todos los miembros del grupo y de los sentimientos en juego. Más partidario, en definitiva, de ayudar a pensar que de interpretar.

Aborda la cuestión del silencio, reconoce la incomodidad que este produce en el grupo, pero se muestra partidario de ayudar al grupo a tolerarlo, como un elemento que puede conectar a los participantes con su interior. Ribé profundiza en su significado y orienta respecto al manejo del silencio grupal. Por otro lado, este es sin duda uno de los puntos en que también diferencia la terapia de grupo de adultos de la de niños o adolescentes. En estos últimos, el silencio se convierte pronto en un elemento persecutorio e inhibe la participación.

Uno de los capítulos que me ha resultado más novedoso es el que dedica al humor y al contacto físico. Tiene mucho sentido que ponga juntos ambos aspectos, humor y contacto físico. Una de las funciones del humor, dice el autor, es disminuir la distancia emocional entre el terapeuta y los miembros del grupo. Tanto el humor como el acercamiento físico favorecen un clima de distensión, de confianza y de sentimiento de seguridad del grupo. El humor no deja de ser una forma de jugar, dice Ribé. Podemos recordar aquí las palabras de Winnicott sobre el juego: “La psicoterapia se hace en la sobreposición de dos áreas de juego, la del paciente y la del terapeuta. (...) La razón por la que jugar es esencial es que en el jugar el paciente está siendo creativo” (2). Cuando un grupo acoge y tolera el humor está más cerca del alta.

El último capítulo Ribé lo dedica a la investigación en psicoterapia grupal. En la actualidad la mayor parte de las universidades y servicios de salud mental públicos están entregados al paradigma biomédico, un paradigma que prioriza un modo de investigación positivista centrado exclusivamente en los estudios de resultados. El autor señala con acierto las limitaciones de este tipo de estudios para ayudar a comprender cómo funcionan los grupos y propone potenciar en su lugar los estudios de proceso, más adecuados para captar la complejidad de los grupos y más interesantes para los clínicos.

En resumen, se trata de un libro de técnica en psicoterapia de grupos de orientación analítica claro y bien escrito, que recoge la mayor parte de los aspectos a tener en cuenta en una psicoterapia de grupos de adultos. Es muy recomendable para todos los profesionales que trabajan con grupos: los que se inician encontrarán una base teórica suficiente para entender y diseñar sus primeros grupos y los que ya tienen práctica en ellos encontrarán también algunos capítulos originales, como los dedicados al humor, la coterapia o el silencio, que no son tratados habitualmente con esta amplitud y profundidad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Ger E, Trullén E, Clarós E. Psicoterapia en grupo paralelo de madres y padres: focalizando en la función parental. Buenos Aires: Editorial Psicolibro, 2021.
- 2 Winnicott DW. Realidad y juego. Barcelona: Gedisa, 1982.

Síntomas, inventos, arreglos y apaños

Symptoms, Inventions, Repairs and Fixes

JAVIER CARREÑO VILLADA

Psiquiatra. Psicoanalista. Vigo (Pontevedra)

Correspondencia: cliffordtunner@gmail.com

Claudio GODOY, Emilio VASCHETTO (coord (2023). *Locura y creación*. Barcelona: Xoroi Edicions. ISBN: 978-84-126321-9-4, 184 páginas.

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



COMO SI UN MENÚ DE DEGUSTACIÓN se tratase, se nos presenta esta obra coral que atiende a los múltiples nexos que hermanan la locura y la creación. De entrante asistimos a un excelente introducción de Emilio Vaschetto sobre la locura. Un plato que contiene trazas de Jaspers, Holderlin o Van Gogh y viene aderezado por una lectura sapiencial de Lacan y J. A. Miller.

Claudio Godoy recoge el testigo y nos presenta un primer plato donde abunda en la relación del síntoma con el arte. Para ello, sobre una cama de Lacan, nos presentará una colección de frutos artísticos hechos de Marcel C, Rousseau, Dalí y por supuesto salsa de Joyce a baja temperatura.

Con más hambre de conocimiento pasamos al segundo plato, donde nuestros amigos de Piñor (Antón Casais Leston, Chus Gómez Rodríguez, Andrés Díaz Rodríguez, Elena López Serrapio, Luisa Peleteiro) nos desgranar con arte e ingenio viñetas clínicas sazonadas por un riguroso estudio de las psicosis y sus articulaciones

lógicas para con el arte. *Art brut*, manicomios y alta ingeniería lacaniana al servicio de paladares exquisitos.

Para terminar este gran trabajo y completar el menú, se nos sirve una colección de postres de autor de singular interés:

Juan Manuel Eulogio nos presentará el caso de un artista norteamericano, Bill Viola. Como a través de una trinidad autobiográfica, es capaz de sostenerse y escribir sin palabras en un saber hacer que le mantendrá a flote en los diferentes avatares de su vida. Este postre nos aportará luz y sentido a la creación como solución.

Jorge Ricardo Rodríguez nos ofrecerá en contraste un postre sobre Salvador Benesdra con un sabor más amargo. La lucha de este escritor de culto para manejarse entre la melancolía y la manía con el escudo de su obra y sus novelas para terminar finalmente suicidándose en el derrumbe de su defensa.

