

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Vol. 18, número 1, 2021



Subjetividad, Discurso y Clínica

Chus Gómez
(compiladora)

CUADERNOS DE **PSIQUIATRÍA** **COMUNITARIA**

Vol. 18, número 1, 2021



Subjetividad, **D**iscurso y **C**línica

Chus Gómez
(compiladora)

Fundada en 2001.

Director: Víctor Aparicio Basauri.

Subdirector: José Filgueira Lois.

Secretario de redacción: Juan M. García-Haro.

Consejo de redacción: Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, 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 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: “Retrato de la condesa Mathieu de Noailles ”

(detalle) (1913) de Ignacio Zuloaga. Museo de Bellas Artes de Bilbao (España).

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida 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.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 18, número 1 - 2021

ARTÍCULOS ORIGINALES

Subjetividad, discurso y clínica

Antón Casais, Alcira Cibeira, Maria Antonia de Miguel, Chus Gómez 7

En Pandemia. Una mirada subjetiva

Javier Peteiro Cartelle 25

El discurso de la emancipación: ambigüedades y apropiaciones

Rafael Huertas 37

Lo viejo y lo nuevo en la vida amorosa y en las identidades sexuales

Manuel Fernández Blanco 50

La clínica y el diagnóstico today

Javier Carreño, Kepa Matilla, Juan de la Peña 63

El silencio y el sufrimiento contemporáneo

Ramón Area Carracedo, Federico Menendez Osorio 73

10 BÁSICOS 10 86

PUNTO CRÍTICO: “la contención mecánica”

Contención mecánica: más allá del discurso

Víctor Aparicio Basauri 90

Repensar la contención

José Manuel Lalana Cuenca 93

Derechos Humanos: clave fundamental de toda salud física y mental

Ana Vega 96

INFORMES

Sobre la eutanasia. (Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi) 99

RESEÑAS

Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría. (Marino Pérez Álvarez) 106

Manual de tratamientos psicológicos –adultos-. (Eduardo Fonseca Pedrero [Coord.]) .. 108

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 18, número 1 - 2021

La vida en cuatro letras: claves para entender la diversidad, la enfermedad y la felicidad. (Carlos López- Otín)	110
A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible. (Silvia Faraone y Alejandra Barcala)	115
Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. (Alberto Gimeno Peon)	116
No es como te han dicho. Guía de salud mental basada en los vínculos. (Yolanda Alonso, Esteban Ezama y Yolanda Fontanil)	118
 IN MEMORIAM	
Hugo Bleichmar (1935 -2020)	124
Diana Rabinovich (1943-2021)	127
Raúl Fernández Vilanova (1943-2020)	129
Nicolás Caparrós (1941-2021)	131
Nicolás Caparrós (1941-2021)	134
 NOTICIAS BREVES	140
REUNIONES CIENTÍFICAS	145
REVISTAS AUTONÓMICAS	147
NORMAS DE PUBLICACIÓN	151

Subjetividad, discurso y clínica

Subjectivity, discourse and clinic

Antón Casais

Psiquiatra, Psicoanalista. UHRP Hospital de Piñor. Ourense.

Alcira Cibeira

Psiquiatra UHRP Hospital de Piñor. Ourense.

Maria Antonia de Miguel

Psicóloga clínica, Psicoanalista ELP.Vigo.

Chus Gómez

Psiquiatra, Psicoanalista ELP. UHRP Hospital de Piñor. Ourense.

Recibido: 15/6/21

Aceptado: 27/8/21

RESUMEN

La clínica y lo sintomático de cada tiempo son constructos que presentan expresiones cambiantes a lo largo de las diferentes épocas históricas. Es la forma de presentación del malestar en la cultura que ya había señalado Freud.

Para el psicoanálisis esa variedad expresiva del sufrimiento humano se articula con la construcción discursiva de cada tiempo, variable, tal y como se puede constatar en la clínica del día a día y en el relato colectivo social actual, del que emergen nuevos síntomas. Así, aparecen nuevas ficciones familiares, una fragilidad de los vínculos sociales o todo lo relativo a identidades sexuales y de género así como las nuevas construcciones discursivas del cuerpo y sus marcas. Esos nuevos síntomas coexisten con otros consolidados en el siglo pasado, y que en su día constituyeron "la novedad" ya casi obsoleta.

En toda esta construcción se inscriben los efectos de la tecnología digital, las redes sociales y otras cuestiones derivadas del empuje de un discurso capitalista feroz que gobierna la casi totalidad del planeta.

El psicoanálisis plantea que los síntomas y las posiciones subjetivas son respuestas del sujeto en el marco del discurso, entendiendo como tal el orden con el

ABSTRACT

The clinic and the symptoms of each time are constructs that present changing expressions throughout the different historical periods. It is the form of presentation of the malaise in the culture that Freud had already pointed out.

For psychoanalysis, this expressive variety of the human suffering is articulated with the discursive construction of each time, variable, as can be seen in the day-to-day clinic and in the current social collective narrative, from which new symptoms emerge. Thus, there are new family fictions, a fragility of social ties or everything related to sexual and gender identities as well as the new discursive constructions of the body and its marks. These new symptoms coexist with others consolidated in the last century, and which in their day constituted "the novelty" already almost obsolete.

In all this construction are inscribed the effects of digital technology, social networks and other issues derived from the push of a fierce capitalist discourse that governs almost the entire planet.

Psychoanalysis proposes that symptoms and subjective positions are responses of the subject within the framework of discourse, understanding

que cada época regula las modalidades de goce posible, así como la distribución del mismo entre los diferentes sujetos, la cohesión de los distintos goces individuales y sus efectos sobre la homogeneización social.

Subjetividad, discurso y clínica son tres conceptos que desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica se articulan a modo de una banda de Moebius, intrínsecamente entrelazados para construir el malestar contemporáneo de cada tiempo. En este artículo se plantea dicha articulación y sus efectos clínicos.

Palabras clave: *Subjetividad, clínica, discurso, metarrelatos, síntoma, capitalismo.*

as such the order with which each epoch regulates the modalities of possible enjoyment, as well as its distribution among the different subjects, the cohesion of the different individual enjoyments and their effects on social homogenization. Subjectivity, discourse and clinic are three concepts that, from the point of view of psychoanalytic theory, are articulated like a Moebius band, intrinsically intertwined to build the contemporary malaise of each time. This article discusses this joint and its clinical effects.

Key words: *Subjectivity, clinic, discourse, meta-stories, symptom, capitalism.*

“Mejor pues que renuncie quién no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época”¹

J. Lacan

I. Hasta hace bien poco tiempo los pacientes de la consulta de cualquier clínico con años de práctica a sus espaldas incluía una mezcla en proporciones variables de casos de histeria, de neurosis obsesiva, fobias, esquizofrenias, psicosis maniaco-depresiva, paranoias, además de un porcentaje variable de sujetos inclasificables y de locos normalizados o discretos en el caso de la clínica de adultos; en infantil ocurre algo semejante, que abordaremos superficialmente, pues también se ha producido un cambio sustancial en la clínica atendida.

Es decir, la clínica se asemejaba bastante a las descripciones de los textos clásicos de estudio habitual en nuestra formación, sin olvidar que al ser las clasificaciones

todos constructos artificiales, los territorios, límites y fronteras que ocupan neurosis y psicosis son móviles, y sufren desplazamientos en virtud de razones varias; es algo que lleva ocurriendo desde que existen las clasificaciones, esto es, desde hace unos dos siglos...y posiblemente seguirá pasando en virtud de la época a la que nos remitamos.

En este sentido y por poner algún ejemplo hubo un tiempo en el que la locura histérica se expandió como la espuma y acogió posiblemente lo que hasta hacia poco tiempo antes habrían sido consideradas esquizofrenias y al revés: épocas en las que el interés de los clínicos por los fenómenos elementales hizo que éstos se detectaran por todas partes y que supuso una inflación

¹ Lacan, J.: *Discurso de Roma. Escritos 1*. México; 1971. Editorial Siglo XXI

del número de diagnósticos de psicosis que crecían desmesuradamente.

Sabemos además que cada época tiene su modo de presentación clínica y que los síntomas se visten con los semblantes acordes a su tiempo discursivo y los de ayer no son los de hoy...

El malestar actual en la cultura tiene un semblante diferente consecuencia de un cambio de posición subjetiva.

Si por tanto las clasificaciones de las llamadas “enfermedades mentales” son artificiales y fruto de consensos y no de criterios científicos, eso implica que los límites y las fronteras de éstas sean móviles por lo que obligan a revisiones cada cierto tiempo concluyendo en nuevos manuales clasificatorios.

Todo esto ocurre porque están elaboradas y sujetas a influencias que nada tienen que ver con criterios científicos, si bien cabe recordar que tampoco es posible hacer ciencia con el objeto de estudio de lo psíquico que es la subjetividad, justo aquello que queda fuera de lo que la ciencia puede cernir y que es hija de su tiempo discursivo.

Todo esto da como resultado que en nuestro campo psy estos tres términos: subjetividad, discurso y clínica, tema que intentaremos cernir en este texto, estén enlazados como en una banda de Moebius.

Esto da lugar a que la clínica neurótica presente otro semblante y otros síntomas acordes al discurso actual. Las neurosis además ya no figuran como tal, sino que aparecen troceadas y encasilladas, en múlti-

ples epígrafes de los manuales clasificatorios al uso, como trastornos de la personalidad. De ahí que sea recomendable para cualquier clínico, que comienza su andadura, contar con un modelo explicativo del pathos que le permita orientarse en esta jungla cambiante de “trastornos”, que sirva de brújula para orientarse y no perderse en el caos que puede derivarse del estudio de la psicopatología clásica relativa a las clasificaciones actuales. Es decir, conviene cierto conocimiento de la historia psicopatológica para no embarullarse en exceso, habida cuenta que un manual diagnóstico no es un modelo explicativo de nada, pero que si recoge de algún modo la cristalización sintomática del pathos de cada época al que nombra de uno u otro modo por consenso.

Vista así la cosa en nuestro campo es difícil, por la propia naturaleza de nuestro objeto de estudio, saber si hay cambios de prevalencia en las presentaciones del sufrimiento o si las modificaciones de las mismas se deben a cambios de los usos clasificatorios y/o a cambios en la mirada y escucha clínica, o a la mezcla de ambas posibilidades. De lo que no hay duda es que la subjetividad se modifica como efecto de cambios discursivos y que eso se refleja en la presentación de la clínica en consulta.

En el campo de las psicosis, cuando la clínica presenta su vertiente psicopatológica clásica bien trabada, el diagnóstico no suele ofrecer lugar a dudas, y el consenso interclínicos es habitual; los casos de diagnóstico difícil son aquellos de psicosis con clínica discreta, borrosa, menos clara o con defensas neuróticas que pueden despistarnos...

Es el caso de las psicosis normalizadas (3) que han existido siempre como debate teórico y han hecho correr ríos de tinta desde los dos últimos siglos...y que hoy tienden a ser nombradas como “psicosis ordinarias”; denominación no muy afortunada por las resonancias a las que remite en castellano con: bajo, vasto, vulgar... resonancias de las que carece el término en francés, del que se ha hecho una traducción literal.

En lo que a su prevalencia respecta también es difícil saber si la psicosis se ha incrementado o si estamos de nuevo delante de una época donde hemos rebajado el listón para el diagnóstico de psicosis y eso lo condiciona o si bien estamos un poco desnortados clínicamente y la vemos por todas partes.

A esto hay que añadir que las opiniones sobre la psicología patológica están influidas por el lugar y el puesto en el que cada uno desempeña su trabajo, y porque tampoco es lo mismo trabajar en lo público que en lo privado, en una unidad de hospitalización de agudos, que en un CSM o en una unidad de larga estancia, en infantil o en un HD...

El lugar desde donde se mira, se escucha y se atiende, unido al marco teórico de referencia, condiciona lo construido y más en nuestro oficio donde la subjetividad es el objeto de estudio.

Un pequeño recorrido histórico es clave para ilustrar esto a lo que nos referimos.

A partir del último tercio del siglo XX cambia radicalmente la prevalencia de la sintomatología que genera demanda en salud

mental, tanto es así que da lugar a la apertura de unidades específicas de tratamiento: en los años 80 para las toxicomanías, que atienden mayoritariamente a varones, y en la década de los 90 ocurre lo mismo con los trastornos alimentarios que afectan más a mujeres jóvenes de cualquier estrato social.

En ambos casos la demanda de atención es alta y la alarma social intensa.

Más tarde la demanda se bifurca entre el dolor corporal incapacitante (Fibromialgia) y el dolor existencial que coagula en un incremento significativo de suicidios, que se dispara en la pandemia y previamente en la ola de desahucios por la severa crisis del 2008.

Se crean las respectivas unidades de atención y tratamiento, e incluso asociaciones de afectados por la fibromialgia que reivindican sus derechos. Si bien muchas fibromialgias acaban siendo tratadas en las Unidades del dolor, para los segundos se abren Programas de Intervención Intensiva con la intención de disminuir el aumento exponencial de los mismos que lacra sobre todo a países ricos y occidentales, ciudadanos orientados con el ideal del estado del bienestar como objetivo a alcanzar.

Es, inaugurado el nuevo milenio, cuando los llamados síntomas sociales irrumpen con fuerza y mucho ruido. Son esos síntomas que no tienen un carácter intersubjetivo, puesto que no interrogan al sujeto, sino que se manifiestan en la relación con el otro de modo disruptivo violento, es la clínica del acting y del pasaje al acto de diverso orden. Síntomas marcados sobre todo por

la violencia de la que antes se hacía cargo la policía y la justicia, pero que hoy acaban en la urgencia hospitalaria.

A su vez los diagnósticos de depresión y de TLP, van sustituyendo cuantitativamente, a las anteriores neurosis en las codificaciones internacionales, al cambiar el ideario ideológico en juego en su elaboración, derivado de la pérdida de hegemonía del discurso psicoanalítico y de la emergencia de lo biomédico científico en el discurso oficial. Este cambio se inaugura con el DSM III (1980), que sustituyó al DSM II vigente desde 1968, y en el desaparece el término histeria que había inaugurado la clínica psicoanalítica.

A la vez y paulatinamente, los dos sistemas clasificatorios habituales DSM/CIE, aumentan el número de descripciones de supuestos trastornos psíquicos y el volumen de páginas, de modo que la tendencia es al uso generalizado del diagnóstico, en una especie de todos diagnosticados, todos medicados, puesto que la industria corre pareja e incluso adelanta remedios a los males por llegar...

En infantojuvenil, el TDHA sufre una hiperinflación muy controvertida, que aboca a que casi cualquier infans atendido en sus dispositivos clínicos corra el riesgo de salir etiquetado y medicado, aunque habitualmente llega etiquetado desde la escuela, que parece más destinada a clasificar y mantener el orden, que a enseñar.

A la “epidemia” TDHA se le sumará la del autismo y de los cuadros del llamado espectro autista, sin dejar de lado las anorexias, las adicciones a las pantallas, el acoso escolar y

la violencia interpares, las autolesiones y los actings y pasajes al acto suicida, quizás una novedosa y escalofriante realidad contemporánea, también del orden de lo “epidémico”, que interroga subjetivamente al clínico, que se pregunta ¿qué está ocurriendo?

Los cambios subjetivos se reflejan en la sexualidad y en su “codificación”.

La homosexualidad deja de ser etiquetada como patología en 1990 por la presión ejercida por los lobbies gays sobre todo americanos, e irrumpe con fuerza toda la cuestión de la subjetividad ligada a las posiciones sexuales más allá de las cuestiones de elección de objeto, que obliga a los gobiernos de los países occidentales mayoritariamente a legislar en este terreno, por las derivadas implicadas y surgen también sus unidades específicas de atención para orientación en cambio de sexo.

La violencia de género sobre las mujeres, estructural en la sociedad patriarcal desde siempre, minimizada, invisible y desatendida, toma carta de presencia gracias a la presión del movimiento feminista que alza la voz y por el carácter epidémico y transnacional que la marca convirtiéndose en un factor de la biopolítica sobre el que también es imprescindible legislar a nivel internacional. Se convierte así en uno de los factores claves de los Derechos Humanos al igual que la cuestión LGBTIQ+ además de las luchas por los DDHH de otros colectivos ya existentes previamente.

Las identificaciones se tambalean, irrumpe cierto desnorte en los sujetos contemporáneos ya sin identificación a la que asirse, y

con un acortamiento cada vez mayor entre el tiempo de la demanda, el tiempo de elaboración subjetiva y la respuesta administrativa, ávida en ser políticamente correcta; ello implica la irrupción de síntomas totalmente novedosos como la demanda desde la infancia del derecho al cambio de sexo, que abre preguntas clave.

Desde las familias, y las escuelas se pide ayuda para orientarse en esta nueva realidad que les sobrepasa, para la que no hay respuesta sencilla ni vale lo estándar, una vez que los nuevos modelos de familia y de procreación parece se iban asentado discursivamente, tras años de reivindicaciones y luchas, por igualarse al modelo tradicional y mayoritario con el que conviven. Es la época de la proliferación de los Comités de Ética a todos los niveles.

Se abren muchos debates a la vez y los modelos de familia hacen tambalear el hasta la fecha único modelo familiar vigente; surgen nuevos discursos en este terreno que se constituyen también en factores de la política: matrimonio de personas del mismo sexo, procreación asistida con embriones congelados, vientres de alquiler... familias monoparentales... a la vez que se proyecta como posible la inmortalidad o la combinación hombre-máquina y la falacia de que la Inteligencia artificial lo resolverá todo... surgen nuevas utopías científicas de lleno ya en la sociedad de la vigilancia generalizada.

A la vez que esta nueva subjetividad se despliega, aumenta paralelamente el feminicidio y la violencia sobre los hijos de esas madres cuyos progenitores o parejas no dudan en asesinar para infringirles el mayor

daño posible, para producir más dolor que la propia muerte.

La vida se va medicalizando y judicializando cada vez más, y la clínica se problematiza también de modo importante, desbordando incluso sus propios límites que se van haciendo cada vez más y más borrosos...

En España se elabora el borrador de la Proposición de Ley “Contra la discriminación por orientación sexual, identidad o expresión de género y características sexuales, y de igualdad social de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales” presentado por el Ministerio de Igualdad del gobierno presidido por Pedro Sánchez.

Esta ley avala que cada persona tiene derecho a decidir y definir su identidad, su identidad de género y su orientación sexual. Tiene derecho a que las instituciones de la administración pública inscriban la identidad que resulte de esa decisión y faciliten los medios para evitar que la persona que realizó dicho cambio sea discriminada tanto ella, como la familia que construya. Lo que hoy es un derecho, no hace tanto era el síntoma de un problema mental.

En la exposición de motivos argumentados en dicha ley se constata que la ley no es la ocurrencia de un ministerio o fruto de una “moda” sino que se inserta y da traslado, de una corriente de cambio social, jurídico y de valores profunda e intensa, que afecta a las líneas de fuerza que intervienen en la constitución subjetiva contemporánea y en el malestar en la cultura derivado del marco sociocultural actual.

II. Si los nuevos síntomas no son únicamente resultado de una codificación determinada, o si las codificaciones varían con la subjetividad de la época cabe preguntarse ¿a qué se debe este cambio de modalidad de sufrimiento? ¿Tienen su origen en una misteriosa modificación de la neurotransmisión, tal y como el discurso de la ciencia a través de los modelos neurobiológicos implementados en nuestro campo, nos haría suponer? ¿O se producen por cambios en los esquemas cognitivos, según nos transmite la TCC aliada incondicional e imprescindible del discurso neurobiológico universitario?

III. El psicoanálisis plantea que los síntomas y las posiciones subjetivas son respuestas del sujeto en el marco del discurso, y entiende como discurso el orden con el que cada época regula las modalidades de goce posible, así como la distribución del mismo entre los diferentes sujetos, la cohesión de los distintos goces individuales y sus efectos sobre la homogeneización social.

El discurso inscribe los significantes y semblantes culturales a nivel inconsciente y el inconsciente los fija como síntomas, como modalidades de goce que cifran el sufrimiento subjetivo individual.

IV. ¿El cambio señalado en la prevalencia de síntomas fue acompañado por un cambio de discurso? Si fue así ¿De qué modo? ¿En qué sentido? Veamos. Democracia y capitalismo coexisten, dependiendo del país, como las dos referencias básicas de la organización social desde hace siglos. Son los dos pilares

del mundo occidental con voluntad de generalizarse en aquellos países en los que aún esto no es así.

Sin embargo, distintas disciplinas, desde la sociología al psicoanálisis pasando por la filosofía, comparten la tesis según la cual, en la segunda mitad del siglo XX, los cambios en el orden simbólico interno a la relación democracia-capitalismo, acompañados de una nueva relación del sujeto al goce conforman un nuevo discurso o una nueva cultura, dependiendo del abordaje de los distintos autores.

En 1979 François Lyotard escribe “La condición postmoderna: Informe sobre el saber”, en la que define lo postmoderno como una incredulidad hacia los metarrelatos.

El término “Postmodernidad” fue un éxito social para nombrar el nuevo periodo histórico. La incredulidad en esos meta-rrelatos es uno de sus rasgos más íntimos. Detengámonos brevemente en la cuestión de la modernidad para poder situar el tema de los metarrelatos a los que se refiere Lyotard.

Habermas vincula de forma interna: modernidad, subjetividad y racionalidad. Subjetividad caracterizada por la autoconciencia del sujeto que se toma a sí mismo como objeto y, apoyado en la razón, está en la obligación de elegir las normas por las que guiarse a partir de sí mismo. Todo ello comporta libertad, individualismo, (*poder hacer valer las propias pretensiones*), derecho a crítica (*o la exigencia de que aquello que ha de admitir, se le muestre como justificado*),

autonomía de acción, (*responsabilidad por sus decisiones y hechos*) y filosofía idealista.

Por otra parte, la razón no sólo fundamenta la posibilidad de conocimiento objetivo, de intelección moral y de evaluación estética, si no que también elabora las condiciones de validez que son propias de cada campo (verdad, ética, gusto, justicia...) al mismo tiempo que se erige en juez supremo frente a las normas elaboradas y a la cultura en su conjunto.

Veamos ahora como paso siguiente qué es un metarrelato en el que ya no se cree en la postmodernidad.

Un metarrelato es, en el sentido de Lyotard, un discurso legitimador a nivel ideológico, social, político o económico; un ideal, una gran narración con pretensiones justificatorias de ciertas instituciones o creencias que constituye el magma socio discursivo que sostiene la colectividad de una época en relación a algo.

¿Cuál era el metarrelato en el que creían en la modernidad? En síntesis, sería algo así como: “la humanidad avanza hacia un estado futuro de perfección humana y bienestar, a partir de la sustitución de la religión por la razón y del dominio ilimitado de la naturaleza posibilitado por el desarrollo científico-técnico”. Metarrelato, que por otra parte es el núcleo de la filosofía de la historia como progreso, desarrollada en la época.

El dominio ilimitado de la naturaleza trajo bienestar para unos, desgracias para otros y graves catástrofes ecológicas para todos.

La perfección humana sigue tan lejana como siempre... sin embargo la filosofía del progreso ilimitado era un metarrelato creíble por la sociedad de la época que legitimaba la organización social de la misma.

En ese o en otro tipo de metarrelatos, como “la liberación a través de la lucha de clases y el advenimiento del comunismo” o “el enriquecimiento de la humanidad a partir del desarrollo de la revolución científico-técnica capitalista”, es en lo que se muestra incrédula la sociedad postmoderna.

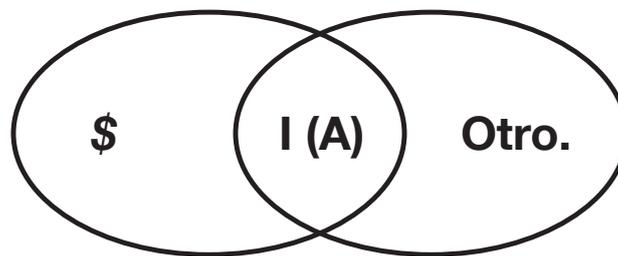
Los metarrelatos en el sentido de Lyotard, tienen un aire de familia con el concepto de paradigma en Kuhn y con el de Ideal de yo en psicoanálisis. Funcionan como puntos de apoyo simbólicos, como axiomas a partir de los cuales la razón construye teorías en distintos ámbitos del saber e interpreta la información que el sujeto recibe. Kuhn afirma que dos científicos con distinto paradigma, mirando un mismo objeto, uno ve patos y otro ve conejos. No sólo ven, sino que se hacen distintas preguntas, buscan distintos objetivos y necesariamente están en pugna involuntaria; lo mismo pasa a nivel de los Ideales.

