CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 16, número 1, 2019

Psicopatología Fenomenológica

Pedro A. Marina González
(compilador)

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA

COMUNITARIA

Vol. 16, número 1, 2019

Psicopatología Fenomenológica

Pedro A. Marina González

(compilador)

Fundada en 2001.

Director: Víctor Aparicio Basauri.

Consejo de redacción: Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, José Filgueira Lois, David González Pando, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González, Celina Padierna Sánchez, Ana Esther Sánchez Gutiérrez, César Luis Sanz de la Garza.

© Copyright 2001: Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental - Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)

e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web **www.aen.es** de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: Patrick Commecy. Trampantojo en Le Puy en Velay - Departamento de Alto Loira (Francia).

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, trasmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión: Imprenta Pelayo. C/ Caveda 32 - Gijón.

Periodicidad: Anual

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud.**

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria no se editó por la crisis económica en España los años 2011, 2013 y 2016. Los años 2014, 2015 y 2017 solo se editó un número. Desde 2018 es una revista digital.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

SUMARIO

Vol. 16 - Núm.1 - 2019

ARTÍCULOS ORIGINALES

Presentación 7

Brevísima noticia de psiquiatría fenomenológica.
Carlos Rejón Altable 9

Diagnóstico más allá de los síntomas:
un enfoque centrado en el mundo de la vida de las personas.
Marino Pérez-Álvarez 22

Amar la histeria.
Tiburcio Angosto Saura 39

La biografía o como construir síntomas alucinatorios.
Mª Aránzazu Sánchez García 52

Vivir con dolor.
Blanca Sánchez Gimeno 60

INFORMES

Terapia electro-convulsiva en Asturias: comunicado de ocho asociaciones y contestación de la administración 73

RESEÑAS

Manual de Psicopatología (Laura Martín y Fernando Colina) 82

Tratamientos psicológicos para la psicosis (Eduardo Fonseca Pedrero-Coord.) 86

IN MEMORIAM

Juan Manzano (1939-2019) 88

Alberto Portera (1928-2019) 88

NOTICIAS BREVES 89

REUNIONES CIENTÍFICAS 94

NORMAS DE PUBLICACIÓN 95

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 16, N.º 1, pp. 7, 2019

Presentación

Los artículos que forman parte de este número de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria han sido elaborados por los autores a propósito de su participación en el Curso sobre Psicopatología Fenomenológica que tuvo lugar en Oviedo los días 15 y 16 de noviembre de 2018 como parte de las actividades destinadas a la formación continuada de los profesionales de la red pública de salud mental de Asturias.

Gracias al generoso esfuerzo de los autores por llevar al papel los contenidos de los temas presentados en el curso, tenemos la oportunidad de editar este monográfico sobre psicopatología fenomenológica en un momento en el que dicha perspectiva psicopatológica ha recuperado vigencia y proporciona a la psiquiatría y piscología clínica una consistente teoría de conocimiento para ayudar a superar las incertidumbres generadas por la crisis de los grandes sistemas diagnósticos.

La psicopatología es un elemento crítico para la psiquiatría y la psicología. El objeto de la psicopatología es la conducta patológica. La psicopatología ocupa un lugar primordial en la actividad clínica porque conecta al sujeto y la conducta con una teoría y permite dar cuenta del sentido de ésta.

El enfoque fenomenológico de la psicopatología aporta un saber intersticial que no es antagónico con otras perspectivas psicopatológicas ni incompatible con los estudios de dominios de síntomas o neurobiológicos, por lo que constituye una potente alternativa. La psicopatología de influencia fenomenológica pretende captar las formas sutiles de experiencia y conducta que constituyen el objeto psiquiátrico esencial, imprescindibles a la hora de valorar el significado del síntoma dentro de la experiencia del paciente en primera persona.

Después de más de cien años de existencia, con la impronta dejada por Jaspers, la psiquiatría fenomenológica vive un nuevo renacer. La fenomenología es una forma de pensar que prima el acceso a la verdad desde el actor y no desde el espectador. Esta es una concepción de la fenomenología que se diferencia de la sostenida por Jaspers, que aparece más tarde, sobre todo a partir de Binswanger, se asienta en el pensamiento de Husserl, y es la perspectiva que ha adoptado en nuestros días los nuevos representantes de la psiquiatría fenomenológica, como Parnas, Sass, Fuchs, Stanghellini, Rossi Monti, Pelegrina, Varela, Thompson, etc., y filósofos como Zahavi o Gallagher entre otros.

Al fenomenólogo le interesa la experiencia. En la medida en que se atiene a la experiencia subjetiva se dice que adopta un enfoque en primera persona. También le concierne entender la percepción en términos del significado que tiene para el sujeto. Y a partir de dicha

comprensión extraer una conclusión como observador, un enfoque de tercera persona, que intenta explicar la percepción a partir de sus teorías: estados cerebrales o mecanismos funcionales, por ejemplo.

En los artículos de este monográfico se hace un recorrido por estos y otros temas que van de la psicopatología en general al enfoque fenomenológico en particular. En ellos los lectores podrán encontrar desde un penetrante repaso, a partir de conceptos clave, de algunas características de la tradición fenomenológica en psiquiatría, hasta un método de entrevista terapéutica fenomenológico, hermenéutico y dinámico con un enfoque basado en lo que les pasa a las personas y no en los síntomas, incluyendo también algunas aportaciones teórico-prácticas acerca de cómo atender y entender experiencias catalogadas como psicóticas, de dolor crónico o histéricas desde la perspectiva vital de quien las padece, que resultan reivindicativas de una práctica psiquiátrica fiel a su esencia, tan atenta a la subjetividad como al órgano.

No en vano, como señala Jaspers en la Psicopatología General, "nuestro tema es todo el hombre en su enfermedad, en tanto que es enfermedad psíquica y está psíquicamente condicionada".

Pedro A. Marina González
Compilador

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 16, N.º 1, pp. 9, 2019

Brevísima noticia de psiquiatría fenomenológica.

Phenomenological psychiatric: the shortest of notices.

Carlos Rejón Altable
Psiquiatra. Hospital de Día Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

RESUMEN

El siguiente artículo presenta un brevísimo repaso de algunas características de la tradición fenomenológica en psiquiatría, a partir de algunos conceptos clave (fenómeno, intencionalidad, desajuste); de algunas corrientes (psicología, antropología, fenomenología trascendental) y de la obra de tres psiquiatras clásicos (Minkowski, Jaspers, Binswanger). Pasa después a algunas de las dificultades internas de la psiquiatría fenomenológica, que se ejemplifican con textos de psiquiatras contemporáneos (Giovanni Stanghellini, Thomas Fuchs) y se cierra con líneas de trabajo futuras o posibles. Añade una pequeña lista de lecturas.

Palabras clave: *Psiquiatría, fenomenología, psicología, antropología, subjetividad, semiología, psicopatología.*

ABSTRACT

This papers offers a very short summary of some of the main features of phenomenological psychiatry. It introduces a few key concepts (phenomenon, intentionality, misadjustment); some popular trends (psychology, anthropology, transcendental phenomenology); and three classic psychiatrists (Jaspers, Minkowski, Binswanger). It proceeds to some internal conundrums of phenomenological psychiatry as found in the work of two living psychiatrists (Giovanni Stanghellini, Thomas Fuchs) and closes with open, potential lines for development. As a bonus, some further reading is suggested.

Key words: *Psychiatry, phenomenology, psychology, anthropology, subjectivity, semiology, psychopathology.*

EL JARDÍN DE LOS SENDEROS QUE SE ENTRECRUZAN.

Specht, Jaspers, Mayer Gross, Gruhle, Schneider, Binswanger, Wyrsch, Kuhn, Häffner, Kisker, Tellenbach, Kraus, Blankenburg, Zütt,Bosch, Kulenkampff, Winkler, von Weizsäcker, Storch, Strauss, Minkowski, von Gebsattel, Rümke, Martín-Santos, Ey, Laing, Tatossian, Bin, Stanghellini, Fuchs, Sass, Pelegrina. La psiquiatría fenomenológica tiene una historia más que centenaria, quizás sorprenda, que no se deja contar como una linda serie de propuestas y nombres y correcciones, sino que consiste en el irse haciendo de un cierto aire de familia a través de intereses teóricos comunes, un vocabulario teórico amplio y de uso muchas veces irregular y una cierta panoplia de referencias compartidas, que se mantiene a pesar de las mezclas e influencias de autores diferentes y pensamientos de otro corte.

Si quisiéramos dar una fórmula breve para este aire de familia podríamos retener una cierta manera común de concebir la posibilidad del padecimiento psíquico, de la enfermedad mental, que diría más o menos: la subjetividad es condición de la enfermedad mental y la subjetividad es condición de lo que aparece. Que la condición del aparecer y la condición del enfermar sean una y la misma es la razón de ser de la psiquiatría fenomenológica clásica, de sus logros y de sus contradicciones. Si no hay asentamiento en la condición del aparecer, no hay fenomenología. Si no hay tematización de la subjetividad como condición del enfermar no hay psiquiatría. Psicología fenomenológica, antropología fenomenológica, fenomenología trascendental, hermenéutica, ontología fenomenológica, psicopatología fenomenológica, psiquiatría antropológica. La psiquiatría fenomenológica se dice de muchas maneras, su historia no es sólo de nombres sino de estilos. Y su historia es también la de su trato con la fenomenología filosófica, de la que no ha llegado nunca a desprenderse. No tanto porque no haya una tradición clínica sólida, sino por la obligación persistente de situarse frente a una corriente de pensamiento que le ha cedido herramientas o modelos y le ha ido endilgando también insuficiencias e intereses ajenos a la clínica psiquiátrica.

Los psiquiatras han empleado la fenomenología filosófica como una especie de complemento metodológico que corrigiera las insuficiencias de la semiología descriptiva por un complemento subjetivo (Jaspers, por ejemplo). También para elaborar una psicopatología eidética, un repertorio de esencias o tipos clínicos que pudiera ordenar a partir de una intuición autoevidente los modos de enfermar y esquivara, al menos en parte, la dependencia de la psicopatología hacia la psicología, su condición supuesta de hermana menor (mucho de la propedéutica preantropológica de Stanghellini se mueve por aquí). Algunos autores, los menos, han conseguido elaborar una psicopatología original sobre conceptos trascendentales/ontológicos, que ha puesto como fenómenos elementales del trastorno psíquico las anomalías de la temporalidad, del cuerpo subjetivo o la singular reflexividad de

algunas psicosis (Binswanger, por supuesto, también Tellenbach o Blankenburg). En fin, la fenomenología filosófica ha servido también para la construcción de un marco donde recolocar enfoques tradicionales o para la construcción de una antropología psiquiátrica (Jakob Wyrsch, se me ocurre).

De toda esta dispersión, sin embargo, quedan algunos supuestos sin los cuales no hay fenomenología psiquiátrica ni filosófica. El primero, la constante apelación al fenómeno como "algo otro que yo no he formado pero que no puede pensarse sin mí" (1). El segundo, la relación de intencionalidad, es decir, la copertenencia estricta e irrecusable de subjetividad y fenómeno, o aun de otro modo la inextricable relación entre *ego y alter* como sustancia de cualquier experiencia. Y tercero, el desajuste interno entre lo dado en esa experiencia (la cara de un cubo, el escorzo de una mesa) y lo efectivamente conocido o sentido o deseado: a la vez más (el cubo entero, la mesa entera) y menos (puesto que lo fino de lo dado pasa desapercibido, pero también el horizonte implícito y sin embargo presente). Este desajuste *constitutivo* afecta tanto al fenómeno, que se toma como fenómeno de algo que no es él mismo (fenómeno de la mesa o el cubo) como al lado de esto que por abreviar podemos llamar sujeto, que en el andar del pensamiento fenomenológico se acabará por descubrir como mero movimiento y desajuste de sí consigo mismo.

Fenómeno, intencionalidad, desajuste no son conceptos psíquicos (2). Son condiciones de la experiencia. Fenómeno, intencionalidad, desajuste no se dicen sólo de la conciencia, ni precisan de una subjetividad sustancial, ni de una especie de máquina cumplidora de síntesis ni de una elaboración *a priori* de aquello que se considere humano. Todas estas derivas se ha seguido, sin embargo, y ha habido y hay una psicología fenomenológica que las emplea y una neurofenomenología que las emplea y una antropología que las emplea. Todas han dado con aspectos intrigantes de la melancolía o de la esquizofrenia, pero, a la hora de elaborar una psicopatología fenomenológica, es decir un saber de lo concreto en su aparecer, plantado en una tensión entre condición y condicionado, singularidad y generalidad, continuidad y discontinuidad han abocado a dos caminos sin salida. La elaboración de una antropología fenomenológica que se quiere *a priori* de los modos de enfermar y de una psicología trascendental, un híbrido entre condición de la experiencia y ciencia positiva. Y si la antropología ha sido a menudo incapaz de refluir e iluminar la clínica[1], la psicología trascendental ha supuesto el camino por el cual la subjetividad trascendental, las condiciones de la experiencia por el lado del sujeto, han corrido a incrustarse en la biología cerebral.

1 Una excepción magnífica es la obra de Wyrsch, por ejemplo, o la dimensión antropológica de los estudios de Tellenbach o Blankenburg.

TRES NOMBRES CLÁSICOS.

Que la psiquiatría fenomenológica no deje nunca de hablarse con la fenomenología filosófica es una verdad a medias, que obliga tan solo a los trabajos de investigación en psicopatología. Hoy es perfectamente posible estudiar lo esencial de su tradición en textos psiquiátricos, sin asomarse a Husserl ni a Heidegger ni a Merleau-Ponty, por no hablar de Henri Maldiney, Bernhard Waldenfels o Marc Richir.

De hecho, Arthur Tatossian (3) ha llegado a proponer que la psiquiatría fenomenológica se ha constituido en una especialización del saber fenomenológico, en pie de igualdad con la filosofía, asentada en un tratamiento propio de la experiencia que la obliga a manejarse con sus condiciones de posibilidad, por un lado y su contextura empírica por otro. Esta oscilación es frecuente en diversos estilos de psiquiatría fenomenológica, y si ha podido enriquecer ambos enfoques, trascendental o empírico, ha sido más frecuente el olvido de la diferencia, resuelto en una desafortunada psicologización de lo trascendental.

Quizás Eugène Minkowski sea, entre los tres psiquiatras tempranos que conviene conocer, el que mejor pueda responder por esta lectura de Tatossian. Minkowski acoge la tradición psiquiátrica, el psicoanálisis naciente y la filosofía, sobre todo de Bergson, y luego de Husserl o de Scheler, dentro de un pensamiento psicopatológico que respeta respeta las grandes divisiones clínicas de la época pero busca paliar la incompletud referencial del signo psiquiátrico.

Incompletud referencial[2] (4,5) quiere decir que los síntomas psiquiátricos se repiten por uno y otro síndrome, no son específicos, no encajan en el molde de la semiología médica corriente. Aún más, que debe poder separarse una alucinación o una queja hipocondríaca en la melancolía o en la esquizofrenia. En tanto las descripciones semiológicas son insuficientes, no queda sino liberarse de la "hermana mayor psicológica o fisiopatológica" y elaborar conceptos psicopatológicos que den cuenta de cambios globales en la experiencia del sujeto, en su misma estructura subjetiva.

Minkowski llamó estos cambios *trastornos generadores:* la expresión de mutaciones profundas y características de la personalidad humana al completo que aboca en *síndromes psicológicos o mentales*, es decir, unidades orgánicas de síntomas y no meros agregados partes extra partes. El más conocido, desde luego, es la *pérdida de contacto vital con la realidad*, pero Minkowski describió algunos otros, como la *subducción en el tiempo* para la manía y la melancolía. El análisis fenómeno-estructural ha influido

2 Esta carencia tiene dos vertientes: incompletud semántica del lado del signo (no todas las notas necesarias para la correcta identificación de la conducta anormal quedan incluidas en la definición del síntoma) y la textura abierta de su referencia (la indeterminación parcial de los miembros de la clase que cada síntoma define). Ver referencia citada en el cuerpo del texto.

durante décadas en mucha de la escritura fenomenológica psiquiátrica, seguramente por lo cerca que cae de la clínica, su anclaje sólido en un problema real de la semiología y la síntesis creativa que Minkowski logra entre fuentes fenomenológicas, psicoanalíticas y psiquiátricas.

Esta incompletud referencial también había empujado a Jaspers hacia la fenomenología. Tanto en la *Psicopatología General* como en los artículos sueltos más o menos tempranos Jaspers emplea la fenomenología como una herramienta cuyo empleo sistemático aclara y completa la semiología psiquiátrica. Y lo hace mediante el recurso a una especie de complemento subjetivo, es decir, la elaboración de un repertorio de tipos de vivencias tal y como se manifiestan al paciente, por un lado, y al médico que explora al paciente, por otro lado.

Mucho se ha escrito acerca de la escasa comprensión que Jaspers tuvo de la fenomenología de Husserl, en sus comienzos por esos años. Y bien se echa de ver que el neokantismo y Max Weber pesaron más en su trabajo sobre los tipos ideales o en el concepto de comprensión como *puesta en relación por motivos*. Sin embargo, este uso semiológico del *complemento subjetivo* alcanzó una amplísima difusión a través de la escuela de Heidelberg, que lo empleó tras psicologizar los conceptos básicos de la primera fenomenología (fenómeno, intencionalidad, ego) con tanta fortuna que su tradición ha llegado hasta hoy en forma de diferentes escalas, cuestionarios semiestructurados y conceptos clínicos.(6-10)

Como no ha llegado el trabajo de Binswanger. O eso parece. Ludwig Binswanger es quizás el enigma principal de la psiquiatría fenomenológica. Correspondiente con Heidegger y Buber, amigo de Freud, doctorando de Jung, sobrino de Otto Binswanger, el psiquiatra que atendió a Nietzsche, la amplitud de sus conocimientos y lo fino de su intuición intelectual quedan todavía inigualados.

Binswanger trabajó en muchas de las variantes de la psiquiatría fenomenológica que se enumeraron más arriba. Permaneció siempre *en camino* hacia Freud, aunque criticó la prisa teórica y el naturalismo implícito de sus ensayos; escribió mucho sobre psicoterapia, antropología y sus imbricación necesaria; propuso, en fin, para "su" análisis de un caso de la histeria el concepto fascinante de *laguna de fenomenalidad* un hueco o vacío en la manifestación de los afectos, en la subjetividad tal como se autoafecta, que ha sido recogido en investigaciones fenomenológicas muy recientes.

Binswanger leyó *Ser y Tiempo* temprano y encontró en Heidegger un repertorio de conceptos útiles para afianzar su propia comprensión de la enfermedad mental, que incluía y, a su entender, superaba o fundamentaba en terreno sólido el psicoanálisis y la psiquiatría clínica en los que se había formado. Se trajo a la psiquiatría los conceptos de *Dasein*, mundo, existencia o proyecto a través de una interpretación antropologizante de Heidegger, común en la época por otro lado, y a través de ella despejó una serie de lugares psiquiátricos específicos donde situar los trastornos

mentales, sin someterlos a los conceptos operatorios o temáticos de la fisiopatología o de las psicologías, entonces como ahora siempre varias.

Conviene pararse sobre el término *mundo*. Si fenómeno, intencionalidad y ego son conceptos fenomenológicos muy tempranos, el de mundo como horizonte de sentido se desarrolló algo más tarde, y con acentos distintos, en la obra de Husserl y de Heidegger. Este horizonte de sentido abre *como qué* han de tomarse cosas y sucesos. Una silla como anticipación de reposo, por ejemplo y no como signo de una conspiración en marcha. Esta estructura de significatividad donde se desenvuelve la experiencia cotidiana sustituyó a conceptos más vagos, como el de *élan vital*, tomado de Bergson por Minkowski, que señalaban pero no permitían un análisis estructural de los cambios de estilo en la experiencia, los así llamados "mundos" del obsesivo o del maníaco (11).

Necesitado de un utillaje más fino para el análisis de la mundanidad de las psicosis Binswanger se volvió a los estudios de Husserl acerca de la subjetividad trascendental, es decir, aquellas condiciones que, del lado de acá de la manifestación la vuelven posible. La vuelta a Husserl supuso la sustitución de los proyectos de mundo por los momentos egológicos de constitución, es decir, la aprehensión del mundo como resultado de su constitución en la subjetividad trascendental, en última instancia en la temporalidad del presente vivo en la que se nos abre la experiencia.

DOS NOMBRES DEL DÍA.

Estudios antropológicos, análisis de la subjetividad trascendental, mezcla y crítica del psicoanálisis, intentos por asegurar el andamiaje teórico de la psiquiatría. Binswanger se cita poco y mal, pero ni la obra de Stanghellini ni la de Fuchs, por traer aquí dos psiquiatras vivos, pueden entenderse sin la aportación de los escritos Binswanger al caudal común de la psiquiatría fenomenológica, por no hablar de los trabajos de autores que lo han seguido, o han profundizado en alguna de sus tesis, Wyrsch, Kisker, Blankenburg o Tellenbach entre los más notables.

Atendamos a un trabajo menor dirigido por Giovanni Stanghellini, que tiene la virtud de dar muy resumido lo esencial de su pensamiento (12). El artículo divide los trastornos mentales en dos grupos, según la profundidad del desarreglo del mundo de la vida, o sea del mundo como horizonte donde se despliega la experiencia cotidiana, según expuse un poco antes. Están por un lado los *trastornos estructurales*, donde se resiente la misma nervadura del mundo de la vida (para Stanghellini la espacialidad, temporalidad, corporalidad, ipseidad e intersubjetividad), cuyo ejemplo típico es la esquizofrenia. Y por otro los trastornos *antropológicos*, donde el estatuto de la realidad no se compromete por entero y que se conciben como desajustes entre algunas dimensiones de la *persona* (autenticidad, proporción, actividad y euritimia). Así las fobias o las obsesiones. Bien, tanto el análisis de la estructura del mundo de

la vida como el concepto de proporción antropológica son conceptos de transparente filiación binswangeriana. Otro tanto ocurre con los trabajos de Thomas Fuchs.

Fuchs ha dedicado numerosos estudios a las anomalías de la temporalidad del sujeto en algunos graves trastornos psiquiátricos: la esquizofrenia, la melancolía o el trastorno límite de la personalidad. Si seguimos a Fuchs (13), la esquizofrenia desarticula el fluir del tiempo, lo fragmenta, y de ahí se desprende el menoscabo de la ipseidad, de la experiencia que consiste en ser uno y distinto de las cosas y de los otros; el cierre de interpretaciones posibles en torno a un tema delirante y la pérdida de familiaridad con el mundo, que se vuelve, en su mismo estarse ahí sencillo, razón de interrogaciones inagotables[3]. La melancolía, sin embargo, afecta la vitalidad del fluir del tiempo, el *conatus* de su síntesis, la misma dinámica de la temporalización desde el sujeto y eso desbarata también la experiencia de su cuerpo y de los otros cuerpos vivos. En el trastorno límite de la personalidad se conserva intacto el fluir del tiempo, pero no puede construir un relato coherente acerca de sí mismo, con el consiguiente padecer de eso que se ha llamado identidad narrativa, quién soy yo en tanto persona, cómo he llegado a serlo. Toda la riqueza de estos ensayos no es concebible sin los libros de Binswanger acerca del delirio o de la manía y la melancolía, por mucho que Fuchs introduzca conceptos novedosos, porque el concepto de subjetividad trascendental única y temporalización única es muy similar en ambos, y en ambos supone la clave desde la que se ordena la patología.

Ahora bien, si hemos parado tanto en la obra de Binswanger no es tan solo porque su nombre suene menos que el de Jaspers o el de Minkowski, o porque las traducciones de sus libros al castellano sean pocas. Es más bien porque antropología fenomenológica y subjetividad trascendental son los dos límites que la psiquiatría fenomenológica debe rebasar si quiere seguir acrecentando su compresión psicopatológica.

UN REPOSO INCIERTO

Hemos presentado tres grandes modos de fenomenología psiquiátrica: complemento subjetivo de la semiología clásica a través de una psicología fenomenológica, con Jaspers; antropología fenomenológica, análisis de la temporalidad trascendental, proyecto de mundo y mundanidad con Binswanger; trastorno generador y análisis fenómeno-estructural con Minkowski. Han aparecido brevemente el fenómeno, la intencionalidad, la subjetividad trascendental y el mundo de la vida. Y hemos seguido algunos de los hilos de la tradición fenomenológica en algunos psiquiatras muy prolíficos de hoy.

3 Un paciente se preguntaba si el suelo de avión era realmente suelo, al estar en el aire. Otra se angustiaba alrededor de la incertidumbre acerca de si todos tenemos hígado, en tanto poseemos solo un conocimiento inductivo del hecho: “no estoy insertada en la realidad de manera natural y espontánea”, concluía.

Desde luego, la psiquiatría fenomenológica ha enriquecido el vocabulario común. Sin ir más lejos, el concepto de autismo esquizofrénico ha ganado alcance y solidez al pasar desde la descripción primera de Bleuler, marcada por un mezcla de asociacionismo y psicoanálisis tempranos, a la noción de *pérdida de contacto vital* y finalmente a ser concebida como un menoscabo en autoafección/temporalización de la subjetividad, que aboca a un déficit parejo en la constitución de la objetividad o bien una pérdida de la evidencia con la que se ofrece el mundo, un padecer del *sentido común,* tanto de la naturalidad de lo vivido como de la espontaneidad del acceso al repertorio cultural corriente y de la validez que se le concede.

Aún más claramente, Tellenbach ha llevado el concepto de endogenidad, apenas poco más que un sinónimo de criptógeno, que debería avergonzarse de su origen en las teorías degeneracionistas, a transformarse en un término que busca pensar aquello de la subjetividad que resulta indisponible, previo a lo impersonal biológico o a lo personal/espiritual, situado en correlación estricta con un determinado estilo de abrirse del mundo. En resumen, una instancia que efectúa y despliega unidad configuración básica del acontecer vital, *physis* desplegada en fenómenos.

Sin embargo, uno tiene la impresión de que la psicopatología fenomenológica permanece circulando alrededor de algunos conceptos que la misma fenomenología filosófica ha cuestionado, y que le impiden dar cuenta de problemas clínicos concretos. Y es que la psiquiatría fenomenológica parece sufrir de un *pecado de aplicación* que le marcara de nacimiento. Es decir, del hecho textualmente comprobable de que sus conceptos fundamentales hayan sido elaborados por la fenomenología filosófica y después importados, empleados en la clínica psiquiátrica donde llegan con cierto retraso y donde se manejan con una actitud que duda entre el temor reverencial y la simplificación excesiva.

No estoy seguro de que el *pecado de aplicación* sea un problema. Igual podría ser una virtud, una cierta manera de abrirse al cuestionamiento de sus principios, como se ha abierto en la última década a la neurociencia, con resultados más fructíferos para la neurociencia que para la fenomenología, debo añadir. La dificultad consiste más bien en la timidez y poquedad con la que los psiquiatras se han identificado con algunas propuestas fenomenológicas clásicas, que abrieron modos de pensar el delirio o el impulso que no dan más de sí y que sin embargo se asumen de hecho como definitivas (14). Que su renovación provenga del pensamiento filosófico o de la propia tradición psicopatológica es un problema menor, que bien podría solucionarse con algo más de desparpajo conceptual en los psiquiatras.