Abunda en este sabor agridulce Yael Noris Ferri en su trabajo sobre la escritura de Sylvia Plath. La historia también aciagamente fracasada de sostener con las palabras y la escritura el dique contra la melancolía.

Por último, Lisandro Isasa nos regala un último bocado. Un delicioso dulce de locura urbana. Un caso de estos tiempos. Una psicosis invisible sostenida en un Ideal, una suerte de ácrata a su manera en el sentido de una construcción delirante insertada en la calle. Un dios punk que reclama cordura con sus acordes y recuerda la locura del mundo que nos circunda.

REVISTA

*de la Asociación Española
de Neuropsiquiatría*

La REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA es la publicación oficial de la [Asociación Española de Neuropsiquiatría \(AEN\) - Profesionales de Salud Mental](#).

Dirigida a un público profesional, la *Revista de la AEN* considera para su publicación aportaciones procedentes no sólo del ámbito estricto de la psiquiatría, la psicopatología o la psicología, sino de cualquier otra disciplina que contribuya a una comprensión amplia y no reduccionista del ser humano, la enfermedad mental y el sufrimiento psíquico. En este sentido, se propone fomentar el compromiso, la pluralidad, la apertura a nuevos horizontes teóricos, el espíritu crítico, la reflexión y el debate en el conjunto de los y las profesionales de la salud mental.

Los trabajos remitidos serán originales e inéditos y no podrán estar sometidos a consideración simultáneamente en otra revista o publicación. En caso de aceptación de un trabajo, los autores y/o autoras cederán sus derechos a la *Revista de la AEN*, que lo publicará bajo Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Reconocimiento-No Comercial-Compartir igual 4.0 Internacional). Los autores y/o autoras deben referir cualquier relación financiera que tengan y pueda dar lugar a un conflicto de intereses en relación con el artículo publicado.

La publicación del artículo en la Revista no supondrá ningún coste para los autores.

Secciones de la Revista

Artículos. Trabajos de investigación empírica, revisión bibliográfica, análisis histórico o (sobre todo) reflexión teórica sobre todo tipo de cuestiones relacionadas con el campo de la salud mental en un sentido amplio. La extensión recomendada de los mismos será de unas 8.000 palabras incluyendo el resumen, las tablas y la bibliografía. Se admitirán hasta seis figuras y seis tablas. Es aconsejable que el número de firmantes no sea superior a seis.

Dossier. Coordinada y presentada por un editor o editora invitada, esta sección incluye una serie de trabajos sobre un tema monográfico que es considerado de especial relevancia, actualidad o interés por parte del Comité Editorial. Los artículos publicados en esta sección serán encargados expresamente a sus autores y/o autoras por el editor o editora invitada y serán igualmente sometidos a revisión por pares ciegos. El Comité Editorial valorará propuestas no solicitadas para la edición de esta sección de la Revista.

Otras secciones. La Revista puede incluir otras secciones tales como el Editorial, Perspectivas actuales (los trabajos en esta sección no excederán de 4000 palabras, incluida bibliografía, y abordarán discusiones sobre temas actuales y de interés general), Páginas de la Asociación, Crítica de Libros (Este apartado no debe superar las 2500 palabras)... Estas secciones acogen textos que habitualmente son encomendados por el Comité Editorial, aunque también se consideran trabajos no solicitados.

Presentación y estructura de los trabajos

Las pautas detalladas para la presentación de los trabajos pueden consultarse en el apartado “Envíos” de la página web de la Revista: <http://www.revistaen.es>

Remisión y aceptación del manuscrito

Los trabajos se presentarán exclusivamente en formato electrónico. Para ello, los autores y/o autoras enviarán un correo electrónico a la dirección redaccion@revistaaen.es o director@revistaaen.es con el manuscrito estructurado tal y como se describe más arriba. Añadirán una carta de presentación donde se solicite su examen, exponiéndose claramente que el trabajo no ha sido publicado previamente, que todos los autores y/o autoras están de acuerdo en su contenido y que ceden los derechos de publicación a la *Revista de la AEN*. Es necesario adjuntar las adecuadas autorizaciones para la reproducción de material ya publicado.

Todos los manuscritos se someterán a revisión por al menos dos pares ciegos, y el listado de lectores y lectoras será publicado anualmente en las páginas de la Revista. En caso de discrepancia manifiesta entre dos evaluaciones, la decisión final quedará a criterio del Consejo de Redacción. Siempre que se sugieran modificaciones en los artículos, los autores y/o autoras deberán remitir, junto a la nueva versión del trabajo, una carta en la que se expongan de forma detallada las modificaciones realizadas.

Los contenidos de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría se encuentran bajo una [Licencia Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0. Internacional](#) por la que se puede compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra, bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento** — Debe reconocer los créditos de la obra, es decir autoría y cita completa de su publicación, al menos la de su versión impresa.
- **No Comercial** — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- **Compartir igual** — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original.

La REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA está incluida en los siguientes índices y bases de datos: Índice Médico Español (IME), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Índice Ciencias Sociales y Humanidades (ISOC), Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME/OPS/OMS), Latindex, Scientific Electronic Library Online (SciELO España), Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc), Dialnet, EBSCOhost, Plataforma Open Access de Revistas Científicas Electrónicas Españolas y Latinoamericanas del CSIC (e-revistas), Psicodoc, Dulcinea, MEDICINA en Español (MEDES), Anuario de Publicaciones de Psicoterapia en Lengua Española de FEAP, Open Archives Initiative (OAI), Biblioteca Iberoamericana de Psiquiatría (WPA), Directory of Open Access Journals (DOAJ), HISPANA.

Junta Directiva AEN (2022-2025)

Presidenta, secciones y grupos de trabajo: MARÍA FUSTER BLAY

Secretaria General: AMAIA VÍSPE ASTOLA

Vicesecretario y comunicaciones: JOSÉ GARCÍA-VALDECASAS CAMPELO

Tesorera: ANA BELÉN MARTÍNEZ GÓMEZ

Directora de Publicaciones y Revista AEN: OLGA VILLASANTE ARMAS

Vocales: PALOMA COUCHEIRO LIMERES, ANTHYMA V. FRANCO SOLER, DANIEL GIMÉNEZ LORENTE

Presidentes y presidentas de las Asociaciones Autonómicas

PAULA FUICA PEREG - Asociación Andaluza

JOSÉ MANUEL LALANA CUENCA - Asociación Aragonesa

PEDRO MARINA GONZÁLEZ - Asociación Asturiana

EDUARDO VERA BARRIOS - Asociación Canaria

ANA MARÍA JIMÉNEZ PASCUAL - Asociación Castilla-La Mancha

HELENA APARICIO ALONSO - Asociación Castilla-León

IRIA DOMÍNGUEZ VÁZQUEZ - Asociación Catalana

BELEN CONZÁLEZ CALLADO - Asociación Madrileña

SILVESTRE MARTÍNEZ BENÍTEZ - Asociación Murciana

M^a JOSÉ MARQUÉS MATEU - Asociación Valenciana

ÉLIDA GRANDE ARGUDO - Asociación Vasco-Navarra

Editorial

Unidades de psicoterapia: una alternativa clínica
JOSÉ MARÍA ÁLVAREZ

Artículos

Retraumatización en los servicios de salud mental: una revisión y propuesta de actuación alternativa
ANA MORENO PÉREZ, ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA

Suicidio más allá del diagnóstico: un enfoque centrado en la persona y su circunstancia
JUAN GARCÍA-HARO, HENAR GARCÍA-PASCUAL, ELENA BLANCO DE TENA-DÁVILA,
PALOMA ARANGUREN RICO, MÓNICA MARTÍNEZ SALLEN, SARA BARRIO-MARTÍNEZ, MÓNICA T. SÁNCHEZ PÉREZ

Análisis de interconsultas derivadas desde atención primaria y rechazadas por salud
mental en el Departamento de Salud Arnau de Vilanova-Llíria (Valencia)
MARÍA HERNÁNDEZ GARCÍA, EVA OJEDA RODRÍGUEZ, LUCÍA JANNONE PEDRO,
JOSÉ MANUEL GARCÍA VALLS, LAURA ALCANTARILLA CHAVES, CRISTINA SEGURA VICENT, MARCOS L. MOYA DIAGO
¿Un “nuevo” Perspectivismo? Delirio y verdad desde el punto de vista del Nuevo Realismo
GUILLERMO RUIZ PÉREZ

La psicopatología como estabilizador de la psiquiatría
PABLO RAMOS-GOROSTIZA

Perspectivas actuales

La grave incongruencia existente entre el nuevo sistema de apoyo y la emisión
del consentimiento informado por las personas con discapacidad
JAVIER PALLARÉS NEILA

Dossier (Coordinado por Francisco del Río Noriega, José M^a Valls Blanco y Mariano Hernández Monsalve)

Centenario de Castilla del Pino. Actualidad y rescate de su obra
FRANCISCO DEL RÍO NORIEGA, JOSÉ M^a VALLS BLANCO, MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE

Carlos Castilla del Pino: resistir, explorar, comunicar...
JORGE L. TIZÓN

Carlos Castilla del Pino, mentor y maestro de una generación
AMELIA VALCÁRCEL

¿Cómo actualizar la propuesta psicopatológica de Castilla del Pino (y no morir en el intento)?
JOSÉ M. VILLAGRÁN

Los sentimientos en el modelo relacional de Castilla del Pino
JOSÉ MARÍA VALLS BLANCO

Validez y pertinencia de la semiología de las psicosis en Castilla del Pino
FRANCISCO DEL RÍO NORIEGA, JOSÉ CARMONA CALVO

Castilla del Pino: un faro indispensable para navegantes de lo mental
MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE

El centenario de dos Castillas del Pino: el intelectual y el psiquiatra
JOSÉ LÁZARO

De Onofre Gil a Carlos Castilla del Pino: *Scientia, sapientia et infantia*
JOSÉ FABIO RIVAS GUERRERO