El Ideal no es el sujeto; es un elemento simbólico de la sociedad del que el sujeto se apropia al identificarse a él. Desde un punto de vista social, los metarrelatos o ideales de la modernidad, eran aceptados como verdades socialmente compartidas, daban sentido a las renunciadas personales y cohesionaban la sociedad haciendo compatibles la diversidad de goces.

Desde el punto de vista del sujeto, el Ideal del yo es el lugar desde donde un sujeto se ve como visto por el Otro, bajo la forma en la que le agrada ser visto, le proporciona todos los emblemas de “ser” en los cuales se coagula su consistencia yoica, al permitir ubicar la imagen especular articulada al campo simbólico, al mismo tiempo que

permite ubicar el objeto del deseo y el yo ideal; por otra parte funciona como apaciguador de la rivalidad imaginaria en la economía subjetiva.

Podríamos representar la relación del sujeto con el mundo mediado por el Ideal de la siguiente manera:



Por supuesto, la incredulidad en los metarrelatos que habían definido la modernidad, o en otros que pudieran sustituirlos, no ocurrió bruscamente, sino que significó la conclusión de un proceso.

Si la modernidad, a través de la razón conceptual, tenía como referencia el hombre abstracto y por objetivo la verdad universal, expresable en un discurso coherente y completo, desde finales del siglo XIX y hasta mediados del XX, se produce un enorme desarrollo de la ciencia a la par que el desarrollo del capitalismo y además dos Guerras Mundiales. Comienza entonces un proceso en el que los Ideales y la razón ya no son capaces de dar respuesta a las preguntas planteadas por la época, en tanto en cada ciudadano emerge la preocupación por la vida concreta, por su verdad particular, por su placer y por el dolor, por la fragilidad

y por el desamparo...El psicoanálisis y el existencialismo aparecen en este contexto en el que surge la pregunta por la singularidad de cada uno.

Los ideales y la razón siguieron operando, pero cada vez explicaban menos sobre las nuevas preguntas, pero hasta donde alcanzaban a responder el modelo se mostraba coherente.

Los Ideales seguían siendo el referente de las identidades particulares y de lo común-unitario, seguían por tanto determinando el lazo social, pero iban surgiendo grupos que se servían de ellos sin creerlos, y otros que optaban directamente por la transgresión o por la provocación de los mismos, al no sentirse representados por ellos. Es decir iba surgiendo la disidencia de esos ideales que ya no abarcaban la totalidad del marco social en el que estaban inscritos.

En los años 70, el pensamiento “postmoderno” aparece como una conjunción ecléctica de teorías en las que caben temáticas dispersas, a menudo conjuntadas sin un hilo teórico claro; es decir, el discurso se vuelve inconsistente, se deshilacha, al desaparecer los metarrelatos que daban sentido a cada uno de los fragmentos que lo estructuraban.

La inconsistencia del discurso hace palanca de promoción de la opinión particular en la que la razón se pone al servicio del goce o interés económico personal.

En este momento estamos en el cénit de la opinión y de lo opinable que surge por doquier: programas de radio, TV, prensa online, blogs, youtubers... Ha surgido el opinador profesional y el youtuber para lo que sea preciso que hace de eso su modo de vida y que ofrece relatos a un otro despistado y desnortado entre tanto aluvión de noticias, falsas noticias, pantallas, opciones... informaciones y desinformaciones... y que da las claves de cómo vivir, comer, hacer pareja, viajar, vestirse, etc.

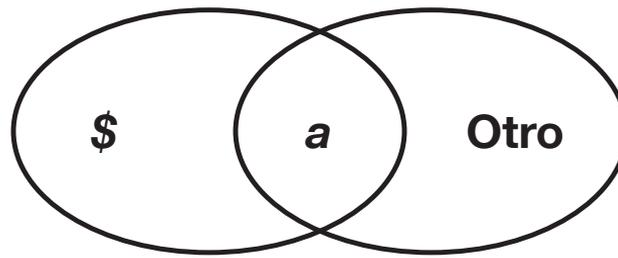
La opinión se expresa en los diferentes puntos de vista que es necesario homogenizar en protocolos de consenso, a través de distintos comités éticos y de debate, habida cuenta que cada vez es más difícil dar sentido y organizar toda la información que nos llega.

La fragmentación de las verdades socialmente compartidas también producen vaciamientos, cambios de naturaleza e incluso desapariciones de colectivos clásicos como partidos políticos, sindicatos, iglesia, asociaciones, etc. que se transforman en empresas cuyas plusvalías vienen directamente determinadas por su distancia al poder.

En resumen, los ideales, desde el punto de vista colectivo ya no cumplen su función de cohesión y homogeneización social; desde el punto de vista individual tampoco son ya la referencia simbólica que permite interpretar el mundo y construir la identidad a partir de un proceso de identificación que ellos promocionaban; su ausencia promueve la opinión y cada opinión vale tanto como cualquier otra, la ausencia de prohibiciones y de límites que cualquier ideal conlleva hace muy difícil, cuando no imposible, la provocación. La transgresión se reduce a la transgresión de la ley y la ausencia de lazo social determina la soledad del individuo, surge la época del Uno sólo, que significa cada uno con su goce, con sus objetos de goce que produce el mercado. Es el mercado el que vía los objetos que produce impone una nueva uniformidad (iphone, Netflix, etc). Objetos que inundan el mercado global, los mismos para todos, y que agrupan a los individuos según sus preferencias y en definitiva en modalidades de goce.

El amo capitalista promete más y más objetos e incluso se dirige a cada uno para venderle que si los que hay no son suficientes, le fabricará otro a su medida... que sus deseos son órdenes, que tapar la falta es posible... que el goce puede ser completo... y no una mera ilusión.

Si Marx pensó el hombre nuevo como aquel que estaba desinteresado de la plusvalía en una sociedad en la que cada uno aportaba según sus posibilidades y retiraba de ella según sus necesidades, hoy burgueses y proletarios tienen a la plusvalía como causa de deseo; a la plusvalía y al plus de goce. Hoy todos proletarios del goce.



Si ese objeto de goce, que el psicoanálisis llama *objeto a*, interpuesto entre el sujeto y el mercado, es un objeto imaginario que viene al lugar de la fantasía del sujeto, las nuevas comunidades que se forman son comunidades de goce porque comparten una modalidad de goce.

Si por el contrario ese objeto es un objeto parcial que rompe con la relación con otro sujeto, tenemos las distintas prácticas de goce solitario del que la toxicomanía es un paradigma clásico, pero no el único.

Son prácticas de goce excluidas de la vida comunitaria, al margen del lazo social, y de la relación de deseo y/o amor, excepto la que se pueda tener con el vendedor, que hoy puede ser una Corporación como Amazon... un sin rostro...un fondo buitre...un valor que cotiza en bolsa...espacios anónimos que poco a poco van fagocitando al vendedor clásico de cualquier producto con el que se hacía lazo social...

La democracia predica el respeto por la diferencia subjetiva, pero dicha declaración de principios tiene sus matices. Democracia y capitalismo coexistieron con el puritanismo cuando los grandes ideales comandaban la colectivización social y el puritanismo y la subjetividad son como el agua y el aceite...

Aún en los años 30 del siglo pasado, tanto desde la derecha como desde la izquierda política, se planteaban y promovían como virtudes ciudadanas los principios de sacrificio, esfuerzo, desinterés personal, obediencia incondicional llegando incluso a promocionar la muerte por amor a la patria, a la libertad, a los intereses de clase, es decir era posible e incluso deseable dar la vida por los ideales.

Mientras esto se predicaba por un lado, el amo capitalista y la democracia, rechazaban con vehemencia tanto el hedonismo, que había surgido en la década anterior, como el feminismo que estaba emergiendo.

En la actualidad, cada sujeto tiene derecho a cualquier modo de goce si es aceptado y compartido por el partenaire en un marco contractual más o menos explícito. ¿Cuál es el límite? El límite hoy son Los Derechos Humanos. Derechos que por su parte predicaban un universal abstracto de ser humano o el límite lo fija el pacto establecido con el partenaire; el ejemplo culmen es el caníbal de Rottemburgo.

Con lo dicho hasta ahora puede concluirse que lo que caracteriza a la cultura occidental actual respecto del pasado, es un cambio en el factor que está al principio de la colectivi-

zación de la sociedad y no tanto en términos de democracia y capitalismo. En lugar del ideal, ahora está el goce particular comandando la relación del sujeto con el mundo, y el mercado aparece como gran suministrador de objetos de goce, los mismos para todos, impulsando una nueva uniformidad; el goce y sus objetos vienen al lugar que antes ocupaban los ideales.

El metarrelato religioso, la familia patriarcal y la pareja heterosexual monógama han sido los pilares del discurso patriarcal, que atravesando los siglos han llegado hasta la actualidad. Han estructurado y organizado un estilo de relación entre ideal e institución pero hoy están en crisis o mejor dicho, han estallado, se han pulverizado, se han pluralizado...

Freud, como hijo de la modernidad, escucha a sujetos inscritos en este encuadre social discursivo, en este tipo de familia sobre el que actúa e incide la lógica Edipo-Castración, y es en relación a ella, que formaliza desde la estructura moral del sujeto (super yo) hasta la constitución de la fantasía y la relación del sujeto con la realidad, la asunción de la sexuación, la elección del objeto amoroso y el síntoma estructural a todo sujeto hablante. Pero esa lógica ya no es la misma y de ella emerge una nueva subjetividad que implica una distinta organización social familiar, filial, económica, etc.

Todos estos cambios operados a nivel discursivo inciden en la dinámica familiar, como marco estructural y estructurante de la

subjetividad humana. Sus efectos los vemos en la clínica a diario.

Hoy un niño, apelando a los Derechos del Niño y/o a la Ley, puede denunciar a su padre o a su maestro, y al hacerlo coloca al padre o al maestro como un semejante, como un igual (*a-a'*) y la relación entre ambos pasa de este modo a estar mediada por la ley anónima/universal de la que queda excluido el deseo, los buenos o los malos, y el amor o el odio... Ya hay casos que acaban en el juzgado en el que un joven le pegó a su padre después de discutir por el mando de la TV. Cada uno quería disfrutar de su programa; es decir, el conflicto surge por la búsqueda del goce personal al que ambos tienen "derecho" como causa de deseo.

¿Qué recomiendan los agentes de la Salud Mental para prevenir tales situaciones? Mucho diálogo, mucho debate y mucho consenso. En resumen, un comité de ética en cada familia... que pasa a estar regulada por contrato y no por las leyes de la filiación que enmarcan las relaciones y posiciones subjetivas.

Los cambios son muchos y transclínicos derivados en su mayor parte de la declinación de la función paterna, en el proceso Edipo-Castración, asociados al cambio discursivo.

Recordemos brevemente este proceso para entender que quiere decir esto.

Freud sitúa alrededor de los 4 o 5 años el periodo conocido como falo – castración. Lacan, por su parte, diferencia entre castración originaria y castración edípica.

La primera, la castración en lo real, como consecuencia de las marcas que el lenguaje deja en el cuerpo del niño a través de las palabras de la madre que acompañan el cuidado del hijo venido al mundo; de dicho encuentro el resultado es que el instinto deviene pulsión, dando la oportunidad de constituirse un sujeto abierto a la posibilidad del deseo y del amor. Los instintos quedarán relegados al campo animal en donde la palabra está excluida y por ello la armonía con la naturaleza es norma. Norma que el hombre como ser de palabra viene a trastocar y a hacer imposible por estructura y que implica que lo que para el sujeto hablante es norma es la disarmonía consigo mismo, con los otros y con la naturaleza.

En el marco psicoanalítico aceptamos la tesis de que la primera consecuencia del encuentro entre la biología y el lenguaje en el ser humano es la transformación del instinto en pulsión.

El instinto, la necesidad, supone un mecanismo de homeostasis cuya esencia es un principio de autorregulación interno que procura la adaptación al medio. La alteración de la homeostasis determina un estado de necesidad que se soluciona aportando el objeto específico a dicha necesidad. Es decir, la sed se extingue bebiendo y el hambre comiendo, por usar ejemplos primarios.

Pero en el caso de la pulsión la referencia no es la homeostasis, porque la pulsión no tiene un objeto fijo y apropiado a su satisfacción...la pulsión oral puede satisfacerse con diferentes objetos: el tabaco, los besos...o el chupeteo...Mientras el instinto

animal promueve la vida, la pulsión al estar enlazada con la repetición y la satisfacción que siempre obtiene, puede abocarnos a la muerte, a lo peor...La pulsión no busca la adaptación ni el equilibrio, por el contrario rompe la adaptación al medio del medio, de nosotros mismos...no permite ninguna identidad sexual, ni garantiza la elección del buen partenaire sexual con el que estar en armonía...cosa que si promete por ej. una APP de búsqueda de pareja, un programa televisivo, donde la complementariedad y las afinidades imaginarias rigen en la búsqueda de ese ideal fantasmático de cada uno en la búsqueda del partenaire...haciendo existir la relación sexual, entendida como proporción y complementariedad que no está escrita en ningún lugar porque no existe, salvo en el inconsciente de cada cual y a la que suplimos por ejemplo con el amor, tan devaluado en estos tiempos. Los algoritmos son la nueva promesa tecnológica que se presenta como el nuevo oráculo que evitará al sujeto sus rodeos vitales mientras se enreda buscando la felicidad.

¿Qué implica como efecto la inscripción de la pulsión en los humanos? Como la incorporación de la estructura del lenguaje en el sujeto tiene la estructura de un trauma y la aparición de la pulsión supone la aparición de un vacío, allí donde antes tenía lugar la lógica de la necesidad en relación al objeto específico de la misma perdidos para siempre, recordamos un ejemplo traumático de la clínica del día a día, con el objeto de diferenciar aquello que lo define.

Una mujer llega a consulta de urgencias hospitalarias y plantea que se encuentra cansada, vacía, todo el cuerpo dolorido, desapegada de la vida. La ampliación de la historia clínica permite saber que hace meses perdió a su marido y a su madre de Covid-19. El médico se pregunta qué decir y no encuentra palabras. Entre un discurso como semblante y el silencio encarnado en lo real de su presencia, elige este último como posición ética.

Cada tanto, la marca de aquella pérdida la asalta y la remite a un vacío sin límites que la sobrepasa. En esos momentos el sentido de la vida desaparece y la absoluta soledad se impone.

Subrayemos los elementos nucleares que nos interesan en este momento: el encuentro con el lenguaje determina una pérdida que inscribe su marca. La pérdida de sus seres queridos en este ejemplo de la necesidad y su objeto, si hablamos de la pulsión, deja al descubierto un vacío que posteriormente se llena (de dolor en el ejemplo, de objetos plus de goce en el caso de la pulsión), imposible de nombrar.

Vacío que aparece en el lugar de una pérdida y abre la posibilidad de que en él se alojen

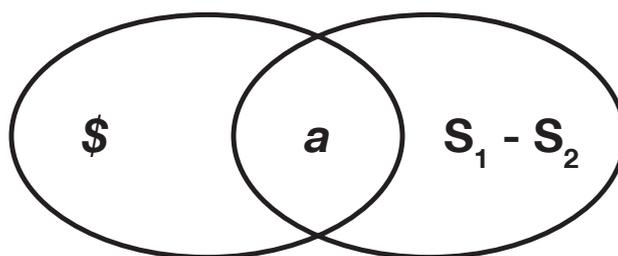
diferentes objetos parciales que sirven a la satisfacción de la pulsión. El chupete, el fumar o el chicle no nutren, pero para la satisfacción pulsión oral son tan válidos como el seno o la comida. La anorexia come la nada que el agujero oral enmarca.

Un vacío, que el psicoanálisis llama *objeto a*, y que descompleta el lenguaje en tanto no hay palabra para nombrarlo.

La segunda, la castración edípica, es la simbolización de dicha pérdida en el marco del drama edípico, en el marco de la cultura, es la puesta en forma simbólico imaginaria de la castración real.

Lo que subyace a la castración es el encuentro del vacío que afecta al sujeto con el vacío que afecta al Otro, dado que está hecho de la misma pasta que el primero. En ese momento, el sujeto y el Otro resultan unidos, no por un significante sino por un vacío que comparten y que llama a simbolizarse y a completarse por el fantasma, por el Ideal, por el amor, el síntoma, etc.

Igualmente podemos decir que es en esa articulación donde puede aparecer la posibilidad de la creación artística



La relación hombre mujer, no se encuentra codificada en las pulsiones parciales, deben hacerse modelar y construir en el campo de la cultura sometida a la circulación del complejo de Edipo y a las estructuras elementales del parentesco.

El orden simbólico y por tanto la cultura, propone formas de relación hombre–mujer a partir de modelos de amor (amor cortés, amor romántico, amor homosexual, poliamor...) maneras de hacer pareja y modelos de familia.

Actualmente hay nuevas fórmulas en las que enmarcar deseo, amor y goce a nivel institucional bajo el epígrafe de parejas de hecho, matrimonio homosexual con el mismo nivel de legalidad y de derechos que la familia heterosexual patriarcal tradicional.

Freud utiliza el mito de *Tótem y Tabú* para explicar que nacer a la cultura, esto es al orden simbólico, implica el sacrificio de un goce imposible, el sacrificio de la necesidad, de lo natural...

En el mito es necesario que el proto-padre, que goza sin límites, muera asesinado por sus hijos, y que en su lugar advenga la ley que prohíbe el incesto y que empuja a la exogamia. Los hijos de este proto-padre, atravesados por la ley, podrían ser equiparables al padre Edípico, en tanto que anudan ley y deseo.

La castración edípica, prohibiendo el incesto y empujando a la exogamia, simboliza como prohibido un goce perdido e imposible de recuperar y hace que el viviente ligue la pulsión al fantasma.

A cambio de la inscripción de la falta de goce que la ley impone se adquiere una relación con un emblema a través de la identificación con un ideal, y por medio del mismo la posición sexual en relación al deseo y así la identidad de género.

La mascarada femenina consistirá en ser objeto de deseo y la impostura masculina consistirá en tener el objeto de deseo, porque el padre, ahora agente de la castración, de la prohibición, le ha transmitido el falo.

Entonces todo hombre está anudado al goce fálico que, asegurando la imposibilidad del goce todo, limita el goce al goce del órgano. De aquí que todo hombre–para aquel que se inscriba como tal–el goce se planteará como un enigma más allá de la certeza del goce fálico.

Ese enigma, ese goce perdido será la causa de su deseo y es inevitable recordar que una mujer es un enigma para un hombre.

Hay entonces un goce perdido para ambos sexos, pero hay compulsión a reencontrarlo. Esta compulsión implica otro goce. Este otro goce es experimentado por una mujer de forma diferente que por el hombre puesto que en este está confinado por la localización fálica.

Subrayamos en la primera parte la sustitución de los Ideales y modelos por el plus goce y la plusvalía en el lugar de comando como elemento esencial del cambio de discurso, pero es quizás, la declinación de la función paterna la que articula de manera más

íntima el cambio de discurso con el cambio subjetivo. A ello vamos a dedicar las últimas líneas.

Dice M. Recalcati en “¿Qué queda del padre? La paternidad en la época hipermoderna”

En la época de la evaporación “cualquier cosa” dirá Lacan puede ejercer su función; el padre ya no es una cuestión de género o sangre. Su imago ideal ya no gobierna ni la familia ni el cuerpo social; no se trata de añorar su reino ni de decretar su desaparición irreversible. Para prescindir de un padre es necesario ser capaz de servirse de él dirá Lacan.

Prescindir, hacer duelo por el Padre, no significa, de hecho, desterrar al Padre, exaltar su demolición, decretar su peso insoportable, o más sencillamente su inutilidad. Hacer seriamente el duelo por el Padre significa aceptar la herencia del padre, aceptar toda su herencia. ¿qué quiere decir eso? El sujeto escribía Sartre, solo puede realizarse haciendo algo con aquello que el Otro (el padre, la madre, la familia, la sociedad, los otros) ha hecho de él. Para los seres humanos, para los seres que habitan el lenguaje, no hay posibilidad de autosuficiencia, no hay modo de escapar a la dependencia estructural del Otro...

Para hablar de si mismo, de su intimidad más propia, el sujeto se ve obligado a hablar del otro del que proviene, se ve obligado a reconocer que el inconsciente es el discurso del Otro

El declive del padre puede tener dos vertientes:

una relativa a la transmisión del deseo y otra relativa al ideal.

O bien el padre declina su deseo, dejando caer en su transmisión la causa misma de su decir, o bien, declina el sentido de la misma.

El problema no es sólo que el padre no proponga una renuncia -porque él mismo no la opere sobre su propia vida- sino que, cuando lo hace, si lo hace, impone al hijo una renuncia desprovista de cualquiera de los sentidos que podría ofrecer un ideal.

De este modo de lo que se trata es de la perturbación del campo del sentido a partir del aflojamiento del lazo con el Ideal. La consecuencia más visibles en la época son las hiperpresentes depresiones.

Ya sea, que lo que deje caer sea la renuncia al goce y la transmisión del deseo, o el Ideal que le otorga a ésta un sentido. Las consecuencias de uno u otro hecho no son las mismas.

Cuando el padre cede en su renuncia -cuando no puede transmitir su castración, cuando no logra dejarse afectar por una legalidad que lo excede y lo antecede- entonces, lo que transmite no es del orden del deseo sino que entonces lo que se despliega son todas las vicisitudes del campo del goce -goce exorbitante, fuera de cualquier amarre (ej. la psicosis).

Cuando en lo que el padre cede es en la transmisión del Ideal -es decir, cuando lo que no logra es articular la renuncia con

el campo del sentido, entonces lo que se produce es un efecto de melancolización del sujeto.

Por otra parte, cuando lo imposible no puede ser simbolizado, la categoría lógica de imposible es erradicada. De esto testimonia tanto el discurso como el proyecto vital de sujeto postmoderno en el que todo es posible.

Finalmente, otro signo del cambio de discurso y de la decadencia de la función paterna a él asociada, es la falta de vergüenza, el empuje del discurso dominante a no tener más vergüenza de su goce, que si puede tener del deseo y del amor. Veamos que quiere decir esto.

La vergüenza hace serie con la culpa, pero sin embargo vergüenza y culpa se llaman y se separan. Ambos son afectos que surgen en la relación del sujeto al Otro, pero mientras la culpa está en relación con el deseo, la vergüenza está en relación con el goce, que toca lo más íntimo del sujeto.

La culpa es un efecto sobre el sujeto de un Otro que juzga, de un Otro que protege los valores que el padre habría transmitido y que el sujeto ha transgredido; la vergüenza tiene también relación con otro, que en este caso no juzga, sino que solamente “ve y da a ver”.

Así se origina la vergüenza propia y la vergüenza ajena.

La vergüenza se presenta cuando el goce aparece y el ser no consigue su dominio, no consigue velarlo...taparlo...ante la mirada

del Otro que existe...que es consistente, que apela al ahorro, a acumular y no a gozar, que sentiría vergüenza ajena.

Cuando el Otro es inconsistente, entonces el espectador goza de ver gozar, estamos en la sociedad del espectáculo y en la proliferación de los reality.

Por ejemplo en el programa *First Dates* se ven claramente parte de estas cuestiones derivadas de la pulverización del NP sobre la subjetividad sobre las que hemos intentado hacer una somera aproximación teórica que permita constatar la hipótesis de partida: subjetividad, discurso y clínica están imbricadas y suponen cambios sintomáticos cualquiera que sea la época de la que hablemos, pero en esta, en la que nos movemos, entre la inconsistencia del Otro que fragmenta hasta el infinito las propuestas de goce (el sintomático lo vemos en las clasificaciones diagnósticas donde siempre cabe una más a añadir en el próximo manual) y la consistencia total que lo erige en el Otro censor, enemigo o perseguidor. Ante esto el psicoanálisis hace otra propuesta la del Otro que no existe.

Para el psicoanálisis la consistencia es la del síntoma que cada sujeto soporta, a veces con gran sufrimiento (en la perspectiva freudiana es satisfacción y displacer a un tiempo) para alcanzar un “saber hacer” con su goce singular frente a ese “goza sea como sea”, que oscurece el deseo y se anuda a la pulsión de muerte ...En esta época esto es para nosotros psicoanalistas la guía que nos orienta.