Algunos de estos problemas clínicos son muy conocidos: ¿Cómo puede un paciente habitar dos mundos, uno delirante y otro no, mantener la validez de ambos y conducirse según las normas de uno o

del otro? ¿Existe una sobreabundancia indeterminada de sentido en la apofansis, que cuaja en un significado rígido? ¿La estructura de la referencialidad tiene que ver con esa revelación? ¿Qué comparten estos delirios con los que surgen de la familiaridad empobrecida con el propio cuerpo, o con las cosas del mundo? Si hay una anomalía grave en la temporalidad de la experiencia ¿cómo puede el paciente levantarse y comer? ¿Cómo concebir la individuación de los síntomas, su singularidad pero también su tipicidad? ¿Tiene que ver con su misma creación o es un problema de la identificación por parte de un tercero? ¿Cuánto hay de salvaje y cuánto ahormado por la institución simbólica, la cultura, la época, el mero lenguaje del paciente o del clínico? ¿El contenido de los síntomas es biográfico, es antropológico o viene acuñado por la misma experiencia? ¿O cuánto de cada? ¿Puede pensarse la personalidad como un estilo, como una habitualidad? ¿Qué hacemos con la descripción tan parva que algunos pacientes dan de sus emociones? ¿No reconocen más riqueza o no hay nada que reconocer? ¿Y con las lagunas de fenomenalidad? ¿Por qué un melancólico es más consciente de su amarga diferencia con todos los otros cuanto más se reifica su cuerpo vivido? ¿Debe incluirse la manera de colocarse el paciente ante sus síntomas en la reconstrucción del síntoma? Y sobre todo ¿cómo explicar la transición, la fluctuación, singularidad el cambio de una formas de enfermar a otras? ¿Cuál es la hechura del continuo, si lo hay que explique esta circulación?

Más arriba hice de Binswanger bandera de los logros y de las dificultades de la psiquiatría fenomenológica. Hay, desde luego, mucho más que pensar acerca de ambos, logros y dificultades. Pero en las dos variantes del trabajo de Binswanger, en sus prolongaciones más bien, por la obra de los psiquiatras de hoy, podemos encontrar quizás la razón última del atasco conceptual de la psicopatología fenomenológica: la imposibilidad de pensar la subjetividad como un mero movimiento, rebelde a la sustancialización constante que ha viene sufriendo desde el comienzo mítico de la psiquiatría (esta vez en toda la psiquiatría) Y después volver hacedero ese movimiento de la subjetividad a través de conceptos mediadores que mantengan el ir y venir entre singularidad y generalidad, cambio y permanencia, continuidad y discontinuidad, mundo y sujeto.

Esa difícil desustancialización de la subjetividad puede advertirse en dos males comunes de la psicopatología fenomenológica: el antropologismo y la psicología trascendental. El antropologismo es responsable de una ilusión y de un disimulo. La ilusión antropológica es de profundidad, y se provoca por redundancia. Consiste en tomar un rasgo de la experiencia y repetirlo como una característica de la esencia de lo humano. Tomemos la levedad con la que viene el mundo en la manía, por ejemplo, o su gravedad en los pacientes melancólicos. Una vez aislados en la experiencia, ligereza y gravedad pasan, para el *antropologista*, a considerarse más bien propias de algo así como las dimensiones *a priori* de lo humano, que deben estar

proporcionadas para que la vida mental sea saludable y que la enfermedad desbarata, dotando a este supuesto a priori humano de una cuasi *causalidad inaudita*[4] (15). No es que ligereza y pesantez no tengan fuerza descriptiva, es que la *metabasis eis allo genos* de la experiencia al ser humano está enterrando en el humano lo que es una propiedad del *entre*, del acaecer de la relación intencional, del campo fenomenológico tendido entre el uno que experiencia y lo otro que es experienciado.

El disimulo, por su lado, oculta la movilidad interna de la subjetividad tras un concepto espurio como el de *dispositivo antropológico* (16), que quiere describir a su modo esta movilidad, andando al sujeto de un extremo a otros de ciertas dimensiones, como la autenticidad o la euritimia que se presentaron antes. Ahora bien, esa movilidad es consustancial a la experiencia, está en la médula de la *ciencia de la experiencia de la conciencia*[5] , y no precisa de antropología ninguna, que más bien la emborrona. (Y tampoco precisa de conciencia, dicho sea de paso.)

Otro problema es el de la psicología trascendental. Entiendo por ésta una empirización forzada de las condiciones generales de la experiencia en forma de aparato psíquico. Es curioso que uno pueda encontrar el riesgo de esta psicología mixta en algunos párrafos de la *Crisis de las ciencias europeas*. Porque la intención de Husserl allí era la opuesta, dar a entender que la psicología "auténtica" era o podía servir de acceso a la constitución trascendental de la experiencia. El caso es una obra como la de Fuchs no se entiende sin este peligro constante, que a veces esquiva, al argumentar que la dimensión trascendental es efecto del cuerpo entero (17), de su funcionar conjunto o disjunto, no de un órgano u otro y a veces no, como cuando toma la estructura del flujo temporal y la piensa como (neuro)psicologizable (18), es decir, desmonta ese campo experiencial del presente vivo y lo vuelve cosa del cerebro.

No quiere decirse con esto que la psiquiatría fenomenológica precise o defienda este cansino dualismo entre cerebro y sujeto, cerebro y mente, cerebro y lo que sea. Al contrario, y mucho de esto está aún por pensar, la psiquiatría fenomenológica está en buenas condiciones para ir creando una biología que incluya las condiciones de la experiencia posible, en vez de transformarlas en la espuma de una agitación bioquímica[6].

Esta psicología trascendental es un riesgo constante de la psiquiatría fenomenológica, y proviene de la gravedad terrible que ejercen las series causales antinómicas del psicologismo y del fisiologismo. Esta gravedad ha hecho colapsar a menudo

4 Desarrollamos este asunto por extenso en El esquema de lo concreto.

5 Subtítulo de la Fenomenología del espíritu, claro.

6 Éste puede ser uno de los aspectos más interesantes de los libros que viene escribiendo Héctor Pelegrina, apoyado en la obra de Zubiri, cuya relación con la fenomenología tradicional (por entendernos) es el mismo tiempo cierta y complicada.

el *campo trascendental* (es decir, las condiciones del aparecer, que caen entre el sujeto y el objeto), lo ha transformado en el solo efecto de la subjetividad y ha procedido después a biologizar o psicologizar esas condiciones. Y sin embargo, las condiciones del aparecer son del campo, valga decir del encuentro, de la tensión creada entre dos instancias que antes de encontrarse solo se suponen y en la relación, en la intencionalidad, en el mero entre se conocen.

TRABAJOS DE AMOR DISPERSOS

Se abre así la lista de tareas pendientes, y me temo que ahora tendré que emplear un vocabulario un poco más abstruso, porque dejamos ya el territorio mejor conocido y la sobriedad de expresión que facilita.

De entre todas estas tareas, la más urgente es deshacer el prejuicio que hace de "una subjetividad/un mundo/un tiempo" el suelo obvio e irrebasable de las condiciones de la experiencia. Los pacientes nos muestran lo contrario, una pluralidad de mundos zurcidos a cada instante en una continuidad, más o menos lograda, que no elimina sin embargo la necesidad de transitar de uno a otro, su bulla bajo el presente vivo y la posibilidad de que esa fluidez entre mundos fracase y se vuelva una mera coexistencia, como ha descrito Sass (19) con más atractivo que precisión. Esa *multiplicación del fenómeno de mundo* apareja una deflación de la noción de subjetividad, que nos la vuelve densificación en ipseidad de su ser pasivamente afectada y movimiento que excede esa ipseidad misma. Otro tanto sucede con la noción de *inconsciente fenomenológico*, trabajada, oh paradoja, sobre todo por filósofos. Ese inconsciente fenomenológico, diferente del simbólico/pulsional, aclararía sin duda el concepto de laguna de fenomenalidad que nombramos más arriba, y abriría paso a estudiar el efecto de las instituciones simbólicas (la cultura, el lenguaje) con el ser así o asá de la experiencia. Y seguramente daría un poco de espesor teórico a esa psicoterapia hermenéutico/analítica que viene proponiendo Stanghellini estos últimos años.

En fin, por no alargarme, urge sistematizar un repertorio contemporáneo de trastornos generadores o fenómenos elementales que no siga el sesgo de la psicología de las facultades sino que saque rendimiento a los cien años largos de investigación fenomenológica para liquidar cortes arbitrarios de la experiencia, como el que llevó en su día a reunir alucinaciones verbales, cenestopáticas y visuales. Improvisando, casi, se me ocurren: pasividad, familiaridad, habitualidad, vitalidad, sobreabundancia inminente de sentido, ritualidad, deseo y algunas otras.

Terminemos. Es muy posible que estos trabajos de amor no puedan cumplirse dentro de la ortodoxia fenomenológica, si existe. Bien está. No se me ocurre mejor destino para los que alguna vez hemos encontrado belleza o verdad en alguno de tantos autores y escrituras de esta tradición, que acabar disolviendo nuestra poca fuerza en un pensamiento más ancho y más hondo.

Cosas que leer

- Blankenburg W. La pérdida de la evidencia natural. Una contribución a la psicopatología de la esquizofrenia. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales, 2013.
- Fuchs Th. Temporality and psychopathology. Phenomenology and the Cognitive Sciences 2013; 12 (1):75-104.
- Fuchs Th. Depression, intercorporality, interaffectivity. J Consc Studies 2013;20(7-8): 219-238.
- Fuchs Th. Pathologies of intersubjectivity in autism and schizophrenia. J ConscStudies 2015; 22 (1-2): 191-214.
- Gallagher S, Zahavi D. La mente fenomenológica. Madrid: Alianza, 2013.
- González Calvo, J: Vivir lo extraño. Una reconstrucción psicopatológica del déficit de familiaridad. Tarragona: URV, 2012.
- Minkowski E. La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos. México:FCE, 2000.
- Pelegrina H. Psicopatología regional. Buenos Aires: Polifemo, 2017.
- Stanghellini G. Antropologiadellavulnerabilitá Milano: Feltrinelli, 1997.
- Tellenbach H. La melancolía. Madrid: Morata, 1976.
- Wyrsch J. La persona del esquizofrénico. Madrid: Triacastela, 2001.

Referencias bibliográficas

1/ Varela P. Algunos aspectos de la fenomenología de Marc Richir. Revista Filosófica de Coimbra 2014; 46: 397-428, p406 y nota 11.

2/ Ramos Gorostiza P. Intencionalidad y antipsicologismo. Permanencia y trasgresión en la psiquiatría fenomenológica Monografías de psiquiatría 2006; 18 (1): 38-47. (Ejemplar dedicado a: Perspectivas fenomenológicas en psicopatología).

3/ Tatossian A. Phénoménologie des psychoses. L'art du comprendre 1997; Juillet (Numéro double, hors serie).

4/ Rejón Altable C. La cortedad del decir. El diagnóstico psiquiátrico como fijación de referentes empíricos. Journal für Philosophie & Psychiatrie, February 2013. http://www.jfpp.org/110+M58fe918524a.html. Acceso 1/04/2019.

5/ González Calvo JM, Rejón Altable C, Villalba Yllán P, Ramos Gorostiza P. Clarificación y delimitación de la psicopatología. Respuesta a Villagrán. Archivos de Psiquiatría 2007; 70 (2): 139-149.

6/ Mundt Ch, Fiedler P, PrachtB, Rettich R. Insta (Intentionalitätsskala)-ein neues psychometrisches Instrument zur quantitativen Erfassung der schizophrenen Residual symptomatik. Nervenarzt. 1985; 56:146-9. 7/ Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. Bonner Skalafür die Beurteilung von Basis symptomen. Berlin: Springer; 1987.

8/ Parnas J, Moller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, HandestP , Zahavi D. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. Psychopathology.2005; 38:236-58.

9/ Sass L, Pienkos E, Skodlar B, Stanghellini G, Fuchs T, Parnas J, Jones N. EAWE. Examination of anomalous world experience. Psychopathology 2017; 50(1):10-54.

10/ Ramos Gorostiza P, González Calvo JM. El sentido de la psicopatología y el papel de la fenomenología. Contribución a una controversia. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1995; 23: 281-286.

11/ Ramos Gorostiza P, González Calvo JM. Sentido y experiencia en psicopatología. https://fenopatologica.com/2018/11/04/sentido-y-experiencia-en-psicopatologia/ Acceso 1/04/2019.

12/ Messas G, Tamelini M, Milena M, Stanghellini G. New Perspectives in Phenomenological Psychopathology: Its Use in Psychiatric Treatment. Front Psychiatry. 2018; 9: 466.

13/ Fuchs Th. Temporality and psychopathology. Phenomenology and the Cognitive Sciences 2013; 12 (1):75-104.

14/ Ramos Gorostiza P. Adán Manes J. El problema psicopatológico y la fenomenología. Lo vivo y lo muerto en la psiquiatría fenomenológica. Actas Esp Psiquiatr 2013; 41(5):301-10.

15/ Ramos Gorostiza P, Rejón Altable C. El esquema de lo concreto. Una introducción a la psicopatología. Madrid: Triacastela, 2002.

16/ Stanghellini G. Antropologia della vulnerabilitá. Milano: Feltrinelli, 1997

17/ Fuchs Th. Ecology of the brain. Oxford: O.U.P., 2018

18/ Fuchs Th. The temporal structure of intentionality and its disturbance in schizophrenia. Psychopathology 2007; 40: 229-235.

19/ Sass LA. The paradoxes of delusion. Wittgenstein, Schreber and the schizophrenic mind. Ithaca and London: Cornell University Press, 1994.

Carlos Rejón Altable
Correspondencia: crejon@hotmail.com

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 16, N.º 1, pp. 22, 2019

Diagnóstico más allá de los síntomas: un enfoque centrado en el mundo de la vida de las personas.

Diagnosis beyond symptoms: an approach focused on the world of people's lives.

Marino Pérez-Álvarez.
Catedrático de psicología. Departamento Psicología. Universidad de Oviedo. Asturias.

RESUMEN

Los trastornos mentales se suelen definir por conjuntos de síntomas (típicamente, 5 de 10 o algo así, según el DSM). Sin embargo, un enfoque basado-en-síntomas no se hace cargo de lo que les pasa a las personas. Al fin y al cabo, las personas no son manojos de síntomas. Más allá de los síntomas están las personas con alteraciones de su modo de estar-en-el-mundo. Se refiere aquí a un enfoque centrado-en-la-persona. Se perfila una idea de persona destacando la dialéctica identidad-alteridad, así como la vulnerabilidad inherente al ser humano. En esta perspectiva se presenta un método de entrevista terapéutica fenomenológico, hermenéutico y dinámico. Finalmente, se ofrecen ejemplos del mundo-de-la-vida alterado en diversos trastornos (alimentarios, del humor, psicóticos). El enfoque presentado es dimensional y a la vez categorial, donde las categorías no se basan en síntomas sino en configuraciones o estructuras.

Palabras clave: *fenomenología, enfoque trans-diagnóstico, configuraciones clinicas, dialéctica identidad-alteridad.*

ABSTRACT

Mental disorders are usually defined by sets of symptoms (typically, 5 out of 10 or something, according to the DSM). However, a symptom-based approach does not take care of what happens to people. After all, people are not bunches of symptoms. Beyond the symptoms are people with alterations in their way of being-in-the-world. It refers here to a person-centered approach. An idea of a person is outlined highlighting the identity-alterity dialectic, as well as the inherent vulnerability of the human being. In this perspective, a phenomenological, hermeneutical and dynamic therapeutic interview method is presented. Finally, examples of the peculiar world-of-life altered in various disorders (food, mood, psychotic) are offered. The presented approach is dimensional and at the same time categorial, where the categories are not based on symptoms but on configurations or structures.

Key words: *phenomenology, transdiagnostic approach, clinical configurations, dialectic identity-alterity.*

Para fundamentar un diagnóstico más allá de los síntomas, habría que ir a la persona como concepto primordial y referente clínico, no reductible a unidades subpersonales (cerebro, circuitos neuronales, moléculas), ni tampoco subsumible en estructuras supraindividuales (estadísticas, algoritmos, meta-análisis). En ambos casos se trata de instancias impersonales. Las personas-ahí con sus problemas, dilemas, crisis, alteraciones del mundo vivido, etc., son "las cosas mismas" en psiquiatría y psicología, de acuerdo con el primer y único mandamiento de la fenomenología que, como se recordará, es la "vuelta a las cosas mismas". Se refiere aquí a un enfoque centrado en el mundo vivido de las personas. El desarrollo de este artículo retoma materiales expuestos en otros trabajos, particularmente, como capítulos en los manuales de evaluación y de tratamiento psicológico de los trastornos psicóticos dirigido por el profesor de la Universidad de La Rioja Eduardo Fonseca-Pedrero (1, 2). En dichos capítulos así como en otras referencias se encuentran más desarrollados algunos aspectos de este artículo, a la vez que en éste están más desarrollados algunos aspectos de aquéllos. En todo caso, este artículo mantiene una temática unitaria.

El artículo se desarrolla en cuatro partes. En primer lugar, se perfila una idea de persona de interés para la psicopatología. En segundo lugar, se propone un modelo dialéctico centrado en la vulnerabilidad constitutiva del ser humano. En tercer lugar, se presenta un método fenomenológico de entrevista terapéutica. Finalmente, se ofrecen ejemplos del mundo de la vida en diversos trastornos.

Por una idea de persona: entre la identidad y la alteridad.

Importa tener una idea explícita de persona, porque si no, la tenemos implícita, sin pensar, ni elaborar. Tampoco es únicamente cuestión de tener una idea explícita, sino qué idea tener. La idea de persona no importa sólo para el trato social como personas (faltaría más) y por la calidad de vida asociada al tratamiento, sino para el tratamiento mismo.

La idea de persona que se propone aquí destaca la vulnerabilidad constitutiva del ser humano, para el caso, ser-una-persona. Ser-persona es una realidad fáctica dada por hecho y derecho en nuestra sociedad, pero es también una tarea complicada que cada uno tiene que asumir. Se refiere aquí a la complicada tarea de permanecer uno mismo (identidad personal, mismidad) dentro de la continua variabilidad a lo largo de la vida donde no faltan aspectos que desdicen, contradicen, extrañan y desafían la propia identidad. Se cuenta con la teoría de la persona de Paul Ricoeur (3) de creciente aplicación en clínica (4, 5, 6). El planteamiento de Ricoeur tiene al menos dos puntos de interés para la clínica psiquiátrica y psicológica. Por un lado, muestra la identidad en tensión dialéctica con la alteridad. Por otro, toma la narrativa como posible mediación de las discordancias entre identidad y alteridad.

Dialéctica identidad-alteridad.

La dialéctica identidad-alteridad (permanencia-variabilidad) la plantea

Ricoeur valiéndose de los términos latinos para identidad *idem e ipse:*

- La identidad *idem* se refiere al aspecto de la identidad que permanece la misma a lo largo del tiempo (mismidad).

- La identidad *ipse* se refiere al aspecto de la identidad que integra el otro y lo otro (ipse-alteridad). De ahí el título de su libro "Sí mismo como otro".

La mismidad (ídem) refiere la idea de continuidad estructural y responde a la pregunta qué (qué soy). La ipse-alteridad refiere también una idea de continuidad pero continuamente alterada y responde a la pregunta quién (quién soy). Mientras que la mismidad sugiere persistencia y resistencia ante lo otro, ipse-alteridad sugiere actividad y adaptabilidad en relación con lo otro y el otro. Identidad-idem e identidad-ipse son aspectos de la misma identidad personal, vista en su faceta de permanencia (mismidad) o de variabilidad (alteridad). La alteridad no anula la mismidad sino que la despliega y desarrolla y, por su lado, la mismidad no impide la alteridad sino que es su condición de posibilidad y por ello mismo también su limitación.

Esta estructura compleja (heterogénea, inestable) de la unidad múltiple que son las personas (*unitas multiplex*), aquí seguida en términos *ídem-ipse*, tiene que ver, entre otras, con formulaciones como yo-mí (James, Mead), sujeto-yo (Castilla del Pino) y yo-dialógico (7, 8). En particular, la noción de yo-dialógico enfatiza la heterogeneidad de la persona, cómo pueden coexistir en uno distintas posiciones de uno mismo, o acaso coexisten como pueden, derivadas de las interacciones con los otros a lo largo de la vida. Las alucinaciones ofrecen un ejemplo conspicuo de experiencias dialógicas disociativas (8).

La narrativa como mediación entre identidad y alteridad.

La narrativa viene a ser la mediación entre la identidad y la alteridad, constituyendo la identidad personal. La identidad narrativa responde a las preguntas de *quién* es el autor de tal acción, *quién* hizo esto o a *quién* le sucedió tal cosa. El autor está por así decir representado por el nombre propio y el pronombre de primera persona como soporte de la permanencia en el tiempo. Son los demás los primeros interesados en que uno sea capaz de contar su historia. Uno termina por ser hermeneuta de sí mismo al dar cuenta de sí, explicarse y justificarse ante los demás y él mismo. La vida se vive hacia adelante, pero se explica hacia atrás, decía Kierkegaard.

La vida es lo que hacemos y lo que nos pasa o acontece, decía en este caso Ortega. Los acontecimientos que irrumpen en la vida terminan por constituir una identidad narrativa, de dos maneras:

- sea que se fundan con la historia personal donde se integran, nivelan y normalizan con la vida en curso, o

- sea que funden ellos mismos un nuevo sentido de la vida. Lo que es una contingencia o azar cuando ocurre, termina a menudo por ser una necesidad retrospectiva, cuando se hace un recuento de la vida.

La narrativa concierne a la acción y la experiencia. Se refieren a alguien que está tratando de hacer algo y a lo que le acontece como consecuencia de ello. No importa solamente el *contenido* denotativo, sino también la *forma* con su sentido connotativo, evocativo y persuasivo. La forma narrativa tiene tres aspectos particularmente relevantes en las experiencias de enfermedad y sanación (9):

- las narrativas se centran en los eventos: acciones e interacciones,
- las narrativas se centran en las experiencias: cómo uno vive lo que hace y le pasa, incluyendo eventos involuntarios, imprevistos e indeseables,
- las narrativas no meramente se refieren al pasado, sino que crean experiencias para la audiencia: evocando y provocando experiencias y actitudes.

El interés y poder de la narrativa no está en reflejar los hechos—eventos, acciones y experiencias—que han acaecido, en una suerte de correspondencia con la verdad. La narrativa da sentido a los hechos y más que la supuesta verdad "factual" referencial ofrece una "verdad narrativa" que, no sin su ambigüedad e inestabilidad, termina por ser la verdad que hay. Las acciones y experiencias no son hechos exentos, libres de sentido, ahí-encapsulados, prístinos y prestos a su descripción actuarial, más o menos accesibles a su extracción. Las acciones y experiencias tienen el sentido que tienen en el contexto de una "historia" más o menos larga de la que son episodios. Incluso, su falta de sentido cuando sea el caso, resulta precisamente del curso de la vida respecto del cual algo parece sin-sentido, extraño, ajeno, "enajenado".

La propia indagación acerca de los "hechos" (introspección, psico-análisis, evaluación, entrevista, historia) está mediada por el lenguaje, una "herramienta" de enésima mano, por lo que difícilmente cabría esperar el rescate de "contenidos fácticos" exentos. La propia naturaleza de la acción y la experiencia tiene la estructura gramatical de sujeto-agente de la acción *(sense of agency)*, así como de sujeto-poseedor de la experiencia siendo yo quien siente y padece lo que *me* pasa *(sense of ownership)*. Mientras que el sentido-de-agencia refiere la experiencia de ser uno quien inicia y realiza la acción, el sentido-de-propiedad refiere la experiencia de ser uno el que tiene los pensamientos, sensaciones y experiencias que ocurren, no siempre coincidentes (10).

El sujeto agente y experiencial es un sujeto corpóreo, por demás, social y hermenéutico, que trata de explicar, justificar y dar sentido a su vida, lo que prefigura la propia historia narrativa. Como dice Cherryl Mattingly, las acciones y experiencias tienen las "semillas de la narrativa" empezando por la necesidad que tienen los pacientes y el clínico de ésta para dar cuenta de aquéllas (9, p. 45). Se puede hablar de "una homología entre la estructura de la narrativa y la estructura de la acción", sobre la que se basa el trabajo clínico (9, p. 23).

En esta perspectiva, el psiquiatra italiano Givanni Stanghellini y colaboradores han desarrollado un *modelo dialéctico centrado-en-la-persona y un método fenomenológico,*

hermenéutico, dinámico de entrevista terapéutica (5, 11, (12).

Modelo dialéctico centrado-en-la-persona.

El modelo dialéctico centrado-en-la-persona parte de la vulnerabilidad constitutiva del ser humano referida a la complicada tarea de la persona consistente el lidiar con la propia alteridad. Una condición clínica resultaría de la desproporción entre la alteridad y la persona, cuando fallan los propios esfuerzos por darle sentido y apropiarla. La alteridad consiste en experiencias desconcertantes, hábitos automáticos, impulsos, deseos, sueños, en fin, lo otro (5). La patología no está en la vulnerabilidad, sino en la pérdida de la dialéctica entre la persona y su vulnerabilidad, entre lo "voluntario y lo involuntario" (retomando una distinción de Ricoeur). La pérdida de la dialéctica de uno consigo mismo y ni que decir tiene con los otros ["perdido en el dialogo", "lost in dialogue"; (5)], aboca fácilmente a un estancamiento o situación patogénica, un particular "mundo de la vida".

La configuración de un particular mundo de la vida patógeno resultaría de la conjunción de un estilo, modo de ser o personalidad, con situaciones en las que se pone al límite la propia vulnerabilidad existencial (13). Las situaciones-límite se pueden volver situaciones patógenas cuando ponen al descubierto nuestra propia personalidad vulnerable. Situaciones-límite se refieren, por ejemplo, a traumas, crisis, pérdidas, conflictos, inseguridad, incertidumbre, etc., cuando hacen tambalear o desmoronan el mundo dado por hecho. Las situaciones-límite tanto revelan los límites que nos depara la vida más allá de las seguridades acostumbradas, como ponen a prueba nuestra vulnerabilidad y fortaleza.

La trayectoria patogénica consistiría entonces en un triple proceso (5, 11):

- desproporción persona-alteridad,
- pérdida del diálogo consigo mismo,
- estancamiento en una estructura psicopatológica.

El modelo dialéctico centrado-en-la-persona ofrece un marco teórico para explorar los trastornos del yo y la manera en que las personas toman posición sobre sus experiencias. De acuerdo con Stanghellini (5, 11), el modelo:

1) Articula la *dialéctica* de los aspectos personales e impersonales de las condiciones clínicas.
2) Proporciona un marco para la articulación *narrativa* de la toma-de-posición ante las experiencias anómalas y los intentos para tratar con ellas abordando el sentido alterado de la identidad.
3) Destaca el papel fundamental de los *valores* que informan y modulan las actitudes de la persona ante la alteración de su sentido del yo y de la identidad.

El modelo dialéctico centrado-en-la-persona tiene tanto una implicación diagnóstica como también terapéutica. La implicación diagnóstica está en la medida en que sirve para desenmarañar la vulnerabilidad

básica respecto de la toma-de-posición de los pacientes acerca de sus experiencias y sufrimientos. La diversidad de formas psicopatológicas (síntomas, curso) derivaría, según el modelo, de la diferente manera cómo las personas reaccionan y dan sentido a sus cambios de la experiencia de sí mismos y del mundo. Una *implicación terapéutica* consistiría en el cambio de foco de los síntomas floridos (alucinaciones, delirios) a las manifestaciones más básicas de vulnerabilidad. Esto supone ayudar a tomar una actitud reflexiva con respecto a la vulnerabilidad, tratando de articularla en un mejor formato expresivo y comunicativo en un contexto interpersonal. Supone asimismo llevar acciones tendentes a modificar la toma-de-posición y construir narrativas diferentes más efectivas acerca de la enfermedad y la interpretación de las experiencias anómalas.

Con base en el modelo dialéctico centrado-en-la-persona se propone el método fenomenológico – hermenéutico – dinámico como guía de entrevista terapéutica (11).

Método fenomenológico de entrevista terapéutica.

El método al que se refiere se denomina más completamente método fenomenológico, hermenéutico y dinámico (FHD) de entrevista terapéutica, por los tres aspectos de los que consta: despliegue fenomenológico, análisis hermenéutico y análisis dinámico.

Despliegue fenomenológico (F).

"Despliegue" significa abrir y poner de relieve los pliegues de las experiencias de los pacientes, a menudo difíciles de contactar, describir y referir, cuando no inefables. Su propósito es dotar al clínico y al paciente con un conocimiento sistemático de las posibles experiencias de los pacientes, derivado de la clínica, la investigación y el análisis fenomenológico. Trata de poner de relieve el estilo de experiencia y acciones del paciente, incluyendo aspectos tácitos, más allá de los síntomas: el mundo-vivido. El entendimiento del mundo-vivido se lleva en dos momentos.

El primero consiste en la exploración comprensiva de una serie de dimensiones de la experiencia de sí mismo, de los otros y del mundo, a través de una entrevista semiestructurada. La entrevista explora distintos aspectos y dimensiones de la subjetividad. La exploración sigue una cartografía de la subjetividad o mapa de la experiencia de acuerdo a dimensiones como la intencionalidad, el cuerpo-vivido, el espacio-vivido, el tiempo-vivido, la intersubjetividad, los valores y la "instalación metafísica" como por ejemplo delirios ontológicos (1, 14, 15).

El segundo momento consiste en tratar de captar posibles configuraciones o estructuras básicas como núcleo de las experiencias y acciones alteradas. Se entiende que los síndromes psicopatológicos no consisten meramente en asociaciones de síntomas, sino que expresan alteraciones características "profundas" de la existencia humana y del modo-de-ser-en-el-mundo. En la cuarta y última parte se ofrecen ejemplos del mundo de la vida en diversos trastornos o configuraciones de la experiencia alterada.

Análisis hermenéutico (H).

Se centra básicamente en considerar la toma-de-posición de la persona hacia sus experiencias: la manera en la que el paciente interpreta lo que le pasa. Como "animales hermenéuticos", los seres humanos tratan de dar sentido a lo que les sucede. La interpretación de los pacientes es importante en el curso del trastorno y en relación con la ayuda. La interpretación se refiere a la visión-del-mundo y filosofía de la vida de los pacientes, es decir, las actitudes y valores que orientan su manera de experimentar lo que pasa. Se entiende que hay una interacción entre la persona y sus experiencias anómalas que puede marcar la diferencia entre una mayor o menor patologización y normalización (16).

Se entiende asimismo que la posición sobre ellas es relevante para el curso del problema y la variabilidad fenotípica. La psicoterapia tiene su base precisamente en el papel activo de la persona en tomar posición sobre lo que le pasa y las interpretaciones que haga de sus experiencias. El análisis hermenéutico se dirige a rescatar el papel activo del paciente en modular el curso y resultado de los síntomas.

Análisis dinámico (D).

Consiste en tratar de comprender las experiencias y acciones en el contexto de la persona y sus circunstancias, como acontecimientos biográficos (Binswanger). Se refiere a una comprensión biográfica, más que biológica, centrada en conexiones de sentido (Jaspers) entre eventos, experiencias, vulnerabilidades, alteridad, dentro de una historia con sus coherencias y discordancias. Reaparecen aquí de nuevo la dialéctica entre identidad y alteridad con su continuidad y discontinuidad, proporción y desproporción, apropiación y disociación, así como la narrativa como mediación, reconstrucción del sentido y explicación biográfica. El método FHD de entrevista terapéutica, ni que decir tiene, no agota las ayudas posibles y necesarias.

Otras ayudas son también posibles y necesarias como los tratamientos psicológicos, la medicación, el apoyo familiar, recursos comunitarios, etc., sin dejar de lado cambios sociales y culturales. La idea general es que un modelo centrado en la persona y un método fenomenológico de entrevista pueden ser una buena entrada y un buen marco para las diversas ayudas disponibles.

El mundo vivido de las personas con trastornos psiquiátricos

El mundo de la vida como base.

El mundo vivido es ante todo el mundo de la vida. Y el mundo de la vida no es otro que el mundo cotidiano donde nuestra vida tiene lugar. Es el mundo de la evidencia inmediata, dado por hecho, siempre-ahí, incuestionado, en la base de la experiencia humana compartida. Es el mundo en el que *estamos*, con el que contamos y en el que creemos, sin necesidad de reparar en él, más que meramente *tenemos* como tenemos unas ideas u otras, según la distinción de Ortega entre ideas y creencias. En las creencias

estamos y las ideas las tenemos. Cuando tenemos que reparar en el mundo de la vida, pensar sobre lo hasta ahora dado por obvio, preguntarnos por el sentido de las cosas, quiere decir que algo no va bien en nuestra vida o alguna crisis se cierne sobre el mundo vigente. También puede ser que estemos adoptando una perspectiva reflexiva, científica, filosófica o etnometodológica. Una perspectiva de este tipo no es la natural de nuestra instalación en el mundo. Nótese, en todo caso, que aun siendo nuestra perspectiva científica, filosófica o metodológica, la base de partida sobre al que hacemos pie es el mundo de la vida.

Nuestra relación con el mundo no es meramente interactiva, de dos entes yuxtapuestos, el yo y el mundo, que interactúan, sino constitutiva, de manera que el yo-y-el-mundo se constituyen recíprocamente (ser-en-el-mundo, yo soy yo y mis circunstancia, según las egregias fórmulas de Heidegger y Ortega). Siempre estamos situados dentro de un mundo intersubjetivo, compartido, que ya estaba funcionando. El teatro ya estaba en curso cuando entramos en escena. El teatro del mundo es nuestra condición de posibilidad, con las facilidades y obstáculos que sean. El mundo de la vida constituye nuestro trasfondo de experiencias y horizonte de sentido: dirección y significado (valencias y valores). Nuestra vida psicológica, incluyendo las alteraciones de nuestro normal funcionamiento, siempre están in media res, en medio de otras cosas, dentro de un curso de actividades que implican a otros. Como dijo Freud, en la vida mental invariablemente está implicado alguien más, como modelo, como objeto, como ayudador, como oponente.

El mundo de la vida es el mundo primordial, primero y fundamental, "arquetipo de nuestra experiencia de la realidad" (Husserl). Dentro del mundo de la vida existen también otros mundos, realidades múltiples (Alfred Schutz) o sub-universos (William James): la fantasía, los sueños, la imaginación, los juegos, los mitos y las teorías científicas. Realidades múltiples o sub-universos que no siempre son fáciles de articular entre sí. El Quijote es un ejemplo de desarmonías entre realidades múltiples e influencias mutuas (sea por caso la sanchificación de don Quijote y la quijotización de Sancho).

El mundo de la vida se describe en clínica de acuerdo con una variedad de dimensiones de la experiencia como ya se ha apuntado (1, 14, 15): el tiempo-vivido, el espacio-vivido, el cuerpo, la identidad de uno, la intersubjetividad, que solamente se pueden separar por mor de una cartografía de la subjetividad. Ni que decir que se trata de experiencias entretejidas.

Dimensiones y configuraciones: enfoque transdiagnóstico y categorial.

El enfoque fenomenológico es dimensional y, a la vez, está interesado en posibles configuraciones de las experiencias alteradas. Es un enfoque transdiagnóstico y al mismo tiempo categorial (17). Por un lado, se interesa en la descripción de las dimensiones de la experiencia del mundo vivido, donde las dimensiones refieren tanto los distintos aspectos de la subjetividad

(modo de ser-en-el-mundo), como la continuidad normalidad-alteración. Por otro lado, se interesa también en la descripción de configuraciones de la experiencia alterada, cómo las experiencias en sus dimensiones extremas y dadas posibles discontinuidades (rupturas) reconfiguran formas fenotípicas reconocibles, diferentes unas de otras, con diferencias a menudo más sutiles (cualitativas) que ostensibles (cuantitativas). El mismo síntoma puede tener cualidades experienciales y sentido diferente en el contexto de la persona. Por ejemplo, las voces en la población general, una afección orgánica o en psicosis son experiencias distintas.

Aun cuando estas configuraciones psicopatológicas mantienen el mismo nombre de las categorías establecidas (anorexia, ansiedad, depresión, esquizofrenia, manía, melancolía, etc.), no suponen por ello las mismas categorías tipo DSM o CIE. Pueden ser los mismos collares, pero son distintos perros (17). Esta misma nomenclatura que, si bien, mantiene las categorías establecidas contribuyendo a su uso práctico, se presta sin embargo a confusión porque no serían en realidad las mismas (5 síntomas de 10 o algo así). Al fin y al cabo, estas categorías ya existían de cuando se hacía psicopatología, antes de su "degeneración" a partir de 1980 con el DSM-III en sus sucesivas ediciones, ahora en crisis. La originalidad puede estar en la vuelta a los orígenes, en todo caso de acuerdo con un enfoque renovado y centrado en el mundo vivido de las personas.

Cautela con los términos.

Siendo un interés de la fenomenología el mundo vivido de las personas con trastornos psiquiátricos o psicológicos, qué es estar deprimido, tener un trastorno alimentario, psicótico, etc., se presentan breves descripciones de algunos de los trastornos más relevantes de la clínica actual, siquiera sirva esta presentación como ilustración de la nueva conocida psicopatología de base fenomenológica.

Puesto que las descripciones tratan de situarse en la perspectiva de primera-persona (cómo la persona siente y vive el mundo en tal o cual condición), hay de entrada una dificultad terminológica en relación con los términos "tener" (tener tal trastorno), "con" (persona con depresión), "ser" y "estar" (ser una persona anoréxica, estar deprimido). El problema con los términos "tener" y "con" es que sugieren el trastorno como algo añadido, adherido a la persona, mientras que la fenomenología los presenta como un modo de ser en el mundo que implica toda la persona (ser-en-el-mundo).

Por su parte, el problema con el verbo "ser" es que tiende a esencializar la condición de la persona como si fuera en esencia tal cosa, en todo su ser y para siempre. De hecho, se suele evitar su uso en psiquiatría por lo que tendría de estigmatizante como quizá decir ser drogadicto o alcohólico. Sin embargo, en otros ámbitos médicos el uso del verbo ser no es estigmatizante como ser diabético, hemofílico, ciego o celiaco.

La modalidad "estar" salvaría este sentido esencialista, pero también desdice cuando da a entender que una condición es pasajera y superficial. Estar esquizofrénico no es como estar de pronto raro o triste y dejar de estarlo en cualquier momento. Asimismo, estar anoréxica una persona no es meramente un estado ocasional. Tanto la esquizofrenia como la anorexia, sean por caso, tienen quizá más de rasgo que de estado, más de manera de ser que de modo de estar en un momento dado. Mientras que el "ser" esto o lo otro tiende a esencializar más allá de posibles recuperaciones que podrían suponer un cambio esencial, el "estar" puede que no haga justicia con maneras de ser en la medida en que se toman como ocasionales, caprichosas o algo así. Por lo que aquí respecta, estos términos se usarán más en función del contexto que del lenguaje llamado "políticamente correcto" que no por ello es el más respetuoso con lo que le pasa a las personas.

El mundo vivido de las personas con trastornos alimentarios.

El mundo vivido de las personas con trastornos alimentarios, tomado la anorexia como referencia, más allá de los "síntomas" (conductas y preocupaciones por el peso y la imagen corporal), consistiría en una alteración de la experiencia del cuerpo-vivido que implica la identidad personal (11). Por un lado, está la dificultad de sentir el cuerpo con la sensación cenestésica del sentido de sí mismo como forma primordial de autoconciencia. Por otro lado, está el cuerpo vivido como objeto-para-otros, bajo una mirada (sartriana) objetivadora que, en su interiorización por uno mismo, termina por devolver el cuerpo como objeto-para-sí. El cuerpo vivido como objeto para otro que uno interioriza subvierte el aspecto del cuerpo vivido como sujeto con la sensación cenestésica de agente, al extremo de derivar en la despersonalización a través de la mirada de los otros.

El trabajo del cuerpo toma el lugar de la tarea de uno como persona. No sería la primera vez que las personas dicen "soy anoréxica", no meramente "tengo anorexia". La anorexia no sería algo añadido a la persona, sino la conformación de la propia persona, donde prevalece el valor de la delgadez (y el autocontrol que conduce a ella), sobre el valor de la salud: ser anoréxico sobre estar sano. Siendo la delgadez un valor por encima de la salud, la anorexia más que una distorsión del pensamiento y de la imagen corporal, déficits cognitivos o algo así, constituye todo un modo de ser. Se refiere a un modo de ser donde las emociones (asco, vergüenza, ansiedad) alcanzan el rango de pasiones que estructuran la vida y los valores constituyen creencias firmes cuasi-religiosas, la anorexia como una religión.

Si en tiempos pasados el cuerpo era la cárcel y tumba del alma, en tiempos de la anorexia el alma parece ser la cárcel del cuerpo y a veces la tumba, cuando el autocontrol, las pasiones y el valor supremo de la delgadez organizan (y desorganizan) la vida. La ayuda a las personas con trastornos alimentarios pasaría por mostrar que el problema de base estaría más que nada en las dificultades en sentir su propio cuerpo en la perspectiva de primera-persona y tener un sentido continuo de sí mismas como como sujetos corpóreos.

El mundo vivido de las personas con ansiedad.

No parece inmediatamente obvio que las diversas manifestaciones de ansiedad que se consultan y diagnostican en contextos clínicos se deban, en realidad, a cuestiones existenciales. Sin embargo, cuestiones existenciales están en la base de los síntomas y diagnósticos recibidos. Estas cuestiones emergen con tal de que el clínico abra la posibilidad de su exploración. Se refiere a cuestiones consistentes en preocupaciones acerca de la vida y la muerte, crisis de sentido y de identidad, incertidumbre de lo que nos deparará la vida, "temores y temblores" sobre lo que podemos y debemos hacer, dilemas de difícil solución entre seguridad y libertad, decisiones difíciles de tomar, etc. La ansiedad supone una situación en la que uno se siente expuesto sin los amarres de seguridad que hasta ahora sostenían nuestra vida. El mundo se presenta inhóspito y hostil, sin la familiaridad acostumbrada. Uno se siente a la intemperie, amenazado y sin las "claves" de cómo funcionan las casas.

Situaciones de este tipo en las que uno se ve abocado a un mundo incierto sin las seguridades anteriores se encuentran en las transiciones de la vida y en los cambios de época. Dos novelas de Herman Hesse plantean estas situaciones. En *Demian* (1919), sobre la adolescencia, plantea el paso del "mundo claro" de la infancia al "mundo oscuro" que se abre al adolescente, tras su ruptura con el anterior y abocamiento a lo nunca visto. En el *Lobo estepario* (1927), sobre la propia crisis del autor, muestra su desarraigo como ser solitario en la nueva sociedad de masas, "lobo estepario" en medio de un mundo, como dice, "ninguno de cuyos fines comparte, ninguno de cuyos placeres me llama la atención".

La estructura ontológica de la ansiedad viene dada por la condición de ser-ahí, abierto, arrojado, "liberado" de los vínculos de seguridad acostumbrados o bajo la amenaza de serlo. El miedo o vértigo de la libertad late en la experiencia de ansiedad como inquietud, preocupación, angustia, incertidumbre, pánico o miedo-a-morir. La situación de ansiedad por más que una situación-límite o quizá por ello puede conllevar la apertura de su salida, solución o cura. La noción de cura (sorge) en Heidegger es correlativa de la ansiedad, como el cuidado, pre-ocupación, precaución y reflexión que se han de tener en los asuntos de la vida. La ansiedad puede ser antes que nada una señal de alarma de algo que anda mal en nuestra vida, sin saber qué, de ahí el cuidado y la reflexión. La ansiedad puede abrir un horizonte de posibilidad (Heidegger) y empujar el coraje necesario (Tillich).

La cuestión es entender cuándo la ansiedad existencial—reveladora y potencialmente salvadora—se convierte en ansiedad patológica, clínica o "neurótica". No hay criterios precisos ni probablemente se puedan precisar más allá de convenciones prácticas. En esta perspectiva, la ansiedad existencial llegaría a ser un trastorno neurótico cuando se constituye en un circuito o bucle. La ansiedad no estaría dentro de uno en supuestos circuitos neurocognitivos, ideas irracionales o conflictos recónditos,

ni tampoco fuera como amenazas que se ciernen sobre uno, sino que sería uno el que está dentro de una situación, como situación-límite: el desmoronamiento de un sistema que ya no ofrece seguridad.

Esta consideración supone entender los sentimientos existenciales empezando por la ansiedad como atmósferas afectivas que cualifican o des-cualifican nuestro modo de estar-en-el-mundo, en este caso, de un modo inquieto, preocupado, con miedo-a-morir. La ayuda terapéutica en la perspectiva existencial no está en la eliminación o reducción de la ansiedad, sino en clarificar la situación a la que responde y aquello de lo que es alarma y en adoptar una manera más flexible y abierta respecto de su experiencia. Como se dijo, la ansiedad es correlativa del cuidado, precaución, preocupación y reflexión sobre lo que nos depara la vida.

El mundo vivido de las personas con depresión.

La experiencia de depresión supone ante todo un cambio en nuestra relación, sintonía y resonancia con el mundo, los demás y nosotros mismos. El mundo se ha vuelto plano, sin relieve, cero-interesante. El futuro parece cerrado. El pasado se nos viene encima, con más pesadumbre que simplemente nostalgia. El presente está estancado, indiferente, sin nada o poco con lo que vibramos. Los demás no pueden impedir nuestra soledad. El propio cuerpo se ha vuelto pesado, más ya un obstáculo que el medio transparente—sin siquiera notarlo—que era. En la depresión vivimos en un mundo diferente, aun cuando sigamos en la vida cotidiana. Aunque la depresión se ha concebido como una "enfermedad" definida por una serie de síntomas supuestamente debidos a "desequilibrios de la serotonina", esta concepción no se compadece con lo que les pasa a las personas deprimidas. La depresión no se reduce a una lista de síntomas. Tampoco el supuesto desequilibrio neuroquímico es su causa sino, en realidad, un audaz eslogan comercial que, sin embargo, muchos se han creído. Por el contrario, un enfoque existencial se centra en la experiencia y circunstancias: la situación límite en la que uno ha entrado sin ver ahora la posibilidad de salir.

La estructura ontológica de la depresión viene dada, también en términos de Heidegger, como ser-ahí en el presente, estancado, desesperado, sin esperanza e indeciso, un aburrimiento-aborrecimiento de todo, en un mundo que se presenta vacío de sentido. En esta perspectiva, la depresión se entiende también como situación-límite en la que el mundo muestra su clausura y las posibilidades de uno están menguadas si es que no exánimes. El tiempo se vive como espeso, sin perspectiva de futuro y el propio cuerpo, lejos de su transparencia como medio-de-acción en el mundo, se vuelve pesado—más obstáculo que medio—, encarnación de la propia pesadumbre.

Un estudio cualitativo muestra tres dimensiones principales de la experiencia del tiempo vivido en la depresión (18): a) retardo vital consistente en la experiencia de enlentecimiento de funciones vitales (digestivas, motoras) y agotamiento del cuerpo como fuente de vitalidad, b)

presente y futuro dominados por el pasado permaneciendo uno abrumado por lo "ya sido", a menudo con sentimientos de culpa, c) estancamiento del fluir del tiempo donde el presente parece lentificarse, demorarse, vacío, sin sentido, sin dirección ni significado.

Dentro de su variedad y grados, la depresión agradece la noción de situación como reconfiguración del mundo-vivido en la que se ha entrado: una situación depresiva. La situación depresiva en la que uno ha entrado o está atravesando conlleva, como en la ansiedad, su posibilidad de apertura, solución o cuidado. Por lo pronto, la situación depresiva misma puede suponer un respiro, tregua, descanso, "ahorro de energía" en esfuerzos inútiles, clarificación y toma de perspectiva, dadas las circunstancias (pérdidas, trajín de la vida, cansancio, desgaste de situaciones que no dan más de sí). La cuestión de nuevo es entender cuándo la "depresión" o situación depresiva adaptativa—clarificadora y restauradora—se convierte en depresión clínica. Tampoco hay aquí criterios precisos, más que sociales normativos, con umbrales cada vez más bajos dentro de la creciente patologización de los problemas normales.

En esta perspectiva, como también en la ansiedad, la tristeza o estado deprimido normal llega a ser una depresión clínica cuando se instala un circuito de 1) circunstancias (pérdidas, desgaste), 2) experiencias (tristeza, desesperanza), 3) patrones de evitación (retirada, rumia), 4) exacerbación de las experiencias de tristeza y desesperanza y 5) realimentación de las circunstancias iniciales, conformando un bucle. Igualmente, como la ansiedad, la depresión no estaría ni dentro de uno, ni tampoco fuera, sino que es uno el que está dentro de una situación depresiva y al mismo tiempo deprimente.

La ayuda terapéutica empezaría por identificar el patrón de evitación cuyas formas no todas son obvias como la retirada y la rumia y promover, en su lugar, la decisión y la acción comprometida en la dirección de una vida valiosa y significativa más allá de la propia tristeza ("depresión") y a pesar de ella. La ayuda terapéutica incluye la clarificación de valores, cuya falta de claridad o inexistencia es el problema, existencial y clínico. De la diversidad de terapias eficaces para la depresión es de señalar aquí la activación conductual. Dentro de su parsimonia y simplicidad, esta terapia tiene aspectos relevantes en la perspectiva existencial empezando por un modelo contextual de la depresión como situación (bucle) y su salida mediante la activación en dirección a valores.

La falta de valores, de sentido y de esperanza (desesperación), puede poner en algún caso de depresión profunda (por definición) en el límite tanto de la terapia, como de la situación depresiva misma. Se refiere a una depresión profunda como una depresión melancólica severa. Una depresión profunda o melancólica puede suponer toda una alteración en la estructura de nuestro ser-en-el-mundo, más que en el

modo de la tonalidad afectiva de tristeza, culpa o desesperanza. El propio modo de estar-a-tono y situado en el mundo puede estar alterado o erosionado. Ya no se refiere a falta-de-esperanza y al sentimiento-de-tristeza de las depresiones más comunes, sino de la imposibilidad misma de esperar y sentir, quizá con la única "esperanza de morir" y "sentimiento de ser suicida", sin siquiera fuerza vital para el suicidio.

El mundo vivido en las personas con psicosis.

Los síndromes psicóticos, esquizofrenias, melancolía, manía, tienen sus propios "centros de gravedad" que los hacen básicamente diferentes dentro de compartir síntomas y formar parte del mismo espectro de la psicosis. Las diferencias se revelan sobre la variedad de dimensiones de la cartografía de la subjetividad.

Empezando por el sentido común y la convencionalidad, la esquizofrenia se caracteriza por la pérdida de la "evidencia-natural" (del mundo-dado-por-hecho) y de la convencionalidad. Por el contrario, la melancolía se caracteriza por el conformismo, la "hipernomía" (adaptación exagerada a las normas) y el orden (fijación en la armonía y el estatus interpersonal). Por su parte, la manía se caracteriza a este respecto por una particular hipersociabilidad, necesidad de aprobación y "comunión" con los demás.

En relación con los objetos y el espacio, los psicólogos estadounidenses Louis Sass y Elisabeth Pienkos establecen las siguientes particularidades. "Mientras que los pacientes con manía y melancolía están atrapados dentro de su punto de vista, incapaces de escapar de su colorido afectivo y de adoptar una perspectiva más objetiva, los pacientes de esquizofrenia parecen a veces casi perder el sentido de tener cualquier centro." (19).

La dimensión del tiempo-vivido es también distinta: con la experiencia del tiempo congelado y fragmentado en la esquizofrenia, estancado y obturado en la melancolía y fluido y fugitivo en la manía. La atmósfera como experiencia del mundo referida a sentimientos de la realidad, familiaridad, significado, relaciones causales y tono emocional es también cualitativamente distinta en la esquizofrenia, melancolía y manía (19).

Asimismo en relación con el lenguaje. Mientras que en la esquizofrenia se da a menudo una disociación del significado respecto de las "palabras" convertidas en objetos perceptivos, en la melancolía el lenguaje solo parece limitado para captar el propio dolor, tristeza o vacío. En la manía el lenguaje se vive como torrente de asociaciones cambiando de contexto a contexto (20). La Tabla 1 resume y contrasta estas diferencias cualitativas entre trastornos psicóticos.

Tabla 1. Diferencias cualitativas entre trastornos del espectro psicótico

Trastorno:	**Esquizofrenia.**	**Melancolía.**	**Manía.**
Diferencias cualitativas	"Pérdida del sentido común" y de la convencionalidad; necesidad y temor del contacto interpersonal; paranoia *ontológica* de centralidad; disociación del significado de las "palabras" convertidas en objetos perceptivos; *toda* la experiencia parece inefable.	Conformismo; "normopatía"; perfeccionismo; hipersintonía con los demás; paranoia *contingente* a sentimientos de culpa o vergüenza; el lenguaje *solo* parece limitado para captar su dolor, tristeza o vacío.	Hipersociabilidad; necesidad de aprobación; "sentido de comunión" con los demás; paranoia *contingente* a sentirse envidiado; lenguaje como torrente de asociaciones cambiando de contexto a contexto.

Conclusión

Dentro de las alternativas a los insatisfactorios sistemas diagnósticos destaca el enfoque centrado en el mundo-vivido de las personas. Después de ser este enfoque probablemente el más genuino de la tradición psiquiátrica, quedó relegado de la corriente biomédica dominante, pero no fuera de juego. De hecho, el enfoque fenomenológico cuenta hoy con un renovado desarrollo conceptual, empírico y clínico que se ofrece como alternativa diagnóstica más allá de los síntomas. Más allá de los síntomas estarían las personas con su compleja dialéctica entre la identidad y la alteridad y delicada vulnerabilidad.

Sobre la base de la persona se ha presentado el método de fenomenológico, hermenéutico y dinámico de entrevista terapéutica desarrollado por el psiquiatra italiano Giovanni Stanghellini y colaboradores. Finalmente, se han expuesto algunos trastornos en la perspectiva de la alteración del mundo-vivido que implican. Se trata de trastornos por su nombre establecido (anorexia, ansiedad, depresión, esquizofrenia, manía, melancolía), reconcebidos en la perspectiva de primera-persona, en términos del mundo-vivido (qué es tener anorexia o ser anoréxica, etc.), más allá de los síntomas (5 de 10). Importa destacar que un enfoque fenomenológico es dimensional y a la vez configuracional o, para el caso, transdiagnóstico y categorial, donde las categorías ya no se establecen por síntomas, sino por la configuración psicopatológica, núcleo o estructura, de la alteración del mundo-vivido que comportan.

Referencias bibliográficas

1/ Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. M. (2018). Evaluación fenomenológica más allá de los síntomas. En E. Fonseca-Pedrero (Ed.). *Evaluación de los trastornos del espectro psicótico* (pp. 331-363). Madrid: Pirámide.

2/ Pérez-Álvarez, M. y García Montes, J. M. (2019). La filosofía de la ciencia aplica a la psicología clínica: pensando en psicosis. En Fonseca, E. (ed.). *Manual de tratamientos psicológicos para trastornos del espectro psicótico.* (En prensa). Madrid: Pirámide.

3/ Ricoeur, P. (1996). *El sí mismo como otro.* México: Siglo XXI.

4/ Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales.* Madrid: Síntesis.

5/ Stanghellini, G. (2017). *Lost in Dialogue. Anthropology, Psychopathology, and Care*. Oxford, UK: Oxford University Press.

6/ Stanghellini, G. y Rostfort, R. (2013). *Emotions and Personhood. Exploring Fragility - Making Sense of Vulnerability.* Oxford, UK: Oxford University Press.

(7) García-Montes, J. M. y Pérez Alvarez, M. (2003). Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 3,* 107-122.