Referencias bibliográficas

1. Álvarez, J.M.: *Hablemos de la locura*; Barcelona, Colección La Otra Psiquiatría; 2018; Xoroi Edicions
2. Recalcati, M.: *¿Qué queda del padre? La paternidad en la época hipermoderna*; Colección Mirar con las palabras; Barcelona; 2015; Xoroi Edicions
3. Assef, Jorge.: *La subjetividad hipermoderna*. Buenos Aires, Grama ediciones, 2013
4. Freud, S.: *Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos (1913[1912 – 12])*, Obras completas, Vol. XVIII, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1993.
5. Freud, S.: *El Malestar en la cultura (1930[1929])*, Obras completas, Vol. XXI, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1988.
6. Freud, S.: *Psicología de las masas y análisis del yo (1921)*, Obras completas, Vol. XVIII, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1989.
7. Habermas, Jürgen.: *El discurso filosófico de la modernidad*. Madrid, Katz Editores, 2008.
8. Lacan, J.: “Conferencia en Milán el 12 de Mayo de 1972: Seminario 17, El reverso del psicoanálisis. Barcelona, Paidós, 1992.
9. Lacan, J.: *Seminario 7, La ética del psicoanálisis*. Paidós. 1988. Buenos Aires.
10. Lyotard, François.: *La condición postmoderna. Informe sobre el saber*. Madrid, Katedra ediciones, 2014.
11. Miller, J.: “Conferencia en Comandatuba”; Bahía, Brasil. 2004. En: <http://2012.congresoamp.com/es/template.php?file=Textos/Conferencia-de-Jacques-Alain-Miller-en-Comandatuba.html>
12. Miller, J.A.: “Nota sobre la vergüenza” En: *Freudiana* 39, Revista de la Comunidad de Catalunya de la ELP. Barcelona, enero 2004.
13. Soler, Colette. :El síntoma en la civilización. En: *Diversidad del síntoma*. Argentina, EOL, 1996.
14. Soler, Colette.: *Declinaciones de la angustia*. Curso 2000 – 2001. Barcelona, Ed. de Montserrat Pera Jané y Matilde Pelegrí, 2004.
15. Soler, Colette.: *La maldición del sexo*. Buenos Aires, Editorial Manantial, 2000.
16. Soler, Colette.: *Síntomas*. Colombia, Editor Asociación del Campo Freudiano de Colombia, 1998.

En Pandemia. Una mirada subjetiva

In Pandemic. A subjective look

Javier Peteiro Cartelle

Doctor en Medicina. Jefe de Sección de Bioquímica. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Recibido. 15/6/21

Aceptado: 26/8/21

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es presentar una mirada a la pandemia en la que estamos inmersos. Esa mirada es esencialmente subjetiva, aunque sostenida por una revisión bibliográfica y por la experiencia de una larga trayectoria de trabajo hospitalario.

Esa mirada abarca a la vez tres perspectivas muy diferentes, la científica, la médica y la mágica. La científica se fija especialmente en el desarrollo de las vacunas y en la comparación con la gripe de 1918. La médica supone un difícil encuentro entre una posición clínica y otra estadística, que podrían concebirse como el contraste entre el trabajo del personal de una UCI y el de los llamados epidemiólogos. Finalmente se analiza la interacción entre ciencia, técnica, cientificismo y política en sus efectos a la hora de tratar de enfrentar una situación que presumiblemente será olvidada al igual que lo fueron otras graves pandemias habidas a lo largo de la historia.

Palabras clave: *Pandemia, Ciencia, Medicina, SARS-CoV-2.*

Esta reflexión empieza a plasmarse por escrito en una tarde de abril de 2021. Es una mirada subjetiva. Estando todos inmersos en un entorno contaminado por un virus pandémico, lo objetivable parece pertenecer a otros, a quienes contemplan este horror desde la distancia temporal que neutralice la implicación del observador.

ABSTRACT

The objective of this work is to present a look at the pandemic in which we are immersed. This view is essentially subjective, although sustained by bibliographic review and by the experience of a long history of hospital work.

That gaze encompasses three very different perspectives: the scientific one, the medical one and the magical one. The scientific view focuses especially on the development of vaccines and the comparison between Covid-19 and the flu of 1918. The medical view analyzes a complex encounter between the clinical position and the statistical one, which could be exemplified by the contrast between the work of an ICU staff and that of the so-called epidemiologists. Finally, the interaction between science, technique, scientism and politics is analyzed, as well as its effects when trying to face a situation that will presumably be forgotten, as it was happened were other serious pandemics that have occurred in the course of our history.

Key words: *Pandemics, Science, Medicine, SARS-CoV-2.*

Si es traumático lo que, siendo terrible y no debiendo suceder, ocurre (1), es obvio que estamos ante algo traumático de una magnitud mucho mayor que cualquier episodio accidental o terrorista que sólo afecte a una persona o unas cuantas. Son demasiadas muertes, demasiado sufrimiento.

Y, sin embargo, deberíamos saber que podría ocurrir y haber hecho algo. Lo auguraron mentes brillantes, en el ámbito de la prospectiva (2) o de la ficción científica (3); también los servicios de inteligencia (4,5) de países europeos, como Francia o España. Estamos ante algo que se repite, como otras pestes o los terremotos, pero que no es cíclico. Ese detalle facilita que rápidamente se borre de la memoria.

Como hace un siglo, se dijo al principio que no era más que una gripe. Y sí que lo era entonces y en su peor forma. Ahora también un virus, esta vez no gripal, se extiende, contagiado incluso por asintomáticos, no respeta edades, afecta a lo más necesario a la vida, su respiración, desgarrando pulmones, aunque prácticamente todos los órganos son sensibles al destroz. Se trata de un coronavirus al que se le ha dado un nombre, SARS-Cov-2. Quién lo iba a decir, un ente discreto cuya vida es discutida, negada por muchos (un “être de raison” de otros tiempos), se expande en ola multitudinaria de vida, la suya, alimentada por la muerte de otros, de conocidos, amigos, familiares... ¿también la nuestra? Estamos ante el horror que hace retornar recursos mágicos. Subjetivamente no estamos tan alejados del siglo XIV.

Los psicoanalistas hablan de un tiempo para mirar, de un tiempo para comprender y otro para concluir. Esos tres tiempos, ajenos a una métrica, aunque se inscriban en ella, son aplicables a lo que nos ocurre, que, a la vez, realza del peor modo el poder de Chronos en nuestras vidas. Podemos mirar para tratar de comprender y, finalmente, concluir, sabiendo, no obstante, que la pandemia acabará antes de haberla comprendido, antes

incluso de haber llegado a mirarla con claridad. No comprenderemos ni concluiremos pronto. Pero podemos mirar, a pesar del impacto subjetivo, a lo que ocurre, a ese jinete pálido (6,7) que vuelve a cabalgar.

LA MIRADA CIENTÍFICA

Afortunadamente, tenemos una ciencia mucho más desarrollada que hace cien años y que nos puede permitir una mejor mirada a la pandemia. El SARS-Cov-2 es un coronavirus visible al microscopio electrónico y analizable con absoluto detalle molecular. Es difícil sustraerse a su belleza a pesar de saberlo letal. Una estructura geométrica de unos cien nanómetros en la que afloran proteínas idénticas con afinidad para receptores específicos (ACE2) de nuestras células, que iniciarán el paso a ellas del material genético encerrado (RNA). En su simplicidad, esa nanoestructura no se “alimenta”, no se reproduce de modo sexual ni asexual por sí solo, a la vez que ese parece ser su “objetivo”, algo que logra en la matriz nutricia de células desarrolladas, eucarióticas, las nuestras esta vez, que asisten inermes a que uno de sus receptores sirva de cabeza de playa para un desembarco en diez minutos del vector instructivo vírico que se hará cargo de toda la maquinaria sintética celular para producir copias del RNA viral y de las proteínas que lo cobijarán, de modo que en unas siete a ocho horas (período de “eclipse”) alrededor de mil unidades idénticas del virus perfectamente sintetizadas aflorarán por exocitosis desde la célula invadida continuando el contagio letal de muchas más, destruyendo tejidos (8,9). Las

barreras celulares de muchos órganos serán “vistas” por el virus sólo de forma “táctil” en función de los receptores a los que se puede ligar para iniciar su multiplicación devastadora.

La evolución ha hecho que en nuestro genoma haya más regiones procedentes de retrovirus que las que precisamos para codificar todas nuestras proteínas (10). Esa misma evolución nos ha dotado también de sistemas de defensa contra microbios que pueden perjudicarnos. Tenemos un mecanismo de acción rápida, basado en un sistema proteico, el interferón, que, en menos de dos semanas activaría a macrófagos para potenciar su capacidad de captación del virus y presentación de regiones suyas a células que puedan reconocerlo y generar una respuesta inmune. Pero el virus puede contrarrestar esas medidas camuflándose o inhibiendo la síntesis de interferón en mayor o menor grado. Una respuesta eficaz, específica, precisa el concurso de células presentadoras de antígeno (APC), como los macrófagos, que muestren regiones proteicas del virus a linfocitos T capaces de reconocerlo y que ayudarán a linfocitos B a su vez específicos a generar anticuerpos contra ellas. Se dará también una proliferación de células “asesinas” encargadas de destruir células infectadas evitando así la multiplicación vírica. Finalmente, un grupo de estos linfocitos permanecerá como sistema celular de memoria para desencadenar una rápida respuesta inmune frente a un nuevo ataque del virus. Hace ya bastantes años que se demostró que este exquisito sistema de respuesta específica no es “instruido” a partir de cada nuevo germen, sino que es preformado (cada linfocito es específico de un antígeno

concreto) y que la expansión de los linfocitos específicos y su acción es simplemente seleccionada por el reconocimiento de algo concreto (una región del virus en este caso).

Pero toda esta complejidad inmune requiere del concurso de señales moleculares de comunicación a corta distancia (paracrina) entre células inmunes y sobre células efectoras dirigidas a los tejidos afectados. Se trata de las citoquinas (interleuquinas 6 y 12, Factor de necrosis tumoral alfa...). Todo irá bien si el proceso ocurre dentro de cierto equilibrio, y el sistema inmune logra acabar con la invasión viral sin grandes lesiones orgánicas, pero, en ese intento, la respuesta inflamatoria ocasionada puede acarrear excesos que sean más lesivos para nuestros órganos que el propio virus. Estamos entonces ante lo que se ha dado en llamar “tormenta de citoquinas” y que puede agravar seriamente el cuadro clínico del paciente.

Ese portentoso mecanismo de defensa específica es el que se usó sin siquiera ser conocido, por puro empirismo, en el inicio las vacunas. Más tarde el desarrollo de la Microbiología con figuras como Pasteur, Koch, Yersin y tantos otros, facilitó el crecimiento en cultivo puro y distinguir y diferenciar por técnicas tintoriales y bioquímicas muchas bacterias infecciosas y otros microorganismos. Los virus, intuitivos por el efecto de filtrados infecciosos exentos de bacterias, hubieron de esperar al desarrollo del microscopio electrónico para poder ser vistos.

La base teórica de una vacuna es simple; basta con proporcionar algo de lo “malo” al

organismo para que éste desarrolle defensas (células específicas y anticuerpos) capaces de neutralizarlo. Y así se usaron gérmenes muertos o atenuados al ser pasados sucesivamente por medios de cultivo, de modo que se diera una deriva mutacional que los hiciera menos infecciosos (algo así como una regresión a la media estadística). Pero en muchas ocasiones no es preciso administrar el germen total, sino algo suyo, inocuo para nosotros, principalmente alguna proteína que le sea esencial para su ataque a nuestro organismo. Un ejemplo de esto, una vacuna proteica, lo tenemos en el caso de la Hepatitis B, en donde los métodos de DNA recombinante han permitido obtenerla en grandes cantidades. En otros virus (VHC, VIH) tal empeño ha resultado infructuoso. No sólo con gérmenes muertos, atenuados o fracciones proteicas de los mismos es posible vacunar a alguien. Puede hacerse también induciendo al organismo a generar una respuesta mediante la inoculación de un segmento del DNA del germen o incluso de su expresión a RNA, que codificarán la proteína en cuestión.

La importancia del DNA como material genético surgió en una época en la que se consideraba que tal información era inherente a las proteínas, en apariencia mucho más complejas. Uno de los científicos que trabajó en la lucha contra la gran gripe de 1918 fue Oswald Avery (11). Vio que formas no infecciosas de neumococo podían transformarse en infecciosas mediante un extracto de neumococos que sí lo eran. Tras años de trabajo, ya pasada esa pandemia, vio que el componente informativo de ese extracto era el DNA. Más tarde el genial Schrödinger sugirió que el material genético

tendría que ser un cristal aperiódico (12), lo que indujo a investigaciones que acabaron dando lugar al célebre modelo publicado por Watson y Crick en 1953 (13). Un año antes, Hershey y Chase (14), trabajando con virus bacteriófagos, habían comprobado con el uso de isótopos y mediante un experimento de gran elegancia que, sin lugar a dudas, el DNA era el material informativo, genético.

Surgieron después métodos de secuenciación, de amplificación, de identificación, de reconocimiento de polimorfismos de DNA sometido a restrictasas (15), y sistemas de automatización de procesos que acabaron confluyendo en el proyecto Genoma (16). A la vez, se fue sabiendo mucho sobre cómo el DNA codificaba las proteínas mediante el paso intermedio o transcripción de un RNA mensajero (mRNA) que era traducido en estructuras ribonucleoproteicas (ribosomas) a proteínas.

Siempre flotó en el aire la idea de usar DNA con objetivos transformadores, algo que se logró por distintos métodos en un camino en el que destacaron dos grandes hitos, los métodos del DNA recombinante (17), en los años 70, y los de edición genética en estos últimos años (18). El DNA recombinante facilitó la obtención de fármacos, como la insulina o la hormona de crecimiento, y es previsible que la edición genética en sus distintas variedades conduzca a una revolución transformadora.

La importancia del DNA centró en él todas las miradas. No obstante, se fue considerando también, por parte de grupos minoritarios, el uso del mRNA para inducir a nuestras células a hacer algo importante, bien fuera

una proteína ausente en alguna enfermedad, bien anticuerpos dirigidos frente a microbios o a proteínas tumorales. En principio, eso parecía fácil, pues bastaba con sintetizar in vitro el mRNA complementario al tramo de DNA codificador de la proteína en cuestión, algo factible casi en cualquier laboratorio. Pero esa alternativa dio pronto serios problemas a la hora de intentar ponerla en práctica, ya que nucleasas extracelulares y sensores celulares de inmunidad innata, los receptores “Toll-like” (19), inutilizaban al mRNA exógeno.

Una de las personas que investigó en esa línea, Katalin Karikó (20), procedía de Hungría y emigró a EEUU. Su trabajo sobre el mRNA, iniciado en 1978, no fue considerado “productivo”, pero persistió en él, ligando su deseo a un destino que parecía poco prometedor hasta que, en 1997, en un encuentro casual, conoció a un inmunólogo que investigaba el virus del SIDA, Drew Weissman. Trabajando juntos pudieron neutralizar la destrucción del mRNA modificando algunas de sus bases por otras parecidas (el uracilo por la pseudouridina, por ejemplo), de modo que la información se mantuviera, pero no fuera atacada (21). No fueron los únicos. Una ventana se había abierto para ver al mRNA como posibilidad de portador de instrucciones exógeno. Hubo que hacer más cambios para poder hacer de esa idea una realidad. Uno de ellos fue “completarlo” con regiones no traducidas a ambos lados de la secuencia interesante, una modificación en uno de los extremos (“5’ cap”), que facilita la entrada en los ribosomas, y la adición de una secuencia de poliadenina (polyA) en el otro extremo (3’), algo cuya extensión

regula la estabilidad y eficacia traductora del mRNA. Otras variaciones, como el uso de codones comunes mejor que los raros para cada aminoácido, fueron poco a poco perfeccionando la eficacia traductora del mRNA exógeno. Un factor esencial consistió en incluir esa molécula en una nanopartícula lipídica como vector que sería captado por nuestras células.

Esos trabajos con el mRNA se centraron en el desarrollo de inmunoterapia oncológica y de vacunas contra el VIH, el plasmodium o la gripe. Una publicación de 2018 revisaba los avances conseguidos y las perspectivas de entonces (22). Y fue muy poco después, en 2019, cuando, habiendo sido precedido en este siglo por enfermedades serias debidas al SARS-CoV en 2002 y al MERS-CoV en 2012, surgió un nuevo coronavirus, el SARS-CoV-2, cuyos efectos pandémicos estamos sufriendo.

Esta pandemia impulsó rápidamente el vuelco de los investigadores que trabajaban en vacunas genéticas enfocadas en neutralizar proteínas clave como la “Spike” del nuevo virus. Por un lado, se desarrollaron vacunas basadas en secuencias específicas de DNA. En vacunas como la china, la rusa o la de Oxford ese DNA es dirigido a nuestras células contenido en adenovirus humanos o de chimpancé como vectores. Otras se basan ya en el uso de mRNA. En este caso, fue muy importante la ayuda a esta plataforma por parte de la agencia DARPA (The Defense Research Advanced Projects Agency) que acabó estando detrás de Moderna. Una pareja de origen turco, inmigrantes en Alemania, Uğur Şahin y Özlem Türeci, fundaron en 2008 la com-

pañía BionTech, que, desde enero de 2020, se volcó en producir una vacuna de mRNA contra el nuevo coronavirus. Esta compañía acabó asociándose a Pfizer en marzo de ese año (23-26).

A pesar de que ya hay millones de personas a las que se administraron distintos tipos de vacunas anti-Covid, es pronto para saber de la seguridad real de todas ellas. La fármaco-vigilancia lo dirá, pero, en el caso probable de que las vacunas de mRNA no presenten efectos adversos considerables a medio o largo plazo, se postulan como un gran avance que puede representar una plataforma universal para el desarrollo de vacunas frente a gérmenes infecciosos o tumores. La elegancia experimental que ha conducido a ellas y su alta eficacia probablemente acarrearán un premio Nobel en este año o, más probablemente, en el siguiente.

El desarrollo científico ha ido aparejado al técnico. Saber hacer una vacuna serviría de muy poco si su alcance fuera limitado, especialmente en una situación pandémica. Es el desarrollo técnico ligado a una mirada comercial el que hace posible que millones de personas podamos albergar una esperanza sensata en la ciencia. La Industria Farmacéutica, tan vilipendiada y muchas veces con razón, es a la vez el medio que hace posible que los resultados de laboratorios de investigación lleguen literalmente a nuestros cuerpos. La ciencia de las vacunas sería de muy poco valor sin la industrialización de la producción y distribución de ellas a gran escala. Esa bondad logística va de la mano de vaivenes comerciales que se alejan de lo que es pura

mirada científica, entrando en una dinámica en la que la decisión política es importante.

LA MIRADA MÉDICA.

De la clínica a la estadística y retorno

Al principio, la descripción de un caso clínico de COVID-19 es muy parecida a la de muchos más. Aparecen síntomas como la tos, la fiebre, la astenia, y signos radiológicos y de baja saturación de oxígeno que apuntan a la lesión pulmonar (27). Otros, como la anosmia y disgeusia revelan la sensibilidad neurológica al virus. Los métodos de amplificación (PCR) revelarán su existencia en el cuerpo durante unos días. Algunos datos analíticos cobran valor pronóstico.

Los casos se hacen terribles porque no existen tratamientos específicos, sino sólo medidas de soporte vital. El sistema sanitario, enfocado desde hace años a curar enfermedades agudas, o a paliarlas en la medida de lo posible, se ve desbordado por ellas hasta el punto de entrar él mismo y no sólo los organismos que se amontonan en él, en insuficiencia, en colapso. Lo agudo individual se agudiza en el plano colectivo. El enfermo pasa de ser el sujeto singular al sistema sanitario que lo atiende.

Ya ocurrió con la gripe de 1918. Se improvisan ahora, como entonces, recursos auxiliares, el personal sanitario se ve desbordado y muchos son contagiados, las enfermedades habituales son desplazadas ante la urgencia estadística que supone una pandemia, con la morbi-mortalidad no viral asociada.

Las primeras noticias de una pandemia son inquietantes; alguien se muere. Hasta es nombrado, reconocible como ser singular, como si hubiera sucumbido a un rayo. Es noticia en los periódicos. Más tarde hay un territorio en donde se van produciendo muertes más propias de otras épocas. Finalmente, se cuentan tantos que se cuentan mal. No se quiere asustar, tampoco hay tiempo para tener datos objetivos que confirmen que alguien se ha muerto con seguridad a causa del Covid-19; sin autopsia, sin signos patognomónicos, sin PCR en muchos casos, la confusión reina en la mismísima contabilidad de muertos, a tal punto que serán las estadísticas demográficas las que sugieran una relación entre una causa, el coronavirus, y un exceso de mortalidad en un período y país determinados (28).

Es entonces cuando cada uno pierde su carácter de sujeto para hacerse objeto, individuo, átomo de una colección estadística, dicotomizado entre su ubicación fuera o dentro de una curva, la que muestra el tiempo en abscisas, y en ordenadas el número de casos y muertos de cada día, así como incidencias acumuladas a 14 o 7 días. Y esa curva, obtenida con elementos discretos pasa a llamarse “ola” y a sugerir la adopción de medidas generales o locales de restricción – relajación.

Pronto se fue viendo que no sólo era cuestión de vida o muerte a consecuencia de una enfermedad aguda. También empezaron a aumentar los casos con secuelas muy variadas y que requerían, lo precisan cada vez más, un retorno desde la que alguien llamó “medicina de guerra”, desde el

enfoque estadístico, a la clínica. Algo que recordó también a la gripe del 18. Todavía se discute la relación casual o causal con ella de una rara afectación que afectó a muchos pacientes, la encefalitis letárgica (29). El tratamiento con levo-Dopa, usada para el Parkinson, pareció obrar como un milagro, pero no duró mucho. Los “Despertares” mostrados por Oliver Sacks y que dieron lugar a una película del mismo nombre, cedieron al poco tiempo.

Ahora, no sólo el pulmón puede quedar seriamente lesionado por fibrosis. Muchos órganos, prácticamente todos, pueden quedar en mayor o menor grado afectados. Se habla de COVID persistente, postagudo o “Long COVID” (30). Persistente y diverso en sus manifestaciones, lo que induce a generar unidades interdisciplinarias que vuelvan a la mirada clínica ante algo novedoso caso por caso.

En un siglo, la mirada de la Medicina ha cambiado muchísimo en sentido literal con las técnicas de imagen a escala macroscópica. Esa mirada, ayudada por la perspectiva molecular, ha desplazado de forma muy importante lo que durante mucho tiempo fue esencial en la medicina considerada científica, el estudio de autopsias. Si bien la anatomía patológica conserva un lugar primordial en el entendimiento de la enfermedad, suele centrarse en la dirigida con carácter regional y auxiliada por esas técnicas de imagen macro. Apenas se han hecho autopsias convencionales, de cuerpo entero, de muertos por COVID-19. Tras una búsqueda al respecto, un grupo encontró que el número de autopsias convencionales era muy escaso en comparación con la ingente

cantidad de publicaciones sobre la COVID-19 (31), sometidas o no a revisión por pares. Y, sin embargo, las autopsias parecen seguir siendo necesarias para tratar de comprender qué ocurre con una enfermedad nueva, y el COVID persistente, en su amplia variabilidad, lo parece.

Hace un siglo se hicieron numerosas autopsias; los intentos por saber alcanzaron cotas tan desesperadas como la autoexperimentación. ¿Por qué ahora se hacen tan pocas autopsias? Quizá por un comprensible miedo al contagio o por un miedo más atávico, el miedo a ver la muerte misma no ya en los monitores de UCIs ni en cuerpos que pasan a la morgue, sino en el interior de esos cuerpos. No sólo se han quebrado despedidas finales y duelos, algo que también ocurrió en la “gripe española”, sino que la mirada misma del médico parece no querer contemplar ese fracaso definitivo encarnado en la frialdad marmórea de un cuerpo – objeto de disección. Creíamos que la época de Vesalio ya había pasado definitivamente y que con algo tan moderno como la aproximación molecular dirigida, parcelada, bastaría, pero es dudoso.

LA MIRADA MÁGICA

Hubo otras épocas en las que se responsabilizaba del mal a fuerzas demoníacas, generalmente encarnadas en un Otro. Muchos judíos fueron víctimas inocentes de esa deriva irracional en siglos pasados. Pero ahora mismo hay quien afirma que todo el discurso sobre la pandemia es mentiroso y que su objetivo es el control de la población mediante la inserción de chips en forma de

vacunas por parte de las fuerzas oscuras del mal (32) o de las grandes empresas farmacéuticas aliadas con magnates y haciendo uso de tecnologías avanzadas como la 5G. A la vez, hay quienes admiten la existencia de una infección vírica, pero defendiendo los tratamientos más absurdos, lo que ha llevado a la ONU a promover una campaña contra la desinformación (33).