8/ Perona-Garcelán, S., Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M. y Cangas, A J. (2015). Auditory Verbal Hallucinations as Dialogical Experiences, *Journal of Constructivist Psychology, 28,* 264-280, DOI: 10.1080/10720537.2014.938847

9/ Mattingly, C. (1998). *Healing Dramas and Clinical Plots: The Narrative Structure of Experience. Cambridge:* Cambridge University Press.

10/ Braun, N., Debener, S., Spychala, N., Bongartz, E., Sörös, P., Müller, H., & Philipsen, A. (2018). The Senses of Agency and Ownership: A Review. *Frontiers in psychology, 9,* 535. doi:10.3389/fpsyg.2018.00535

11/ Stanghellini, G, y Mancini, M. (2017). *The therapeutic interview in mental health. A values-based and person-centered approach.* Cambridge: Cambridge University Press.

12/ Stanghellini, G. (2019). Phenomenological Psychopathology and Psychotherapy. En G. Stanghellini et al (Eds.). *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (en prensa). Oxford: Oxford University Press.

13/ Fuchs, T. (2013). Existential Vulnerability: Toward a Psychopathology of Limit Situations. *Psychopathology, 46,* 301-308. DOI: 10.1159/000351838

14/ Gallagher, S. y Zahavi, D. (2013). *La mente fenomenológica.* Madrid: Alianza.

15/ Pérez-Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia.* Madrid: Pirámide.

16/ Pérez-Álvarez M., García-Montes J. M., Perona-Garcelán S., Vallina-Fernández O. (2008). Changing relationship with voices: new therapeutic perspectives for treating hallucinations. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 15,* 75–85. 10.1002/cpp.563

17/ Pérez-Álvarez, M. (2017). El turno transdiagnóstico y el retorno de la psicopatología: el tema de nuestro tiempo en psiquiatría. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 14,* 1, 35-52.

18/ Stanghellini, G., Ballerini, M., Presenza, S., Mancini, M., Northoff, G., and Cutting, J. (2017). Abnormal time experiences in major depression: an empirical qualitative study. *Psychopathology,* 50, 125–140. doi: 10.1159/000452892

19/ Sass, L. y Pienkos, E. (2015). Beyond words: Linguistic experience in melancholia, mania, and schizophrenia. *Phenomenology and the Cognitive Sciences, 14,* 475-495.

20/ Sass L. A. y Pienkos E. (2013). Space, time and atmosphere. A comparative phenomenology of melancholia, mania and schizophrenia, part II. *Journal of Consciousness Studies, 20,* 131–152.

Marino Pérez-Álvarez
Correspondencia: marino@uniovi.es

• **Facultad de Psicología. Plaza Feijóo, s/n 33003-Oviedo. España. Teléfono: 985103275. email: marino@uniovi.es**

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 16, N.º 1, pp. 39, 2019

Amar la histeria.

To love histeria.

Tiburcio Angosto Saura
Psiquiatra. Hospital Vithas Fátima. Vigo (Galicia).

RESUMEN

En este artículo se trata de reivindicar el derecho a diagnosticar y no rechazar la histeria en el marco de los trabajos de Salud Mental. Tiene también el sentido de hacer una llamada a los profesionales de este campo, sobre todo a los psiquiatras, con el fin de renovar su atención e interés sobre la histeria que parece perdida para siempre del campo de sus preocupaciones después de la publicación en 1980 del DSM-III y sus derivados posteriores. Se hace también un estudio de los principales aspectos que han incidido en este abandono a la vez que se hace u recorrido por algunos de los autores que más especialmente se interesaron por la histeria y los que contribuyeron a su desaparición.

Se hace especial mención a reprimir actitudes contratransferenciales en su tratamiento ante la inquietud que nos crea lo enigmático de sus síntomas y animar a no retroceder ante el desafío que dichos síntomas provocan en los terapeutas.

Palabras clave: *Histeria. Diagnóstico. Tratamiento. Contransferencia.*

ABSTRACT

This article is about claiming the right to diagnose and not reject hysteria in mental health work. It also has the sense of making an appeal to professionals in this field, especially psychiatrists, in order to renew their attention and interest in the hysteria that seems forever lost from the field of their concerns after the publication in 1980 of the DSM-III and its subsequent derivatives. A study is also made of the main aspects that have influenced this abandonment, while at the same time a tour is made of some of the authors who were most particularly interested in hysteria and those who contributed to its disappearance.

Special mention is made to suppress countertransferential attitudes in their treatment in the face of the concern that creates the enigmatic nature of their symptoms and encourage them not to go back to the challenge that these symptoms cause in therapists.

Key words: *Hysteria. Diagnose. Treatment. Countertransferentia.*

Introducción

Me plantee este título para proponer una reflexión sobre este tipo de trastorno, pero también como una forma de llamada a los profesionales de la Salud Mental, sobre todo a los psiquiatras, con el fin de renovar su atención e interés sobre la histeria que parece perdida para siempre del campo de sus preocupaciones.

Por supuesto, no estoy hablando de amar en su sentido literal de sentimiento acrítico hacia algo o alguien, tampoco de amor-pasión que tal y como nos dice C. Gurmendez[1] es enajenarse, es decir aquellos que no pueden saciar su sed de amor más que en una única fuente. Mi intención real, al emplear la palabra Amar, es hacerlo en la acepción de *"interesarse por"*, de aceptar esa especie de interrogante, y en el fondo de combate, contra nuestros conocimientos, en el que nos introduce cada caso de histeria que tratamos, sea hombre o mujer, y ante el cual, en mi opinión, no debemos retroceder por muchos avatares del combate, más o menos contra y transferenciales, en los que nos veamos inmersos y comprometidos.

Yo creo que, en lo cotidiano, a los psiquiatras, psicólogos y enfermeras en formación, se les enseña muy poco todo lo relacionado con la histeria y no solo porque haya desaparecido de las clasificaciones internacionales, sino también porque la histeria tiene algo en sus pasiones, en el sentido de Gurmendez, que trastorna el confort de nuestros conocimientos y los pone en cuestión y también porque la complejidad de sus síntomas escapa sistemáticamente a todos aquellos excesivamente aficionados a las escalas y cuestionarios de evaluación que huyen del encuentro clínico en su versión más dialéctica.

Sin embargo, si se dan cuenta, la histeria está presente en un porcentaje muy alto de las urgencias realizadas en los hospitales, bien en la forma de intentos de autolisis, bien como crisis de agitación, bien como cuadros de extraños síntomas corporales sin explicación alguna. Igualmente sigue ingresándose cada vez con más frecuencia casos de histeria en las UHP. Alrededor de 500 casos se ingresan anualmente en toda Galicia en los que, de alguna forma, aparece el apelativo: histeria, histérico, histerismo y hasta el decimonónico *Babinskiano* "Pitiatismo"

El encuentro

En mi opinión el primer acto en el encuentro con la histeria, la mínima acción requerida, consiste no precisamente en deshacerse del caso sino en **favorecer ese encuentro**. Encuentro que, aunque actualmente se halla amenazado y desvalorizado por todas partes, debe ser evitado todo lo que pueda restringirlo, bajo pena de caer en una falta importante de profesionalidad.

Favorecer el encuentro significa no caer, de entrada, en el monopolio de los psicofármacos ya que sabemos desde siempre que el tratamiento químico de la histeria es una fuente de decepción eterna. A los que nos interesaba la histeria, una de las bromas que gastábamos a los delgados farmacéuticos cuando desapareció de las

clasificaciones internacionales, allá por los años 80, era proponerles la creación de un fármaco específico para la histeria, como ocurrió para las crisis de pánico. Este probablemente sería un camino, perverso es verdad, para que volviera de nuevo a los libros de texto psiquiátricos. Es una broma, pero no deja de tener cierta seriedad esta propuesta.

Pero que el tratamiento farmacológico no de resultado no significa que no se utilicen. Hace poco me decía una paciente ingresada: *"Yo se que necesito medicinas para que me aguanten en casa…pero también se que necesito algo más…yo no se lo que es… usted tiene que averiguarlo…"*.

Efectivamente hemos encontrado muchos casos en los que una BZD administrada adecuadamente, es decir en el marco de una relación transferencial, ha sido altamente efectiva. Pero otras muchas veces nos hemos encontrado con una especie de respuesta paradójica al fármaco administrado, en el sentido que si damos un antidepresivo produce tristeza o menos *"antidepresión"* de la esperada o si administramos un ansiolítico, produce alteración o menos sedación de la requerida. Estos son los trajines en los que nos meten muchos casos de histeria.

Este tipo de reacciones paradójicas creemos que deben entenderse como una resistencia o si lo quieren como una rebelión para que el síntoma no sea callado o "asesinado" que diría Lucien Israël[2] (1925 -1996). Este autor, uno de los últimos psiquiatras que se interesó por la histeria y al que tanto debemos los médicos que nos hemos interesado también por ella, en una entrevista-película, que le hicieron unos pocos años antes de su muerte llamada, *Parlez-moi d'amour*, (Háblame de amor) dice, que esta resistencia de la histeria, a lo que siente como una autentica agresión médica (la administración de psicofármacos como única respuesta a sus síntomas), es como una tabla de salvación a la que se agarra como un naufrago, ya que tiene que ver con un **acto de fe** en la comunicación humana, como algo que tiene que ver con lo interpersonal y como una forma de buscar una **interpretación a sus síntomas** y una **mínima psicoterapia.** Es decir, es una señal que lanza de que nos estamos equivocando cuando recurrimos únicamente a la respuesta química.

De esta forma podemos decir, que un tratamiento con psicofármacos no tiene sentido si no está acompañado de alguna forma de psicoterapia y cuya primera tarea, consistirá, a nuestro modo de ver, en que el paciente histérico sea reconocido como sujeto, escuchado como persona y estimado a pesar de sus síntomas. A veces si se siguen estas sencillas (aunque en algunos casos puedan resultar muy complejas) reglas suele bastar para evitar esa reacción paradójica y los trajines que antes hablamos y así evitar que muchas veces, nosotros mismos reaccionemos con una cierta crueldad...por supuesto inconsciente.

Teniendo en cuenta todo lo dicho, la importancia de su aparición y la, a veces, complejidad y variabilidad de sus síntomas, justificaría una enseñanza algo más intensa sobre estos avatares de la histeria de la que actualmente se realiza en

las Unidades Docentes para la formación de los profesionales de la Salud Mental. Creemos que con esto se mejorarían las estrategias de abordaje de estos casos y sobre todo se podrían evitar algunos actos contratransferenciales, que en muchos casos alcanzan a ser más graves que una simple irritación provocada por lo que parece una conducta teatral. Sería necesario enseñar a no lanzarse a un tratamiento antidepresivo por el simple lamento de una depresión, no atiborrar de BZD cuando el paciente hace referencias a ansiedades eternas, o a hipnóticos si el sueño no es justamente como el/la paciente desea que sea, ya que probablemente lo único que desea es encontrar un **interlocutor** para ese acto relacional que tiene que ver con su tratamiento.

Los intereses de los pocos profesionales que actualmente estudian la histeria se centran en establecer el diagnóstico entre síntomas histéricos y síntomas con correlato somático mediante el estudio por neuroimagen[3], (Spence, 2007) llegando a conclusiones como *"En los síntomas motores de la histeria parece vislumbrarse una posible disfunción de los circuitos corteza frontal-ganglios basales- tálamo, asociada a señales emocionales estresantes. Los síntomas motores podrán relacionarse con una actividad cerebral preformada frente a situaciones de peligro"*. Aun teniendo en cuenta que este autor solo habla de síntomas de conversión, el problema que tenemos con este tipo de investigaciones es como discriminar los eventos que van a provocar síntomas histéricos. *Una mujer que estuvo primero casada con un enfermo mental muy severo ante el cual resistió todas las situaciones de peligro que se puedan imaginar sin mayores consecuencias para su psiquismo. Más tarde se une a un hombre con el cual convive varios años que la maltrata físicamente y del cual tiene que solicitar una orden de alejamiento... también sin consecuencias para su psiquismo, pero su tercera pareja, un hombre que la trata amablemente y se preocupa por ella en demasía, tal y como ella reconoce, hace que aparezcan todo un cortejo de síntomas histéricos de lo más variopinto, incluido ideación suicida…* Es difícil explicar este caso desde la teoría de la actividad cerebral preformada, de la teoría lesional, de la disfunción cerebral, o si se quiere, volviendo al S.XIX de la mentalidad anatomoclínica; la disfunción física como causa inmediata, es decir en palabras de Laín *"la monarquía del signo físico[4]"*.(La Historia Clínica, 1950)

- El ser viviente como yuxtaposición de partes anatómica que a su vez tienen una función concreta. Tal parte, tal función. Para la mentalidad anatomoclínica, la "localización" o disposición espacial sería, por tanto, el primer principio constitutivo de las realidades vivientes.

- La enfermedad como alteración de las formas anatómicas. Todas las enfermedades proceden de la alteración de las partes solidas del cuerpo y es una concatenación de causa efecto.

- El diagnostico como la relación entre las lesiones anatómicas y los síntomas, que acaban siendo solo signos que revelan el estado lesional de una parte del cuerpo.

En este libro citado Laín Entralgo hace toda una reflexión sobre lo que significó el encuentro con la histeria para Charcot y los vericuetos de pensamiento que tuvo que realizar para explicar la variabilidad de los síntomas en la histeria desde el pensamiento lesional, retorciendo la teoría para asegurar que no encontraban lesiones cuando hacían las autopsias (las pocas que hicieron de histerias) porque estas lesiones eran pasajeras. Reflexión de Laín, por otro lado, no ajena a cierta crítica al proceder de Charcot por el que "cultivaba" en la Salpêtrière un determinado cuadro clínico de la enfermedad (pág. 362).

Para acabar con esta parte; resulta llamativa la obstinación de muchos de nuestros colegas actuales para seguir buscando la base lesional de los síntomas histéricos sin pararse a pensar la posible dinámica que los ha hecho aparecer.

Teatralidad, seducción y actitud manipulativa

A mi modo de ver lo que más entorpece el correcto tratamiento de la histeria, no es únicamente los síntomas conversivos o las crisis histéricas, sino unos síntomas clave y clásicos de lo que se ha diagnosticado como personalidad histérica; **Teatralidad, seducción y actitud manipulativa.**

Estas características son atribuidas a la histeria desde finales del SXIX por casi todos los autores que intentan descriptivamente comprender o definir la histeria, y casi todos llegan a la conclusión que el engaño y la superchería es la base de su patología.

Se entiende por **Conducta teatral** aquella que es en exceso efectista, exagerada y deseosa de llamar la atención o ser el centro de esta.

En relación con la **Seducción** se trata como veremos más adelante de un intento de comunicación no de un engaño con *arte y maña* como dice el diccionario. La base de la seducción histérica iría en el sentido de embargar y cautivar el ánimo del observador.

Las **Actitudes Manipulativas** en la histeria serían aquellas pautas de conductas de poca credibilidad que se caracterizan por intentos de modificar y tener bajo su propio control la conducta o las ideas de otra persona con el fin aproximarlas a las propias. Dichas pautas de conducta se extinguen una vez consiguen su objetivo.

Estos tres aspectos, teatralidad, seducción y actitud manipulativa, se incluyen dentro de lo que se ha dado en llamar "Histrionismo". Aplicado a la histeria, refiere todo lo que de superchería y engaño existe en esta como decíamos antes y se interrelacionan de tal forma que es difícil en algunos momentos de la evolución separar unos de otros.

Sin embargo, no todos los autores las vieron de la misma forma.

Teatralidad

La palabra Teatralidad fue empleada por primera vez en 1908 por un dramaturgo ruso, Nicolas Evreinov[5] para denominar un instinto del hombre, como una necesidad de ser otro distinto de el que es, la necesidad de

transfiguración, dice, es tan poderosa como el hambre o el instinto sexual.

Otro autor M.Corvin[6] dice que la teatralidad se define por tres hechos: es presencia (la dirección, a quien va dirigida; el espectador); vive nada más que de la ausencia (lo que se representa no existe); y sin embargo procura que esta ausencia sea presencia; es la vez una señal, una falta y un enmascaramiento: *Une Marque, un manque, un masque*.

Pensemos en esta dialéctica presencia/ ausencia para las crisis de histeria puesto que en ellas se reproducen todos los aspectos que se citan para el teatro: dramatización, personaje y espectador.

La **dramatización** porque en sus síntomas se refiere a un tiempo y a un lugar distintos del presente.

Porque en sus crisis quiere ser un **personaje** que nos aparece como enigmático dado el sufrimiento que le acarrea.

Pero siempre, dichas crisis, deben tener un **espectador**, al cual dirige su mensaje, que casi siempre está como ciego y sordo, dado que no suele entender nada de lo que allí está pasando. Espectador al que, en algunos casos, se ha dado en llamar: "La victima de la histeria"[7]. (L. Israël)

Racamier[8] en su ya clásico trabajo "*Histeria y teatro"* indica que la histeria se sirve del teatro y de sus recursos como finalidad para la existencia y, como compromiso con su neurosis le es útil. La histeria no hace teatro, es teatro, no es un actor, sino es actor, no tiene emociones, es emociones. El actor puede abandonar su personaje, pero el histérico "es" su personaje.

El histérico no puede prescindir del espectador. Para Racamier el actor transfigura las emociones, el histérico las desfigura. No pudiendo decir con palabras lo que siente, tiene que actuar corporalmente para decir algo que no es comunicable.

¿Por qué se liga siempre la histeria femenina con la teatralidad?:

Aunque la histeria no se da siempre en una mujer, la histeria, como patología es siempre femenina, es decir que, aunque también hay hombres histéricos, la histeria, como expresión patológica constituye las manifestaciones de la parte femenina de cada hombre[9].

Un poco más sobre la teatralidad. Nos dice Sara Bernhard (1844-1923): *"El arte teatral me parece más bien femenino; contiene en si mismo todos los artificios correspondientes a los recursos de la mujer: el deseo de agradar, la facilidad para exteriorizar los sentimientos y disimular los defectos y la asimilación, que es la esencia misma de la mujer."*

Por eso es tan fácil para las/los histéricos recurrir a la teatralidad para manifestar sus conflictos. La teatralidad acaba estando en la esencia de su expresividad. Así como el delirio es la esencia del psicótico. No hay psicosis sin alguna forma de delirio, como no hay histeria sin alguna forma de expresión teatral.

¡¡Miénteme, dime que me quieres!! – le dice Johnny Guitar a Vienna- en la película de su mismo nombre y en la declaración de amor más insólita jamás filmada[10]. En esta escena queda condensado todo lo que de teatro tiene la vida. Le está pidiendo que haga teatro y le diga algo que cree Johnny no siente Vienna, le pide que dramatice o que se transfigure, por un momento, en una mujer enamorada. Cuando ella cumple su función teatralmente, Johnny simplemente le responde: *Gracias, muchas gracias!!* Esta teatralidad provoca la catarsis de los afectos sanos de ambos. Al oír a Johnny decir -*¡Gracias!*- Vienna se enfurece y le acusa a su vez de hacer teatro: *Deja de compadecerte!!* -le dice Vienna, quitándole el vaso de Whisky y estrellándolo con furia contra el suelo- para acabar confesándose que todo lo que se han dicho a través de la teatralidad es cierto. Pero han necesitado ese código del teatro para poder decirse de nuevo que se quieren.

¿Si en muchos aspectos de la vida está permitido hacer teatro por qué se lo negamos a los histéricos como una forma de expresión y por qué nos enfurece tanto que lo hagan? La respuesta está en cada uno de nosotros cuando estamos ante un caso.

Seducción:

Para L.Israël[11] la histeria representa La Mujer en sus juegos, produciendo la demanda de mirar en el otro, que en el momento que pueda liberarse de su hostilidad, producida por la seducción histriónica, llegará a entender que no se trata más que de ensayos de comunicación.

"En la histeria se conjuga la pasión de la seducción y la de la simulación ante el miedo de ser seducido. Por eso su proyecto de relación consiste menos en seducir que en no dejarse seducir" dice J.Braudillar[12]. Para este autor la seducción es lo que sustrae al discurso su sentido y lo aparta de su verdad.

No se trata aquí, como ya se habrá entendido, de la seducción como escena real en la cual un sujeto sufre pasivamente algún tipo de insinuación o maniobra sexual tal y como las primeras histéricas, relataron engañosamente a Freud. Sino de esa otra seducción en la que, utilizando un contenido latente en su discurso, al que se dirige, interpreta aquello que el/la histérico/a desea, y actúa en consecuencia.

Algunos autores denominan a la seducción hiperexpresividad moderna de la histeria.

Charcot se dejó seducir por los síntomas tan visuales que las histéricas de la Salpêtrière mostraban, solo hay que ver la iconografía fotográfica realizada por Bourneville y Regnard[13] y Freud por la escucha tal y como reconoce a su amigo Fliess en carta fechada el 21.09.1897. En esta carta Freud confiesa a su amigo que se había dejado seducir, y tomado por real, el fantaseado relato de seducción de sus pacientes, pero en el fondo, al igual que a Charcot, le interesaba el engaño para mejor ajustar a la incipiente teoría sobre el trauma, el relato de las pacientes.

La **actitud manipulativa** y la simulación vendrán dadas por todo intento previamente detectado de seducción por parte del

observador para explicar su propia ignorancia sobre el caso.

Los productos de la seducción han sido los enemigos de la histeria para ser considerada como una entidad clínica. Desde las pacientes de Charcot que imitaban las crisis epilépticas para ser consideradas *prima donna* en La Salpêtrière, hasta Anna O, su pseudoembarazo y la huida de Breuer a Venecia, hechos que han contribuido al mito de que eran unas farsantes sin tener en cuenta que gran parte de estas conductas son asimiladas por las histéricas para poder decir lo que no se les escuchaba cuando hablaban.

Odio/amor a la histeria

A lo largo de la historia, la histeria ha desatado siempre grandes odios o amores. L. Israël vio su vida unida, tercamente, a la histeria después de haber escrito un libro tan docente como el de *La histeria el sexo y el médico*[14]. Uno de sus artículos lo inicia diciendo: *La penitencia viene por el mismo camino que el pecado...y yo cometí el pecado de escribir un libro sobre la histeria*. Desde entonces lo llamaron continuamente para hablar sobre la histeria y mantuvo durante bastante tiempo un seminario en Estrasburgo, donde trabajó toda su vida, sobre este tema.

Pero hubo autores que rechazaron la histeria, algunos después de haber quemado su vida en su estudio o utilizando la histeria para negar cualquier tipo de enfermedad mental: Veamos algunos:

Lasegue[15]: *"Jamás se ha dado la definición de la histeria y jamás se dará"* (1881). En esta frase que los negacionistas de la histeria toman como bandera, Lasegue se refiere más a las dificultades de comprensión de esta patología que a negar su existencia. Recordemos que fue de los primeros en que esbozó una cierta dinámica de la mentira en la histeria.

Babinsky[16]: Prefirió catalogarla como simuladora inconsciente o semisimuladora. *"Cuando una pasión autentica conmueve el alma no hay histeria que valga"*.

T.Szasz[17]: dedica la mayor parte de su libro *"El Mito de la enfermedad mental"* (1961) a la histeria como paradigma de los excesos nosológicos de los psiquiatras negándola como entidad clínica. Fue un libro importante en cuanto a su incidencia en citas entre los psiquiatras de la época. No obstante, visto ahora más de 50 años después de su publicación parece poca carga para tanta alforja; acaba diciendo que: *"la histeria es un juego caracterizado por el dominio y el control interpersonal que utiliza la coacción, la incapacidad y la enfermedad como estrategias para alcanzar dichas metas"* (pag 277). En realidad, para Szasz la histeria es una inadaptada pues juega en el juego de la vida con unas reglas antiguas y lo que hay que hacer para tratarla es enseñarle el modo actual de jugar??? Todo esto después de decir que la psicoterapia o el psicoanálisis lo único que hacen es adaptar al sujeto a las normas del terapeuta.

Slater[18]: Que junto Con Mayer-Gross y Roth escribieron el manual de Psiquiatría Clínica que manejamos muchas generaciones de psiquiatras dice de la histeria: *"El*

diagnostico de histeria es el disfraz de nuestra ignorancia y fuente fértil de errores clínicos. De hecho, no es solo una ilusión sino una trampa". "carece de definición, patología, patogénesis, estructura, unitaria de los síntomas, curso individual o desenlace"

Chodof[19]: En "The diagnosis of hysteria: An overview" llama a la histeria: *"Fósil con incrustaciones oscurecidas por diversas capas de significado"*.

Spitzer[20]: *"Hysteria Split Asunder"*. (Histeria hecha pedazos) Con este artículo Spitzer, padre del DSM-III, firma el acta de defunción de la histeria para el ámbito anglosajón y para las clasificaciones DSM venideras.

Pero otros la amaron, por supuesto, Freud, Charcot y sobre todo Briquet que realmente fue el que hizo su formalización clínica en el S.XIX… y otros muchos que no voy a mencionar. También algunos literatos se sintieron atraídos por la histeria. Ya hemos hablado en otro lugar de cómo los novelistas del S.XIX utilizaban los casos de histeria como personajes centrales en sus novelas (Madame Bovary, La Regenta, etc.)[21]

Un grupo de jóvenes parisinos publicaba en 1928 un artículo en una revista de París que se iniciaba de esta forma: *Nosotros, surrealistas, queremos celebrar aquí el cincuentenario de la histeria, el mayor descubrimiento poético de finales del siglo XIX, y esto en el momento mismo en que el despedazamiento del concepto de histeria parece un hecho consumado. Nosotros, que nada amamos tanto como a esas jóvenes histéricas, cuyo tipo perfecto nos lo facilitó la observación relativa a la agradable X. L. (Augustine) ingresada en la Salpêtrière en el Servicio del doctor Charcot el 21 de octubre de 1875 a la edad de quince años y medio, estamos muy afectados por la laboriosa refutación de los trastornos orgánicos, cuyo proceso no será el de la histeria más que a ojos de los simples médicos.*

Los surrealistas acaban diciendo: *Así pues, nosotros proponemos, en 1928, una definición nueva de la histeria: "La histeria es un estado mental, más o menos irreductible, que se caracteriza por la subversión de las relaciones que se establecen entre el sujeto y el mundo moral del cual cree depender, al margen de todo sistema delirante. Este estado mental se funda en la necesidad de una seducción recíproca que explica los milagros apresuradamente aceptados de la sugestión (o contrasugestión) médica. La histeria no es un fenómeno patológico y a todos los efectos puede considerarse como un medio supremo de expresión[22]"*.

También hemos hablado en otro lugar de ese desmembramiento de la histeria que anunciaban y denunciaban hace 70 años los surrealistas y de cómo su desaparición de las clasificaciones internacionales[23] tiene que ver con ese desamor o retroceso o si se quiere, cobardía ante los casos de histeria.

Corolario:

Debemos intentar tratar los casos de histeria y proporcionarle un lugar y un tiempo para hablar, pero sobre todo ofrecerle la opción de

revelar el mensaje oculto bajo el síntoma, en lo cual debemos insistir aún a sabiendas de la resistencia a desvelarlo y contra lo cual se va a defender activamente con los síntomas que hemos referido. Este es el momento de los malos encuentros. En muchos casos el mensaje histérico parece confirmar que puede existir una relación, pero esta no debe ser entendida como una relación de amor, con el fin de evitar los descarríos y los falsos caminos, es decir los malos encuentros.

Malos encuentros que tienen que ver con la dificultad para pensar que es lo que nos demanda la histeria y que a su vez tiene que ver con el vacío de habilidades para tratarla en que últimamente se ha entrado. Pero es que además los histéricos también han percibido este vacío, con lo cual el encuentro se hace absolutamente propicio para las actividades contratransferenciales que acabarán en actos que silenciaran el mensaje que hablábamos antes y si tenemos en cuenta además que el síntoma histérico se expresa como una petición al médico en el terreno de la medicina tradicional, todos los elementos intervendrán para que se produzcan los malos encuentros, siguiendo la nomenclatura de L.Israël[11].

Lo saben bien en las unidades de hospitalización donde se reciben las consecuencias de muchos de estos desviamientos y donde son más fácilmente detectados, dado que la presentación de los síntomas se hace más cotidiana, la observación más continuada y profunda y donde aparecen aún más claros los problemas de relación y comunicación.

De esta forma suicidios o intentos de suicidio, psicotizaciones, intervenciones quirúrgicas no justificadas, hipermedicaciones, hipersedaciones, etc., etc., conforman los accidentes que marcan muchos actos de desamor que antes han sido de amor transferencial y lo que hemos llamado malos encuentros:

- Suicidios ante la banalización de los síntomas.
- Psicotizaciones ante la posibilidad de ser seducida.
- Intervenciones Quirúrgicas repetidas ante la incapacidad de dar otra respuesta a la neurosis del paciente.
- Hipermedicaciones e hipersedaciones como respuesta a demandas insaciables.
- Excesos de exploraciones.

Todo este cortejo de acciones conforma la enfermedad iatrogena para la histeria que los médicos tan bien conocemos y que tienen que ver con nuestras acciones unas veces dirigidas por nuestro *furor sanandi* acrítico y otras por la intervención contratransferencial agresiva.

Pero muchas veces nuestros afanes terapéuticos se agotan y se recurre a la iatrogenia de las hospitalizaciones preventivas. En muchos casos la conducta de la histeria nos empuja a solicitar la hospitalización con las que a veces conseguimos curaciones casi inmediatas e inexplicables. Una paciente, con otro ingreso previo, que en esta ocasión había ingresado por que no era capaz de cuidar de sus hijos menores de edad y esto le creaba grandes

sentimientos de culpa con los consiguientes intentos de suicidio, decía, después de varias semanas ingresada, que ya se encontraba mucho mejor. Le pregunté que era lo que le había mejorado durante su estancia. Me dijo que el tratamiento farmacológico que le dábamos. Yo comprobé asombrado que estaba tomando el mismo que cuando se trataba ambulatoriamente. Al hacérselo notar, me dijo. –*"Bueno, además aquí pude ayudar a otros pacientes a mejorar"*–

Pero no siempre la hospitalización es beneficiosa ya que mediante este hecho consigue diversos objetivos no estrictamente terapéuticos y ante los que debemos reflexionar debido a los mensajes implícitos que contienen; muchas veces tienen que ver con huir de la responsabilidad de sus actos o sus deseos o ser protegida de sus propios impulsos, otras veces, el ingreso hospitalario le proporciona la etiqueta de un sufrimiento mayor que los demás, en estos momentos hay que recordar como Freud recomendaba que un acto terapéutico consistía en *"transformar su miseria histérica en un infortunio corriente"*.

También debemos tener en cuenta que tanto un diagnóstico como un ingreso pueden permitir para el paciente histérico ser protegido de los avatares externos y requerimientos sociales que le provocan grandes inquietudes.

Sabemos que a veces es muy difícil interesarse críticamente por los casos de histeria. Como diría Israël[7] hay histerias gentiles a las que vemos sufrir y pedir ayuda, suelen ser dóciles y muchas veces víctimas, e histerias perversas; aquellas que nos meten en mil vericuetos asistenciales y contratransferenciales, pero esto no es muy distinto de la vida relacional de las personas, solo que si aceptamos el combate de la histeria debemos saber que no somos ajenos a lo que pasa, que nuestra función debe ser analizar nuestra

conducta, domando nuestras pasiones, tanto las excesivamente amables como las perversas, pero sobre todo siempre escuchar, aunque muchas veces nos muestre, con toda crudeza, lo irrisorio de nuestros conocimientos.

La histeria, tanto masculina como femenina, es lo que ha sido siempre, un bastión de resistencia a la dicha del otro y entendámoslo siempre dentro de un lenguaje metafórico.

Referencias bibliográficas

1/ Gurmendez C: Tratado de las pasiones. Mexico: Ed FCE(1ª Edición en español); 1985

2/ Parlez-moi d'amour - Dialogues avec le Professeur Lucien Israël - Un film d'Isabelle Rèbre, VHS SECAM, 42 mn, Editions Arcanes , Production C/O Films Alphacom , 1992

3/ Spence, SA. Hysteria: A New Look. Psychiatry. February 2006; Volume 5, Issue 2, 1: 56-60.

4/ Laín Entralgo P. La historia clínica. Madrid: Ed CSIC; 1950. Pag 314

5/ Evreinov N. Apologie de la theatralité. En La théâtralite´. Etude Freudienne. Ives Thoret. París: Ed Dunod; 1993

6/ Corvin M. Théâtralité. Dictionnaire encyclopédique du Théatre. París; Bordas;1991. p.820-821.

7/ Israël L: El goce de la histérica. Barcelona: Ed Argonauta. Biblioteca de Psicoanálisis; 1979. p15

8/ Racamier PC "Las histerias" en Saurí JJ (Compilador). Buenos Aires: Ed.Nueva Visión. Psicopatología;1975.

9/ Israël L: En la escuela de Mina en La escucha, la histeria. Irene Krell (comp). Buenos Aires: Ed Paidós; 1984.

10/ Johnny Guitar. Dirigida por Nicholas Ray. (1954)

11/ Israël L. La histeria el sexo y el médico. Barcelona: Ed.Toray-Masson; 1979.

12/ Baudrillard J. De la seducción. Madrid: Ed. Cátedra;1981

13/ Iconographie Photographique de la Salpêtrière. París: Progés Medical; 1876 a 1880 Tomos I, II y III de.

14/ Israël, L: Idem 11

15/ Lasegue EC. Las histéricas, su perversidad, sus mentiras. (Société Médico- Psichologique. Seance du 28.03.1881) en De la folie à deux à l'hystérie et autres états. París: L'Harmattan; 1998

16/ Babinsky, J., «Définition de l'hystérie», Société de Neurologie de Paris, sesión del 7 de noviembre de 1901, Ouvres Scientifiques. París: Masson; 1934. p. 457-464.

17/ Szasz, T. El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Ed Amorrortu (1ª Ed en español); 1976.

18/ Slater, E: “Histeria 311”. Journal of Mental Sciencie, London. May 1961; Vol 107: 359- 381.

19/ Chodof,P. The diagnosis of hysteria: An Overwiew. Am J of Psychiatry. 1974; 131 (10): 1073-1078.

20/ Hyler.ES and Spitzer.RL. Hysteria Split Asunder. Am J Psychiatry. December 1978; 135(12): 1500-1504.

21/ Angosto, T. Histeria y Novela. Asociación Galega de Saude Mental. Cadernos de Psiquiatría, Psicoanálise e Literatura. Febreiro. 1991.

22/ Aragon et Breton. Le Cinquantenaire de L’Hystérie. La Révolution Surréaliste. Nº11 Quatrième année. 15 Mars 1928

23/ Angosto,T et al: La Psiquiatría y la histeria hoy. Análisis bibliográfico de su fragmentación diagnóstica y bibliométrico en las bases de datos. IV Jornadas de la Asociación Castellano-Leonesa de SM.1995. p.91-113.

Tiburcio Angosto Saura
Correspondencia: tibur1995@hotmail.com

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 16, N.º 1, pp. 52, 2019

La biografía o como construir síntomas alucinatorios.

Biography or how to build hallucinatory symptoms.

Mª Aránzazu Sánchez García.
Psiquiatra. Centro de Tratamiento Integral de Montevil. Gijón (Asturias).

RESUMEN

Pese a que los servicios de salud mental destinan gran cantidad de recursos materiales y humanos a la atención a los Trastornos Mentales Graves, los resultados observados tanto a nivel de recuperación funcional como de bienestar subjetivo siguen siendo insuficientes.

El presente capítulo pretende describir, a partir del caso clínico de una paciente diagnosticada de psicosis esquizofrénica, un modelo de tratamiento orientado a disminuir el malestar subjetivo y mejorar la autonomía de la misma. Para ello, se estableció una relación terapéutica colaborativa, que permitió co – construir una narrativa explicativa de sus síntomas desde su historia personal. Se utilizó el modelo de Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora de Chadwick.

Desde dicho modelo se trabajaron tanto los síntomas alucinatorios y delirantes, como los esquemas negativos y la representación simbólica del yo. La intervención referida permitió establecer una relación terapéutica firme, extinguir las ideas de muerte y tentativas suicidas de la paciente y minimizar las rumiaciones y comportamientos evitativos asociados a los síntomas psicóticos.

Palabras clave: *Trastorno Mental Grave, Esquizofrenia, alucinaciones, ideas delirantes, terapia cognitiva para voces o delirios.*

ABSTRACT

Despite the fact Mental Health Services invest a large amount of material and human resources to the Severe Mental Disorders´ treatment, the results observed both in terms of functional recovery and subjective well-being remain insufficient. This chapter aims to describe, from the clinical case of a patient diagnosed with schizophrenic psychosis, a treatment model aimed at reducing subjective discomfort and improving the patient's autonomy.

To this end, a collaborative therapeutic relationship was established. This relationship allowed the co - construction of a comprehensive narrative of its symptoms from its personal history. The model of cognitive therapy based on the person with disturbing psychosis of Chadwick was used.

From this model both delusional and hallucinatory symptoms were worked on, as well as negative schemas and the symbolic representation of the self. The aforementioned intervention allowed establishing a strong therapeutic relationship, extinguished the patient's ideas of death and suicidal attempts, and minimized the ruminations and avoidance behaviors associated with psychotic symptoms.

Key words: *Mental Disorders, severe; Schizophrenia, hallucinations, delusions, Cognitive Therapy for voices or delusions.*

Introducción

Durante la década de los noventa aparecieron nuevos antipsicóticos que ofrecían la expectativa de ser más eficaces y con menos efectos secundarios. Paralelamente se desarrollaron de programas específicos destinados a garantizar una atención adecuada a los pacientes diagnosticados de psicosis, que incluían la atención familiar, las intervenciones precoces, el abordaje multidisciplinar bajo la concepción biopsicosocial de la enfermedad y los programas de atención comunitaria. Todo ello hizo que los clínicos se sintieran optimistas sobre el pronóstico de los pacientes con Trastornos Mentales Graves (1).

Sin embargo, veinte años más tarde y pese a la implantación y desarrollo de los programas descritos, el uso de los citados fármacos y la generalización de vías de administración que garantizan la adherencia, la mayoría de los pacientes continúan abocados a la cronicidad, la invalidez y el estigma y la mayoría de clínicos a la desesperanza.

Autores como Boyle (1990), apuntan que entre las causas de estos resultados decepcionantes, podría estar el hecho de que el modelo biomédico aborda la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos centrándose exclusivamente en el diagnóstico y descartando el componente psicológico de la enfermedad. Otra de las perspectivas postuladas por la psiquiatría es que existía entre la psicosis y la ausencia de ella, una ruptura biográfica que hacía además, los síntomas incomprensibles a ojos de otros (2).

Chadwick y col (1996) siguiendo los conceptos de Strauss (1969), defienden en cambio la existencia de una continuidad entre la experiencia no psicótica y la presencia de delirios y alucinaciones. Otro de los aspectos claves de su intervención psicoterapéutica es que ésta está destinada exclusivamente a los pacientes cuyos síntomas son perturbadores, es decir, generan alteraciones de conducta o emociones desagradables. Estos dos conceptos tienen un efecto importante ya que normalizan la experiencia eliminado el estigma, transforman al paciente en protagonista activo de la psicoterapia y reformulan su situación, no como una enfermedad crónica sin tratamiento, sino como una dificultad del individuo para integrarse satisfactoriamente en la sociedad en la que vive y tener una vida plena (2).

La relación terapéutica con pacientes a quienes se ha diagnosticado una psicosis crónica.

La psicoterapia implica por definición el proceso de comunicación entre paciente, entendido como quien padece una dolencia y busca el alivio de una afección mental, y psicoterapeuta.

Cuando nos encontramos ante personas que han sido diagnosticadas de una psicosis crónica, y tienen en relación a ese diagnóstico una historia de tratamiento dentro de los servicios sanitarios, transformar ese proceso de comunicación en una relación auténticamente colaborativa, puede resultar complejo por varios factores:

- En la historia vital del protagonista, la narración de los delirios o alucinaciones, le ha llevado muchas veces a la invalidación de la experiencia y a ser etiquetado como enfermo.
- El etiquetamiento diagnóstico, más allá de la innegable necesidad de un lenguaje común por cuestiones legales y médicas, puede conducir al estigma, especialmente en lo relativo al trato recibido por la persona en su entorno familiar, social o incluso en el sanitario.
- Este estigma se traduce en que el individuo con sus necesidades, valores, preferencias e historia personal pasa a ser considerado como alguien que delira o sufre voces, como si este hecho invalidara o modificara todos los demás.
- Este estigma no sólo afecta al paciente, sino también al terapeuta al llevarle a considerar que sólo si es capaz de distanciar al paciente del delirio, o las alucinaciones, será posible hacerle mejorar.
- Es posible que la situación referida le haya podido ocasionar otras consecuencias indeseadas, como el tratamiento farmacológico "impuesto", o los ingresos hospitalarios involuntarios.

Teniendo en cuenta todo lo anterior es comprensible que se generen una serie de dificultades que pueden sabotear el proceso terapéutico, tales como la falta de confianza del o de la paciente en su terapeuta. Esto que es comprensible teniendo en cuenta las experiencias previas, puede transformar al terapeuta en un mero proveedor de servicios (alojamiento, prestaciones sociales, medicación ansiolítica…). Otro de los factores importantes es la necesidad de encontrar un objetivo común a alcanzar con la terapia, ya que la demanda espontánea de ayuda es infrecuente y la respuesta del paciente ante el sufrimiento suele ser la de aislarse.

Es necesario entender que los síntomas tienen un significado en la vida del o de la paciente, es decir, surgieron como reacción a una dificultad subjetiva u objetiva en su interacción con el entorno. Independientemente de si existe o no una dificultad estructural o funcional en el cerebro del individuo, la forma en la que enferma y crea sus propios síntomas está íntimamente ligada a sus valores, experiencias personales y rasgos de personalidad. Por tanto, cuestionar la veracidad de los síntomas, sin tener en cuenta todos estos factores deja al paciente sin defensas frente a los conflictos externos o internos que subyacen a la experiencia psicótica y muchas veces implica también arrebatarle algo que se ha transformado en el eje de su existencia (3).

Teniendo en cuenta todo lo anterior el modelo de Terapia Cognitiva Basada en la Persona con Psicosis Perturbadora, que se centra en el malestar experimentado por el sujeto y no en los síntomas productivos, parecía una alternativa útil para sortear las dificultades señaladas.

A continuación, se describe la aplicación de este tipo de terapia en una paciente diagnosticada de psicosis crónica, que se encuentra en tratamiento en un dispositivo rehabilitador con un modelo de gestión de casos.

Construyendo una relación de confianza.

La paciente podría obedecer a un caso tipo de los que son derivados a un Programa de Trastornos Mentales Graves. Pese a que aún no había cumplido los treinta, hacía años que había sido diagnosticada de psicosis, en concreto de F20.0 Esquizofrenia Paranoide, ya tenía reconocida una minusvalía superior al 65%, cobraba una pensión no contributiva, vivía en un entorno marginal en el que se creía que complementaba sus ingresos con la mendicidad y el apoyo social y familiar era escaso y poco contenedor.

Mostraba una actitud sumisa, complaciente, y casi atemorizada durante las consultas. Contestaba afirmativamente a cualquier propuesta que se le hacía sin realizar demanda alguna, pero la adherencia a las consultas o a cualquier plan terapéutico era nula. Desaparecía durante semanas, para reaparecer después sin cita previa, de un modo errático, sin demanda alguna y sin ofrecer ninguna justificación para su comportamiento. Negaba cualquier tipo de síntoma o malestar y lo único evidente, era su incapacidad para hacer nada con su vida diferente a lo que estaba haciendo en aquel momento.

Teniendo en cuenta la situación clínica de la paciente se planteó una relación terapéutica basada en la persona, sus necesidades y objetivos y en una actitud de colaboración radical por parte de la terapeuta. Dicha actitud se plasmó mediante las siguientes actuaciones:

Mostrar un interés genuino por comprender la situación de la paciente.

Trabajar sobre las preocupaciones y angustias de la paciente en torno a las propias sesiones con apreciaciones del tipo, *"Quizás esté equivocada pero tu expresión me hace pensar que estas preocupada por lo que pueda ocurrir hoy en consulta ¿Estoy en lo cierto? Si es así, me gustaría saber qué es lo que te preocupa exactamente*.

Explorar explícitamente las creencias de la paciente:" *¿Qué es lo que esperas que pase/ te gustaría que pasara durante la consulta de hoy?"*.

Practicar la escucha activa, es decir, destinada a entender realmente la perspectiva de la paciente, en ningún caso a convencerla de los objetivos de la terapeuta.

Se observó que uno de los primeros escollos para el proceso terapéutico, era el elevado estrés que le suponían a la paciente las propias consultas. Por ello se realizó un entrenamiento en estrategias de relajación y autorregulación emocional.

Varios meses después de la derivación al dispositivo, fue posible plantear el objetivo común de recuperar la relación con la familia de origen. Se facilitó en consulta el contacto con los padres, siendo evidente la alta emoción expresada que dominaba la relación. Aunque sus progenitores accedieron a ofrecer cierto apoyo económico que le permitió salir de la marginalidad y volver a estudiar, la situación siempre estuvo dominada por la anticipación del fracaso y

la frialdad afectiva, especialmente entre la paciente y su madre. Y efectivamente, cuando la paciente fracasó en su proyecto académico la relación se quebró de nuevo y aparecieron la decepción, el fracaso, los síntomas depresivos y las tentativas de suicidio.

Las alucinaciones y los delirios

En aquella época de duelo por la nueva y definitiva pérdida de la relación con los padres la paciente relató lo siguiente:

"Desde hace años escucho como algunas personas me hablan cuando me subo al autobús, dicen que soy una inútil, que no sirvo para nada, que no merezco la atención de los profesionales, ni el cariño de mis padres. Me dicen que lo mejor que puedo hacer es suicidarme, tirarme por la ventana o quizás al tren. A veces me angustio tanto que tengo que bajarme del autobús y por eso no llego a la consulta del médico. A veces son claras, otras solo cuchichean a mis espaldas y dicen, ¡ahí va, es una borracha, una drogadicta, la vergüenza, la ruina de sus padres, un caso perdido…!.".

"Me siento en una encrucijada, las personas del autobús me impiden venir a la consulta, pero si me quedo en casa y consulto internet o la televisión me envían mensajes, dicen que soy Cristo y el Anticristo, la misma reencarnación del bien y el mal, por eso hay personas que quieren eliminarme o perjudicarme".

La certeza sobre la realidad de estas experiencias era absoluta y para defenderse de ellas había desarrollado conductas de evitación. Respecto a la narración que ella misma ofrecía sobre el origen de la enfermedad, consideraba ésta fruto de su mal comportamiento en la adolescencia (bajo rendimiento académico, consumo de cannabis y relaciones poco recomendables). Esto, según su criterio, también justificaba el rechazo de sus padres.

Comencé por exponerle la idea de que para que la terapia funcionase era necesaria una implicación por su parte y que el objetivo no era modificar ni los delirios, ni las voces, sino disminuir su malestar. Señalé, que en último caso, si eso tampoco era posible, mantener la relación terapéutica podía ser también un objetivo suficiente. Lo primero que hicimos fue buscar un lenguaje común en el que la paciente se sintiera validada en sus emociones, y no cuestionada. Así términos como *"cuando crees que hablan de ti…"* que sugieren escepticismo, fueron sustituidos por otros como *"cuando tienes la experiencia de que hablan de ti" (4)*.

Las sesiones se desarrollaban sin buscar un objetivo fijo, es decir, dejando que ella misma las guiara y no a la inversa. Así se evitó que aparecieran sentimientos de desconfianza derivados de pensar que el objetivo de la terapeuta era que la paciente ofreciera una respuesta concreta, o de ser tratada con condescendencia en una paciente que ya de por sí tenía una autoestima muy dañada.

Por mi parte compartía abiertamente mis impresiones, siempre de un modo sincero y provisional, mostrándome dispuesta a modificar dichas impresiones según la

respuesta de la paciente. *"No sé si estoy en lo correcto, pero me pregunto si cuando escuchas esas voces te angustias porque eso es lo que piensas de ti misma, que eres un desastre"*.

Los esquemas negativos del yo y el yo simbólico

Con el progreso de las sesiones la paciente fue capaz de hablar espontáneamente de su vida, ofreciendo detalles de eventos y relaciones interpersonales significativas. Así, en su biografía, se incluían una relación de apego inseguro en la primera infancia, que la llevó a tener comportamientos parentalizados, abandono, institucionalización y por último, maltrato físico y emocional en la pubertad y adolescencia. Estas experiencias permitían explicar el esquema negativo del yo de la paciente y su representación simbólica, es decir la percepción de sí misma derivada de sus experiencias y recuerdos (5).

Frente a esto, manifesté en todo momento la creencia de que la paciente tenía como cualquier persona una esencia básicamente buena y de persona capaz, evitando que se sintiera juzgada como esencialmente "loca" o "mala", lo que a su vez facilitó la manifestación de su parte sana.

La formulación del caso

La experiencia psicótica se definió siguiendo los criterios de Strauss como un continuum, es decir, como una respuesta humana a un estrés intenso y prolongado y co- construimos una formulación de caso teniendo en cuenta el concepto de Zona de desarrollo proximal y sus 4 dominios: significado sintomático, relación con la experiencia, esquemas y yo simbólico (5).

Significado sintomático:

- Ideas delirantes sobre ser Cristo y el Anticristo.
- Alucinaciones en forma de voces dialogantes, claramente comprensibles, de contenido despectivo y acusatorio.

Relación con la experiencia:

- Bajar precipitadamente del autobús, no usar internet, no ver la televisión o escuchar la radio, faltar a citas médicas, incumplir compromisos sociales, perder la relación con la familia, buscar relaciones interpersonales en las que se repite el patrón maltratada-maltratador/a, adoptando la paciente el primero de estos.

Esquemas negativos del yo:

- Ser mala, estar enferma, ser perezosa y poco inteligente.

El yo simbólico de la paciente:

- Una vergüenza para sus padres, alguien que no merece el cuidado del equipo terapéutico, ni la compañía de buenas personas.

Para el tratamiento de sus alucinaciones auditivas se utilizó el modelo ABC para voces perturbadoras.

A= Situación. Se le animó a escuchar las voces, en lugar de evitarlas como hacía habitualmente, y observar sus características

(eran generalmente de mujer, susurrantes aunque claras). También a observar su contenido. Esto le permitió establecer la conclusión de que dicho contenido no era muy diferente de los comentarios que había escuchado en la infancia, en ocasiones incluso idéntico. También a observar en qué situaciones se producían. Estas eran fundamentalmente situaciones que le generaban ansiedad, tales como la interacción social o la participación en actividades ocupacionales o de ocio, en las que temía ser ineficaz y criticada.

B= Significado. Su explicación de esta experiencia era que estas personas la conocían y hablarían de ella a sus padres, les dirían que iba por el mal camino, que no había logrado nada.

C= Perturbación. Sus voces le producían angustia y tristeza, hasta el punto de ser incapaz de mirar hacia atrás para intentar identificar a las personas que hablaban.

Respecto a las ideas delirantes se aplicó una valoración similar. El temor a ser criticada aparecía ante situaciones que le generaban miedo a ser identificada por conocidos de sus padres que les informarían de lo deficiente de su estado. Del mismo modo, la idea de ser Cristo y Anticristo estaba intrínsecamente relacionada con la idea de ser buena o mala y paralelamente con la posibilidad de salvar a otros. La emoción asociada a ambas ideas era el miedo y la angustia.

Evaluando todos estos parámetros establecimos la siguiente formulación de caso:

Las experiencias traumáticas vividas en la infancia, así como el hecho de haber sido sistemáticamente privada de experiencias propias de ese periodo vital como la protección o el juego simbólico, habían sido compensadas mediante la creación de una fantasía de omnipotencia. Ser alguien con poder sobre el bien y el mal, con poder para proteger a los que quería y paralelamente con libertad para decidir. Esa fantasía que en la infancia pudo ser útil, la bloqueaba en el momento actual impidiéndole valorar sus auténticos éxitos, ser capaz de cuidar de amigos y familiares, ser capaz de acudir a las consultas, haber mejorado en la capacidad de autocuidado…. La actitud hipercrítica hacia sí misma, derivaba de experiencias reales de haber sido tratada de un modo muy crítico en la infancia y de falta de eficacia en la consecución de sus proyectos, la llevaba a interpretar gestos neutros como de crítica. Esto generaba comportamientos de evitación y elevada ansiedad, que a su vez disminuían su eficacia social y su autonomía, reforzando así el esquema negativo de sí misma.

Tras la reformulación del caso refirió espontáneamente *"la consulta de hoy me ha ayudado mucho, no creo que nadie que no haya experimentado lo que yo, pueda entender como me ha quitado la angustia y lo que eso significa para mí."*

Evolución.

Aunque es cierto que en el momento actual las alucinaciones y los delirios se mantienen casi imperturbables, no lo es menos que la paciente viaja regularmente en el autobús,

la adherencia a las consultas es absoluta, la sensación subjetiva es de bienestar, no hay ideas de muerte o suicidas, y ha logrado aceptar la imposibilidad de ser aceptada por sus padres, reforzando en cambio otras relaciones interpersonales más sanas de su entorno. Aceptar definitivamente la imposibilidad de esta relación, le ha permitido establecer objetivos personales propios y distintos de los previos, muy poco realistas en su contenido y destinados a satisfacer a sus padres.

El trabajo en las consultas posteriores a la reformulación, centrado en la bondad de ajuste, es decir, en el grado de certeza de sus creencias y el nivel de malestar reactivo a las mismas, nos ha permitido generar un mapeo de emociones y circunstancias ambientales y relacionales asociadas a los síntomas, que ha devuelto a la paciente cierta sensación de control sobre los mismos.

Conclusión

Poder trabajar desde esta perspectiva ha resultado eficaz para la paciente y satisfactorio para la terapeuta. Aunque la intervención exigió una actitud flexible y creativa por parte de la terapeuta, permitió a la paciente participar activamente en el proceso, identificar y validar sus emociones, narrar acontecimientos vitales que no había sido capaz de verbalizar previamente, y recuperar un concepto de sí misma como persona valida y autónoma.

Agradecimientos

A Pedro Marina, que me animó a escribir este texto, a tres de mis colegas por sus amables aportaciones y correcciones antes de que lo enviara para su publicación, a mi familia, por el tiempo robado a su compañía y sobre todo a la persona que compartió conmigo su vida y sus experiencias y me permitió aprender tanto.

Referencias bibliográficas

1/ Edwards J, McGorry P. La intervención precoz en la psicosis. Fundamentos y visión general de la gestión clínica. En: Martin Dunitz Editores. La intervención precoz en la psicosis. Guía para la creación de servicios de intervención precoz en la psicosis; 2002. p.1-3.

2/ Chadwick P. Terapia cognitiva basada en la persona (tchp) para la psicosis. En: John Wiley& Son. Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora; 2006. p. 1-24.

3/ Pérez- Álvarez M. Esquizofrenia y cultura moderna: razones de la locura. Psicothema. 2012. Vol. 24, n1. p 1-9.

4/ Chadwick P. Construcción de la relación, supuestos del terapeuta y la colaboración radical. En: John Wiley& Son. Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora; 2006. p.25-44.

5/ Chadwick P. Como trabajar con esquemas. En: John Wiley& Sons. Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora; 2006. P. 119-142.

Mª Aránzazu Sánchez García
Correspondencia: m.aranzazu.sanchez@sespa.es

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 16, N.º 1, pp. 60, 2019

Vivir con dolor.