CIENCIA, TÉCNICA, CIENTIFICISMO Y POLÍTICA

Esta pandemia ha mostrado el gran contraste entre el avance científico y las notabilísimas limitaciones de la Epidemiología y Medicina Preventiva, sólo contenidas por la profesionalidad más allá del deber de muchos agentes sanitarios. El sistema sanitario occidental y, en concreto, el español, no estaba preparado para el embate de un virus con una tasa de contagiosidad y letalidad apreciables. No lo estará tampoco para pandemias futuras, porque no se aprenderá de ésta como no se aprendió de las anteriores.

En apariencia, además de las vacunas que la tecnociencia nos ha proporcionado en un tiempo record, la diferencia con la gripe del 18 reside en que ahora tenemos sistemas de soporte vital avanzado, por lo que el objetivo político se ha centrado aparentemente, no en los pacientes como tales, sino en el sistema sanitario que los acoge. Es el sistema el que se ha mostrado enfermo, vulnerable. Las cifras de muertos, haciéndose noticia cotidiana, no impactan ya apenas en la población y parecen políticamente aceptables si se producen donde deben, en una UCI

o una planta de hospital, no en sus pasillos, algo que sucedió hace un año. Es así que lo que parece querer evitarse a ultranza es el escándalo inherente al colapso del sistema sanitario.

El saber científico real acometió el problema al que se enfrentaba. La rapidez con la que se secuenció el genoma vírico, con que se desarrollaron métodos PCR para su diagnóstico y con que se prepararon vacunas eficaces, contrasta con un criterio científicista por parte de los organismos de Medicina Preventiva, pareciendo el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias un claro ejemplo de improvisación rozando la frivolidad pseudocientífica, y de apoyo a un discurso político paternalista. Se aludió a los “expertos” por parte del poder político haciéndolos responsables de lo que es acto político esencial, la toma de decisiones, lo que condujo, en la práctica, a un grado de caos añadido al que el propio virus comportaba.

Se defendió por los “expertos” la necesidad de evidencia científica cuando primaba la de prudencia (mascarillas, aerosoles...). La información adecuada brilló por su ausencia, oscilando entre alarmismos e imprudencias. En nombre de la ciencia, el sujeto fue desposeído de su humanidad y tratado como átomo del sujeto estadístico en forma de olas pandémicas, más artificiales (por medidas de contención y relajación) que naturales.

Un ejemplo reciente de científicismo que llegó a ser pura pseudociencia se dio con la decisión de retirar a una franja de edad ya vacunada con la primera dosis (unos dos millones de personas), la segunda de

una vacuna a la que se asociaron efectos trombóticos raros, en contraste con la insistencia en la seguridad de dicha vacuna y con la decisión de administrarla a una franja de edad más tardía. Un estudio aparecido en la prestigiosa revista NEJM no parece haberse tenido en cuenta (34), y el discurso contradictorio resultó ser, en la práctica, el peor modo de negacionismo, induciendo a muchas personas del rango de edad ahora permitido a descartar la vacuna. Tras una decisión tan absurda se contempló un estudio “expres” de mezcla de vacunas para el que se recaban 600 voluntarios (35).

El científicismo, reclamando una base científica de la que carece, se traiciona por osadía. No sorprende que los ciudadanos de los países que conforman la Unión Europea, democráticos, asistamos al espectáculo poco edificante de que las más altas instituciones cierren negocios con compañías farmacéuticas antes del visto bueno de su producto por parte de la Agencia Europea de Medicamentos. Las voces críticas con estas incongruencias, como la del Prof. Laporte (36), son sistemáticamente desoídas.

EL OLVIDO

¿Recordaremos la pandemia cuando haya terminado? Muy probablemente no, exceptuando su paso a relato literario – histórico. Aunque se use la metáfora bélica, en este caso, solo perdemos. Y los perdedores de guerras no las celebran. Aunque sea traumático, no ha sucedido en un día sino en muchos y no se recordará como se recuerdan actos brutales de un día, el 11S, el 11M, la

Kristallnacht, la bomba en Hiroshima... Se han perdido y se siguen perdiendo vidas, muchos han quedado sin trabajo y han pasado a engrosar las “colas del hambre”. Muchos están sufriendo las consecuencias del Covid persistente, otros han sido afectados por enfermedades habituales pero agravadas por el impacto del virus en el sistema sanitario. En este caso, no hay un pasado sino un presente que persiste de mal modo. Los más afortunados, al menos de momento, hemos perdido tiempo placentero, de relación humana, sufrimos en mayor o menor grado eso que se viene en llamar “fatiga pandémica”.

Cuando la pandemia cese, se olvidará y, cuando venga la siguiente, tendremos a nuestro favor lo que la ciencia ha conseguido con una brillante plataforma vacunal, pero seguiremos, o seguirán quienes nos sucedan, sujetos a los mismos errores en la gestión de algo así. Saldremos más debilitados, no hay nada que celebrar y nada se celebrará. Decía Guy Beiner que “creemos que si un acontecimiento es históricamente significativo será recordado inevitablemente. Eso no ocurre en absoluto”. No induce actos ni monumentos de recuerdo, salvo alguna rara excepción, como los asociados a grandes guerras o a atentados terroristas (37).

Referencias bibliográficas

1. Fernández Blanco M. Lo Viejo y lo Nuevo de la angustia. *El Psicoanálisis*. 2007; 11: 27-42.
2. Gates B. The next outbreak? We're not ready. TED Talk. 2014. Disponible en https://www.ted.com/talks/bill_gates_the_next_outbreak_we_re_not_ready?language=dz
3. Redacción. BBC/Mundo. Coronavirus: “Contagion”, la película que la neumo-nía de Wuhan convirtió en un hit (y cuánto se parece la ficción a la realidad). 2020. Disponible en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51371643>
4. Ministère de la Défense. Livre Blanc sur la Défense et la Sécurité Nationale. Paris: Direction de l'information légale et administrative. 2013. Disponible en <http://www.livreblancdefenseetsecurite.gouv.fr/>
5. Estrategia de Seguridad Nacional. Boletín Oficial del Estado. Madrid. 2017. Disponible en https://www.dsn.gob.es/sites/dsn/files/Estrategia_de_Seguridad_Nacional_ESN%20Final.pdf
6. Anne-Porter K. Pálido Caballo, Pálido Jinete. Buenos Aires. Ed.Sur.1956
7. Spinney L. El Jinete Pálido 1918: La epidemia que cambió el Mundo. Barcelona. Ed. Crítica. 2018.
8. Bar-On Y, Flamholz A, Phillips R, Milo R. SARS-CoV-2 (COVID-19) by the numbers. *eLife* 2020;9:e57309. Disponible en <https://doi.org/10.7554/eLife.57309>

9. V'kovski P, Kratzel A, Steiner S, Stalder H, Thiel V. Coronavirus biology and replication: implications for SARS- CoV-2 *Nature Reviews/Microbiology*. 2021; 19:155-170. Disponible en <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00468-6>
10. Zimmer C. *A Planet of Viruses*. 2nd Ed. Chicago. University of Chicago Press; 2015
11. González Mañas. *Curso de Biomoléculas*. CSIC. El experimento de Avery, McLeod y McCarty. Disponible en <http://www.ehu.es/biomoleculas/an/an43.htm#1>
12. Schrödinger E. *¿Qué es la vida?* Ed. Tusquets SA Barcelona 2006.
13. Watson JD, Crick FHC. Molecular Structure of Nucleic Acids. *Nature* 1953.171:737-738. Disponible en <http://dosequis.colorado.edu/Courses/MethodsLogic/papers/WatsonCrick1953.pdf>
14. Hernandez V. The Hershey-Chase Experiments (1952), by Alfred Hershey and Martha Chase". En *Embryo Project Encyclopedia* 2019. Disponible en <http://embryo.asu.edu/handle/10776/13109>
15. Gusella JF, Wexler NS, Conneally PM , Naylor SL, Anderson MA, Tanzi RE et al. A polymorphic DNA marker genetically linked to Huntington's disease. *Nature*. 1983; 306:234-8. Disponible en doi: 10.1038/306234a0.
16. National Human Genome Research Institute. *The Human Genome Project*. 2020. Disponible en <https://www.genome.gov/human-genome-project>
17. Green MR, Sambrook J. *Molecular Cloning*. 4ª Ed: New York. Ed. Cold Spring Harbor Laboratory Press. 2012
18. Jiang F, Doudna J. CRISPR–Cas9 Structures and Mechanisms. *Annu. Rev. Biophys.* 2017. 46:505–29
19. El-Zayat S R, Sibaii H, Mannaa FA. Toll-like receptors activation, signaling, and targeting: an overview. *Bulletin of the National Research Centre*. 2019; 43:187. Disponible en <https://doi.org/10.1186/s42269-019-0227-2>
20. Trouillard S. De Hungría a un futuro Nobel: retrato de Katalin Kariko, la investigadora tras la vacuna de Pfizer. 2020. Disponible en <https://www.france24.com/es/ee-uu-y-canad%C3%A1/20201219-katalin-kariko-investigadora-vacuna-covid19-hungria-eeuu>
21. Sahin U, Karikó K, Türeci Ö. mRNA-based therapeutics — developing a new class of drugs. *Nature Reviews. Drug Discovery*. 2014;13: 759-780. Disponible en doi:10.1038/nrd4278 <https://www.nature.com/articles/nrd4278.pdf>
22. Pardi N, Hogan MJ, Porter FW, Weissman D. mRNA vaccines — a new era in vaccinology. *Nature Reviews. Drug Discovery*. 2018; 17:261-279. Disponible en doi:10.1038/nrd.2017.243. <https://www.nature.com/articles/nrd.2017.243.pdf>
23. Kyriaakidis NC, López-Cortés A, Vásconez González E, Barreto Grimaldos A, Ortiz Prado E. SARS-CoV-2 vaccines strategies: a comprehensive review of phase 3 candidates. *npj Vaccines* 2021; 6:28 . Disponible en <https://doi.org/10.1038/s41541-021-00292-w>.
24. Garde D. The story of mRNA: How a once-dismissed idea became a leading technology in the Covid vaccine race. 2020. Disponible en <https://www.statnews.com/2020/11/10/the-story-of-mrna-how-a-once-dismissed-idea-became-a-leading-technology-in-the-covid-vaccine-race/>

25. Dolgin E. How COVID unlocked the power of RNA vaccines. Nature. News Feature. 2021. Disponible en <https://www.nature.com/articles/d41586-021-00019-w>
26. Editorial. Nature Biotechnology. Messengers of Hope. 2020. Disponible en <https://www.nature.com/articles/s41587-020-00807-1.pdf>
27. Barton LM, Duval EJ, Stroberg E Ghosh S, Mukhopadhyay S. COVID-19 Autopsies, Oklahoma, USA. Am J Clin Pathol. 2020; 153:725-733. Disponible en doi: 10.1093/AJCP/AQAA062
28. Martin Plaza A. Coronavirus. El exceso de muertes un año después: ausencia de gripe, posible efecto cosecha y mortalidad más allá de la COVID. 2021. Disponible en <https://www.rtve.es/noticias/20210310/exceso-muertes-tras-ano-pandemia-ausencia-gripe-posible-efecto-cosecha-mortalidad-mas-alla-covid-19/2081117.shtml>
29. Hohhman LA, Vilensky JA. Encephalitis lethargica: 100 years after the epidemic. BRAIN 2017.140:2246-2251. Disponible en doi:10.1093/brain/awx177
30. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A et al. Post-acute COVID-19 syndrome. Nature Medicine. 2021;27:601-615. Disponible en doi.org/10.1038/s41591-021-01283-z
31. Maiese A, Manetti AC, La Russa R, Di Paolo M, Turilacci E, Frati P, Fineschi V. Autopsy findings in COVID-19-related deaths: a literature review. Forensic Science, Medicine and Pathology 2021 (17):219-226. Disponible en <https://link.springer.com/article/10.1007/s12024-020-00310-8>
32. Redacción Médica. “Quieren controlarnos con la vacuna del Covid-19, esclavos de Satanás”. 2020. Disponible en <https://www.redaccionmedica.com/virico/noticias/coronavirus-vacuna-chip-covid-satanas-ucam-2770>
33. Noticias ONU. La ONU lanza una nueva campaña contra la desinformación sobre el COVID-19. 2020. Disponible en <https://news.un.org/es/story/2020/10/1482652>
34. Scully M, Singh D, Lown R et al. Pathologic Antibodies to Platelet Factor 4 after ChAdOx1 nCoV-19 Vaccination. N Engl J Med 2021; 384:2202-2211 Disponible en DOI: 10.1056/NEJMoa2105385
35. Ministerio de Ciencia e Innovación. Instituto de Salud Carlos III. Un ensayo clínico evaluará una segunda dosis de la vacuna de Pfizer en personas ya vacunadas con una dosis de AstraZeneca. 2021. Disponible en <https://www.isciii.es/Noticias/Noticias/Paginas/Noticias/PresentacionEnsayoCombivacs.aspx>
36. Calpena M. Joan-Ramon Laporte, Catedrático emérito de farmacología de la UAB, “Las agencias del medicamento son una invención del capitalismo neoliberal de los años noventa” CTXT. Barcelona. 2021. Disponible en https://ctxt.es/es/20210401/Politica/35653/joan-ramon-laporte-vacunas-astrazeneca-trombosis-capitalismo-mar-calpe-na.htm?fbclid=IwAR3rX_KalJaoNWAITQf03akYaydA3QLQo0pN63ANlluNHjBucVgPGRv2MgE
37. Segal D. Why Are There Almost No Memorials to the Flu of 1918? The New York Times. 2020. Disponible en <https://www.nytimes.com/2020/05/14/business/1918-flu-memorials.html>

El discurso de la emancipación: ambigüedades y apropiaciones*

The emancipation speech: ambiguities and appropriations

Rafael Huertas

*Doctor en Medicina. Instituto de Historia, Centro de Ciencias Humanas y Sociales.
Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Madrid*

Recibido: 15/6/21

Aceptado: 26/8/21

**Trabajo realizado en el marco del Proyecto de investigación RTI2018-098006-B-I00
(MICINN/FEDER)*

RESUMEN

Locura, empoderamiento, recuperación...son expresiones cada vez más utilizadas en el ámbito de la salud mental. Son términos ambiguos, que no siempre significan lo mismo y que pueden articularse en discursos muy diferentes. Discursos que generan saberes y prácticas en marcos históricos y socioculturales determinados y que definen tanto sus condiciones de producción como su aplicación. El objetivo de este artículo es mostrar la ambigüedad y el complejo manejo de algunos términos y conceptos, que han estado sujetos a procesos de asimilación, apropiación y resignificación que tienen consecuencias en la manera de entender la subjetividad y los puntos de vista tanto de clínicos como de personas con un diagnóstico psiquiátrico.

Palabras clave: *locura, empoderamiento, recuperación, estudios locos, activismo.*

ABSTRACT

Madness, empowerment and recovery are increasingly used terms in the field of mental health. Their meanings are ambiguous, as they do not always mean the same thing and can be articulated in very different discourses. These discourses generate knowledge and practice in specific historical and socio-cultural frameworks and define both their production conditions and their application. The objective of this article is to outline the ambiguity and complex management of certain terms and concepts, which have been subject to processes of assimilation, appropriation and resignification, and as a consequence impact how we understand clinicians and people with a psychiatric diagnosis' subjectivity and perspectives.

Key words: *madness, empowerment, recovery, mad studies, activism.*

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos, los *mad studies* se han afianzado como una importante línea de trabajo que combina investigación académica y militancia social –o sociopolítica– y que se ha convertido en un núcleo representativo de un renovado pensamiento crítico (1). Con una metodología transversal, que obliga a poner en diálogo las disciplinas *psi* con las ciencias sociales y con los llamados estudios culturales, los *mad studies*, junto con los *gender studies*, los *dysability studies*, los *body studies* o los *queer studies*, forman parte de un conjunto de áreas de estudio que se atraviesan continuamente y que se caracterizan, en general, por análisis en torno al poder y a la norma y por la propuesta de discursos contrahegemónicos. Los *mad studies* pueden definirse como un programa de producción de conocimiento y de activismo político que tiene por objeto el estudio crítico de las formas de estar, pensar, comportarse o relacionarse con el psiquismo. Valoran y tienen muy en cuenta las experiencias de los supervivientes de la psiquiatría y se esfuerzan por transformar las ideas, las prácticas, las leyes e, incluso, los lenguajes opresivos, tanto en el ámbito de la salud mental y de los saberes *psi*, como en contextos sociales y culturales más generales (2). Una de las fuentes de inspiración de este tipo de estudios es la reflexión en torno a las subjetividades, a las formas de expresión, experiencias y aspiraciones de quienes se han confrontado con los poderes de la psiquiatría institucional (3, 4).

Los *mad studies* tienen todavía un escaso recorrido y, a pesar de su rápida expansión,

habrá que esperar para ver lo que dan de sí como movimiento. Han recibido críticas diversas como, por ejemplo, su etnocentrismo (blanco, occidental y del hemisferio norte); así, el Manifiesto *Mad People of Colour* (Gorman et al., 2013), exhorta, entre otras cosas, a “dejar de presentar el movimiento de locos blancos como una cultura que se celebrará como parte del multiculturalismo de Canadá” (5), en clara alusión al núcleo original de los *mad studies*. Otros autores han lamentado la escasa conexión con el Sur, aun cuando existen iniciativas de “estudios locos” de gran interés, como en Chile (6) y otros lugares de América Latina (7). Asimismo, se les ha atribuido un cierto elitismo académico (8), alejado de la realidad asistencial y de cuidados. Todo esto es cierto, sin duda, y quizá por eso uno de los grandes retos sea valorar de qué manera se puede relacionar o articular este tipo de discursos procedentes de las ciencias sociales con la clínica, la psicopatología y el trato con el loco y la loca. En relación a esto último, al trato con la persona psiquiatrizada, cada vez se da más importancia, y no solo en el ámbito de la salud mental, a la utilización de lenguajes inclusivos o respetuosos con las minorías. Es sabido que el lenguaje no es inocente y puede ser una herramienta de opresión o de estigmatización; pero no es menos cierto que nuestra reflexión al respecto debe ir más allá de la muy manida “corrección política” para intentar contribuir a crear o favorecer, sin estridencias, ambientes culturales emancipadores tanto en la clínica como en la sociedad. No siempre es fácil, pues el lenguaje tiene sus reglas, sus peculiaridades locales, incluso puede

ser traicionero, con términos polisémicos o sinónimos que, en realidad, no significan lo mismo porque dependen de la ideología, cultura de origen, etc., de quien los formule, dando lugar a discursos que pueden llegar a tener significados muy diferentes.

En las páginas que siguen me propongo analizar algunos de estos términos que, como he adelantado, no siempre significan lo mismo y que con mayor o menor ambigüedad se utilizan con frecuencia en el ámbito de la salud mental, generando no pocas controversias. No son términos (ni conceptos) psicopatológicos pero pienso que tienen una relación directa con la manera de entender el trato y la actitud hacia el sufrimiento psíquico. Sin descartar la existencia de otras posibles, me centraré en esta ocasión en los vocablos locura, empoderamiento y recuperación.

La locura resignificada

Un grupo de investigadores dirigidos por Peter Beresford, profesor de la Universidad de Essex y especialista en política social y participación ciudadana, ha desarrollado en la última década dos proyectos de investigación cuyo objetivo era explorar cómo los llamados supervivientes de la psiquiatría entendían los problemas de salud mental. Resultó que la mayoría de los encuestados percibía que un modelo biomédico dominaba el pensamiento de los profesionales, y del público en general, y que esta perspectiva era estigmatizante y de escasa utilidad. Por el contrario, prevalecía el acuerdo generalizado de que un enfoque social resultaba mucho más

eficaz para comprender la angustia y el sufrimiento psíquico. Sin embargo, a pesar de las reservas formuladas hacia el modelo biomédico y su terminología asociada (enfermedad, trastorno, etc.), existió cierta división de opiniones sobre la utilización de los vocablos loco/a y locura. Mientras que algunos reclamaban su empleo porque reflejaba su experiencia, otros expresaron fuertes reservas por sus connotaciones negativas y porque su significado podía ser confuso (9, 10).

Es cierto que “loca/loco” y “locura” son palabras aterradoras, que tienen connotaciones históricas y culturales muy negativas, y con frecuencia se utilizan de manera despectiva, como un arma arrojada contra personas cuyos comportamientos no se entienden, no se comparten o, simplemente, incomodan. Pero si se pretende marcar distancias frente al modelo biomédico, parece obvia la reticencia hacia las categorías médicas; por eso, a falta de un léxico más apropiado, se concluyó que el término locura, a diferencia de las etiquetas diagnósticas al uso, permitía la comprensión social del sufrimiento psíquico y alentaba la apreciación de que todos y todas podemos enloquecer por circunstancias sociales, biográficas, experienciales, etc. La propuesta sería, entonces, resignificar el término locura, hacer inofensivo un lenguaje que se ha utilizado para oprimir y agredir, y valorar hasta qué punto “locura” y “loca/loco” pueden ser utilizados como términos emancipatorios. Así al menos se ha entendido desde determinados colectivos activistas, como el Orgullo Loco (*Mad Pride*) y, más recientemente, por los ya citados “estudios locos” (*mad studies*).

Las palabras de Marta Plaza confirman esta tendencia:

“Son las propias usuarias y ex usuarias de los servicios de salud mental, que conviven con sufrimiento psíquico o experiencias inusuales, las que hoy se reapropian del término “loco” y, resignificándolo y dotándolo de valor, salen a la calle tras pancartas que hablan de Orgullo Loco, de derechos vulnerados, de defender la diversidad y su autonomía” (11).

Llegados a este punto, parece oportuno intentar definir qué puede entenderse por locura. En coherencia con los objetivos y contenidos de este ensayo, podríamos asumir la definición ofrecida por Peter Pelbart, cuando dice: “Por loco entiendo ese personaje social discriminado, excluido, recluso. Por locura [...] entiendo una dimensión esencial de nuestra cultura: la extrañeza, la amenaza, la alteridad radical, todo aquello que una civilización ve como su límite, su contrario, su otro, el suyo más allá” (12).

Pero no solo desde el activismo, desde los estudios culturales o desde la filosofía se puede proponer la utilización del concepto de locura en el sentido apuntado. También desde la propia clínica, dependiendo de su enfoque, se puede optar por asumir el término. Una opción que es claramente ideológica pues implica un intento de desmedicalización. Hablar de locura, y no de enfermedad mental –con sus más variadas etiquetas diagnósticas–, implica tener en cuenta una serie de elementos que terminan configurando, entre otros posibles, una clínica con sujeto. La convicción de que la locura no es lo contrario de la razón, sino

que en todo “loco” o “loca” hay “un resto de razón” es algo aceptado desde Pinel y el primer alienismo (13) pero además, nos permite apreciar la necesidad del trabajo subjetivo, del esfuerzo de autorreparación activo o la capacidad de decidir por sí mismo, frente a la condición de “paciente” pasivo de un enfermo que depende de un tratamiento “externo”. Por eso y por otros motivos, como el reconocimiento de que el delirio es una defensa necesaria para sobrevivir o de que tanto el loco como el no loco habitan el amplio espacio común de la condición humana, José María Álvarez nos anima a hablar de locura, a tomar partido a favor de este término que, resignificado, intente perjudicar lo menos posible a quien la padece (14).

Empoderamiento y emancipación

El término empoderamiento (*empowerment*) se ha convertido en un recurso retórico que resulta ambiguo y contradictorio, pues puede ser formulado e interpretado desde enfoques muy diferentes (15). Marie-Hélène Bacqué y Carole Biewner (16), siguiendo a Ernesto Laclau (17) y su “cadena de equivalencias”, sitúan los polos del debate e identifican tres maneras diferentes de utilizar la noción de empoderamiento.

Lo que las autoras llaman el *modelo radical* de empoderamiento se sustentaría en las teorías crítico-emancipatorias de Paulo Freire (18), de la rama más radical del feminismo de la segunda ola y de otros movimientos sociales. Desde esta perspectiva, los

desafíos a los que hacer frente serían el reconocimiento de los grupos subalternos o marginales, su autodeterminación, la superación de estigmas y la lucha por los derechos políticos y sociales. Su objetivo sería la emancipación individual y colectiva que conduzca a la transformación social que, en los abordajes más radicales, se basa en el cuestionamiento del sistema capitalista. De manera esquemática, esta concepción de empoderamiento se articularía en una cadena de equivalencias junto con nociones como cambio social, justicia social, concienciación (o conciencia crítica), poder y poder ejercido “por los de abajo” (16).

El *modelo socioliberal* de empoderamiento (al que también podríamos llamar *social-demócrata*) es asimilado a la existencia de un Estado protector —de inspiración keynesiana— que propicie áreas de justicia redistributiva con un desarrollo importante de las políticas sociales, la promoción de los derechos civiles y de las libertades individuales, los programas de lucha contra la pobreza, etc., pero sin cuestionar la existencia de desigualdades estructurales ni, por supuesto, el sistema socioeconómico. En este modelo, el empoderamiento ocuparía un lugar en la cadena de equivalencias en la que otros eslabones serían la igualdad de oportunidades, la lucha contra la pobreza, la gobernanza o la capacidad de elección.

Finalmente, el *modelo neoliberal*, que está basado, más que en la libertad de mercado, en la extensión y diseminación de los valores del mercado en la política y las instituciones. El neoliberalismo no pretende prescindir del Estado, sino que el Estado esté al servicio del mercado y sea administrado según crite-

rios de mercado. En este contexto surge una idea de empoderamiento de las personas que deben ser capaces de desarrollar capacidades individuales y tomar decisiones “racionales” en un contexto de economía de mercado y, en definitiva, ser “gestores” de su propia vida (16, 19).

Como podemos ver, la carga ideológica del término empoderamiento puede variar mucho y ser utilizado con significados opuestos. También en el ámbito de la salud mental, el empoderamiento de los pacientes se puede entender a veces como una capacidad de superación personal, de adaptación, de integración, de ser capaz de llevar una vida de relación adecuada, de saber soportar el sufrimiento y de no hacer sufrir a los demás, etc. Incluso, como no hace mucho advertíamos,

“dirigimos y encauzamos la vida de las personas bajo la justificación de un tratamiento apropiado, y es en esa guía donde podemos mostrarnos más abusivos y directivos, y donde también podemos enmascarar los excesos de autoridad bajo los términos de autonomía, empoderamiento y comunidad. Por desgracia, todas nuestras palabras profesionales tienen trampa y esconden una cara de manipulación, chantaje e impostura” (20).

Este no es el sentido con el que tan contradictorio concepto se utiliza en el ámbito del activismo que, como puede suponerse, se inspira en lo que hemos llamado *modelo radical* de empoderamiento. Las pioneras aportaciones de Judi Chamberlin (21, 22) al respecto son claves para entender en qué sentido se entiende el empoderamiento desde posiciones más críticas.

Judi Chamberlin fue una de las fundadoras y directora de educación del Centro Nacional de Empoderamiento (National Empowerment Center) con sede en Lawrence, Massachusetts, una organización con el objetivo de “llevar un mensaje de recuperación, empoderamiento, esperanza y curación a las personas con experiencia vivida con problemas de salud mental, trauma y/o estados extremos” (<http://power2u.org/what>). Aunque el concepto de empoderamiento está presente a lo largo de toda su obra, es en un artículo titulado “A working definition of empowerment” (22) donde más claramente podemos acceder a las ideas que esta activista tenía al respecto. Chamberlin comienza reconociendo la ambigüedad del término y la flexibilidad de su significado que, como ya hemos visto, variará dependiendo desde qué posiciones políticas e ideológicas se formule. Se lamenta de que algunos políticos conservadores de Estados Unidos han promovido una reforma del bienestar afirmando que los recortes de las ayudas sociales empoderan a los beneficiarios porque contribuyen a hacerles “autosuficientes” (22). No debemos olvidar que ya en los años sesenta y setenta el concepto de empoderamiento fue utilizado en Estados Unidos para oponerse al ambicioso programa de protección social que la Administración del presidente Lyndon B. Johnson puso en marcha en 1964 y que se denominó Great Society (23). Su objetivo era la lucha contra la pobreza, que incluía un importante aumento del gasto público federal en educación, sanidad, reformas urbanas, etc. Sus contenidos y su filosofía eran similares al *New Deal* de la época de Roosevelt que pretendió hacer frente a las

consecuencias de la gran crisis del 29. En este contexto, el vocablo empoderamiento fue utilizado por oposición a los programas de la Great Society. El ensayo de Peter Berger y Richard Neuhaus (24) titulado *Empower People* alcanzó gran éxito e influencia en círculos liberales y conservadores.

Aun reconociendo todas estas dificultades conceptuales, Chamberlin ofrece su propia visión del empoderamiento de las personas psiquiatrizadas dejando claro su enfoque y sus objetivos. La líder activista creó, en el marco de un proyecto de investigación desarrollado en el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Boston, un grupo de discusión con el fin de trabajar en una definición de empoderamiento que pudiera ser asumida en los discursos y las prácticas del movimiento de supervivientes de la psiquiatría. Se confirmó que la compleja y multidimensional noción de empoderamiento describe un proceso dinámico y no un evento o una situación concreta. Asimismo, se llegó a una definición de empoderamiento mediante la agrupación de una serie de elementos que, sin necesidad de que estuvieran todos presentes, resultaban de utilidad para manejar el concepto con cierta solvencia. Dichos elementos pueden enumerarse y definirse del siguiente modo: tener poder de decisión; tener acceso a información y recursos; tener una gama de opciones para poder elegir; asertividad (expresión de los deseos); considerar la posibilidad de mejorar (esfuerzo subjetivo); aprender a pensar críticamente (escuchar y ser escuchado); aprender a expresar enfado (enfadarse no es “descompensarse”); no sentirse solo, sentirse parte del grupo; comprender que las personas

tienen derechos; desarrollar habilidades de aprendizaje; cambiar percepciones sobre competencias y capacidades; aumentar la autoimagen positiva de uno mismo y superar el estigma y tener el convencimiento de que crecer y cambiar nunca es definitivo (22).

A todos estos puntos añade otro: “salir del armario”. La expresión, como es obvio, está tomada del movimiento de liberación LGTB, cuyo origen concreto se sitúa en 1969, tras los disturbios de Stonewall, consecuencia de la reacción del colectivo a una redada de la policía en un *pub* “de ambiente” situado en el barrio de Greenwich Village de Nueva York (25). Se inició así un nuevo activismo, con la aparición de nuevas organizaciones, como el Frente de Liberación Gay (Gay Liberation Front) —nombre inspirado en el Frente Nacional de Liberación de Vietnam— o la Alianza de Activistas Gais (Gay Activists Alliance). En 1970, en conmemoración de los sucesos de Stonewall tuvo lugar la primera marcha del Orgullo Gay. La influencia del movimiento LGTB en el de supervivientes de la psiquiatría es innegable, no solo por inspirar el Orgullo Loco, sino también por el componente de empoderamiento que supone revelar la condición e identidad de uno mismo sin vergüenza ni disimulos.

Se trata de proposiciones que, como puede verse, siguen presentes —con matizaciones y actualizaciones— en el activismo actual, para el que el concepto de empoderamiento sigue siendo crucial. Al situar el foco del empoderamiento en las personas con sufrimiento psíquico y propiciar estrategias y actividades como la horizontalidad, la participación activa o el

apoyo mutuo, etc., se produce un desafío al autoritarismo profesional y a la psiquiatría como disciplina de poder que felizmente, aunque de manera aun minoritaria, es asumido por profesionales críticos con la medicina mental hegemónica (26).

En torno al concepto de recuperación

Ocupémonos, finalmente, del concepto de “recuperación” pues es, sin duda, otro claro ejemplo de cómo un término puede sufrir modificaciones conceptuales y terminar significando cosas diferentes dependiendo de quién lo formula (27). En 2014, el Gruppo Ricerca e Recovery, junto con usuarios y trabajadores de los Centros de Salud Mental de Trieste, dieron a conocer “La carta della recovery”, en la que planteaban una serie de actuaciones para el mejor funcionamiento de los servicios que pueden resumirse en los siguientes puntos: 1) servicios centrados en las personas, orientados a favorecer su subjetividad con respuestas personalizadas; 2) capacidad para afrontar las crisis en aquellos momentos en los que la persona no esté segura de hacerlo por sí misma (acogida adecuada, cercanía, escucha, ayuda farmacológica si se considera procedente, acompañamiento hasta la recuperación); 3) formación adecuada del personal (legislación, derechos, habilidades de comunicación y de acogida), incluyendo los conocimientos procedentes de la experiencia directa de las personas que han vivido una crisis psíquica; 4) programas de inserción laboral e inclusión social; 5) lucha contra el estigma y el prejuicio; 6) estimular la creación de redes

de “personas significativas” en torno a los pacientes para favorecer la reconstrucción de vínculos sociales; 7) propiciar espacios de escucha y de reunión donde prime el diálogo y la comunicación, contando con personas que, habiendo pasado por experiencias similares, pueden actuar de “facilitadores” al ofrecer su propio conocimiento para ayudar a la recuperación —este “apoyo entre pares” se considera complementario pero no sustitutivo del servicio—; 8) apoyo a la creación de asociaciones de pacientes y familiares que actúen como interlocutores para una renovación del lenguaje y de los instrumentos empleados en el campo de la salud mental; y 9) comités éticos que identifiquen posibles obstáculos en el proceso de recuperación y que propicien una investigación participativa, crítica e innovadora que ayude a mejorar la comprensión tanto de los problemas que afectan a las personas como del funcionamiento de los servicios.

Esta propuesta de funcionamiento de los servicios de salud mental recoge la tradición basagliana e incorpora elementos procedentes del movimiento de recuperación propugnado por el activismo en primera persona (28). Sin duda un buen ejemplo de integración de saberes y prácticas, propia quizá de la cultura triestina pero difícil de desarrollarse en otros contextos.

El concepto recuperación (*recovery*) surgió desde el movimiento de expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría para describir el proceso de superación y fortalecimiento frente a las experiencias negativas que las personas etiquetadas con diagnósticos psiquiátricos habían vivido en el sistema psiquiátrico (29). A través del activismo

social y el apoyo colectivo, el concepto de recuperación venía a expresar un modo alternativo de entender las experiencias subjetivas sobre la locura que propugnaba la reapropiación de los derechos humanos y la reafirmación de la justicia social (30). No se trataba de un nuevo paradigma o de un nuevo modelo, sino de una perspectiva que surgía desde las propias personas que habían vivido la experiencia de la psiquiatrización cuyo fin era reorientar las miradas acerca de la locura, haciendo hincapié en sus relaciones, contextos y significados sociales (31).

En su origen, el concepto de recuperación implicaba, como acabamos de ver, la superación de las limitaciones impuestas por las etiquetas diagnósticas y el reconocimiento del potencial de las personas, proceso en el que el apoyo mutuo habría de ocupar un lugar central. En este contexto, desaparecía la separación entre lo individual y lo colectivo (32), de modo que la participación en organizaciones y grupos de pares resultaba fundamental para poner en común experiencias personales en el marco de acciones sociales y causas políticas (33). Se insistía, una vez más, en que las personas que han vivido la experiencia del diagnóstico son los indicados y los verdaderos expertos en su recuperación o, dicho de otro modo, que es posible la recuperación sin la figura del profesional, pero no puede haber recuperación sin el compromiso por parte de la persona y su comunidad (34).

Sin embargo el término recuperación acabó sufriendo cambios conceptuales profundos que terminaron vaciando de contenido su talante y sus objetivos. Juan Carlos Cea-

Madrid y Tatiana Castillo (35), desde el Centro de Estudios Locos de Chile, han analizado con acierto este proceso, relacionándolo con las consecuencias del neoliberalismo en el sector de la salud mental. Según nos explican, a mediados de la década de los ochenta, el movimiento de expacientes o sobrevivientes de la psiquiatría decae en visibilidad y capacidad organizativa con su integración a la Conferencia Anual “Alternatives” financiada por el National Institute of Mental Health (NIMH) de Estados Unidos. Este hito marcó el inicio de un proceso de institucionalización de las acciones de defensa de derechos y de las formas de apoyo mutuo en el marco del avance de políticas de salud mental y procesos de reforma psiquiátrica. Diversas iniciativas se asociaron a centros de investigación para desarrollar sus propuestas teóricas (como el modelo de “recuperación” [*recovery*]) y prácticas alternativas (como el programa de “apoyo de pares” [*peer support*]), en directa vinculación con servicios de salud mental, por lo que perdieron su autonomía crítica e independencia financiera (35). Este giro en las condiciones de desarrollo no estuvo exento de reformulaciones en torno a su significado, pues entrañaba profundas contradicciones con sus planteamientos originales (30). A lo largo de las décadas de los ochenta y noventa, el concepto de recuperación, que surgió a partir de las experiencias positivas de las personas “al salir” o “ir más allá” de los servicios de salud mental, fue reintegrado como un enfoque complementario a las corrientes predominantes de la psiquiatría hegemónica (36). Para llevar a cabo este proceso, fue

necesario circunscribir el concepto de recuperación a los estrechos límites de la “enfermedad mental” y, a su vez, limitar su desarrollo a una perspectiva individual anulando su componente colectivo. De este modo se llegó a sostener que recuperación [*recovery*] en salud mental refiere al proceso de cambio *individual* de actitudes, valores, sentimientos, metas y habilidades con el fin de vivir una vida satisfactoria *dentro* de las limitaciones causadas por la enfermedad mental (37). El concepto de recuperación adquiere, así, un nuevo significado en un escenario diametralmente distinto al que lo hizo posible en sus orígenes.

Desde una situación en la que prevalecía la discusión pública sobre los derechos civiles y la autonomía de la locura al considerar la voz, la protesta y la participación de sus protagonistas, se pasó a un contexto en el que la potencialidad de este movimiento es conducida al lugar de la “enfermedad”, bajo el lenguaje del “usuario” como cliente y consumidor de prestaciones clínicas, asistenciales y psicofarmacológicas, en una sociedad global dominada por la lógica del mercado. Es como si, en la actualidad, el modelo de recuperación sufriera una “amnesia social” respecto a la visión emancipadora que originalmente representó (38).

En definitiva, el neoliberalismo ha logrado distorsionar la noción original de recuperación y reducirla a su componente individual (39), es decir, a un proceso de cambio personal a través del cual los individuos desarrollan una vida autodirigida y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial por medio de servicios ajustados a sus necesidades. La construcción de vínculos comunitarios,

la participación en procesos colectivos o el fortalecimiento de redes solidarias que eran propias del movimiento de expacientes o supervivientes fueron perdiendo presencia en ámbitos sociales y profesionales en los que prima el individualismo y la medicalización de la subjetividad.

Según diversos autores, es preciso reconocer que el modelo de recuperación en salud mental se encuentra en el centro de las estrategias de poder y de transformaciones globales que permitieron modernizar y racionalizar las condiciones de ejercicio de la psiquiatría en un contexto neoliberal (30). Estos elementos facilitaron la recomposición del poder de la psiquiatría biológica y se potenciaron mutuamente en un escenario de creciente medicalización y en un contexto social dominado por los valores del neoliberalismo (40). Bajo los parámetros del modelo de recuperación, cada usuario o consumidor de servicios de salud mental puede asumir “su enfermedad” y elegir “su tratamiento” de manera libre en la sociedad, pero no cambiar su estructura ni cuestionar lo establecido, reproduciendo una ideología afín a los principios del orden neoliberal (41).

En 2016, un grupo de supervivientes de la psiquiatría de Reino Unido elaboró un documento titulado *Recovery in the bin* (recuperación a la papelera o a la basura) en el que se denuncia la colonización del concepto de recuperación por parte de los servicios de salud mental en el marco del neoliberalismo. Se trata de un texto político que aboga por un “modelo social de locura, angustia y confusión” sólido, que sitúe la salud mental en el contexto de la justicia social y la lucha de clases en

general. El manifiesto original, que puede encontrarse en <http://recoveryinthebin.org>, fue traducido y difundido en España por la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN), y se puede acceder desde <https://amsm.es/2016/10/17/recovery-in-the-bin>, siendo una buena muestra de la reacción a todo este proceso por parte del activismo más radical.

•••

Estos tres significativos ejemplos –locura, empoderamiento y recuperación– nos han permitido reflexionar sobre la importancia de las palabras, nunca inocentes, y de los cambiantes conceptos que pueden encerrar. Se podrían poner, sin duda, otros muchos, como el de salud mental sin ir más lejos. Qué se entiende, qué significa “salud mental” depende también de variables contextuales y puede ser motivo de acuerdo o de polémica según los casos. Los conceptos políticos y sociales que pretenden tener un carácter general son, con frecuencia, polisémicos. En este caso, se ha pretendido contribuir a analizar los procesos de asimilación, apropiación e integración social y cultural de tres nociones que, en los últimos tiempos, se usan con frecuencia en el ámbito *psi*. Son conceptos, además, que obligan a tener en cuenta el discurso del otro pues, como hemos visto, determinados planteamientos liberadores serían impensables sin tener en cuenta las aportaciones de personas o colectivos que viven “en persona” el sufrimiento psíquico. Términos, en suma, que aparecen repetidos en la elaboración de discursos y que tienen consecuencias directas en la manera de entender la subjetividad, en la clínica, en la organización de los servicios y, por supuesto, en el diálogo o la relación entre seres humanos.

Referencias bibliográficas

1. Huertas R. Vieja y nueva psiquiatría. En Ortiz A, Huertas R, coords. *Criticas y alternativas en psiquiatría*. Madrid: Los Libros de la Catarata; 2018. p. 19-74.
2. Menzies R, LeFrançois BA, Reaume G. Introducing Mad Studies. En: B. A., LeFrançois BA, Menzies R, Reaume G, eds. *Mad matters: A critical reader in Canadian Mad Studies*, Toronto: Canadian Scholars' Press; 2013. p. 1-22.
3. Russo, J. Survivor-controlled research: A new foundation for thinking about psychiatry and mental health. *Forum: Qualitative Social Research*. 2012; 13 (1), art. 8.
4. Huertas R. *Locuras en primera persona. Subjetividades, experiencias, activismos*. Madrid: Los libros de la Catarata; 2020.
5. Gorman R, Snini A, Tam L. *et al.* Mad People of Colour: A Manifesto. *Asylum. A Magazine for Democratic Psychiatry*. 2013; 20 (4): 27.
7. Cea-Madrid JC, ed. *Por el derecho a la locura. La reinención de la salud mental en América Latina*. Santiago de Chile: Proyección; 2018.
8. Rose D. Renewing epistemologies: service user knowledge. En: Beresford P, S. Carr S, eds. *Social Policy First Hand: A International Introduction to Participatory Social Welfare*. Bristol: Policy Press; 2018. p. 132-141.
9. Beresford P, Nettle M, Perring R. *Towards a Social Model of Madness and Distress?: Exploring What Service Users Say*. York: Joseph Rowntree Foundation; 2009.
10. Beresford P, Perring R, Nettle M, Wallcraft J. *From Mental Illness to a Social Model of Madness and Distress?: Exploring What Service Users Say*, Londres: Shaping and Lives and National Survivor User Network (NSUN); 2016.
11. Plaza M. Cuando la locura toma la palabra. *El Salto* [internet] 2019 [consultado 25 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.elsaltodiario.com/salud-mental/cuando-la-locura-toma-la-palabra-activismo-salud-diversidad-orgullo-loco>
12. Pelbart P. Manicomio mental: a outra fase da clausura. *Saúde e loucura*. 1990; 2: 131-138.
13. Huertas R. *Otra historia para otra psiquiatría*. Barcelona: Xoroi; 2017.
14. Álvarez JM. *Hablemos de la locura*. Barcelona: Xoroi; 2018.
15. Tengland PA. Empowerment: A Conceptual Discussion. *Health Care Analysis*. 2008; 16: 77-96.
16. Bacqué MH, Biewner C. *El empoderamiento. Una práctica emancipadora*. Barcelona: Gedisa; 2016.
17. Laclau E. (1996): "On the death and rebirth of ideology", *Journal of Political Ideologies*. 1996; 3 (1): 201-220.
18. Freire P. *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI; 2012 (original de 1968).
19. Mata I. *Salud mental y neoliberalismo*. En: VV. AA. *Salud mental y capitalismo*. Madrid: Cisma; 2017.

20. Colina F, Desviat M, Huertas R. Derechos Humanos y sufrimiento psíquico. En: Marcos A, ed. En tiempos de vulnerabilidad. Reflexión desde los derechos humanos, Madrid: Dykinson; 2020. p. 65-85.
21. Chamberlin, JA. On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System. Nueva York: Haworth Press; 1978.
22. Chamberlin JA. A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1997; 20 (4): 43-46.
23. Zelizer JE. *The Fierce Urgency of Now: Lyndon Johnson, Congress, and Battle for the Great Society*. Nueva York: Penguin Books; 2015.
24. Berger P, Neuhaus R. *Empower People. The Role of Mediating Structures in Public Policy*, Washington DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research; 1977.
25. Edsall N. *Toward Stonewall: Homosexuality and Society in the Modern Western World*. Charlottesville: University of Virginia Press; 2003.
26. Ortiz Lobo A. *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid: Grupo 5; 2013.
27. Alonso Suárez M. Reflexiones sobre el modelo de recuperación en salud mental. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental-AEN [Internet]* 2016 [consultado el 25 de febrero de 2021]; 40. Disponible en: <https://amsm.es/2016/09/24/reflexiones-sobre-el-modelo-de-recuperacion-en-salud-mental-por-maria-alonso-suarez>
28. Davidson L, Rakfeldt J, Strauss J. *Las raíces del movimiento de recuperación en psiquiatría*. Madrid: Fundación para la investigación y tratamiento de la esquizofrenia; 2014.
29. Beresford P, Russo J. Supporting the sustainability of Mad Studies and preventing its co-option. *Disability & Society*. 2016; 31 (2): 270-274.
30. Cea-Madrid JC, Castillo-Parada T. Locura y neoliberalismo. El lugar de la antipsiquiatría en la salud mental contemporánea. *Política y Sociedad*. 2018; 55 (2): 559-574.
31. Frese FJ, Davis WW. The consumer-survivor movement, recovery, and consumer professionals. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1997; 28 (3): 243-245.
32. Deegan P. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1988; 11 (4): 11-19.
33. Adame A, Knudson R. Beyond the counter-narrative: Exploring alternative narratives of recovery from the psychiatric survivor movement. *Narrative Inquiry*. 2007; 17 (2): 157-178.
34. Agrest M, Druetta I. El concepto de recuperación: la importancia de la perspectiva y la participación de los usuarios. *Vertex*. 2011; 95: 56-64.
35. Cea-Madrid JC, Castillo-Parada T. Materiales para una historia de la antipsiquiatría: balance y perspectivas. *Teoría y Crítica de la Psicología*. 2016; 8: 169-192.
36. McLean A. From ex-patient alternatives to consumer options: Consequences of consumerism for psychiatric consumers and the ex-patient movement. *International Journal of Health Services*. 2000; 30 (4): 821-847.

37. Anthony W. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993; 16 (4): 11-23.
38. McLean A. Empowerment and the psychiatric consumer/ex-patient movement in the United States: Contradictions, crisis and change. *Social Science and Medicine*. 1995; 40 (8): 1053-1071.
39. McWade B. Recovery-as-policy as a form of neoliberal state making. *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*. 2016; 5 (3): 62-81.
40. Moncrieff J. Ideas about mental health in a neoliberal world. *Group Analysis*. 2014; 47 (4): 12-16.
41. Moncrieff J. Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. *The British Journal of Psychiatry*. 2006; 188 (4): 301-302.

Rafael Huertas
Correspondencia: rafael.huertas@csic.es

Lo viejo y lo nuevo en la vida amorosa y en las identidades sexuales

The old and the new in love life and sexual identities

Manuel Fernández Blanco

Psicólogo clínico. Psicoanalista ELP. A Coruña

Recibido: 15/6/21

Aceptado: 6/9/21

RESUMEN

En la actualidad asistimos a cambios importantes en la dinámica de la sexuación.

El binario clásico hombre-mujer está en crisis. Las categorías se diluyen y se pluralizan las identificaciones de género: intersexo, andrógino, género fluido, queer, asexual... Todo ello ejemplifica que la sexualidad humana, al contrario de la de los animales, es cualquier cosa menos "natural". Por este motivo los humanos padecemos del sexo. La sexualidad humana no está determinada ni por la biología, ni por los instintos, ni por la necesidad de procreación. Viene determinada por las identificaciones y por el modo en que cada sujeto se encontró con ella, por el modo en el que el cuerpo quedó marcado por un goce singular. Por ello el goce es autista e imposible de colectivizar, al ser uno, singular e irrepetible, para cada ser hablante.

El aforismo lacaniano "no hay relación sexual" significa que en los humanos no hay ningún saber predeterminado sobre cómo acceder al Otro o al mismo sexo. Eso es lo traumático de lo sexual, trauma que es universal.

El amor vela el goce en juego en cada ser hablante; amor al servicio de ignorar de que se goza en quién se ama: "el amor es ciego".