Living with pain.

Blanca Sánchez Gimeno.
Psiquiatra, psicoanalista. Centro de Salud Mental Pumarín, Gijón (Asturias).

RESUMEN

El paradigma de la medicina "científica" actual excluye la subjetividad y considera el cuerpo como una máquina organo-sistémica, El rechazo del saber subjetivo hace retorno feroz con síntomas que afectan el cuerpo en grado sumo, el dolor es uno de ellos. El dolor como síntoma expresado por un paciente remite a una experiencia subjetiva que en muchos casos no se correlaciona con la objetividad de los signos clínicos. El Psicoanálisis desde sus orígenes puso de manifiesto que el cuerpo no es meramente un organismo. Freud, escuchando a mujeres con diagnóstico de histeria, muestra que las experiencias de goce en etapas infantiles dejan huellas psíquicas que pueden aparecer posteriormente como síntomas conversivos, síntomas en el cuerpo sin causa orgánica. Se considera la fibromialgia como una variante de la histeria clásica descrita por Freud y se aportan fragmentos clínicos que ilustren la teoría.

Se desarrollan en el artículo aportaciones psicoanalíticas para entender la complejidad de la construcción de un cuerpo humano, ya que éste no es considerado una realidad primaria con la que se nace. Es necesario el encuentro entre un organismo vivo con sus necesidades fisiológicas, el amor, cuidados y demanda expresada en lenguaje de los padres, y el reconocimiento necesario del otro como separado del propio yo. Se precisa una articulación de estos tres registros: real, simbólico e imaginario.

Palabras clave: *Dolor, fibromialgia, subjetividad, cuerpo, psicoanálisis, histeria, Freud, casos clínicos.*

ABSTRACT

Actual "scientific" medicine paradigm excludes subjectivity and considers the body like an organ-system machine. The refusal of subjective knowledge returns furiously with symptoms affecting the body in great manner, pain is one of them. Pain as a symptom is referred by patients to a subjective experience, sometimes scarcely correlated with the objectivity of clinical signs Psychoanalysis from its very beggining showed that the body is not a mere organism. Freud, listening to the complaints of women diagnosed as hysteria proved that corporal excitement experiences lived in early childhood, leaved psychic traces that could arise forward as conversive symptoms, body symptoms wihtout an organic cause. Fibrepain is considered as a variant of clasical hysteria described by Freud and clinical cases are provided to illustrate theory.

The article develops psychoanalytical approaches to understand the complexity linked to the human body building, as it is not considered an innate primary reality. It is necessary the encounter between a life organism whith its physiological concerns, love, care and language demands expressed by parents, and the aknowledgement of the other as different from the own ego. It is required the articulation of this three registers; real, symbolic and imaginary.

Key words: *Pain, fibrepain, sujectivity, body, psychoanalysis, hysteria, Freud, clinical cases.*

Vivir con dolor*

**Texto elaborado a partir de la ponencia impartida en el Curso "Psicopatología fenomenológica" en Oviedo, 16 de Noviembre de 2018.*

El dolor, unido al hombre desde el principio de los tiempos, es un fenómeno complejo. Hay muchos factores que modulan la "cualidad del dolor". Es por ello que la misma experiencia dolorosa se expresa de distinta manera según cada época y cultura, y es vivenciada de manera diferente por diferentes personas.

El dolor es una experiencia individual, única, singular, en la que hay que considerar varios factores para abordarlo correctamente: el alcance de la lesión orgánica si la hubiera, el contexto cultural, familiar, la estructura de la personalidad e interpretación que la persona hace de las sensaciones físicas, el estado de ánimo de quien lo padece, creencias, las experiencias previas de dolor, etc. De forma reduccionista podemos señalar los siguientes componentes: cultural, fisiológico, emocional y cognitivo.

Voy a desarrollar una focalización del tema con el siguiente guión:

- **Medicina actual y el dolor inserto en ella.**
- **La construcción de un cuerpo, aportaciones del psicoanálisis.**
- **La Fibromialgia como síntoma conversivo.**
- **Fragmentos clínicos.**

Medicina actual y el dolor inserto en ella.

La concepción dualista del hombre que acompaña a la filosofía en Occidente casi desde sus inicios, queda fijada como paradigma conceptual con Descartes. Su "duda metódica" que concluye en el "pienso luego existo", atribuye la existencia al pensamiento, quedando el cuerpo separado de la misma. "Res cogitans" frente a "res extensa", psique y soma, alma y cuerpo, dolencia mental y dolencia corporal, quedan así definitivamente escindidas desde el inicio de lo que se considera el arranque de la ciencia moderna.

El paradigma vigente hoy en el ámbito médico es considerar el cuerpo como una máquina compleja cuyos órganos y sistemas hay que revisar periódicamente para poder asegurar su funcionamiento. El saber médico se construye con investigaciones biológicas, búsqueda de marcadores de enfermedad y desarrollo de fármacos para evitarla. Con los grandes avances tecnológicos se tienen instrumentos que amplían la mirada médica hasta términos insospechados, pudiendo fotografiarse todo el interior del cuerpo con una precisión asombrosa. En todos estos desarrollos queda excluida la subjetividad. Todos los intentos de la tecnología para atrapar la subjetividad se topan con un imposible porque de la subjetividad de alguien solo podemos saber por sus dichos, escuchando sus palabras. El concepto de salud basado en la objetividad de los signos físicos choca con la subjetividad de los síntomas que experimenta el paciente Vemos ahondarse la escisión mente-cuerpo cartesiana.

La psiquiatría y la psicología, tradicionalmente más afines a contemplar la subjetividad, pretendiendo ser tan "científicas" como el resto de las especialidades médicas se subieron al carro de la corriente más biologicista con su correlato cognitivo conductual, y convirtiéndose estas tendencias en hegemónicas han apartado masivamente de la práctica al sujeto que habla. La exclusión de la subjetividad es el núcleo de la pretendida cientificidad de estos tsunami psi (1).

El dolor inscrito en el ámbito de la medicina, se haya en el núcleo de la demanda más desesperada del paciente a su médico "¡quíteme este dolor que me mata!" El dolor como síntoma nos remite a la experiencia subjetiva de aquel que lo siente y expresa y se contrapone a la objetividad del signo clínico. La doble construcción del dolor, sensorialidad y afectividad, se imbrican en el sufrimiento de un sujeto, no se puede separar el dolor físico de su expresión subjetiva. Más allá de lo que lo cause, el dolor representa un estado de sufrimiento donde la subjetividad está implicada. Citando a Serrano de Haro (2),"El dolor y el significado de "mi dolor" no son lo mismo" La medicina actual olvida toda la tradición médica humanista que no trataba enfermedades sino enfermos individuales, singulares.

Tenemos un cuerpo al que se quiere dominar y someter a partir del saber de la ciencia. Lo que se comprueba en el día a día en las consultas es que a más medicina aparentemente científica, más aumento de patologías donde el referente orgánico y su tratamiento farmacológico muestran su límite y su fracaso: quejas somatomorfas en forma de lumbalgias, cefaleas, algias generalizadas y erráticas, mareos, y síntomas corporales de angustia cada vez más en aumento. El cuerpo se escapa por muchos sitios.

Algunos pacientes padecen dolores que tienden a cronificarse, su queja no remite a pesar de no encontrarse lesión orgánica, o aun habiéndola, el sujeto no cesa de expresar que le sigue doliendo aun tomando todo el arsenal terapéutico que hoy en día existe y se aplica. Son estos pacientes los que son derivados a los Servicios de Salud Mental, después de un recorrido por traumatología, reumatología, neurología, Unidad del dolor…,El saber médico presupone entonces, con frustración y rechazo del paciente, que debe haber algún "problema psicológico" para que la cosa no haya marchado como se esperaba. El paciente, al contrario, en dicho recorrido de servicios médicos asume que su dolor es un indicador de enfermedad física, y exige que se certifique que su malestar es auténtico y auténticamente médico. Es un gran desencuentro médico-paciente. Así es como aparece el paciente "rebotado" -con la polisemia que esta palabra implica -, rebotado de un servicio a otro y cabreado, en los Servicios de Salud Mental. A los psiquiatras y psicólogos nos toca recoger el rebote y sostenerlo, acoger al paciente y tratar de hacer algo diferente con su dolor.

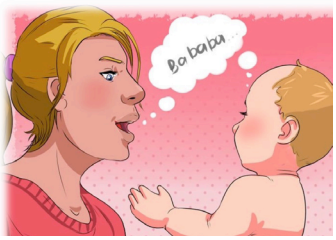
La construcción de un cuerpo, aportaciones del psicoanálisis

El descubrimiento del Inconsciente en Freud viene parejo con la escucha de las quejas que sobre su cuerpo hablaban las

mujeres diagnosticadas de histeria. Freud tiene el mérito de dejar de observar, de mirar, ese cuerpo que se expresa con algias, contorsiones, anestesias, parálisis, vómitos, mareos, para dar la palabra al sujeto que habla de ello. En su texto de 1883 sobre las parálisis histéricas (3) es muy claro, dice: "la histérica toma los órganos en el sentido vulgar, popular, del nombre que llevan: la pierna es la pierna hasta la inserción en la cadera y el brazo es la extremidad superior tal y como se dibuja bajo los vestidos" "la conversión es una alteración funcional sin causa orgánica". Las conversiones histéricas se comportan como si para el sujeto histérico la anatomía no existiera, recorta el cuerpo, nombra las partes del cuerpo según el lenguaje popular, no según las vías anátomo-neurológicas. Me parece algo clave para introducir la primera idea fundamental: el cuerpo no es el organismo, no es solo el viviente, sino que está revestido en cierto modo por un cuerpo de imágenes y representaciones o ideas que dependen del lenguaje común.

La construcción de un cuerpo, aportaciones del psicoanálisis

- El cuerpo no es el organismo
- El cuerpo es el encuentro de un organismo vivo con el lenguaje
- El cuerpo no es primario, no se nace con un cuerpo, es una realidad que se construye
- Distinguir el organismo viviente y el cuerpo humano
- Desvitalización y pérdida de satisfacción
- Desnaturalización de los instintos



El cuerpo del que habla el psicoanálisis, no es una realidad con la que se nace, el cuerpo no es primario, no se nace con un cuerpo, es una realidad que se construye, es secundario. El cuerpo no es primario en tanto lo viviente, el organismo, la carne, no es el cuerpo. Debemos, pues distinguir entre el organismo y lo que denominamos cuerpo. El cuerpo es una construcción donde está el organismo de un lado (con su funcionamiento neeurofisiológico, hormonal, bioquímico) y de otro una experiencia de imágenes y palabras que inciden en el mismo. Esta incidencia del lenguaje en el organismo produce en el viviente una desvitalización, un recorte de su satisfacción, no existe el goce pleno, la satisfacción plena para el ser humano, La satisfacción posible queda recortada y se organiza principalmente a través de las pulsiones apoyadas sobre los orificios fisiológicos. Si lo pensamos, ¿de dónde extraemos las fuentes de satisfacción? de comer y beber, (pulsión oral), defecar (pulsión anal), mirar y ser mirados (pulsión

escópica), hablar, escuchar y ser escuchado (pulsión invocante) y la satisfacción sexual, todas ellas apoyadas alrededor de los orificios corporales y ese órgano tan especial y que tantos quebraderos da para hombres y mujeres, el pene elevado a la categoría simbólica de falo.

En los humanos cualquier necesidad fisiológica queda desnaturalizada por efecto del lenguaje, de la demanda articulada que nos hace el Otro, - la madre inicialmente-, y ningún objeto que se ofrezca para calmar la necesidad conlleva una satisfacción plena. Gracias a Dios! Ese más allá que siempre se perfila en cualquier demanda que se nos hace y que ningún objeto de la realidad viene a colmar, es la posibilidad del deseo humano, potente motor para una vida. Pensemos en el recién nacido que tiene necesidades fisiológicas. Las expresa con un grito, un llanto, primera forma de la demanda. ¿Pero qué ocurre? Este grito es atendido por otro, es la madre quien traduce ese llanto, lo interpreta según su subjetividad y dice que está mojado, o tiene gases, o frío o está cansado, o tiene hambre. Es entonces la demanda de la madre y sus actos, la que intenta calmar al bebé colmando sus necesidades Pero la madre puede o no atender el grito del niño, con su presencia y ausencia la madre es erigida en primer objeto simbólico para el niño, y así además de aportarle el objeto de la necesidad se aporta ella como objeto de amor, da o no da el don de su amor. Vemos así que cualquier demanda del niño se hace sobre este trasfondo de una demanda incondicional de amor. Así ningún objeto de la realidad va nunca a poder calmar esta demanda de amor. Se puede satisfacer la necesidad fisiológica, pero no la demanda de amor. Eso que queda no satisfecho y que nunca quedará es lo que da lugar al deseo, la posibilidad de que los seres humanos nos instauremos como deseantes, siempre a la búsqueda de un mítico objeto de satisfacción. La incidencia del lenguaje sobre las necesidades del cuerpo, desnaturalizan a éstas, el lenguaje recorta el cuerpo y deja en él sus marcas.

La construcción de un cuerpo, aportaciones del psicoanálisis

- Las pulsiones y su satisfacción
- Necesidad fisiológica, demanda articulada, deseo
- Cualquier necesidad fisiológica queda desnaturalizada
- La sexualidad humana no es natural
- Órdenes heterogéneos: satisfacción corporal y lenguaje
- El cuerpo como superficie de inscripción del lenguaje
- Hay cuerpo porque un organismo vivo incorpora el órgano del lenguaje

El problema se plantea en cómo puede establecerse una relación entre dimensiones que son entre ellas heterogéneas, cómo se pueden articular la satisfacción en el cuerpo y el orden simbólico-imaginario del lenguaje En el humano, ninguna acción es meramente fisiológica, comer no es sólo ingerir alimento sino que viene influenciado por pautas culturales, de aprendizaje en la infancia, es decir ordenadas por el lenguaje, igual con el resto de las funciones incluyendo la sexualidad. Somos seres desnaturalizados, nuestro cuerpo no responde de manera "natural". El concepto de pulsión introducido por Freud traduce los hechos clínicos que muestran que el instinto animal no funciona en los humanos.

Para la construcción de un cuerpo se necesita también el reconocimiento del otro, la mirada del Otro como constitutiva de la subjetividad, de un yo que se pueda reconocer como yo diferente del tú, del otro. Léase el texto de Lacan sobre el Estadio del espejo (4)

Para tener la sensación de unidad corporal y de "tener" un cuerpo, los tres registros real, simbólico e imaginario han de estar anudados.

Si en la histeria Freud pudo comprobar el efecto que la cura analítica, la cura por la palabra, tenía sobre los síntomas corporales, fue porque supo traducir esa inscripción del lenguaje en el cuerpo, el cuerpo como una superficie de inscripción para los hechos del lenguaje. No colocó al cuerpo y al lenguaje como disjuntos sino como articulables. La oposición cuerpo-mente, cuerpo y lenguaje no forma parte del bagaje psicoanalítico. Como señala Lacan "Hay cuerpo porque un organismo vivo incorpora el órgano del lenguaje" (5)

La Fibromialgia como síntoma conversivo

La fibromialgia, ¡extensa y extraña "epidemia" de estos tiempos postmodernos que la reumatología se encargó de tipificar y difundir! Dolores localizados en distintos puntos del cuerpo, con la apariencia de lo somático, y para los que no se encuentra causa orgánica. Enigma para el paciente que no sabe lo que le ocurre excepto su dolor, y enigma para el médico que no encuentra nada en las exploraciones somáticas. Y ante los enigmas hay dos opciones posibles, querer saber o rechazo del saber. Todo se conjura en la época actual para esta segunda opción. La civilización actual se caracteriza por el rechazo del saber subjetivo y dicho rechazo hace retorno en síntomas corporales cada vez más feroces.

La Fibromialgia como síntoma conversivo

- Dolores en el cuerpo sin causa orgánica
- Enigma para médico y paciente
- La fibromialgia como variante de la histeria clásica
- Freud, Historiales clínicos en Estudios sobre la histeria (1895)

La hipótesis de trabajo propuesta es que la fibromialgia es, en muchos de los casos, con otro nombre y otros ropajes, una variante de la histeria clásica. Freud, hijo de las luces de la Ilustración, buscó la razón que elucidara los síntomas conversivos histéricos hace más de un siglo. En la histeria aparece un cuerpo que desafía la funcionalidad de los órganos sin que la "causa" sea somática. Freud dijo que la histeria era la pesadilla de la medicina y tal vez por ello se eliminó de sus clasificaciones. Actualmente la fibromialgia vuelve a ser una pesadilla. Igual que se maltrató a las histéricas hoy se maltrata a las mujeres con fibromialgia, sometiéndolas a diversos tratamientos cada vez más agresivos en las U del dolor incluyendo mórficos opiáceos, sin que aporten a estas sujetos más que efectos secundarios y ningún alivio para su dolor.

Freud trató a varias jóvenes mujeres aquejadas de cansancio generalizado (hoy síndrome de Fatiga Crónica) y algias en distintas partes del cuerpo que hoy serían diagnosticadas como fibromialgias, casos que quedaron escritos magistralmente en los historiales clínicos de su libro Estudios sobre la histeria (6). Entonces poca novedad de este cuadro. Lo novedoso es el florecimiento y expansión del síntoma, la fibromialgia se ha convertido en un problema de gran magnitud por los costes de sufrimiento de las pacientes y económicos para el Sistema de Salud.

Voy a comentar brevemente uno de estos casos de Freud, una mujer de 24 años, Isabel de R. Padecía desde hacía dos años, dolores intensos en las piernas y otras zonas del cuerpo, dificultad para poder caminar, intensa fatiga y necesidad de guardar reposo. En los últimos años habían ocurrido diversos acontecimientos traumáticos en su vida, fallecimiento del padre amado, grave intervención de la madre y fallecimiento de su hermana querida. Freud hace hablar a la paciente y se va apuntando la etiología de sus dolores: el cuñado, que siempre le había gustado, al fallecer la hermana quedaba libre y ella podía por fín intentar ser correspondida en su amor, pero este pensamiento entraba en contradicción con todos sus ideales morales ¡alegrarse de la muerte de una hermana para poder irse con su marido! Para Freud el dolor era un síntoma que podía descifrarse y tenía un sentido. Desvelado el misterio desaparecido el síntoma, Freud vio a la paciente por última vez bailando alegre en el baile en el que coincidieron.

La fibromialgia como síntoma conversivo

- Isabel de R
- El síntoma se puede descifrar y tiene un sentido

No poder dar un paso por el dolor

Dolor de haber dado un mal paso en la vida

- Dolor físico en sustitución de un dolor moral

Freud consideró estos dolores que la impedían andar como un síntoma de conversión, un dolor moral se desplazó como dolor en el cuerpo. El cuerpo habla a través del dolor, crea un cortocircuito cuando la subjetividad no puede hacerlo, cuando algo de los afectos, las emociones, no puede ser tramitado simbólicamente a través del lenguaje, el cuerpo manifiesta los síntomas directamente. Aparece entonces como un dolor desconectado de las palabras y de los hechos, aparece como un dolor en el cuerpo para el que no se encuentra justificación, es decir el dolor emerge cuando la vía a través de la palabra se obtura.

Freud escuchando preferentemente a mujeres, construye su teoría sobre la etiología de la histeria y los mecanismos de formación de los síntomas conversivos. Para Freud la histeria tiene una causa sexual. Escándalo para su época y escándalo en ésta a pesar de la liberalización de las costumbres.

La Fibromialgia como síntoma conversivo

- **Histeria, mecanismo de producción del síntoma conversivo:**
  - Hay una representación intolerable unida a la sexualidad que es necesario reprimir, pero el afecto ligado a esta representación va buscando sus vías de salida y lo encuentra a través de la inervación somática, la motilidad

Síntoma de conversión

Representación intolerable

Aclaro que para Freud la primera experiencia que se puede llamar sexual es la excitación corporal, que primero achacó a una seducción real, -tocamientos por algún hermano o adultos significativos-, para concluir que en muchos casos se trataba de fantasías para poder explicar la excitación corporal en el cuerpo a cuerpo con el otro: en las cuestiones del aseo, los juegos corporales, la masturbación … o de lo visto y oído. Pero esta excitación solo tiene repercusiones a largo plazo, a posteriori, por la "huella mnémica" que deja, el recuerdo. Como bien dice C Soler (7) el recuerdo, la representación asociada a la excitación corporal, es otro registro del de la excitación corporal. Con la noción de huella mnémica, estamos en el registro de las representaciones, ya no estamos ante un organismo viviente, excitable, sino ante un cuerpo que lleva las huellas para canalizar la satisfacción autoerótica del mismo.

Pero para que aparezca una neurosis hace falta un segundo elemento, las fantasías infantiles, las ensoñaciones de la época de la pubertad y luego del adulto, que ya no son del propio cuerpo sino de la relación de objeto, las fantasías con una pareja, otro imaginado donde se satisface el deseo y el amor. Se necesita la soldadura de estos dos elementos, la excitación del propio cuerpo y las fantasías con otro.

La Fibromialgia como síntoma conversivo

- **Histeria, dos tiempos del trauma**:
  - Primer tiempo:
    - Excitación sexual infantil en el cuerpo
    - Huella mnémica, representación de la excitación corporal
    - Fantasías sexuales
    - Represión
  - Segundo tiempo:
    - Encuentro traumático a posteriori que reactiva las huellas mnémicas de la primera excitación reprimida
    - Retorno de lo reprimido en el síntoma conversivo

Freud habla de dos momentos en la constitución del síntoma histérico: el momento infantil con la defensa primordial en la histeria, la represión, represión de una representación intolerable con la excitación asociada. El momento segundo cuando posteriormente una nueva situación cargada de afecto consuena en la vida psíquica de un sujeto, la representación intolerable reprimida con anterioridad intenta retornar a la conciencia pero como es intolerable para el yo éste aumenta la defensa de la represión, disociando la representación del afecto, éste se descarga por las vías motrices, sensoriales, propioceptivas, mientras la representación continúa inconsciente pero ya descargada de su excitación.

Este contenido excluido de la conciencia es el que retorna en el cuerpo en la forma de síntomas como un retorno de lo reprimido.

Fragmentos clínicos.

Intentaremos ilustrar la teoría y ponerla a prueba con algunos fragmentos clínicos.

1: Una paciente de unos 60 años aparece en el CSM cojeando, con muleta y un vendaje en un tobillo. La remitía su Médico de cabecera con el siguiente volante “Desde hace dos años que sufrió una caída presenta cada vez más quejas de dolor que no ceden con los tratamientos habituales. Depresión. Ruego

valoración." La paciente relata llorando que desde que cayó cada vez le duele más al andar "no puedo apoyarme en el suelo del dolor" "no puedo caminar" Traumatología descartó reiteradamente que hubiera fractura o fisura. Había acudido repetidamente por Urgencias hospitalarias así como en At primaria ya que lo que se inició como intenso dolor en una pierna fue extendiéndose y en ese momento tenía dolores en los hombros, en las muñecas etc que también fueron estudiados en reumatología sin resultados concluyentes. Traía pautados varios antiálgicos incluyendo mórficos, así como un antidepresivo y un ansiolítico. La han remitido, según refiere, para saber "si tiene algo mental". Ella asegura que si se encuentra baja de ánimo es por los dolores incapacitantes que tiene. Tras algunas consultas donde me voy enterando entre quejas del dolor y del sistema médico, que el marido se había separado de ella hacía 4 años, que ella había sido "muy fuerte" hasta que se cayó y que los hijos estaban asombrados de su reacción porque ella siempre había sido muy "dependiente" de su marido para gestiones de todo tipo, que "siempre salíamos juntos, no podíamos vivir el uno sin el otro". Sus dolores van aliviándose a la par que va subjetivando el inmenso dolor del abandono y separación de su marido. Un día viene a consulta trayéndome su hallazgo con una sonrisa de oreja a oreja "he pensado que al marcharse él me quedé sin bastón…por eso no podía caminar y me dolía tanto". Dejó la muleta-bastón, empezó a salir con alguna amiga, se alivió el dolor. Me diréis ¿y dónde está la experiencia sexual traumática infantil? La paciente adoraba a un hermanastro tres años mayor que ella, preferido de la madre, y con el que se inició en la sexualidad con juegos de masturbaciones mutuas. Fueron pillados por el padre de ella quien decidió llevar a este hermanastro, que no era su hijo, a un Colegio interno. Ella recuerda que estuvo con vómitos y dolores de barriga durante una temporada teniendo que llevarla sus padres al médico. Esta primera experiencia de excitación corporal aunada a la culpa y la separación traumática del hermano fue reprimida hasta que la segunda separación fue efectuada. Vemos en este caso la aparición de un dolor en el cuerpo donde debía de haber aparecido un dolor psíquico. Esto lo llamamos una metáfora, una sustitución, algo que aparece en lugar de otra cosa. En este caso podríamos decir que tenemos esa sustitución, aparece el dolor y la cojera al andar en vez del dolor psíquico producido por el pensamiento " mi marido bastón se ha marchado" resonando con el pensamiento inconsciente, reprimido, de la experiencia erótica "mi hermano marchó por mi culpa".

2. La segunda viñeta clínica que comentaré es de una mujer de 40 años que acude al CSM tras un recorrido por los servicios de traumatología, reumatología, neurología y U del dolor y diagnóstico final de fibromialgia. Se encuentra con ánimo triste, persistencia de dolores generalizados, pérdida de fuerza en las manos, intensa fatiga, falta de ilusión en la vida. Casada, sin hijos, trabaja en residencia de

ancianos desde hace diez años. El cuadro lleva unos 3 años de evolución encontrándose cada vez peor a pesar de los tratamientos antidepresivos, ansiolíticos, antiinflamatorios y antiálgicos pautados por los diversos especialistas. Me cuenta tras varias consultas, que hacía 5 años que había dado a luz un bebé muerto y rompe a llorar desconsolada. En su momento apenas lloró, tenía que ser fuerte, no podía dejar de trabajar por miedo a que la echaran del trabajo y estaba pagando hipoteca, trabajando mucho así no pensaba...hasta que los dolores aparecieron y tuvo que parar. Entre el trabajo y el dolor se había ido distanciando de su marido, un hombre que la amaba y daba signos de ello pero que ella rechazaba en la cama sistemáticamente. Pudo entonces empezar a hablar de sus conflictos con la sexualidad e ir desanudando las sogas simbólico-afectivas que la tenían mortificada. No dejo de asombrarme sobre la incapacidad de nuestra sociedad hipermoderna y tecnológica para afrontar las pérdidas. La propuesta actual de ganancias rápidas y felicidad express, impide el tiempo necesario para la elaboración de los duelos y conflictos. El sujeto, bombardeado por mensajes de superación rápida de la situación, no puede responder y entonces es el cuerpo el que dice ¡basta, hasta aquí hemos llegado!.. Mientras más se reprima el dolor subjetivo de una pérdida, más feroces serán los retornos corporales.

3. Experiencia grupal.

Francisco Estévez (8) trató en grupo psicoterapéutico durante muchos años a mujeres que padecen fibromialgia y de esta experiencia sacó algunas conclusiones. Se trataba en su mayoría de mujeres de mediana edad, de clase social media o media-baja, sin estudios cualificados, dedicadas a tareas con gran desgaste del cuerpo (hostelería, limpieza, amas de casa, dependientas) que entregan su cuerpo a estas tareas más allá de sus posibilidades exigiéndole un rendimiento que no puede dar. ¿Por qué lo hacen? La hipótesis que mi experiencia también confirma, es que lo hacen por amor y reconocimiento, del padre, del jefe, del marido. Cuando este reconocimiento ya no llega, ya no es la supervisora implacable e impecable que el jefe alienta, ya no puede sostener el papel de cuidadora excepcional, o descubre que lo que pensó que el marido quería, una esposa ideal, era una falacia ya que se ha ido con otra, hay una terrible decepción, la entrega de su cuerpo para trabajar pierde sentido y el cuerpo con la fatiga acumulada por los excesos previos se convierte en el epicentro de sus quejas antes de reconocer lo inútil de su entrega y la necesidad de cambiar sus modos de relación con el otro. También apunta a la diferencia entre el síntoma de conversión en la época de Freud a la actual. Antes se trataba de un dolor psíquico reprimido que pasaba a expresarse como dolor

> físico, ahora se trata de un dolor real, por fatiga y exceso de entrega de un cuerpo, que sirve como catalizador de todos los dolores reprimidos de la vida de un sujeto.