La diversidad y permisividad de los goces particulares a las que asistimos, en las democracias occidentales, es sin duda un progreso de la civilización. Pero hemos de estar advertidos de que el ocaso de las identidades estables no excluye que la distribución sexual

ABSTRACT

We are currently witnessing important changes in the dynamics of sexualization.

The classic male-female binary is in crisis. The categories are diluted and gender identifications are pluralized: intersex, androgynous, fluid gender, queer, asexual... All of that exemplifies that human sexuality, unlike that of animals, is anything except "natural". For this reason, as humans, we suffer from sex. Human sexuality is determined neither by biology, nor by instincts, nor by the need for procreation. It is determined by the identifications and by the way in which each subject encountered it, by the way in which the body was marked by a singular enjoyment. For this reason, enjoyment is autistic and impossible to collectivize, as it is one, singular and unrepeatable, for each speaking being.

The Lacanian aphorism "there is no sexual relationship" means that in humans there is no predetermined knowledge about how to access the Other or the same sex. That is what is traumatic about the sexual, one trauma that is universal.

Love veils the enjoyment at stake in each speaking being; love at the service of ignoring that one enjoys in the one who loves: "love is blind."

The diversity and permissiveness of the particular enjoyment that we attend, in Western democracies, is undoubtedly a progress of civilization. But we must be warned that the decline of stable identities does not exclude that sexual distribution is on the fringes of fashion fluctuations. There is the risk of the

esté al margen de las fluctuaciones de la moda. Existe el riesgo de la recuperación normativa de la subversión sexual, de que el capitalismo la fagocite, recuperándola como mercancía, para hacer de la diversidad negocio.

Palabras clave: Sexualidad, amor, genero, diversidad, goce, trauma.

normative recovery of sexual subversion, of capitalism engulfing it, recovering it as a merchandise, to make business of diversity.

Key words: Sexuality, love, gender, diversity, enjoyment, trauma.

Hace un tiempo publiqué un artículo de opinión en el diario *La Voz de Galicia* con el título “No hay más sexualidad que la desviada”. Lo escribí a raíz del revuelo que provocó, en el mes de noviembre de 2013, un profesor universitario cuando afirmó en su clase que, en la homosexualidad, “alguna alteración tiene que haber”. Como sabemos, la homosexualidad dejó de ser considerada una patología psíquica por la Organización Mundial de la Salud en el año 1990. Sin embargo, este no es el principal argumento para criticar las declaraciones de este profesor ya que, de seguirlo, tendríamos que decir que su opinión sería rigurosa hace 31 años, y no es el caso.

Lo que resulta difícil de admitir, no solo para este profesor, es que la sexualidad humana, al contrario que la del mundo animal, no es nada natural. Es decir, no la determinan ni la biología, ni la necesidad de procreación, ni los instintos. La determinan las identificaciones, así como el modo en que cada uno se encontró con la sexualidad y la marca que esto le dejó. Por eso no hay sexualidad

tipo. Por eso no hay más sexualidad que la desviada. Por eso tampoco es posible saber lo que es un hombre y una mujer.

La distribución sexual clásica basada en el binario hombre y mujer está en crisis. Es algo ya adelantado por Jacques Lacan en 1972 cuando, en su Seminario, expresaba: “[...] no sabemos qué son el hombre y la mujer. Durante un tiempo se consideró que esta bipolaridad de valores sostenía suficientemente, suturaba, lo tocante al sexo”.¹

La sexualidad es traumática

Lo sexual se presenta, en el ser humano, como una intrusión. No hay nada preparado para recibirlo, ningún lugar predeterminado para acogerlo. Este es el sentido del aforismo de Jacques Lacan “No hay relación sexual”. ¿Qué significa exactamente esto? Significa el hecho de que el ser humano, a diferencia de los animales, no lleva inscrito un saber natural, predeterminado, sobre cómo acceder al Otro, o al mismo sexo. Esto

1 Lacan, Jacques: El Seminario, libro 19, ...o peor (1971-1972). Buenos Aires, Paidós, 2012, p. 38.

conduce a los seres hablantes a la pasión, a padecer del sexo.

En el dominio de la naturaleza hay un saber en lo real sobre el sexo. En el ser humano el encuentro con lo sexual se produce sin el auxilio de un saber preestablecido. Por eso lo sexual aparece como intrusivo, por eso es traumático. El trauma es universal, es para todos, es equivalente al encuentro con el goce sexual. El trauma no se deriva del encuentro con la sexualidad en sí, se deriva de que ese encuentro se produce sin un saber disponible para metabolizarlo. La definición más simple del trauma podría ser la siguiente: el trauma es el encuentro con lo sexual en ausencia de un saber sobre lo sexual. Lo traumático es la ausencia de un saber. Por este motivo nos está vedado el buen encuentro, uno que no dejaría estigma, rasgo o marca.

Por eso el sexo aparece violentamente, como ejemplifican los fantasmas histéricos en los que el sujeto se siente objeto de una seducción. Sitúa, así, el sujeto histérico, la violencia del encuentro como causada por la irrupción del otro, bajo la dimensión del forzamiento, como una intrusión externa, vivida desde la pasividad.

En el obsesivo, el goce aunque obtenido en una posición activa, lo desborda, aparece como un descontrol que lo invade, como un exceso que lo violenta.

En cualquier caso, nunca el encuentro es el bueno, el justo, el apropiado. No existe la buena medida. Basta pensar cómo fue ese encuentro para cada uno, el modo en que irrumpió, en qué condiciones, y cómo condicionó nuestra sexualidad.

Lógicas de la vida amorosa

Y, como Freud aclaró, de eso se trata, de condiciones. Como no hay el universal, el para todos igual del mundo animal, el encuentro amoroso en el ser humano pasa por condiciones. Se trata de que, para cada uno, el objeto erótico tiene que reunir determinadas condiciones para poder ser elegido.

El amor obedece a reglas, como nos ilustra Freud en sus *“Tres contribuciones sobre la psicología de la vida amorosa”*. Son tres ensayos diferentes que el mismo Freud agrupó para su publicación conjunta. Sus *“Tres contribuciones...”*: *“Sobre un tipo especial de la elección de objeto en el hombre”*, de 1910;² *“Sobre una degradación general de la vida erótica”*, de 1912;³ y *“El tabú de la virginidad”*, de 1917.⁴

En estos trabajos Freud se esfuerza en aclarar las condiciones de amor que gobiernan la elección del objeto de goce. Aparece, de este modo, el amor como un velo del goce. El amor al servicio de ignorar de qué se goza en quien se ama. Ya se sabe que “el amor es ciego”.

2 Freud, Sigmund: “Sobre un tipo especial de la elección de objeto en el hombre”, en *Obras Completas* (9 tomos). Madrid, Biblioteca Nueva, 1972. Tomo V, pp. 1625-1630.

3 Freud, Sigmund: “Sobre una degradación general de la vida erótica”, en *Obras Completas*, Tomo V, pp. 1710-1717.

4 Freud, Sigmund: “El tabú de la virginidad”, en *Obras Completas*, Tomo VII, pp. 2444-2453.

Cuando decimos de un hombre o de una mujer que no es nuestro tipo, lo que estamos diciendo es que no cumple el criterio, no tiene el rasgo que satisface nuestra desviación particular. Y cuando decimos que una condición o escena erótica nos excita, queremos decir que cumple el criterio de nuestro rasgo sexual.

Freud analiza en sus *“Tres contribuciones sobre la psicología de la vida amorosa”*, cómo la función del amor es velar la condición de goce. Por eso el amor es aliado de la ignorancia. Ya se sabe que los enamorados están un poco embobados. Esto tiene una razón estructural: solo en el engaño del amor es posible creer que dos hacen uno.

En el fenómeno del enamoramiento se cree poseer el objeto capaz de colmar la falta, se cree tener el objeto a disposición, por eso a veces se define el amor como una locura transitoria, como delirio de amor, en su analogía con la psicosis. Esta es la dimensión más imaginaria del amor, cuando se produce el encuentro y la ilusión de completitud. Pero el velo del amor, bajo el manto de completitud, esconde el objeto de goce que se busca en el Otro y este objeto no es nada completo, es parcial. Este objeto viene definido por un rasgo que cumple la función de un fetiche.

Cuando creemos querer todo del Otro, en realidad queremos ese rasgo. Por eso la pulsión mutila al Otro. Ese rasgo se nombra

más desde la injuria que desde las palabras de amor. Esto lleva a Lacan a decir, en su Seminario 20, *Aun*, que “[...] no se conoce amor sin odio”.⁵ Lacan inventó una palabra, un neologismo: *odioamoramiento*⁶ para cernir este real.

Somos seres en falta. El ser de falta del sujeto es lo que le lleva a dirigirse al Otro para buscar su complemento de ser, su ser de goce, su partenaire-síntoma, tal como lo ha desarrollado Jacques-Alain Miller. Este acceso al Otro es diferente según los sexos, y según el modo de estructuración subjetiva.

Del lado de las mujeres, tenemos la histeria como el modo de relación al deseo y al goce más frecuente, del lado masculino lo más común es la estructura obsesiva. Las parejas formadas por una histérica y un obsesivo son las más habituales.

La histérica quiere ser el objeto que le falta al Otro. Eso es lo que le garantiza su ser en el fantasma, ser el complemento del Otro, sentir que el Otro la necesita, que le hace falta. Por eso la violencia se desata frente al hombre que no muestra su falta, así como la ternura aparece cuando muestra su castración.

La histérica puede ser lo que haga falta. Esto es lo que le da ese aire de comodín, pero también de extravío, de no saber lo que quiere realmente, porque hace depender su deseo del deseo del Otro, de causar el deseo del Otro.

5 Lacan, Jacques: *El Seminario, libro 20, Aun (1972-1973)*. Barcelona, Paidós, 1981, p. 110.

6 *Ibid.*

La histérica denuncia que hay falta en el mundo, que todo son semblantes y que la impostura es la regla. Esto la instala en la insatisfacción permanente. La histérica confunde el deseo con la insatisfacción. Se instala, así, en el fetichismo de la falta, confundiendo la verdad con la falta. Verdad que, en esta vertiente, puede acabar en el estrago. La furia histérica se dirige contra quien no muestra su falta, contra quien pretende ocultarla, ya que la histérica no sabe, entonces, qué ser para el Otro. En ese caso, como ha formulado J.-A. Miller ⁷ ella se encarga de atacar, para provocar la herida que, luego, puede esmerarse en cuidar. O bien aliviará la herida que otra causó. El malentendido entre los sexos, se basa en gran parte en esto. En una mujer histérica que demanda su falta a un hombre obsesivo. Justo lo que más puede irritar al obsesivo que intenta negar su falta a cualquier precio.

Si, como decíamos antes, el amor histérico exige la falta en el Otro, un otro particularizado, el amor obsesivo se dirige a la humanidad. El obsesivo huye de un amor particular. Para muchos hombres puede ser más cómodo amar a la humanidad que a una mujer. Es el caso de la filantropía obsesiva (sindical, profesional, etc.) que sirve como defensa frente a un amor “privado”.

Por contra, el amor obsesivo puede resultar indistinguible del odio por varias razones. En primer lugar, por el hecho de que amar exige demandar ser amado. Es decir supone

hacerle sentir al Otro la falta por la que se dirigirá a nosotros. Amar es querer provocar, en el Otro, la falta de uno. El hombre obsesivo no puede amar si no consiente en admitir que algo le falta. Esta posición es, estructuralmente, muy forzada para el varón obsesivo que no puede admitir su castración. Desde este punto de vista, la posición de amar aparece como femenina y puede ser vivida, por el hombre, como un atentado a su virilidad. El amor a la humanidad, a un semblante de Otro absoluto y global, puede ser la defensa en algunos casos.

En segundo lugar, porque el obsesivo no busca tanto la falta en el Otro (que lo hace deseante) sino el defecto en el Otro. Si un hombre obsesivo necesita en un primer tiempo valorizar a su pareja, enseguida le buscará un defecto (aunque sea insignificante) para, así, poder despreciarla. Hace esto, porque solo de este modo puede desearla. Así muchos hombres mantienen una relación basada en el desprecio hacia una mujer que, en realidad, no soportarían perder. El obsesivo no puede admitir que ama a su pareja sin degradarla. Necesita anularla para desearla ya que el deseo obsesivo pasa por su anulación, por un “sí”, al que tiene que seguir un “no”.

Esta inversión en la neurosis obsesiva, del amor en odio, ya fue subrayada por Freud cuando define al obsesivo como un antisuicida ya que “transforma los impulsos eróticos en impulsos agresivos hacia

7 Miller, Jacques-Alain: Introducción al método psicoanalítico. Buenos Aires, Nueva Biblioteca Psicoanalítica (Eolia - Paidós), 1997, p. 109.

el objeto”, produciendo “una auténtica sustitución del amor por el odio”. Así pasa, el obsesivo, del “auto-tormento” (en su rumiación interna) al “sistemático martirio del objeto cuando éste es accesible”.⁸ El obsesivo puede amar, de modo idealizado, a distancia, cuando el objeto de amor no está presente y vivo, es decir, pidiéndole su falta. El obsesivo no puede soportar la castración y, entonces, elige una realidad muerta, donde nadie le pide nada, ni le cuestiona nada y puede gozar, en soledad, de sus fantasmas. El goce obsesivo no necesita del Otro, sino de sí mismo. Es un goce que intenta anular lo singular, lo diferente del Otro. El obsesivo intenta bastarse consigo mismo. Por este motivo privilegia el recurso a la masturbación, incluso después de mantener relaciones sexuales.

El malentendido entre los sexos es la norma. El malentendido entre esos hombres interesados en sus objetos y esas mujeres esperando la palabra, el signo de amor. Hombres más ligados al tener y mujeres más ligadas al ser para el Otro. Esto explica los sacrificios y privaciones que puede llegar a hacer una mujer por amor, lo que a veces se ha confundido con una especie de masoquismo femenino (que es exclusivamente un fantasma de los hombres), así como los efectos devastadores de la pérdida del amor en la mujer (causa frecuente de demanda clínica). Como ha destacado Jacques-Alain Miller, “[...] podemos hablar de estrago, como lo hace Lacan, por el lado de la mujer. El estrago

es exactamente la otra cara del amor. De la misma manera que el amor es la anulación de todo tener, y que es la búsqueda del ser proseguida con la anulación de todo bien, de todo tener, el estrago, en este sentido, es solamente la faz de goce del amor.”⁹

En cualquier caso, la imposibilidad de la proporción nos condena al *odioamoramiento*. A capturar, en la injuria dirigida al Otro, lo más íntimo de su ser. Esto nos aproxima al fenómeno del racismo, al racismo del amor, a no soportar en el otro lo más íntimo de nosotros mismos. A esas relaciones sostenidas en el odio, en el *odioamoramiento*, con frecuencia las más duraderas.

La feminidad en la época actual

Nuestra época se caracteriza por la ausencia de referencias estables y por la incertidumbre. Esto afecta también a las identificaciones en el campo de la feminidad. En general, se comprueba que las mujeres actuales son más poderosas y menos dependientes. Esta mutación, que las hace sentirse menos en desigualdad respecto de los hombres, las enfrenta también a la competencia y rivalidad tradicionalmente masculinas.

Sabemos que no es posible responder a la pregunta ¿qué es una mujer? con una respuesta universal, precisamente porque las mujeres son una por una. Del lado masculino, la elección fetichista en base a un rasgo erótico proporciona una orientación sobre

8 Freud, Sigmund: “El yo y el ello”, en Obras Completas, Tomo VII, pp. 2724-25.

9 Miller, Jacques-Alain: El partenaire-síntoma. Buenos Aires, Paidós, 2008, p. 276.

el modo de gozar. Pero del lado femenino no existe algo equivalente. En todo caso lo que solemos observar del lado femenino es una fetichización del amor, del signo de amor. Pero no hay una ley que defina el modo de amar femenino y que oriente sobre el modo de construir los lazos amorosos.

El modelo de mujer propuesto por el discurso contemporáneo dominante se corresponde con una mujer multifacética, que le da a todo, y que, en algunas de sus versiones, se sitúa en el posfeminismo.

Este nuevo modelo de mujer superpoderosa tiene varias caras. Como madre, es una madre hiperpedagógica y puede tener a su pareja como alumno predilecto. Debe conservar su hermosura independientemente de su edad, enseñarle al hombre cómo hacerla gozar, ser polivalente y no enamorarse. Pero esta posición inhibe el deseo masculino, lo que lleva a la queja femenina, habitual en la actualidad, de que “no quedan hombres”.

La mujer autónoma, sometida al imperativo de no enamorarse, busca compensar con la maternidad, cada vez más en solitario, las dificultades con el amor. El aumento de las dificultades para hacer pareja conduce a la promoción de la madre, acrecienta la necesidad del niño como objeto de amor. Resulta paradójico que la independencia de la mujer haya conducido a reforzar su posición de madre que, curiosamente, era el destino fundamental que tradicionalmente

se le adjudicaba a la feminidad, aquel que equiparaba ser mujer con ser esposa y madre.

La versión actual de la maternidad, produce con frecuencia madres angustiadas. La madre psicopedagogizada, es el modelo de madre actual. Este estilo de mujer-madre se traslada a las relaciones de pareja donde cada vez más los hombres establecen relaciones marcadas por la dependencia infantil. Por eso no es infrecuente que una mujer cumpla la función de superyó para un hombre.

J.-A. Miller ha señalado que el no-todo que caracteriza a la sociedad de la globalización, “[...] no es un todo que incluye una falta sino, por el contrario, una serie en desarrollo, sin límite y sin totalización.”¹⁰ Por eso, nos dice Miller, “[...] hay quien llora por el elemento tradicional, algo que ya se captaba hace medio siglo, a saber, que lo viril está asediado”.¹¹ Sin embargo, esta supuesta feminización social puede ser engañosa. Lo vemos en la clínica, donde “[...] florecen las patologías que se describen como centradas en la relación con la madre”.¹² Pero la madre no es la mujer. O bien es la mujer que se relaciona con sus propios objetos. Así el todos iguales, referido a los sexos, se haría equivalente a todos con su objeto, sin el Otro.

El no-todo que induce la civilización actual no tiene tanto que ver con un auge de lo femenino como con lo fragmentario de la pluralización de los goces que no hacen

10 Miller, Jacques-Alain: “Intuiciones Milanesas II”, en Cuadernos de Psicoanálisis nº 29, 2004, p. 38.

11 Ibid., p. 39.

12 Ibid., p. 43.

conjunto. Esto hace problemático el establecimiento de categorías y clases (como sostiene el movimiento *queer*) incluidas las de masculino y femenino.

Para la mujer, la supuesta equiparación de los sexos se realiza a menudo bajo el modo hombre. El hombre, cada vez más, en lugar de seducir a la mujer y declararle su amor, lo suplica y se aboca a la feminización. Curiosamente, el hombre se feminiza en la medida en que para la mujer adquiere cada vez más el lugar del yo ideal. Se produce, así, una depreciación del amor en el discurso de muchas mujeres que introducen la degradación de la vida amorosa en el campo de la feminidad. Por eso es habitual escuchar frases del tipo: “si ellos lo hacen, porque nosotras no”.

Pero, cuando la mujer se adhiere al fetichismo masculino, se condena a la soledad que comporta el exilio de lo femenino. Todo por querer hacer parecer que somos iguales y que la justicia distributiva pasa por adherirse a la masculinización. Con frecuencia se confunde diferencia y desigualdad. Esta confusión puede llevar a que la igualdad se realice por equiparación a lo masculino: todos iguales, todos hombres.

Pero la degradación de la vida amorosa, a la que fácilmente se acomodan los hombres, resulta forzada y difícil de sostener para la mayoría de las mujeres. Por eso acaban reservando como único amor auténtico el amor por los hijos.

Este amor de madre se puede llevar también a la relación de pareja donde el hombre pasa a ser un niño a educar. Se invierte así la posición de objeto y se revela en su dimensión más verdadera la afirmación de Lacan de que “[...] una mujer no es un objeto a más que el hombre, ella tiene los suyos”.¹³

La actualidad de la distribución sexual

En cualquier caso, lo que parece innegable es que asistimos a cambios importantes en las dinámicas de la sexuación. La distribución sexual clásica basada en el binario hombre y mujer está en crisis. Como decía al inicio, esto es algo ya adelantado por Jacques Lacan en 1972 cuando, en su Seminario, afirmaba que ya no sabemos qué son el hombre y la mujer.

Las categorías se diluyen por su pluralización ilimitada. Así, actualmente, en las redes sociales más importantes a los usuarios se les ofrecen múltiples posibilidades de identificación de género como las siguientes: intersexo, neutro, andrógino, sin género, género fluido, variante de género, *queer*, o ninguno. La multiplicación puede llegar al infinito, abriendo subconjuntos. Así, dentro de la renuncia al sexo propia del movimiento asexual, pueden incluirse diversas orientaciones románticas, como la heterorromántica, la homorromántica, la birromántica o la arromántica. Vemos como

13 Lacan, Jacques: Seminario RSI (inédito), lección del 21 de enero de 1975.

la lógica basada en el reino del padre, y las categorías universales, cede su lugar a una distribución sexual que tiene que ver con el modo de gozar particular, lo que puede conducir a que la diferencia sexual llegue a basarse en el caso único, o se modifique de modo variable en función de la circunstancia y el momento. En esta perspectiva el género sería irreductible a cualquier clasificación.

Todo cambia, pero no tanto

El 27 de octubre del 2014, se publicaba en el diario *El País* un excelente artículo con el título “Sin instrucciones para saber de sexo” firmado por Carmen Pérez-Lanzac. Documentado en estudios oficiales, la conclusión es que los adolescentes y jóvenes actuales hacen del porno (y su paradigma falocéntrico) la referencia principal de sus prácticas sexuales. Igualmente, se constata que la violencia machista entre adolescentes aumenta. Curiosamente, los estudios destacan que todos los jóvenes creen en la igualdad de sexos. El problema no se da a nivel ideológico, a nivel de las creencias. Marisa Pires, de Acciones de Salud contra la violencia de género, afirma en las declaraciones recogidas por Pérez-Lanzac que “La violencia de pareja hacia las mujeres se cuele por la afectividad y no por la ideología”.¹⁴

Parece que asistiéramos, por un lado, al todo cambia en la distribución sexual y, por otro lado, mediante el auge de la pornografía

como paradigma de la vida erótica, al reforzamiento de las posiciones sexuales más tradicionales. La posición masculina del lado del fetichismo, y de la degradación del objeto erótico como condición de goce, y la posición femenina que hace del consentimiento al fantasma masculino la supuesta vía para obtener el signo de amor, para lograr ser la elegida. Signo de amor, como condición de goce, que con frecuencia no se obtiene y que puede conducir al maltrato.

Quiero introducir esta reflexión como un recordatorio para evitar un efecto de fascinación imaginaria ante las transformaciones en el campo de la distribución sexual, que, sin embargo, existen. El propio papa Francisco afirmaba el 1 de octubre de 2016 en Tiflis (Georgia) que considera que el matrimonio está amenazado por la “ideología de género”. Literalmente Francisco ha declarado: “Un gran enemigo hoy del matrimonio: la teoría de género. Hoy hay una guerra mundial para destruir al matrimonio. Hoy hay colonizaciones ideológicas que destruyen. Por lo tanto, hay que defenderse de las colonizaciones ideológicas”. La iglesia está perfectamente orientada sobre cuáles son los fenómenos emergentes en el campo de la distribución sexual. Sin embargo, el incremento del machismo entre los jóvenes hace evidente que lo nuevo coexiste con lo viejo, y que lo viejo no se deja reducir exclusivamente por la ideología. Las pulsiones no se dejan domesticar por las ideas. Esto implica que las diferencias sexuales no pueden ser enten-

14 Pérez-Lanzac, Carmen: “Sin instrucciones para saber de sexo”, diario El País, 27 de octubre del 2014.

didadas como otras diferencias (ideológicas, por ejemplo). Lo ideológico remite al orden simbólico, lo sexual a las pulsiones, a lo real del goce. Por eso el sexo se resiste a lo cultural y no puede ser deconstruido tan fácilmente como otras variables.

Critica queer al binarismo de género

Debemos al movimiento feminista, al movimiento de Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transexuales, y a la acción favorecida por los discursos de los “estudios sobre el género” (*gender studies*), los “estudios sobre la mujer”, y los “*cultural studies*” transformaciones notables en el discurso y en las prácticas sociales basadas, hasta hace bien poco, en el binarismo heteronormativo.

Mención aparte merece la política *queer* que, de algún modo, es una reacción a los movimientos de gais y lesbianas de gozar de los mismos derechos que los heterosexuales. El término *queer* (raro, bizarro, en inglés), reivindica una diferencia más radical que se sostendría en la práctica particular de goce. Desde esta perspectiva, se postula una sexualidad performativa por fuera de las categorías hombre o mujer, pero también heterosexual u homosexual. Se defiende así una sexualidad rebelde a cualquier

clasificación, a cualquier determinismo. Se reivindica una identidad antimasificación, una ofensiva de los anormales, para que las minorías sexuales se conviertan en multitudes: “El monstruo sexual que tiene por nombre multitud se vuelve *queer*”, tal como expresaba Beatriz Preciado (actualmente Paul B. Preciado) en su texto “Multitudes *queer*. Notas para una política de los *anormales*”.¹⁵ Esta política implica una desterritorialización del espacio mayoritario, pero buscando evitar el gueto, la segregación.

Se trata de una propuesta de desidentificación radical, como cuando Monique Wittig afirmaba en 1978: “Sería inapropiado decir que las lesbianas viven, se asocian, hacen el amor con las mujeres, ya que ‘la mujer’ no tiene sentido más que en los sistemas económicos heterosexuales. Las lesbianas no son mujeres”.¹⁶

Afirmar que no existe un saber sobre lo que es un hombre, una mujer, un gay, o una lesbiana, es un fundamento del pensamiento *queer*. Monique Wittig lo dice en 1978. Lacan, tal como he mencionado, lo dice en 1972. Pero podemos pensar que las prácticas *queer*, al subvertir toda categoría sexual, se sostienen, lo sepan o no, en que la pulsión no tiene un objeto predeterminado excepto la satisfacción misma, y que todo

15 Preciado, Beatriz: “Multitudes queer. Notas para una política de los anormales”, en Revista Multitudes, nº 12, París, 2003. Disponible en: <http://www.revistas.unc.edu.ar/index.php/NOMBRES/article/view/2338>

16 Wittig, Monique: “Thestraightmind”, Conferencia pronunciada en Nueva York en 1978, publicada inicialmente en francés en 1980 en *Questionsféministes*, nº 7, 1980, y como *La penséesstraight*, Balland, París, 2001. (Hay edición en castellano Wittig, Monique: *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*, Egales, España, 2006).

objeto es parcial y desnaturalizado. Por eso la sexualidad no se reduce a la genitalidad. Aunque solo sea porque la libido genital nunca deja atrás las perversiones polimorfas de la infancia. Nunca deja atrás al niño “perverso polimorfo” que Freud alumbró al mundo. Si tomamos en serio estos argumentos, estamos leyendo al Freud que escribió (en 1905) sus *Tres ensayos para una teoría sexual*. No resultaría excesivo decir, en este sentido, que Freud fue un precursor de la teoría *queer*. Pero tanto a Freud, como a Lacan, convendría leerlos de primera mano, cosa que raramente se hace. Si así se hiciera, se entendería que el psicoanálisis lacaniano sostiene que el goce no tiene como meta final de su desarrollo la supremacía genital. Que el goce singular tiñe todo lazo social. Y que la libido polimorfa se engancha a los objetos en función de las huellas de goce imborrables que han marcado a cada uno.

La clínica como la página ausente de la teoría queer. Teoría queer y psicoanálisis.

La teoría *queer* comporta una resistencia decidida a los regímenes de lo normal. Como ha destacado Jacques-Alain Miller, el *queer* subraya que el goce es rebelde a toda universalización, a la Ley, y objeta al gay, al que sobrepasa, que éste se quede en los límites del significante amo masificante.¹⁷

Plantear el goce como rebelde a la ley, a la universalización, a toda propuesta normativa, es un punto de confluencia claro entre

el psicoanálisis y el movimiento *queer*, pero también existe una diferencia clara. Esta diferencia no se basa, a mi juicio, en la crítica habitual de los teóricos del movimiento *queer* al psicoanálisis lacaniano basada en sostener que, a través de la teoría de la sexuación, el psicoanálisis sostiene el binarismo de género aunque solo sea por hablar de goce masculino y goce femenino.

La diferencia fundamental se basa en la clínica. Del mismo modo que Lacan decía que el goce es la página vuelta ausente en la filosofía, la clínica es la página vuelta ausente en los estudios que abordan la cuestión sexual desde una dimensión estrictamente cultural. ¿Dónde quedan las marcas, las fijaciones del goce, la dimensión sintomática de la sexualidad, que observamos en la clínica?

La realidad sexual depende de la fijación pulsional. Por eso no se elige el modo de goce, o se cambia, por un simple acto performativo. Es posible nombrarse desde una identidad sexual, por fuera de las categorías hombre y mujer, y hacer de una práctica sexual una insignia. Esto abre a la diversidad de las prácticas en base a la utilización de distintos objetos, diferentes tratamientos del cuerpo, diferentes tipos de travestismo, de lesbianismo, etc. El término de perversión no tiene sentido aquí, porque la perversión es un concepto de la época en que las normas prevalecían. Esta crítica al concepto moralizante de la perversión es compartida por el psicoanálisis. La posibilidad de elegir a voluntad el modo de goce, no. El sujeto puede autodesignarse

17 Miller, Jacques-Alain: “Des gays en analyse”, Revista *La Cause freudienne*, nº 55, octubre de 2003, p. 89.

en el plano significativo, pero la fijación del goce lo determina.

Lo que se postula en la cultura *queer* es la búsqueda de una nominación a partir de una práctica de goce por fuera de la norma en términos de género. La invitación es a multiplicar las prácticas sexuales y la nominación por la práctica, independientemente del género masculino o femenino. Así Beatriz Preciado, en su *Manifiesto contra-sexual*, con una metodología de deconstrucción derridiana, nos presentaba una filosofía del cuerpo en mutación, proponiendo formas de hipersexualización y de hiperconstructivismo del cuerpo y de sus órganos sexuales. La contra-sexualidad que propone toma apoyo en los instrumentos y aparatos sexuales desnaturalizando el sexo. El objeto tecnológico sirve así a la diferencia sexual en identidades polimórficas y paródicas: maricas, locas, camioneras, marimachos, *butch*, transexuales, travestis o *drag*. Vemos por otra parte como el mismo significativo, que antes estaba al servicio de la injuria, se subvierte para retomararlo en términos de identidad.

Desde el psicoanálisis podríamos objetar que toda práctica sexual, objeto de una nominación significativa, reintroduce de nuevo la identificación común (aunque sea a un pequeño grupo) y borra la singularidad. Podrá ser una particularidad de goce (que lleva a hacer comunidad de goce, por muy restringida que esta sea, con los mismos que comparten esa práctica), pero no es la singularidad de goce.

La sexuación no depende de las identificaciones, sino del modo de goce y es verdad

que la diferencia masculino-femenino no da cuenta de todo lo que agita al cuerpo. Pero ese goce singular es innombrable, no da una identidad y se resiste a ser colectivizado. Se trate de hombres, mujeres, homosexuales, heterosexuales, asexuales, o cualquier otra designación, en cada uno habita un goce que se resiste a ser nombrado y que hace síntoma en singular.

Una de las contribuciones fundamentales de la teoría *queer* ha sido separar sexualidad y género, acentuando lo raro que hay en cada práctica sexual respecto de cualquier otra, en la búsqueda de una nominación performativa, por la práctica. El sujeto, produciendo una práctica sexual, se autodesigna.

En la política de identidades por la práctica inevitablemente se constituyen grupos que borran la singularidad, sometiéndola a un nuevo ideal: el ideal de compartir un goce. Pero el goce, por definición, es imposible de compartir. Solo por esto, sería válida la fórmula de Lacan: "No hay relación sexual". Mi goce nunca es el del otro, ni complementario del otro, es el de mi propio cuerpo. No se goza en el cuerpo del otro, por eso la estructura del goce es autista, rebelde a toda colectivización.

Si bien la sexuación pone en juego las identificaciones, no se reduce ni a las identificaciones, ni a la identidad. Aquí la clínica nos proporciona una perspectiva excepcional y se contrapone a la pretensión de que un sujeto puede darse a sí mismo su propia subjetividad, su propia Ley. Vemos en la clínica cómo la fuerza de la fijación de goce, de lo real pulsional, y de la repetición sintomática, impone sus límites a cualquier pretensión

consciente de cambio. No contar con este obstáculo, es delirar con las posibilidades ilimitadas de autoinventarse, o de producir una sexualidad construccionista por medio de la proliferación de identidades sexuales, inventando géneros, cuerpos y objetos al margen de las exigencias pulsionales que nos habitan. Ese nominalismo idealista ve en cada identidad emergente una novedad. Luego comprobamos, como mencionaba antes, un retorno feroz de lo más antiguo. Son los límites de la resignificación, y de las posibilidades de autodesignarse.

Podemos darle la bienvenida a la diversidad, y a la permisividad de los goces, que acompaña al siglo XXI (al menos en las sociedades democráticas occidentales). Representan sin duda un progreso de la civilización. Siempre que estemos advertidos de que el ocaso de las identidades estables no excluye que la distribución sexual esté al margen de las fluctuaciones de la moda. Existe el riesgo de la recuperación normativa de la subversión sexual. El capitalismo actual tiende a recuperar como mercancía la aparente marginalidad, para hacer de la diversidad negocio.

Manuel Fernández Blanco
Correspondencia: mafeba@mafeba.es

La clínica y el diagnóstico today

The clinic and diagnosis today

Javier Carreño

Psiquiatra, Hospital Ribera Povisa, Vigo

Kepa Matilla

Psicólogo Clínico, Madrid. Burgos

Juan de la Peña

Psiquiatra USM Moratalaz-Vicálvaro. Madrid

Recibido: 15/6/21

Aceptado: 13 / 9/21

RESUMEN

El movimiento perpetuo e irrefrenable de la psicopatología debería de dar cuenta de los cambios de la subjetividad en vez de resolver lo novedoso que encierra mediante el ensanchamiento del pathos, pues la solución no puede ser subsumir lo que no alcanzamos a comprender en una idea más o menos generalizada de psicosis, como si la locura fuera todo aquello que no entendemos.

Hay una tendencia a afirmar que la neurosis es algo fácilmente reconocible que no ha cambiado nada desde los tiempos de Freud, pero, quizás, esto no sea del todo así. Las «neurosis ordinarias» sorprenden a propios y extraños por la pluralidad de sus síntomas, por la mixtura ingobernable de elementos que desbordan la psicopatología decimonónica y por el influjo ineludible que en ellas ha tenido la instauración ampliada del sistema neoliberal en occidente.

El diagnóstico de «psicosis» es un diagnóstico fuerte y, en ningún caso, inocuo. Lleve el apellido que lleve, la calificación de «psicosis» tiene una repercusión sobre el devenir de todo sujeto. Por ello, quizás sea más conveniente hacer un uso prudente de dicha etiqueta y reservarla para aquellos casos en los que el diagnóstico no dé lugar a dudas y sea necesario su uso.

Palabras clave: *psicopatología; teoría sobre la subjetividad; sujeto moderno; neurosis ordinaria; psicosis sin psicosis; sistema neoliberal; borrado de la diferencia; devaluación simbólica; disolución del binarismo; riesgos diagnósticos; estigma; prudencia; diagnóstico en suspenso.*

ABSTRACT

The perpetual and irrepressible movement of psychopathology should account for the changes in subjectivity rather than resolving the novelty that contains broadening the pathos, cause the solution cannot be to subsume what we don't get to understand into a more or less generalised idea of psychosis, like madness were all that we do not understand.

There is a tendency to claim that neurosis is something easily to recognize has not changed since Freud's time, but perhaps this is not quite so. The "ordinary neuroses" are surprising to everybody for the plurality of their symptoms, for the unmanageable mixture of elements that overflow nineteenth-century psychopathology and for the unavoidable influence that the expanded establishment of the western neoliberal system has had.

The diagnosis of "psychosis" is a strong diagnosis and never is an innocuous diagnosis. Whatever its surname, the qualification of "psychosis" has an impact on the future of every subject. It is therefore perhaps better to use this label with caution and reserve it for those cases in which the diagnosis is not in doubt and its use is necessary.

Key words: *psychopathology; theory on subjectivity; modern subject; ordinary neurosis; psychosis without psychosis; neoliberal system; erasure of the difference; symbolic devaluation; dissolution of binaryism; diagnostic risks; stigma; prudence; diagnosis on hold.*

Historia

La psicopatología está en continuo movimiento. Los primeros alienistas trataron de establecer un orden en el campo de la alienación mental retomando el saber clásico de la Antigüedad. La melancolía, concebida como delirio parcial, vertebraba la clínica mental. No obstante, a lo largo del siglo XIX, el denominado *siglo de la clínica*¹, los alienistas hicieron pasar todo ese saber por el estrecho marco de la medicina, estableciendo de este modo un nuevo paradigma a partir del nacimiento de las enfermedades mentales². Sin embargo, dicha empresa quedó dinamitada a principios del siglo XX, con la demolición del gran edificio kraepeliniano. De esta manera, el modelo médico se agotó y fue sustituido por otro. Fue entonces cuando el punto de vista psicopatológico creado principalmente por Freud tomó fuerza, un modelo que sirvió de apoyo para otros clínicos, entre ellos Bleuler, quien se sirvió de las teorías freudianas para tratar de extender los tentáculos de una visión esquizofrénica de la patología mental. Esta nueva perspectiva se extendió como la pólvora en Francia a través de una vertiginosa proliferación de conceptos clínicos, que pretendían describir la subjetividad desde lo normal hasta lo patológico mediante el basto grupo de las *esquizoses*: esquizotimia, esquizonoia, esquizoide, esquizomanía, esquizofrenia, esquizoneurosis, etcétera. Por otro lado, la escuela de Claude, de la que saldrán numerosas figuras influyentes de la psiquiatría y el psicoanálisis, difundió la

visión estructural que Minkowski heredaría de su paso por el Burghözli. Este legado permaneció vigente hasta los años 80 del siglo XX, cuando el *revival* biomédico del movimiento neokraepeliniano se impuso, dando lugar a la segunda gran revolución de la psiquiatría contemporánea mediante la publicación del DSM-III. El extremismo ideológico de dicha propuesta no tardó en recibir una contundente respuesta, no menos radical y a modo de contrabalanceo del péndulo de la historia, de la mano de la antipsiquiatría. Mientras tanto, después de la Segunda Guerra Mundial, otras corrientes destacadas del psicoanálisis norteamericano como la *ego-psychology* o la *self psychology* fueron construyendo sus propias maneras de entender al sujeto moderno mediante una nueva conceptualización psicopatológica que dio lugar a la clínica de lo *borderline* y del narcisismo. Es decir, una nueva manera de nombrar el *ser* contemporáneo, el sujeto de hoy, nuestros nuevos neuróticos, las neurosis de hoy, las neurosis ordinarias. Una nueva subjetividad, aparentemente más inconsistente que la exhibida por el *ser* decimonónico, que nos exige una variación de nuestra perspectiva clínica y la creación de nuevas herramientas teóricas que nos puedan permitir pensarla en el contexto del mundo de hoy, si no queremos que acaben entrando a formar parte de ese gran desconocido «saco sin fondo» de las «psicosis sin psicosis»: las denominadas psicosis frías, psicosis blancas, psicosis latentes, psicosis ordinarias, etc.

1 Cf. Huertas, R. (2004), *El siglo de la clínica*, Madrid, Frenia.

2 Cf. Álvarez, J.M. (2008), *La invención de las enfermedades mentales*, Barcelona, Gredos.

Existen cientos o miles de formas de entender el sufrimiento psíquico, cientos de escuelas, cientos de sistemas, cientos de maneras de nombrar el malestar, lo que nos conduce a múltiples discusiones interminables en torno a los diagnósticos y clasificaciones psicopatológicas. A este panorama debemos añadir las variaciones producidas en la subjetividad como consecuencia de los cambios introducidos por los discursos y las vicisitudes de la época, que bien podría calificarse como una transformación hacia una *cultura del narcisismo*³. Sin embargo, entre tanto, nunca se llega a concretar algo definitivo. Por ello, mientras la rueda de la psicopatología sigue dando vueltas, qué necesario sería poder regresar al momento anterior a tanta especificidad teórica y sistemática para volver a entender la locura como un rapto que se produce ante determinadas circunstancias de la vida de un ser hablante⁴. Porque la locura es locura parcial. De hecho, esa parcialidad de la locura es una de las pocas cosas que permanece inalterable al paso del tiempo a pesar de que nuestros modelos teóricos, desde el biomédico a los estructuralistas, suelen negarla cuando nos olvidamos del *ser* y hablamos del caso, imponiendo de una u otra manera la idea de enfermedad con todas sus consecuencias.

Hay una tendencia a concebir la juventud como una etapa de la vida que carece de experiencia y de conocimientos, como una etapa a la que le falta formación y las herramientas para manejarse en el mundo. Y, sin embargo, la juventud de hoy parecería gozar

de un *plus* respecto a las precedentes, esto es, una especie de saber inédito, producto de la sociedad de la información, con el que pretende suplir todas esas carencias y decir a las generaciones anteriores que las clasificaciones decimonónicas y de principios de siglo XX, no consiguen atrapar del todo la particularidad de su subjetividad. Por eso, el movimiento perpetuo e irrefrenable de la psicopatología debería de dar cuenta de los cambios de la subjetividad en vez de resolver lo novedoso que encierra mediante el ensanchamiento del *pathos*, pues la solución no puede ser subsumir lo que no alcanzamos a comprender en una idea más o menos generalizada de psicosis, como si la locura fuera todo aquello que no entendemos. Eso no es la locura, claro que no. La locura es algo bien concreto y delimitado.

Continuamente nos topamos con una discrepancia entre la ineludible formación teórica sobre las diferentes maneras de entender el sufrimiento mental y el terreno de la práctica, donde uno ha de remangarse y estar dispuesto a dar una y mil volteretas para tratar de sacar adelante a la persona que sufre. Esa discrepancia se hace presente en múltiples ocasiones como, por ejemplo, cuando uno asiste a la puesta en escena del extensísimo conocimiento sobre la psicosis que se maneja en los círculos de psicoanálisis lacaniano que, a veces, se despega tanto de la realidad de la práctica que por momentos parece más orientado para agotarse en extraordinarios debates intelectuales entre

3 Cf. Lasch, Ch. (1999), *La cultura del narcisismo*, Barcelona, Andrés Bello.

4 Cf. Eurípides (1979), *Bacantes*, en *Tragedias*, III, Madrid, Gredos, pp. 323-409.

colegas que para evitar que los pacientes sigan sobremedicados⁵. En esos momentos en los que la teoría pierde el pie del suelo de la práctica se suele obviar una de las clásicas recomendaciones que se hacía a todo practicante, dejar de lado todo lo que uno sabe para poder centrarse en la individualidad y particularidad de la excepción, en lo más singular de cada caso. En nuestra opinión, la trituradora teórica no es capaz de penetrar del todo en la particularidad del ser de cada cual. Eso es algo que uno tiene que ir construyendo a lo largo de la relación terapéutica. Porque si nuestra intervención toma como punto de partida una etiqueta tan pesada y con tanta carga como es la de «psicosis», «esquizofrenia», «crónico», el alcance de nuestras miras se estrecha, lo mismo que una orientación psicofarmacológica reduce nuestras posibilidades de acción en el ámbito social del paciente. Ann-Louise Silver, psiquiatra del Chestnut Lodge, decía que en la época anterior a la medicación sus pacientes esquizofrénicos se involucraban sentimentalmente, se casaban, tenían hijos y se relacionaban con sus cónyuges e hijos; mientras que ninguno de sus pacientes medicados formó nunca una nueva relación⁶.

Ahora bien, esta reflexión no ha de tomarse como una invitación a una acción desorientada. Tampoco debemos ser incautos, pues hay personas a las que hablar de la singularidad de su ser o de las cuestiones más

particulares de su historia les hace daño, lo que nos obliga a tener cuidado con ciertas fragilidades y a respetar las formas que cada uno tiene de encontrar su propia estabilización. Se trata de extremar el cuidado con la manera que tenemos de entender el sufrimiento, porque no hay duda de que la perspectiva desde la que observamos el *pathos* influye y hace variar la cualidad de éste. Si creemos que por determinadas rarezas un sujeto es un psicótico, posiblemente nunca dejemos de ver todo lo que hace como propio de la psicosis.

Neurosis ordinarias

Después de lo dicho, nos parece imprescindible habilitar un sistema de coordenadas que nos permita situar cómo ha mutado la subjetividad moderna a fin de poder dar un lugar en nuestra práctica y atender como se merece eso que hemos denominado «neurosis ordinarias». Estas formas neuróticas, tan comunes hoy en día, sorprenden a propios y extraños por la pluralidad de sus síntomas, por la mixtura ingobernable de elementos que desbordan la psicopatología decimonónica y por el influjo ineludible que en ellas ha tenido la instauración ampliada del sistema neoliberal en occidente. Desgranemos, aunque sea superficialmente, cómo se articulan estos elementos.

5 Cf. Van Os, J. (2018), «El holandés que quiere revolucionar la salud mental: “Es mucho más que tratar síntomas”», disponible en: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2018-04-25/entrevista-jim-van-on-revolucion-salud-mental_1553835/ [Consultado por última vez: 2 de mayo de 2021].

6 Silver, A.-L. (2002), «Psychoanalysis and psychosis: players and history in the United States», *Psychoanalysis and History*, 4 (1), pp. 45-66, p. 62.

Hablamos con relativa vehemencia y desparpajo de neurosis obsesiva versus neurosis histérica. Lo hacemos en nuestro día a día, casi como un mantra que nos posiciona en el mundo como psicoanalistas. Lo hacemos, evidentemente, porque disponemos de un potente corpus teórico que hunde sus raíces en los textos de Freud. Si seguimos ese rastro, la neurosis obsesiva y la neurosis histérica son formas de defensa de un sujeto en lidia con lo real para quien la respuesta está en el hecho de ser el falo o tener el falo, de tener miedo a perder el falo o ser el objeto de amor del que tiene el falo. Hablamos del falo como aquello que tiene o cobra valor en una sociedad, aquello que funciona como señuelo del deseo. Se trata, sin duda, de fórmulas inteligentes que funcionaban muy bien a la hora de atender a los sujetos de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, sujetos de la modernidad, sujetos determinados por una estructura social muy concreta en la que los papeles de amo y esclavo estaban visiblemente delimitados y organizados a partir de un patriarcado evidentemente machista y una nítida jerarquización de los estratos sociales. Sin embargo, todas estas circunstancias resultan ser un poco diferentes en este siglo XXI. Por ejemplo, en nuestros días, la clásica dialéctica del amo y el esclavo⁷ ha sufrido una mutación como resultado de la expansión de la técnica y la política del neoliberalismo anarco-capitalista. A diferencia de lo que ocurría siglos atrás, en esta época de la

historia que ahora vivimos «cada individuo es realmente un proletario»⁸, en el sentido de que todos somos «proletarios del goce»⁹. Eso implica una serie de cambios y transformaciones en las atribuciones subjetivas del sujeto contemporáneo ya que, al borrarse la diferencia entre los sexos, a la hora de la distribución de la producción, lo fálico toma nuevos semblantes.

En consecuencia, la diferencia entre obsesión e histeria se hace cada vez más borrosa, más difusa, más ordinaria, podríamos decir. Ahora los sujetos navegan entre «S barrado» y «a» con facilidad y normalidad, de la misma manera que su posición alterna entre la de consumidores y producto de consumo. El campo del deseo se torna frágil e imaginario a la vez que se aspira ineficazmente a sostener a ese Otro que no existe, porque ese Otro no es más que una corporación internacional ávida de beneficios. Las maniobras a las que recurre la neurosis de hoy en día se mueven en el terreno de los *tattoos*, los peinados, los discursos de la excepción, las dietas, la autogestión, los significantes del producto/consumidor perfecto, etcétera; y junto a estas maniobras, los síntomas que emergen llevan la marca de la devaluación de lo simbólico y del exceso de pregnancia de lo real y lo imaginario que le acompaña: así es como podemos entender las nuevas formas que adopta el malestar a través de la anorexia-bulimia, la dismorfofobia, la cirugía llevada al paroxismo neurótico, el

7 Cf. Kojève, A. (1982 [1979]), *La dialéctica del amo y del esclavo en Hegel*, Buenos Aires, La pléyade.

8 Lacan, J. (2006 [1974]), «La tercera», en *Intervenciones y textos*, 2, Buenos Aires, Manantial, pp. 73-108, p. 86.

9 Carreño, J. *Comunicación personal*, 6 de mayo de 2021.

apaciguamiento por lo real de las distintas formas de *acting*, la autolisis y los consumos desnortados de drogas, psicofármacos, anabolizantes, diuréticos, estimulantes, etcétera. Finalmente, lo que esta sociedad nos enseña no es sino el camino al que nos conduce la disolución del binarismo, del empoderamiento de las individualidades que no encuentran lugar para su deseo en el paradigma antiguo, esto es, lo *trans*, lo asexual, lo no binario, en definitiva: «lo que sea, ¡pero eso no!». No obstante, sea dicho de paso, sería una temeridad plantear que este cambio supone un giro de la historia, en el sentido de poder concebir la ensoñación de lo no binario como una liberación final del yugo signifiante al que el ser hablante se ve sometido porque, enseguida, a la vuelta de la esquina volveremos a encontrarnos con un nuevo binario: los no binarios y los otros. No cabe duda de que resulta imprescindible atender a lo no binario, darle un lugar y un nombre, aunque sea difícil pensar en el fin de la historia y que la cura de la neurosis pueda venir por la promoción de una nueva identificación. Porque, de hecho, si la neurosis es algo, es pura identificación y cuanto más pétrea y cerril, más drama acudirá a su devenir.