Cada caso de fibromialgia es único y todos ellos de una gran complejidad clínica. Aunque hoy he puesto el foco en aquellos donde la fibromialgia aparece como síntoma histérico, no siempre es así. la fibromialgia es un fenómeno transclínico (9) Hay que darse un tiempo para escuchar a los pacientes para ver si se trata de un síntoma en una estructura neurótica, histeria, fobia o neurosis obsesiva, o psicótica con fenómenos elementales a nivel corporal, a veces en ausencia de otros síntomas "mentales" más floridos. Hay casos de melancolía donde el dolor de existir en vez de tomar la forma delirante de autoinjuria y reproche de sí, se manifiesta con una vivencia del cuerpo como algo muerto "me duele hasta la carne", como delirios de tipo cenestésico muy difíciles de etiquetar en el campo de la psicosis. Si es una psicosis que se estabiliza con el "soy fibromiálgica", es una identificación que no se debe mover hasta que no se encuentre otra suplencia mejor.

Frente a otros tratamientos que apoyan la cronicidad haciendo aceptar al paciente que viva con su dolor, la terapia psicoanalítica apunta a una movilización de la pétrea armadura de ese cuerpo ligado al dolor apelando a su puesta en forma "lenguajera".

Referencias bibliográficas

1/ Sánchez Gimeno B.: El saber de los límites: Histeria, Medicina y Psicoanálisis. Ponencia presentada en III Jornada de Salud Mental del Norte, Abriendo fronteras en Salud Mental, Gijón 23 y 24 Noviembre 2012.

2/ Serrano de Haro, A.: A propósito de la fenomenología del dolor en www.revista-critica.com

3/ Freud, S. Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas, en Obras Completas, Tomo 1, Ed. Orbis, Barcelona 1988.

4/ Lacan, J.: El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se revela en la experiencia psicoanalítica. Escritos Tomo 1, Siglo XXI, Decomoquinta edición española, Méjico, 1989.

5/ Lacan, J.: Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis. Escritos Tomo 1. Siglo XXI, Decimoquinta edición española, Méjico,1989.

6/ Freud, S. Estudios sobre la histeria. Historiales clínicos, en Obras Completas, Tomo 1, Ed. Orbis, Barcelona, 1988.

7/ Soler., C.: La histeria, su lengua, sus dialectos y sus vínculos. Seminario 2002-2003. Publidisa, Barcelona 2004.

8/ Estévez F.: Clínica del dolor. Pliegues 1, Psicoanálisis y cuerpo. Revista de la Federación de Foros del Campo Lacaniano España. 2010.

9/ Castellanos, S.: El dolor y los lenguajes del cuerpo, Ed Gramma, 2009.

10/ Oyebode F: "Psicopatologia del dolor" en Sims. Síntomas mentales. Manual de psicopatología descriptiva, p245-254, Quinta edición, Elsevier, Barcelona 2016.

11/ Soler, C.: El cuerpo en la enseñanza de Lacan en Estudios de psicosomática, VVAA, Vol. 1, Atuel CAP, Buenos Aires, 1993.

Blanca Sánchez Gimeno
Correspondencia: blanca.sanchez@sespa.es

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 16, N.º 1, pp. 73, 2018

INFORMES

Terapia electro-convulsiva en Asturias:

Comunicado de ocho asociaciones y contestación de la administración.

1. Comunicado de las asociaciones

Ante la aparición reiterada en la prensa asturiana de varias noticias[1,2,3,4] que:

1. Aseguran categóricamente la eficacia y rentabilidad de la terapia electroconvulsiva (TEC) más allá de las circunstancias restringidas recomendadas en las guías clínicas[5].

2. Afirman sin datos referenciados que *"en el colectivo de psiquiatras y psicólogos clínicos de Asturias se defiende que esta terapia es la más eficiente para tratar los casos de trastornos depresivos más graves"*.

3. Anuncian que se ha adquirido tecnología que permitirá la inminente implantación de la TEC en un hospital del Servicio de Salud del Principado.

4. Incluyen algunas afirmaciones estigmatizantes y otras que llevan a confusión como p.ej.: repetir de modo indistinto electroconvulsión y electroestimulación.

Las entidades abajo firmantes s**olicitamos expresamente al Sr. Consejero de Sanidad del Principado de Asturias que responda a las siguientes cuestiones:**

a) ¿Aprueba la Consejería de Sanidad el recurso al prejuicio de peligrosidad, que realimenta el estigma sobre *"los esquizofrénicos"* (sic) al afirmar[2] que en muchas ocasiones *"matan a sus hijos o a sus padres porque oyen voces que les mandan hacerlo. Es importantísimo (…) poder utilizar técnicas como el electroshock, que nos permite curar a muchos pacientes que no han respondido a los fármacos"?*.

b) ¿Está de acuerdo la Consejería de Sanidad con el titular de la entrevista[4] al Dr. Roberto Rodríguez Jiménez en la Nueva España que afirmaba categóricamente que *"El electroshock es muy rentable: reduce las bajas, las urgencias y los ingresos"?* y ¿con la afirmación que figura en un artículo de El Comercio[1] *"«hay evidencia científica» de que sus resultados son más efectivos que los que se obtienen con los tratamientos farmacológicos y la psicoterapia"?*.

c) ¿Aprueba la Consejería de Sanidad el subtítulo de la información del pasado 12 de febrero en la Nueva España[3], en que se afirmaba que el electroshock es *"un tratamiento que cura al 90% de los enfermos mentales graves"?*.

d) ¿Cuál es la postura de la Consejería de Sanidad respecto a estas afirmaciones?.

e) ¿Tiene prevista la Consejería de Sanidad dar algún tipo de información relativa a la TEC a la población asturiana para contrarrestar este cúmulo de desaciertos?.

f) ¿Existe algún plan por parte de la Consejería de Sanidad de implantar la TEC en alguno de los hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias? y ¿es cierta la información publicada de que se ha adquirido tecnología para aplicar electroshock?.

   De ser así ¿ha sido decisión de la Consejería de Sanidad o del Servicio de Salud del Principado de Asturias?, ¿en qué criterios han basado esta adquisición?, ¿con cargo a qué partida presupuestaria? y ¿cuál es la de los costes del personal que se encargará de aplicar la TEC y la de su formación?.

g) En caso de ser cierto ¿se plantea la Consejería de Sanidad contar con el pertinente acuerdo de los profesionales, el consenso de comités de ética, y la concurrencia de los diferentes posturas incluidas las aportaciones en primera persona y la participación en la toma de decisiones de los ciudadanos afectados, las personas diagnosticadas de un trastorno mental y sus familiares a través de las organizaciones que las representan? y ¿cuál va a ser el procedimiento para cumplir con los anteriores requisitos?

h) ¿En que criterio o argumentación se basan para posicionar a la TEC como prioridad por delante de tantas necesidades urgentes e imperiosas como hay en la atención a personas con sufrimiento mental?. P.ej: las recomendaciones planteadas tras la Evaluación de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias 2009-2010 y líneas estratégicas del Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020 llevadas a cabo por su Consejería varias de ellas postergadas por escasez presupuestaria.

i) ¿Se ha llevado a cabo una evaluación al efecto, tanto del uso de la tecnología, como de sus costes, necesidades de personal y reajuste de los servicios? y ¿se trataría de personal de nueva contratación o serían nuevas funciones a añadir a personal ya contratado?. En caso de ser esto último ¿cómo se reestructurarían los servicios de salud mental para atender a esta novedad y cómo afectaría esto a los servicios actuales?.

Asimismo, las asociaciones abajo firmantes **solicitamos una reunión a la mayor brevedad posible con el Sr. Consejero de Sanidad** para tratar estas y otras cuestiones relacionadas.

Según las directrices del **Plan de Salud Mental 2015-2020[6], *"los principios del modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental deben orientar la atención y servir de marco de referencia para la definición de la organización, sus objetivos, estrategias y acciones".*** Ni en el Plan que rige la Salud Mental en Asturias ni en la actualización recientemente aprobada por el Consejo de Gobierno se hace mención alguna al uso de TEC en el sistema público de salud, una técnica que sigue siendo muy controvertida no sólo en la sociedad, en el ámbito de la salud mental sino también en la Psiquiatría. Aún más en el colectivo de las personas con sufrimiento mental.

Respecto a la evidencia de acuerdo a las guías clínicas al uso[5]:

1. Admiten únicamente el empleo de la TEC cuando previamente se han proporcionado otras opciones de tratamiento alternativas, y estas han resultado ineficaces. Además plantean su uso en circunstancias muy restringidas como el tratamiento a corto plazo de los síntomas graves y potencialmente mortales de personas con catatonía, episodio maniaco prolongado o severo y depresión severa resistentes al resto de alternativas terapéuticas.

2. **No hay evidencia** de que la TEC:

   a. Sea efectiva en la esquizofrenia en general y por lo tanto no se recomienda su uso en esta población.

   b. Sea efectiva a largo plazo en el tratamiento de los trastornos depresivos ni que sea más beneficiosa como tratamiento de mantenimiento de estos trastornos que las alternativas farmacológicas disponibles actualmente.

   c. Sea más rentable en las indicaciones restringidas dada la ausencia de estudios económicos publicados.

3. **Hay evidencia** de que la TEC produce pérdida de memoria y deterioro cognitivo tras su administración y que esto puede causar una angustia considerable a los personas a quien se administra.

4. **Hay testimonios** de que muchas personas han sido sometidas a TEC sin que se les haya proporcionado la información suficiente y necesaria, sobre la cual basar una decisión con respecto al consentimiento.

En la introducción al Plan de Salud Mental 2015-2020 el Consejero de Sanidad afirma: "En síntesis, el enfoque de la atención a la salud mental en Asturias, **deberá promover la psicoterapéutica,** ciertamente postergada frente a la psicofarmacología **y promover líneas de formación e investigación acordes con la orientación interdisciplinar, psicosocial, preventiva y comunitaria que identifican nuestro sistema de salud"**.

Consideramos que la TEC promueve justamente lo opuesto a esta orientación de nuestro sistema de salud, al modelo de Atención Comunitaria y a los principios básicos del Plan de Salud Mental 2015-2020 inspirados en dicho modelo y va también en contra de la desmedicalización que se plantea como uno de los principales objetivos del Plan de Salud de la Consejería.

Referencias bibliográficas

1) Mayordomo, L (10 de octubre de 2018). El HUCA ofrecerá terapia de electrochoque para tratar enfermedades mentales graves. El Comercio. Recuperado de https://www.elcomercio.es/asturias/huca-ofrecera-terapia-20181010000945-ntvo.html.

(2) Murias, RL (11 de octubre de 2018). Muchos pacientes no se curaron por falta de electroshock. La Nueva España. Recuperado de https://www.lne.es/asturias/2018/10/11/pacientes-curaron-falta-electroshock/2361685.html. (3) Murias, RL (12 de febrero de 2019) El Monte Naranco recupera la técnica del electroshock". La Nueva España. Recuperado de https://www.lne.es/oviedo/2019/02/10/monte-naranco-recupera-tecnica-electroshock/2424452.html.

(4) Murias, RL (13 de febrero de 2019). El electroshock es muy rentable: reduce las bajas, las urgencias y los ingresos. La Nueva España. Recuperado de https://www.lne.es/oviedo/2019/02/13/electroshock-rentable-reduce-bajas-urgencias/2425838.html.

(5) National Institute for Health and Care Excellence (2003). Guidance on the use of electroconvulsive therapy (NICE technology appraisal guidance 59). Recuperado de https://www.nice.org.uk/guidance/ta59.

(6) Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020. Recuperado de https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/plan-de-salud-mental-del-principado-de-asturias-2015-2020.

2. Contestación administración.

Las entidades abajo firmantes solicitamos expresamente al Sr. Consejero de Sanidad del Principado de Asturias que responda a las siguientes cuestiones:

a) ¿Aprueba la Consejería de Sanidad el recurso al prejuicio de peligrosidad, que realimenta el estigma sobre "los esquizofrénicos" (sic) al afirmar2 que en muchas ocasiones "matan a sus hijos o a sus padres porque oyen voces que les mandan hacerlo. Es importantísimo (...) poder utilizar técnicas como el electroshock, que nos permite curar a muchos pacientes que no han respondido a los fármacos"?.

b) ¿Está de acuerdo la Consejería de Sanidad con el titular de la entrevista4 al Dr. Roberto Rodríguez Jiménez en la Nueva España que afirmaba categóricamente que "El electroshock es muy rentable: reduce las bajas, las urgencias y los ingresos"? y ¿con la afirmación que figura en un artículo de El Comercio1 "«hay evidencia científica» de que sus resultados son más efectivos que los que se obtienen con los tratamientos farmacológicos y la psicoterapia"?.

c) ¿Aprueba la Consejería de Sanidad el subtítulo de la información del pasado 12 de febrero en la Nueva España3, en que se afirmaba que el electroshock es "un tratamiento que cura al 90% de los enfermos mentales graves"?.

d) ¿Cuál es la postura de la Consejería de Sanidad respecto a estas afirmaciones?.

e) ¿Tiene prevista la Consejería de Sanidad dar algún tipo de información relativa a la TEC a la población asturiana para contrarrestar este cúmulo de desaciertos?.

CONTESTACION A LAS PREGUNTAS PREVIAS
Las opiniones expresadas por profesionales sanitarios acerca de la efectividad de la TEC según sus conocimientos y experiencias acerca de la misma, se enmarcan dentro de la libertad de expresión que tiene cualquier ciudadano de ejercerla siempre y cuando se respete la legislación vigente al respecto.
El Servicio de Salud del Principado de Asturias(SESPA) mantiene a través de la Unidad de Coordinación de Salud Mental (UCOSAM) reuniones con las Asociaciones de pacientes y familiares(AFESA,ABA,HIERBABUENA,ASPERGER,ADANSI,SILOE) y en la reunión celebrada con las mismas con fecha 23 de octubre 2018,acta nº2,el primer punto abordado se respondió a sus preguntas acerca de la terapia electroconvulsiva(TEC).
La aplicación de la TEC se viene realizando en nuestro servicio de salud desde el año 2004 por la Clínica San Rafael entidad privada de atención a la salud mental ubicada en Oviedo, por lo que siguiendo políticas que promuevan los servicios públicos sanitarios se decide que dicha terapia sea aplicada en Hospital Público y por personal sanitario del mismo.
Siendo hasta el momento el protocolo de derivación:

f) ¿Existe algún plan por parte de la Consejería de Sanidad de implantar la TEC en alguno de los hospitales del Servicio de Salud del Principado de Asturias? y ¿es cierta la información publicada de que se ha adquirido tecnología para aplicar electroshock?. De ser así ¿ha sido decisión de la Consejería de Sanidad o del Servicio de Salud del Principado de Asturias?, ¿en qué criterios han basado esta adquisición?, ¿con cargo a qué partida presupuestaria? y ¿cuál es la de los costes del personal que se encargará de aplicar la TEC y la de su formación?.

Contestación

La TEC es una terapia incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (y así viene recogida en la Estrategia Nacional de Salud Mental 2007) ,llevada a cabo en la mayor parte de los servicios de salud de las CCAA con medios propios.
La aplicación del TEC se realiza según estudios recogidos como la "Guía de buena práctica clínica sobre la terapia electroconvulsiva" (Plan Director de salud mental y adicciones.Barcelona.Direccion General de Planificación e Investigación en Salud.Generalitat de Catalunya 2014) o el ultimo "Consenso Español sobre TEC" publicado en 2818 por la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica que referencia 509 citas bibliográficas nacionales e internacionales.
Para la aplicación del TEC por el Servicio de Salud del Principado de Asturias se realizara:
1-Formación y entrenamiento para el equipo especifico que configure la Unidad de TEC.
2-Se constituirá un Comité multidisciplinar de TEC que coordine el procedimiento y velara por la adecuación de la información y el consentimiento informado.
La TEC se implantara en el Hospital Monte Naranco y ya se ha adquirido la tecnología necesaria para su aplicación.

g) En caso de ser cierto ¿se plantea la Consejería de Sanidad contar con el pertinente acuerdo de los profesionales, el consenso de comités de ética, y la concurrencia de los diferentes posturas incluidas las aportaciones en primera persona y la participación en la toma de decisiones de los ciudadanos afectados, las personas diagnosticadas de un trastorno mental y sus familiares a través de las organizaciones que las representan? y ¿cuál va a ser el procedimiento para cumplir con los anteriores requisitos?

Contestación
Como se ha comentado anteriormente la TEC es una aplicación terapéutica incluida en la Cartera de Prestaciones del Ministerio de Sanidad por lo que no disponer de ella seria privar a determinados pacientes de su beneficio.
Se implementarán rigurosamente todos los aspectos y consideraciones recogidos en el Consenso mencionado en el punto anterior para su indicación y aplicación. A nivel ético debe realizarse obligatoriamente el procedimiento relativo al uso del consentimiento informado en todos sus términos legales.

h) ¿En qué criterio o argumentación se basan para posicionar a la TEC como prioridad por delante de tantas necesidades urgentes e imperiosas como hay en la atención a personas con sufrimiento mental?. P.ej: las recomendaciones planteadas tras la Evaluación de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias 2009-2010 y líneas estratégicas del Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020 llevadas a cabo por su Consejería varias de ellas postergadas por escasez presupuestaria.

Contestación

Las líneas del Plan de Salud Mental 2015-2020 y sus acciones correspondientes se van implementando y es previsible su cumplimiento en el año 2020,en apartados claves como necesidades de plantilla reseñar que de los 19 psicólogos contemplados ya se han implementado 16, de los 4 terapeutas ocupacionales se han implementado a mas en numero de 6 por lo que actividades recomendadas en las acciones del plan como las psicoterapéuticas o rehabilitadoras van por el camino adecuado con cumplimiento de objetivos.

i) ¿Se ha llevado a cabo una evaluación al efecto, tanto del uso de la tecnología, como de sus costes, necesidades de personal y reajuste de los servicios? y ¿se trataría de personal de nueva contratación o serían nuevas funciones a añadir a personal ya contratado?. En caso de ser esto último ¿cómo se reestructurarían los servicios de salud mental para atender a esta novedad y cómo afectaría esto a los servicios actuales?.

Contestación

La aplicación de la TEC se realizara con el personal adecuado y suficiente para ofrecer una óptima calidad a los pacientes sin menoscabar la actual cartera de servicios de salud mental, a tal efecto se contratara el personal necesario para su aplicación.
Por cada jornada de programación en horario diurno se precisa la presencia de los siguientes profesionales:
1FEA de Psiquiatría a jornada parcial
1FEA Neurofisiología a jornada parcial
1FEA Anestesia y Reanimación (presente en el procedimiento y en la valoración somática previa a la TEC)
1Enfermera
1Auxiliar administrativo
El coste anual de personal en Capitulo I es de 170.669,03 euros.
Adquisición equipo para la aplicación de TEC con valor estimado 35.000 euros.

Asimismo, las asociaciones abajo firmantes solicitamos una reunión a la mayor brevedad posible con el Sr. Consejero de Sanidad para tratar estas y otras cuestiones relacionadas.
Contestación
En fechas próximas se citara a los firmantes de la petición a una reunión en el SESPA para tratar las cuestiones relacionadas con el TEC

"Es un documento de la Unidad de Coordonación Programa Marco de Salud Mental".

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 16, N.º 1, pp. 82, 2018

RESEÑAS

Manual de Psicopatología

Laura Martín y Fernando Colina
Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid. 2018

Damos la bienvenida al Manual de psicopatología de Laura Martín y Fernando Colina. Es de agradecer el esfuerzo que supone la tarea de escribir sobre psicopatología. No en vano los postulados psicopatológicos son el respaldo teórico de la práctica clínica en salud mental, a la que otorgan consistencia y coherencia.

Como señala Germán Berrios, la psiquiatría puede ser definida como el conjunto de consecuencias (científico-técnicas pero también socioculturales) que resultan de la correcta aplicación del lenguaje psicopatológico. La psicopatología como lenguaje se define por un conjunto sistemático de principios generales, enunciados descriptivos y reglas de aplicación. Su función es la descripción y captura de aspectos de la conducta que se asume que son el resultado de una disfunción. Una suerte de interfaz dinámico entre el observador y el fenómeno psicopatológico que debe facilitar el estudio e intelección de este.

No obstante, el objeto de estudio de la psicopatología: la conducta humana, es intrínsecamente opaco y por tanto difícil de ser captado en su totalidad. De aquí la necesidad de recurrir a teorías contrastadas que permitan articular conducta alterada y explicación. Aunque ninguna teoría alcanza la totalidad de los componentes de la conducta. Como tampoco ningún sistema de conocimiento de la realidad aprehende la totalidad de esta. Todos los sistemas de conocimiento son parciales por definición. Por tanto, cuando se escribe un texto de psicopatología es necesario enunciar la teoría de conocimiento desde la que se trabaja para poner de manifiesto el espectro de la conducta que se estudia.

Lamentablemente esta heterogeneidad epistemológica de la psicopatología ha permanecido ignorada en los últimos decenios, arrinconada por el predominio de las clasificaciones internacionales (CIE y DSM), que utilizan criterios diagnósticos pretendidamente "ateóricos" y universales. El uso generalizado de estos sistemas, basados en un positivismo lógico, ha hecho olvidar que la descripción de signos y síntomas del trastorno mental es más una actividad de construcción que de reconocimiento e incluye, además de un componente perceptivo, uno teórico.

Con las clasificaciones internacionales se ha intentado solventar la cuestión del reconocimiento de los síntomas mediante las definiciones operativas de éstos y la consideración de la psicopatología como un instrumento unívoco, no problemático, lo que ha generado la errónea concepción de que los síntomas son entidades estables que contienen en sí toda la información que se precisa para su reconocimiento.

Además, el positivismo lógico es una teoría que sustenta una visión biomédica de los trastornos mentales, en tanto postula que la subjetividad y la experiencia pueden ser estudiadas como objetos del mundo natural (cosas), de tal modo que eventos como los delirios o las alucinaciones auditivas pueden ser captadas y descritas sin necesidad de recurrir al contexto. Esto implica un reduccionismo neurobiológico en el que la subjetividad es considerada un epifenómeno de sucesos neurofisiológicos y los síntomas mentales un producto de la disfunción cerebral.

En este contexto, la publicación del Manual que se reseña tiene especial relevancia, además de por sus contenidos, por el doble objetivo que persigue y que los autores indican en la Introducción. Por un lado "responder a la simplificación y desinterés actual por el estudio de la psicopatología […] No se profundiza en los síntomas ni en sus mecanismos […] Se dan por sabidos. Abordados como si fueran entidades naturales, cuya observación bastaría para aclararlos, los síntomas se han convertido en una suerte de microdiagnósticos que se agrupan en torno de la etiqueta principal". De otro lado "pretende servir de aparejo al profesional en su intento de comprender la clínica psiquiátrica. Para acercarnos lo más posible a su conocimiento, siempre incompleto, necesitamos una serie de pertrechos conceptuales".

Y para proporcionar estos pertrechos conceptuales el Manual sigue un modelo sustentado en fundamentos teóricos del psicoanálisis (citan como referencias más importantes a S. Freud, M. Klein, D. Winnicott y J. Lacan) y la fenomenología (E. Bleuler, E. Kraepelin, H. Ey, K. Conrad, G.G. Clérambault o K. Schneider).

Los autores consideran los trastornos mentales una posibilidad del funcionamiento mental de las personas que surgen desde una determinada organización estructural según el modelo de análisis estructural de la psicología psicoanalítica del yo, que distingue tres organizaciones: neurótica, límite y psicótica. Y entienden que los síntomas resultarán de la naturaleza proposicional del ser humano.

Es al desarrollar una conducta con un propósito cuando se puede apreciar la locura, tanto en la motivación como en la manera desplegada para alcanzarlo. En este sentido, el modelo teórico de los autores presenta dos "herramientas instrumentales" fundamentales para conocer la singularidad de los individuos: el deseo y el lenguaje.

Dicen en el Manual, el deseo "se imbrica en la experiencia humana como un alambre que la estructura. Nos explicamos las patologías más psicóticas por su ausencia –paranoia,

esquizofrenia, melancolía-; las neuróticas –histeria, obsesión-, por su conflicto interno […]; las intermedias por su desbocamiento pasional, presente en toda la variedad de trastornos del límite".

Por otro lado, el lenguaje contribuye a organizar la identidad de la persona, su relación con la realidad y el modo de influir en esta para alcanzar un propósito. Como los autores remarcan "el lenguaje es imprescindible para comunicarse, para vehiculizar el deseo en la representación, para entender la realidad y para construir la identidad. De ahí se deduce su importancia para nosotros, pues, en relación con el estudio de la psicopatología el lenguaje puede ser considerado de dos modos, como un instrumento y como un medio en el que se está".

Pero además de aportar herramientas conceptuales desde los fundamentos teóricos del Manual, los autores alientan y ayudan al lector a tomar posición ante la clínica. Animan a romper con la uniformización y generalización tendenciosa del positivismo psiquiátrico, que se postula como la teoría única y verdadera mientras empobrece la relación terapéutica al hacer callar la experiencia subjetiva. Puesto que la relación con el paciente requiere de una teoría debemos elegir y enunciar cuál. Dicha elección es un suceso fundamental que condiciona la manera de escuchar y tratar al paciente. En este sentido, los autores se decantan por lo que denominan subjetivismo crítico. "Nuestro modelo es ajeno al reduccionismo nosológico de los sufrimientos psíquicos y se inclina por acercarse al interior de cada persona y entender sus síntomas desde su particular estructura clínica".

Y desde los fundamentos teóricos y con los objetivos citados, los autores desgranan los contenidos del Manual en las doscientas ochenta y tres páginas del libro con una organización propia, ajena al modelo de la psicología de las funciones o facultades -habitual en los tratados de psicopatología- según el cual los signos y síntomas mentales se clasifican en función de la facultad afectada: pensamiento, conciencia, memoria, atención, percepción, etc.

Por el contrario, siguiendo el modelo estructural que vertebra el Manual, están interesados en presentar las singularidades fenomenológicas de los principales síntomas en cada estructura clínica para poder distinguirlos y con ello contribuir a comprender y tratar adecuadamente al paciente. De este modo los distintos capítulos del Manual abordan: las estructuras clínicas, la angustia, el automatismo mental, el delirio, la alucinación, la tristeza, las psicosis, las neurosis y la estructura del límite. Además de los capítulos, de inicio y colofón, que presentan el "modo de uso" del Manual y el estilo de relación terapéutica que deriva de su aplicación, respectivamente.

Por tanto, estamos ante un Manual de psicopatología diferente, elaborado desde un modelo explícito de comprensión del trastorno mental, que elude eclecticismos y ambigüedades, que reúne y presenta las singularidades psicopatológicas de los síntomas en las diferentes estructuras clínicas y que busca poner a la persona y no al síntoma en el centro de atención.

En este sentido, el Manual no es solamente un tratado de psicopatología. El modelo que propone, además de organizar la presentación de los contenidos psicopatológicos, es también una guía orientada a mejorar la comprensión y relación con el paciente.

Para ello recomienda entender el malestar de los pacientes como algo distinto de una enfermedad, poner entre paréntesis las aportaciones de la psiquiatría biológica, y entender el sufrimiento psíquico como algo que transciende la disfunción cerebral y afecta a la experiencia de sí mismo y del mundo de la persona que lo padece.

Así, consideran que el clínico en la relación terapéutica debe prestar atención al trato y al tratamiento. Dicha relación no consiste sólo en identificar síntomas que deban ser atendidos, sino también en escuchar, intentar entender y acompañar.

Por ello estiman que el diagnóstico debe ser fundamentalmente una forma de comunicación entre profesionales: el diagnóstico nosológico clasifica a las personas pero no dice nada acerca de ellas. Encajona al paciente y nuestro conocimiento. Explican que la verdadera clínica llega después del diagnóstico. Cuando no se va más allá, las indicaciones terapéuticas pueden obedecer más al diagnóstico que a las necesidades reales de la persona.

Como corolario de estas posturas aconsejan que los síntomas sean vistos como algo más que la expresión de una enfermedad, como una experiencia del sujeto que deben ser manejados con respeto. La prioridad no es sólo evitar las crisis sino esforzarse por entenderlas.

En este contexto, las terapias deben ser vistas como un mediador de la relación y no como un fin en sí mismas. No se trata de curar: "no todo es curable, tratable ni diagnosticable". Consideran el principal objetivo del trato la emancipación del paciente: de su propio malestar, de la incomprensión social y de una asistencia normalizadora.

Finalmente, todos estos contenidos, algunos inevitablemente densos, están presentados en el Manual de manera ingeniosa y didáctica con gráficas y tablas que ilustran y aclaran los conceptos, y unos meritorios cuadros sinópticos al final de cada epígrafe que resumen los asuntos tratados en los mismos. Además, presentan unas notas en los márgenes que sirven para enlazar conceptos en las distintas páginas del libro donde reaparecen, facilitando unas asociaciones imprescindibles para la comprensión de los mismos.

En fin, un libro necesario y muy útil tanto para los profesionales en formación como para aquellos interesados en una visión de las personas con trastornos mentales que rompa los límites de la perspectiva naturalista.

Pedro A. Marina González
Psiquiatra
Asturias. España

Tratamientos psicológicos para la psicosis.

Eduardo Fonseca Pedrero (Coord.)
Pirámide, 2019.

Como complemento de la obra de 2018 "Evaluación de los trastornos del espectro psicótico", acaba de publicarse este esperado y exhaustivo volumen monográfico sobre tratamientos para las psicosis. Se trata del primer compendio científico publicado en España sobre el tema, lo que sitúa esta novedad editorial como referencia obligada para clínicos e investigadores actuales y futuros en psicosis.

La obra abarca a lo largo de sus más de 500 páginas contenidos rigurosos y actualizados sobre las distintas facetas que son objeto principal de atención en la psicosis; síntomas positivos y negativos, rehabilitación neuropsicológica, intervenciones psicoeducativas y familiares, habilidades sociales, intervención en estados mentales de alto riesgo, etc. Se exponen asimismo los diversos abordajes terapéuticos que gozan de mayor apoyo empírico, comenzando por los clásicos enfoques cognitivo-conductuales, rehabilitación neuropsicológica, intervenciones familiares y psicoeducativas, habilidades sociales, tratamientos integrados multimodales, gestión de casos y tratamiento asertivo comunitario, terapia metacognitiva, terapias contextuales, enfoque del Diálogo Abierto, o abordajes basados en nuevas tecnologías como la terapia AVATAR para la psicosis, entre otros.

Sin renunciar a abordar cuestiones conceptuales relativas a la compleja naturaleza de los trastornos del espectro psicótico, el libro presenta un enfoque práctico y didáctico, con descripciones de casos clínicos derivados de la práctica asistencial. Es además la primera publicación con formato de manual que otorga un espacio propio a las personas con psicosis donde se recogen sus experiencias en primera persona.

Hasta ahora, el tratamiento de estos trastornos solo había sido abordado en manuales de Psiquiatría o Psicología de carácter general, o bien a través de obras sobre formas particulares de tratamiento. En este caso, de la mano del profesor Fonseca y gracias a las aportaciones de 49 investigadores y profesionales de la salud mental de reconocido prestigio, el libro ofrece una visión global de las herramientas terapéuticas disponibles desde una perspectiva interdisciplinaria, sin faltar un capítulo sobre tratamiento combinado. La puesta al día de los conocimientos disponibles sobre tratamientos es importante para un abordaje integral de los trastornos del espectro psicótico pues permite maximizar los resultados de cuantos esfuerzos desarrolla el colectivo de profesionales de la salud mental en aras a promover la recuperación y la mejora de la calidad de vida de las personas con psicosis.

Todo ello convierte a este manual en referencia obligada tanto para los clínicos de la salud mental como para los profesionales en formación (PIR, MIR, EIR). Asimismo, resultará un excelente libro de consulta o estudio para estudiantes universitarios de segundo y tercer ciclo de las ciencias de la salud (programas de máster o doctorado).

David González Pando
Facultad de Enfermería de Gijón
(Asturias)

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 16, N.º 1, pp. 88, 2018

IN MEMORIAM

Juan Manzano (1939-2019).

Juan Manzano, psiquiatra, ex-director del servicio médico pedagógico de Ginebra fallecía en esa ciudad a los 79 años. También había sido Catedrático de psiquiatría del niño y del adolescente en esa Universidad de Suiza. Su vinculación con España en el terreno profesional la había canalizado a través de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente de la que había sido presidente.

Alberto Portera (1928-2019).

Alberto Portera había sido catedrático de neurología en Madrid. Dentro de las publicaciones de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Profesionales de salud mental) el fue con F. Bermejo quien compilo el número dos de la colección de estudios dedicado a las demencias (1980). Juan Cruz publicaba en la sección de obituario de El PAÍS una reseña titulada “La energía de un filántropo”.

(https://elpais.com/cultura/2019/12/02/actualidad/1575303034_420184.html?prod=REGCRART&o=cerrado&event_log=oklogin)

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 16, N.º 1, pp. 89, 2018

NOTICIAS BREVES

Próximo Congreso de la AEN-PSM en Barcelona (2021)

El próximo Congreso Nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental se va a celebrar en 2021 en la ciudad de Barcelona y las próximas **Jornadas Nacionales de 2020 en Segovia.**

María Teresa Lluch: primera enfermera de salud mental en alcanzar el estatus de Catedrática de Universidad en España

La enfermera María Teresa Lluch Canut ha sido recientemente acreditada por la ANECA como **Catedrática de Universidad en la Universidad** de Barcelona. La profesora Lluch es autora de numerosos trabajos en el campo de la salud mental, y ha sido una referencia en la Enfermería de Salud Mental desde hace dos décadas en nuestro país. Es la primera enfermera en alcanzar el estatus de Catedrática de Universidad.

Universidad de Córdoba (Argentina): curso de "Salud mental en desastres"

La Universidad de Córdoba ha programado un curso de extensión universitaria online coordinado por los profesores Miguel Escalante y Hugo Cohen sobre el tema de "Salud Mental en desastres". Entre los ponentes está la Directora de Salud Mental de la OMS, Devora Kestel. El curso se desarrolla entre octubre y diciembre de 2019.

Aula Virtual para el seguimiento del mhGAP de OPS/OMS

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) esta desarrollando un proyecto de seguimiento del programa mhGAP para apoyar a los profesionales de atención primaria de salud formados en el abordaje de las condiciones prioritarias del mhGAP (Programa para reducir la brecha en Salud Mental). Este proyecto se desarrolla en la plataforma del Campus Virtual de OPS/OMS y cuenta con un grupo de expertos de varios países en el ámbito de la psiquiatría, psicología clínica y neurología que dan respuesta a las cuestiones que les plantean los profesionales de atención primaria. Mensualmente los participantes tienen una sesión webex donde se presenta alguna de las cuestiones surgidas durante el mes.

La Fundación Canis Majoris programa una nueva jornada técnica

Bajo el Título *" Ecos contemporáneos de las identidades en salud mental"* están programadas las VI Jornadas Técnicas de la Fundación Canis Majoris para el 16 de enero de 2020, que coordina la psiquiatra Angeles Roig Moliner.

Sale el 6º número de "Salud mental y Comunidad" de la Universidad de Lanus (Argentina)

El 6to número de la revista "Salud Mental y Comunidad" que edita el Centro de Salud Mental Comunitaria "Mauricio Goldenberg" de la UNLa ya se encuentra disponible en http://www.unla.edu.ar/index.php/salud-mental-y-comunidad-numeros-publicados.

Carta dirigida a la Asociación Argentina de Psiquiatras

El documento de APSA del 24 de mayo del 2019 titulado: "Ley de Salud Mental, desmanicomialización y Salud Publica", afirma, entre otras cosas, que la ley de Salud Mental Argentina 26.657 fue producida a partir de "una idea nacida en algunos organismos internacionales [...] inspiradas en la cáscara de la experiencia basagliana ". Como participantes de esa experiencia, a la cual reconocemos aun hoy el valor científico e innovador, y en línea con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), nos sentimos llamados en causa y, por lo tanto, creemos que debemos intervenir para aclarar algunos temas, a fin de liberar el campo de equívocos inútiles.

- Preliminarmente, sería necesario especificar que parece limitado referir las condiciones desastrosas de los manicomios argentinos, de degradación, violencia y abandono, correctamente denunciados, sólo a la dictadura. Con diferencias significativas, estas condiciones han sido, y siguen siendo, similares en todos los manicomios del mundo, independientemente de los regímenes políticos de los países, permaneciendo más allá de las dictaduras.

- Jamás ha sido nuestra intención poner en contraposición al médico psiquiatra como "encerrador, autoritario o enemigo" con los "licenciados en psicología". No nos pertenece, ni pertenece de ningún modo a la experiencia Italiana, la defensa de ninguna corporación y mucho menos la contraposición entre ellas.

- En cuanto a las deudas del sistema sanitario general argentino, no está en nosotros dar juicios. Pero no hay duda de que en gran parte del planeta los sistemas sanitarios públicos son, en el mejor de los casos, profundamente carentes, en particular, en lo que hace a la población más vulnerable. Nos asociamos, por lo tanto, a la denuncia de políticas que abandonan a las personas y no promueven activamente políticas de construcción de servicios

de salud mental en la comunidad. Sin embargo, lo que queremos señalar es que ninguna carencia del sistema sanitario justifica la necesidad o la oportunidad de mantener activos los hospitales psiquiátricos. Por el contrario, los recursos mal destinados a este propósito se deben reconvertir inmediatamente en servicios en la comunidad.

- Estamos de acuerdo en que la realidad "no se cambia con las leyes" (en la experiencia Basagliana italiana, primero se pusieron en práctica las transformaciones en el circuito psiquiátrico y luego se promulgó la ley de reforma). Pero no podemos dejar de señalar que las leyes pueden contribuir de un modo relevante al cambio. El cambio social y de políticas anhelado en el documento debería ver a los profesionales implicados activamente en soluciones innovadoras, ya reconocidas por literatura internacional basada en la evidencia, que el documento mismo menciona. Dicho cambio no sucederá jamás sin el compromiso directo de los técnicos.

- Nunca nos perteneció la idea de "objetivo prínceps en Salud Mental es derribar manicomios". Sin embargo, consideramos que la destrucción del manicomio sea un momento preliminar al inicio de una política de Salud Mental seria. Vale la pena repetir que los recursos profesionales, materiales y económicos, congelados y normalmente destruidos o desvalorizados en el manicomio, deben ser reconvertidos en servicios en la comunidad, en una reapropiación con sentido y de calidad.

- En relación a la crítica sobre la terminología usada en la ley 26.657 "padecimiento mental" definida genérica y débil y "que no alude a un diagnostico técnico", nos parece que de un lado no va sobrevalorado el valor también estigmatizante de los diagnósticos, el escaso valor heurístico, la aleatoria utilidad relativa al tratamiento y a los pronósticos. Por otro lado, es necesario evidenciar la vasta gama de cuestiones que emergen del análisis de los contextos o de las nuevas y difusas formas de sufrimiento, sobre todo en referencia a las nuevas generaciones. Queremos también recordar que la comunidad científica internacional desde hace tiempo puso en discusión el valor terapéutico y predictivo de las clasificaciones diagnósticas (The Lancet Commission, 2018). Por lo tanto, retenemos que la terminología utilizada en la ley argentina sea del todo apropiada.

- Concordamos con los autores del documento sobre el hecho de que no basta con cerrar el manicomio para superar la lógica manicomial, y que esta última necesita de cambios culturales, apoyados por servicios inteligentes y adecuados. Ciertamente, mantener los manicomios abiertos no contribuye a superar la lógica manicomial.

- Más allá de las críticas comunes a los manicomios, que compartimos, no concordamos sobre la propuesta de mantener el hospital monovalente. ¿Para qué? Si es para la gestión de las personas en crisis por un periodo breve ¿Por qué el servicio en el hospital general no debería ser la respuesta más adecuada (posición activamente sostenida por la OMS), sobre todo para aquellos que sostienen con tanto énfasis la validez médica de las cuestiones psiquiátricas?

Ciertamente la hospitalización en los hospitales generales es mucho menos estigmatizante de la que se realiza en un hospital psiquiátrico, que lleva en sí inevitablemente connotaciones históricamente determinadas, como los autores del documento admiten. Si después se piensa a la hospitalización de largo periodo, la experiencia en el mundo demuestra que esta no es necesaria, es más, resulta muchas veces dañosa. En cambio, las estructuras intermedias con diverso nivel de protección son más apropiadas, menos cronificantes y entre otras cosas menos costosas, como sostiene también la OMS desde el 2001.

- La afirmación que el hospital psiquiátrico especializado es indispensable en una red territorial de la atención a salud mental de la población ("hospitales generales, casas de medio camino, hospitales de día, casas de convivencia, emprendimientos sociales laborales, institutos de tratamiento de consumos problemático, etc...") no nos parece sostenida por ninguna justificación técnica o científica. Es más, la lectura científica internacional sustenta activamente la superación del hospital psiquiátrico especializado. Retenemos que el mantenimiento y/o la creación de los hospitales monovalentes sea absolutamente privada de significado, ya que por su naturaleza estos hospitales están excluidos de cualquier relación con la comunidad, concentrados en algunos lugares, sin conexión con el territorio y el contexto de vida de las personas.

- Es verdad que actualmente no existe en Argentina una red de servicios alternativos al hospital monovalente, pero es igualmente cierto que no existe ni siquiera un hospital especializado en salud mental digno de este nombre. Cuando nosotros invocamos entonces el nacimiento de una red de dispositivos alternativos al hospital psiquiátrico no hacemos otra cosa que optar por programas que sean coherentes con el desarrollo de los derechos de los usuarios y esa emancipación de la psiquiatría que nos parece coherente y que debería encontrarse al interno de un compromiso común en los debates de la política y de la sociedad.

Para finalizar pensamos que los autores están en lo justo cuando afirman que "El manicomio existe. Cada vez más grande y más invisible. Fuera de las paredes de los hospitales: son los pacientes con trastornos mentales abandonados en las calles, los rechazados en las guardias de hospitales generales, los que terminan en las cárceles involucrados o usados para el delito". Sin embargo, no concordamos con la afirmación "Un hospital especializado debe tener el mejor nivel de psiquiatría existente y si no fuera así debería ser denunciado por toda la comunidad." Nos preguntamos si los hospitales psiquiátricos existentes hoy en Argentina no violen evidentemente las indicaciones de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recordamos que la aplicación de dicha Convención hace obligatoria su aplicación a partir de su ratificación e incorporación al ordenamiento jurídico argentino con la promulgación de la ley 26.378, que fue el día 6 de Junio de 2008.

En esto está seguramente el verdadero disenso, la fundamental diferencia conceptual y de enfoque cultural y científico entre nosotros y ustedes.

Nosotros pensamos sin lugar a duda que en todo caso el mejor nivel de psiquiatría existente se construye en la comunidad, en el hacerse cargo de la persona con padecimiento mental en su contexto de vida, en la relación con la comunidad y sus instituciones, dentro de una estrategia para la inclusión social.

Nos ha parecido útil exponer con mucha claridad estas consideraciones, auspiciando que un debate privado de equivocaciones pueda contribuir al trabajo que desde hace años permite un intercambio profesional fructífero con vuestro país y que registra actualmente un fuerte compromiso a la innovación también de parte de la Dirección Nacional de Salud Mental actual.

Franco Rotelli, Giovanna Del Giudice, Benedetto Saraceno

(Esta carta ha tenido adhesiones de profesionales de salud mental desde diferentes países)

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria,
Vol. 16, N.º 1, pp. 94, 2018

REUNIONES CIENTÍFICAS

XVI Jornadas Castellano-Manchegas de neuropsiquiatría y salud mental
"Hablemos de futuro"
13 marzo 2020
Albacete
www.aen.es

28 Congreso Europeo de Psiquiatría
28-31 marzo 2020
Madrid

XXIX Jornadas Nacionales AEN
"Vidas dañadas en un tiempo incierto"
11-13 junio 2020
Segovia
www.aen.es

XXV Curso Anual de Esquizofrenia
Noviembre 2020
Madrid
cursoesquizofreniamadrid@barcelocongresos.com

XXVIII Congreso de la AEN-PSM
2021
Barcelona
www.aen.es

Congreso de la Federación Mundial de Salud Mental
2021
Londres

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. **Primera página,** que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. **Resumen,** de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índex Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en catellano e inglés.

3. **Texto,** que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

   3. 1. Introducción: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

   3. 2. Sujetos (pacientes, material) y métodos: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

   3. 4. Resultados: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

   3. 4. Discusión: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. **Agradecimientos:** en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

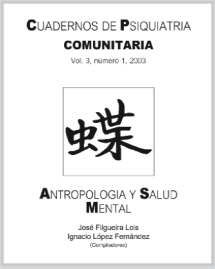
5. **Referencias bibliográficas (normas Vancouver):** se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal«. Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa) « tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el (los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.

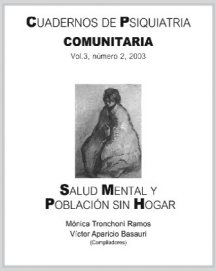
6. **Tablas y figuras:** presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

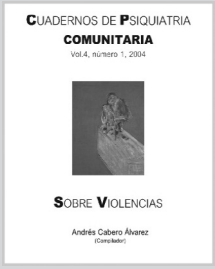
PROCESO DE EDICIÓN

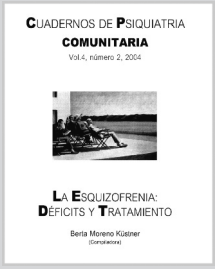
El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

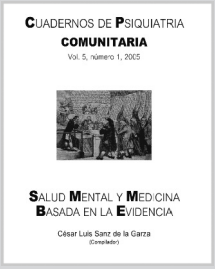
Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.


CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 3, número 1, 2003
蝶
ANTROPOLOGIA Y SALUD MENTAL
José Filgueira Lois
Ignacio López Fernández
(Compiladores)


CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol.3, número 2, 2003
SALUD MENTAL Y POBLACIÓN SIN HOGAR
Mónica Tronchoni Ramos
Víctor Aparicio Basauri
(Compiladores)

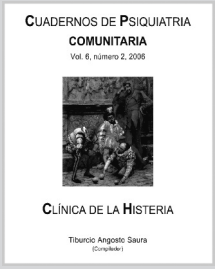

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol.4, número 1, 2004
SOBRE VIOLENCIAS
Andrés Cabero Álvarez
(Compilador)

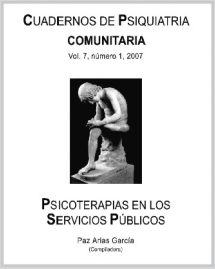

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol.4, número 2, 2004
LA ESQUIZOFRENIA: DÉFICITS Y TRATAMIENTO
Berta Moreno Küstner
(Compiladora)

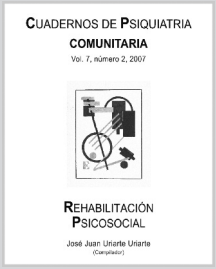

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 5, número 1, 2005
SALUD MENTAL Y MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA
César Luis Sanz de la Garza
(Compilador)

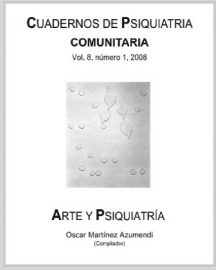
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 5, número 2, 2005
ESTADOS LÍMITE
Pedro Marina González
(Compilador)

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 6, número 1, 2006
TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO
Ana Esther Sánchez Gutiérrez
(Compiladora)


CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 6, número 2, 2006
CLÍNICA DE LA HISTERIA
Tiburcio Angosto Saura
(Compilador)

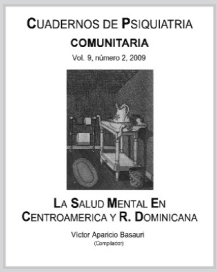

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 7, número 1, 2007
PSICOTERAPIAS EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS
Paz Arias García
(Compilación)

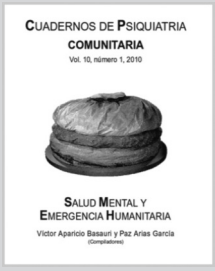

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 7, número 2, 2007
REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL
José Juan Uriarte Uriarte
(Compilador)

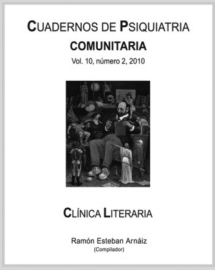

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 8, número 1, 2008
ARTE Y PSIQUIATRÍA
Oscar Martínez Azumendi
(Compilador)

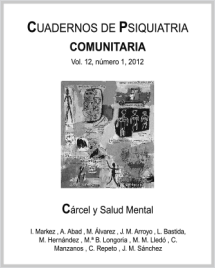
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 8, número 2, 2008
SALUD MENTAL INFANTIL
Purificación Ripodas Erro
(Compiladora)

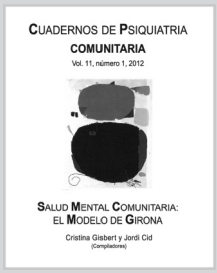
CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 9, número 1, 2009
ADHERENCIA TERAPEUTICA
José Luis Hernández Flota
(Compilador)

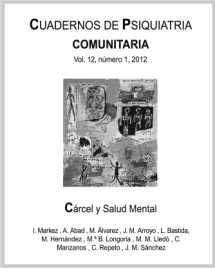

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 9, número 2, 2009
LA SALUD MENTAL EN CENTROAMERICA Y R. DOMINICANA
Víctor Aparicio Basauri
(Compilador)

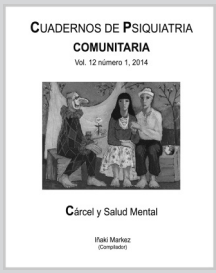

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 10, número 1, 2010
SALUD MENTAL Y EMERGENCIA HUMANITARIA
Víctor Aparicio Basauri y Paz Arias García
(Compiladores)

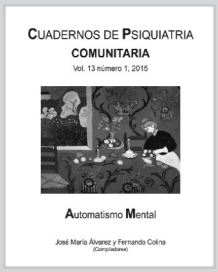

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 10, número 2, 2010
CLÍNICA LITERARIA
Ramón Esteban Arnáiz
(Compilador)

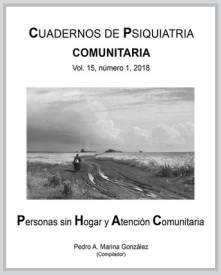

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 12, número 1, 2012
Cárcel y Salud Mental
I. Markez , A. Abad , M. Álvarez , J. M. Arroyo , L. Bastida, M. Hernández , M.ª B. Longoria , M. M. Lledó , C. Manzanos , C. Repeto , J. M. Sánchez

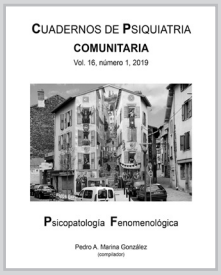

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 11, número 1, 2012
SALUD MENTAL COMUNITARIA: EL MODELO DE GIRONA
Cristina Gisbert y Jordi Cid
(Compiladores)


CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 12, número 1, 2012
Cárcel y Salud Mental
I. Markez , A. Abad , M. Álvarez , J. M. Arroyo , L. Bastida, M. Hernández , M.ª B. Longoria , M. M. Lledó , C. Manzanos , C. Repeto , J. M. Sánchez


CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 12 número 1, 2014
Cárcel y Salud Mental
Iñaki Markez
(Compilador)


CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 13 número 1, 2015
Automatismo Mental
José María Álvarez y Fernando Colina
(Compiladores)


CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 15, número 1, 2018
Personas sin Hogar y Atención Comunitaria
Pedro A. Marina González
(Compilador)


CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA
Vol. 16, número 1, 2019
Psicopatología Fenomenológica
Pedro A. Marina González
(compilador)

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 15 - Núm.1 - 2018

ARTÍCULOS ORIGINALES

Presentación 7

La baja exigencia: una manera de entender y cuidar a personas largo tiempo sin hogar.
Pedro A. Marina González 9

Las personas sin hogar, el abuso de drogas y la salud mental: ¿dónde están los determinantes?
Pablo Puente Baldomar, María Luisa Espina Alonso 27

Personas con trastorno mental severo sin hogar. La exclusión sanitaria y social. Reflexiones teórico prácticas.
Marco A. Luengo Castro, Begoña Gutiérrez Álvarez, Nuria Rodríguez Suarez 42

Población migrante sin hogar y salud mental.
Miguel Angel Navarro-Lashayas 63

INFORMES

Asamblea General ONU: Conclusiones y recomendaciones del Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental 81

RESEÑAS

Locura de la psiquiatría (Alberto Fernández Liria) 113

Evaluación de los trastornos del espectro psicótico (Eduardo Fonseca Pedrero-Coord.) ... 115

European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century:
A person-centred evidence-based approach. (José Carlos Santos, John R. Cutcliffe, Editors.) 117

IN MEMORIAM

Antonio Colodrón (1931-2018) 119

Encarnación Cebrián del Moral (1953-2018) 125

NOTICIAS BREVES 126

REUNIONES CIENTÍFICAS 129

NORMAS DE PUBLICACIÓN 130

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental
(Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuronsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de **"La Escuela de Salud Mental de la A.E.N."** (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un "Curso de Psiquiatría y Salud Mental".
- Publicación de la revista monográfica **"Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria"** de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje "Carmen Fernández Rojero"** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio "Julia Menéndez de Llano"** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental.**
- Actos con motivo del **"Día Mundial de la Salud Mental"** que se celebrará el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Junta Directiva:
- Presidente: César Luis Sanz de la Garza.
- Vicepresidenta: Isabel Barrera Salas.
- Secretaria General: Celina Padierna Sánchez.
- Vicesecretaria: Carlota Sumillera Diéguez.
- Tesorero: Jaime López Fernández.

Miembros de honor:
Franco Rotelli (Trieste-Italia), José Luis Montoya Rico (Alicante)(+), Federico Menéndez Osorio (A Coruña) e Iñaki Markez (Bilbao).

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental
aenasturias@hotmail.com
www.aenasturias.es

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)

Nombre ..... 1º Apellido .....

2º Apellido .....

profesional de la Salud Mentas, con título de .....

que desempeña en (centro de trabajo) .....

y con domicilio en c/ .....

Población ..... D.P. ..... Provincia .....

Tel ..... e-mail .....

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D .....

D .....

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha / ..... / .....

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre ..... 1º Apellido .....

2º Apellido .....

Dirección .....

BANCO/CAJA DE AHORROS .....

N.º CUENTA IBAN .....

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma

Asociación Asturiana
de Neuropsiquiatría
y Salud Mental

Española
Asociación
AEN
Profesionales
de
Salud Mental
de Neuropsiquiatría