La cuestión apuntada sobre los consumos merece una mención aparte ya que, igual que la época, también modifica el sustrato del que brotan lo que hemos llamado «neurosis ordinarias». El consumo crónico o recurrente de drogas psicodislépticas produce cuadros psicóticos. Esto no es una novedad. Son abundantes los estudios clásicos y actuales que hablan sobre las psicosis tóxicas y los cuadros cuasi oniroides. Esto explicaría por qué estamos asistiendo

a una especie de hemorragia encubierta de cuadros de apariencia psicótica, pero que no responden en su curso ni en su discurso a las formas típicas de las psicosis clásicas. Hablamos de cuadros fluctuantes de contenidos deliroides con elementos terrenales, sin dioses ni grandes Otros de referencia. Paranoias de andar por casa, celos de saldo y enfados mayúsculos que terminan en ingreso psiquiátrico por trivialidades de la vida cotidiana. Del mismo modo, el consumo crónico de estimulantes y anabolizantes da lugar a sujetos empobrecidos en el deseo, aturdidos entre el insomnio, la agresividad y la disforia impenitente por el deterioro cognitivo y la frustración de la satisfacción perdida. Finalmente, el uso indiscriminado de antidepresivos y ansiolíticos genera cuadros de difícil filiación psicopatológica, donde se entremezclan *actings*, disforias, hipomanías sin objeto de deseo y un caos fenomenológico que hunde habitualmente sus raíces en esta toma errática y, a veces, fuera de prescripción de muchos de nuestros habituales psicofármacos.

El diagnóstico en suspenso

El diagnóstico de «psicosis» es un diagnóstico fuerte y, en ningún caso, inocuo. Lleve el apellido que lleve, la calificación de «psicosis» tiene una repercusión sobre el devenir de todo sujeto. Por ello, quizás sea más conveniente hacer un uso prudente de dicha etiqueta y reservarla para aquellos casos en los que el diagnóstico no dé lugar a dudas y sea necesario su uso. En los demás casos en los que, por un motivo u otro, la psicosis se plantee como hipótesis, más vale, cuanto menos, dejar el casillero

del diagnóstico en suspenso para tratar de centrarse en cómo podemos sacar adelante al sujeto en crisis, sin olvidar el paradigma «ordinario» bajo el cual se presenta hoy en día la subjetividad contemporánea.

En el ámbito clínico, «psicosis» nombra una forma de padecimiento subjetivo que engloba un amplio abanico de vivencias que comparten un elemento común y singular que, por lo general, solemos resumir en el característico fenómeno de la experiencia de la certeza¹⁰. Se trata, por tanto, de una forma de padecer que es posible describir de la mano de una semiología más o menos específica y que, incluso, es posible distinguir y clasificar en el gran abanico de los padecimientos a los que comúnmente llamamos «categorías clínicas».

El diagnóstico de psicosis resulta fácil cuando estamos ante un sujeto paranoico, un caso de melancolía delirante o incluso ante un paciente atomizado por la xenopatía esquizofrénica. Ahora bien, nuestro punto de vista psicopatológico nos lleva a que el diagnóstico se complique cuando nos adentramos en ese terreno siempre confuso y escurridizo en el que todo lo eminente de la psicosis se presenta de una manera larvada o atenuada. Se trata de casos a los que se les ha puesto el apellido, por ejemplo, de «paranoia rudimentaria», «melancolía sin

delirio» o «esquizofrenia latente». Son casos en los que el cuadro clínico cursa sin las manifestaciones más célebres del padecimiento y, sin embargo, se tiende a inferir en ellas un proceso psicopatológico subyacente que los hermana¹¹.

El problema reside en que ese terreno, siempre resbaladizo, ha dado pie a multitud de exuberancias especulativas a lo largo de la historia de la clínica, porque cuando la semiología no alcanza, la teoría se sobredimensiona. En ese momento, el diagnóstico se oscurece y complejiza para el clínico de manual y se ilumina y acrecienta con cierta vehemencia para el teórico más entusiasta que carece de práctica clínica.

Es decir, el punto de vista psicopatológico o estructural lleva a esbozar los márgenes de la psicosis con un sinfín de signos y experiencias (los nefastos *signos discretos*) que pueblan ese insondable límite entre la locura y lo que no lo es. En esos márgenes que rodean a la paranoia, a la xenopatía y a la melancolía delirante podemos encontrar todo aquello que la psiquiatría ha ido apiñando bajo el calificativo «simple» (estado paranoide simple, esquizofrenia simple, etc.) o mediante la incorporación del sufijo *-oide* a otros conceptos psicopatológicos de la psicosis (delirioide, paranoide, esquizoide, etc.), es decir, todo aquello que se plantea

10 Álvarez, J.M^a. (2013), *Estudios sobre la psicosis*, Barcelona, Xoroi Edicions, pp. 177-193.

11 A lo largo de la historia de la psicopatología son muchos los autores que han tratado de describir, de manera más o menos acertada, ese margen al que aquí denominamos como «psicosis sin psicosis». No obstante, en nuestra opinión, existen tantas descripciones psicopatológicas como grande es el riesgo que corremos de usar la psicopatología para extender como la peste el diagnóstico de psicosis. Tómese como ejemplo lo que decía Bleuler sobre la «esquizofrenia latente», que era, con diferencia, la más común entre la población a pesar de que no llegó nunca a especificar en qué consistía, ni en qué se basaba para realizar dicha inferencia (Bleuler, E. (1993 [1911]), *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*, Buenos Aires, Hormé, p. 348).

como *psicosis sin psicosis* declarada. Lo mismo ocurre con esas otras formas en las que la psicosis se manifiesta no tanto por la irrupción de la certeza sino, más bien, por la profunda conmoción que promueve su negativo, es decir, el vacío de significación más radical. Nos referimos a esos estados prolongados de perplejidad prepsicótica en los que el sujeto se ve enfrentado a la falta de todo asidero al mundo de la significación y que tan bien describió Blankenburg a través del concepto de «pérdida de la evidencia natural»¹². En este terreno es muy fácil que la teoría nos dé lo que la clínica nos niega, corriendo el riesgo de apresurar un diagnóstico tan fuerte como difícil de remover con el tiempo, en el caso de que éste acabe siendo errado.

No olvidemos que siempre han existido sujetos raros cuyas problemáticas resultan difícilmente clasificables. Entre estos se encuentran, por ejemplo, aquellos que sufren del sinsentido de la existencia, los que se quiebran y detienen por el ruido enigmático de un órgano en exclusiva, los que se quedan atrapados en una queja aparentemente banal pero inmutable, o los que han perdido la idea de identidad en el camino. Lógicamente, también los hay que sufren un episodio psicótico y, cuando se recuperan, su vida continúa sin ningún signo patológico y tienen un funcionamiento absolutamente normal. Pues bien, a todos estos, más vale dejar el diagnóstico en suspenso que ponerles el «sambenito» de *psicóticos*. Seguro que la vida les irá mejor sin la marca y el estigma que dicha etiqueta lleva aparejado.

Tradicionalmente, el diagnóstico de psicosis tiene un carácter muy extendido en la comunidad lacaniana. Una de las razones se debe al rechazo de la patología *borderline* y narcisista. La IPA pensó mediante esos términos al sujeto actual, sin embargo, los lacanianos tienden a incluirlo en la psicosis. Esta dimensión que ha alcanzado la psicosis resulta desconcertante y, cuanto menos, preocupante para aquellos que trabajan en contacto directo con la locura en las instituciones, ya que conocen bien las consecuencias de dicha etiqueta: la cronicidad y la necesidad perpetua de tratamiento que, paradójicamente, como hemos apuntado, alejan al sujeto de la posibilidad de una vida social normalizada. Además, esta expansión diagnóstica se ha realizado con conceptos un tanto inconsistentes y con el correr de los tiempos se han ido convirtiendo en máximas absolutas y sobrentendidas. Estos conceptos carecen, o bien de una semiología precisa, o bien se conciben de una manera ajena a la dimensión subjetiva. Es tan importante que la psicopatología y la teoría sobre la subjetividad vayan de la mano que, en nuestra opinión, separadas no tendrían ningún sentido.

La situación a la que hemos llegado es a una sobrestimación desmedida de las rarezas individuales, de lo extraño y de lo no común, como signo discreto de psicosis. Algo similar ocurrió con el automatismo mental de Clérambault. Llegó a ser tan mínimo que al final no permitía distinguir si un fenómeno era algo normal o si pertenecía exclusivamente al territorio de la experiencia de

12 Cf. Blankenburg, W. (2013), *La pérdida de la evidencia natural. Una contribución a la psicopatología de la esquizofrenia*, Santiago de Chile, Ediciones Universidad Diego Portales.

la psicosis. En este sentido, cuánto mejor hubiera sido para la práctica clínica habernos conformado con el concepto neutro y prudente de «inclasificable» que, además, fomentaba el debate y la reflexión del caso por caso. Sin embargo, con el impulso de la «psicosis ordinaria» se ha empujado con demasiada ligereza a realizar diagnósticos definitivos y concluyentes de psicosis en situaciones poco propicias para ello. Nos referimos, principalmente, a las presentaciones de enfermos o las exposiciones de breves viñetas clínicas. En éstas se suelen comentar fenómenos cogidos un poco por los pelos donde priman los hechos siempre tan confusos del cuerpo, como cuando se intenta comparar, por ejemplo, cualquier experiencia corporal del sujeto con la experiencia de defecación de Schreber. Todo este abuso de la teoría que ha ido alejando a la comunidad analítica de la clínica cotidiana de la psicosis ha llegado al extremo de sostener verdaderos disparates como: «la psicosis ordinaria es lo más común en la clínica contemporánea»; o, «un paciente es psicótico ordinario hasta que se demuestre lo contrario»; incluso que «habría que revisar todos los casos freudianos para replantarse el diagnóstico de psicosis ordinaria» (esto ya se hizo en la IPA con los casos de *Estudios sobre la histeria*, se consideró que algunos eran casos de esquizofrenia)¹³.

Hay un riesgo inherente al proceso de etiquetado de la subjetividad. Lo vemos, por ejemplo, con el diagnóstico de «trastorno bipolar», que implica sobremedicación y cronificación, así como la desubjetivación de

toda dimensión afectiva, obviando los efectos euforizantes de los antidepresivos y la dimensión triste o inestable de toda neurosis. También lo vemos con el «trastorno límite», que condena, por un lado, a la desatención y la desidia terapéutica, al desaliento o el descrédito de la palabra del paciente; y, por otro lado, cuando se aborda desde la premisa que supone una deficiencia yoica constitutiva, la terapéutica se ve empujada a tratar de compensar dicha deficiencia sin tener en cuenta la dimensión de goce que subyace. En este mismo sentido, la «psicosis ordinaria» lleva a la identificación del paciente con *ser un psicótico*, con la funesta implicación que esto puede llegar a tener en su vida. Resulta por ello penoso conocer a personas que se agarran al diagnóstico de psicosis para sí mismos, bien porque con cierta ligereza se lo hayan atribuido voluntariamente, bien porque algún desventurado se lo haya asignado alegremente sin mucho fundamento, y hacen de dicho diagnóstico el eje sobre el que vertebrar su vida y atormentar la de los demás, una vida de desventaja, dependencia, incapacidad e insuficiencia.

Se suele decir, por una parte, que la locura ha cambiado, que se ha transformado de acuerdo con el nuevo paradigma de la subjetividad moderna. Es decir, que la locura ya no es como antes, que ya no existen las grandes manifestaciones de locura, que ya no son frecuentes las locuras extraordinarias, sino que la locura se ha generalizado y que asistimos a una epidemia de locuras silenciosas que exhiben sus formas singularmente discretas de suplir sus discretas forclusiones. Se

13 Cf. Reichard, S. (1956), «A re-examination of "studies in hysteria"», *Psychoanalytic Quarterly*, 25(2), pp. 155-177.

suele hacer referencia a ciertas experiencias del cuerpo o a ciertas expresiones subjetivas que, leídas desde la teoría, se arman en explicaciones que cuadran de una manera elocuente. Sin embargo, en nuestra opinión, la finura semiológica del fenómeno que tratamos de describir no debe discurrir sin tener en cuenta su impacto sobre la vida de cada sujeto. Por tanto, la clínica no puede estar orientada por el aislamiento de un microfenómeno o signo discreto sin más, sino por algo mucho más importante que éste debe llevar aparejado: esa conmoción subjetiva que lo acompaña, esa profunda perturbación que promueve en la vida cada sujeto, y que lo distingue de manera palmaria de todos aquellos fenómenos psíquicos que no tienen más valor que el de una mera anécdota.

Por otra parte, hay una tendencia a afirmar que la neurosis es algo fácilmente reconocible y que no ha cambiado nada desde los tiempos de Freud. Mucho nos tememos, como hemos comentado, que en tiempos de

Freud la neurosis ya era bastante diferente a las clásicas neurosis de las que él nos habla. No hay más que echar un vistazo a los casos que encontraban sus alumnos en las políclínicas gratuitas de Berlín y Viena. Casos de neurosis indistinguibles de la clínica borderline, patologías del acto y episodios psicóticos aislados.

La práctica clínica en instituciones nos muestra que la locura de hoy y de siempre sigue siendo la misma. No ha variado. Esas categorías clínicas que, por supuesto, tienen algo de construcción aproximativa o ficticia, siguen siendo una buena referencia. Por eso, nuestra posición prefiere la prudencia, al diagnóstico sin fundamento sólido. Es necesario abrir un espacio de reflexión en ese terreno intermedio que se extiende entre el extremo de la clínica del descrédito psiquiátrico y la clínica de la pluralización de la locura o de la sospecha. Ése es el lugar para Otra psiquiatría.

Referencias bibliográficas

1. Huertas, R. (2004), *El siglo de la clínica*, Madrid, Frenia.
2. Lasch, Ch. (1999), *La cultura del narcisismo*, Barcelona, Andrés Bello
3. Álvarez, J.M. (2008), *La invención de las enfermedades mentales*, Barcelona, Gredos.
4. Eurípides (1979), *Bacantes*, en *Tragedias*, III, Madrid, Gredos
5. Silver, A.-L. (2002), «Psychoanalysis and psychosis: players and history in the United States», *Psychoanalysis and History*, 2002 4:1, 45-66
6. Álvarez, J.M^a. (2013), *Estudios sobre la psicosis*, Barcelona, Xoroi Edicions
7. Blankenburg, W. (2013), *La pérdida de la evidencia natural. Una contribución a la psicopatología de la esquizofrenia*, Santiago de Chile, Ediciones Universidad Diego Portales
8. Reichard, S. (1956), «A re-examination of “studies in hysteria”», *Psychoanalytic Quarterly*, 25(2), pp.155-177.

Javier Carreño

Correspondencia: jcarreno@povisa.es

El silencio y el sufrimiento contemporáneo

The silence and the contemporary suffering

Ramón Area Carracedo

Psiquiatra. Santiago de Compostela

Federico Menendez Osorio

Psiquiatra. A Coruña

Recibido: 15/6/21

Aceptado: 14/9/21

RESUMEN

Se realiza una revisión del silencio desde un punto de vista filosófico y antropológico, contraponiéndolo al ruido de fondo que caracteriza el capitalismo especulativo. Se pone en relación con una determinada forma del sufrimiento contemporáneo que caracteriza elementos estructurales de la clínica, la demanda y la organización asistencial.

Palabras clave: *Silencio, Ruido, Capitalismo, Psiquiatría social.*

ABSTRACT

We try a review of the silence from a philosophical and anthropological point of view, in opposition to the background noise that characterises the speculative capitalism. The silence and the noise are in relation with a determinate form of the contemporary suffering that characterises structural elements of the clinic, the demand and the care organisation.

Key words: *Silence, Noise, Capitalism, Social Psychiatry.*

“El silencio es la primera piedra del templo de la filosofía”.

Pitágoras

Este texto, escrito a cuatro manos, es producto de una larga conversación, desarrollada a lo largo de años enredados alrededor de la salud mental. De compartir lecturas, de apuntar ideas de las que han surgido otras ideas, de hablar, de escuchar y de pensar en lo que se ha dicho y lo que se ha oído. De viajar desde el relato de los pacientes a los libros y desde los libros al sufrimiento de las personas que atendemos. De ese asunto infinito que es permitirse y obligarse a pensar en los asuntos humanos, cuando descarrilan y cuando consiguen enderezarse.

El que se publique es producto de una invitación por parte de Víctor Aparicio, primero a Chus Gómez, persona fundamental en esa otra revista indispensable que es el *Siso Saúde*. Con posterioridad, fue Chus quién nos convidó a escribir en este número especial de *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*.

Damos las gracias a los dos. Sabemos que ellos entenderán que la forma del texto sea la que fue surgiendo desde el contenido.

Aunque lo habitual es **definir el silencio** como la ausencia de ruido, quizás sea la música el campo privilegiado desde donde entender su naturaleza última. La creación de música necesita un vacío sonoro en el que se pueda desplegar el sonido. Por ello, el silencio se parece más al lienzo en blanco del pintor, a la piedra en bruto que palpa el escultor o al espacio virgen que contempla el arquitecto.

Silencio es entonces una ausencia, pero aquella que abre específicamente la posibilidad de una presencia, el sonido. Es la ontología desde donde despierta el acontecer de las palabras. Es una huella que no remite al pasado sino al futuro, a lo que está por venir, sea música, ruido o palabra.

El sonido, además, se comporta de manera equivalente. Un sonido nace del silencio y, además, su existencia debe albergar la certeza de un regreso al lugar en el que nació.

El silencio no es un resto, no es aquello que aparece cuando termina una palabra y aún no empezó la siguiente. El capitalismo intenta erradicar el silencio e instaurar un continuo sonoro, sin pérdida de tiempo, en donde cualquier instante temporal y en cualquier rincón del mundo, pueda colocar una palabrería que abra la oportunidad de negocio. El discurso progresista huye del silencio porque lo ha sufrido, por que en muchas ocasiones se le ha impuesto a la fuerza y por que la libertad de expresión es un derecho siempre amenazado. Por ello, tal discurso ha quedado atrapado en una paradoja: si callas otorgas, y si hablas serás un ruido más.

Walter Benjamin (1) señaló que no nos comunicamos a través del lenguaje, sino que **estamos en el lenguaje**. Cabe entonces preguntarse por el estatuto del silencio, quizás para señalar que no es la ausencia del lenguaje, sino precisamente una de sus esencias, como el simbolismo o la metáfora. El silencio no acontece cuando cesa el lenguaje sino que remite a su presencia eterna, aún cuando la palabra se halla ausente. Siguiendo a Ortega (2), nuestro silencio (al igual que nuestras palabras) es inseparable de la situación vital en la que acontece. Por ello, siempre tiene un sentido, proporciona una diferencia que radica en el lugar y en el momento en el que sucede. El silencio reside en la vida humana y a ella siempre se refiere. Al igual que la palabra, además de decir sobre la situación, también la supone, la deja en lo tácito.

El silencio puede pertenecer tanto al paisaje como al sujeto. Por ello es **calidad** pero también **acto**. Así hay silencios espesos, pesados, absolutos, terrenales y celestiales, totales, huecos e incluso pueden dotarse de color y sentirse como blancos, negros o amarillos (sin ser por ello sinestésicos). Pero el silencio también se guarda, se respeta, se interrumpe o se destruye y, también, en ocasiones es tenso, amenazador, mudo o clamoroso.

Al pertenecer al sujeto y al paisaje, el silencio es, sobre todo, un **lugar que se habita**. Alain Corbin (3) traza una tipología sugerente a partir de la literatura, el cine o la pintura. El silencio íntimo es el silencio de la habitación, aquel que se busca para

quedarse a solas consigo mismo, libre de la presencia de los otros. El silencio del recogimiento es el silencio de la biblioteca y, con carácter general, aquel que busca pensar o reflexionar. Hay también un silencio del aislamiento involuntario, como en las cárceles o en los hospitales psiquiátricos. En el silencio ante la lápida hay una muestra de respeto pero también es un silencio indirecto delante de la propia posibilidad de muerte. El minuto de silencio, en ocasiones, solo consigue que una multitud silenciosa se acerque al ruido colectivo como manera de huir del silencio individual. Los silencios cómplices son silencios a dos, en donde hay un entendimiento especial entre los sujetos, Son parecidos pero no idénticos a los pactos de silencio, mediatizados por el secreto y que por lo tanto nacen de la exclusión de un tercero. El silencio del desierto es el espacio de la nada, un contemplar la pura desaparición en medio de la vastedad del paisaje. El silencio de la montaña acalla el ruido de la muchedumbre y de él brota el sonido de la naturaleza. El silencio del mar en calma chicha es la representación de la inmovilidad perfecta, un estar en el medio de donde puede surgir la tempestad y, sin embargo, se permanece rodeado de una quietud que se extiende hasta el horizonte. Hay un silencio del bosque, en donde los seres humanos buscan el paseo, un deambular de ruido a ruido a través de la frondosidad callada. El silencio fraterno acontece en el seno del abrazo, cuando sobran las palabras o éstas simplemente no alcanzan, y el silencio de la turbación acontece cuando los acontecimientos desbordan la voz y quiebran al sujeto.

En el campo de la subjetividad y del lenguaje, este juego de ausencias y presencias no se limita únicamente a un espacio universal y completo, sino que se desliza a través de las diferentes formas del yo y del otro. Ello significa además hablar de la **permeabilidad** del sonido y la palabra entre diferentes instancias, así como las posibilidades de **espacios sonoros compartidos**.

En una primera aproximación podríamos hablar de lo consciente y de lo inconsciente, reflexionar sobre qué silencios o qué palabras viajan de un lado a otro de esta frontera fundacional, o cuáles de estas ausencias/presencias son audibles desde los dos lados del sujeto. En la propia *spaltung* es donde el Yo es hablado en el lenguaje, en la escisión constitutiva en todo ser hablante: poder ser sujeto del enunciado y sujeto de la enunciación. Además, más allá del sujeto está el otro o los otros, y en esa frontera del yo-piel también se despliega la ausencia propia del silencio y la presencia propia de la palabra.

La literatura psiquiátrica es muy amplia en los conceptos de Yo y de Otro. Quizás una aproximación más naturalista y que permita trazar conclusiones hacia lo social (que es el propósito de este artículo) parta de las **formas pronominales** del lenguaje. Yo, tú, él, nosotros, vosotros y ellos son, a fin de cuentas, la manera en la que las lenguas dan cuenta de la identidad individual (las formas de singular) y las identidades colectivas (las formas del plural). En la subjetividad contemporánea está en riesgo la pervivencia de la segunda persona. Es el silencio quien permite el tú y el vosotros. Para el yo y el ellos, basta el ruido.

Los profesionales de la salud mental damos cuenta de un tipo especial de dolor que se sitúa en la subjetividad y al que llamamos sufrimiento. Además, su entendimiento solo es posible a través de una **doble articulación narrativa**. De un lado, el diálogo que se establece entre terapeuta y paciente, en donde se despliega una conversación especial, en un lugar protegido, y en la que lo dicho y lo no dicho cobra especial importancia. De otro lado, lo biográfico, en cuanto narración de la vida en el tiempo y en la que existe un encadenamiento a través de las relaciones del sentido (y entonces, luego, pasó esto o aquello, y yo hice esto, me afectó...) y no pertenecientes a la física (fuerza, gravedad, magnetismo, transmisión neuronal o potenciales de acción neuronales).

De esta identidad narrativa, nos señala Ortega (4): “frente a la razón físico matemática está la razón narrativa... El razonamiento esclarecedor, la razón, consiste en una narración... Para comprender algo humano, personal o colectivo, es preciso contar una historia”.

Ricoeur (5) entiende la identidad narrativa del relato como la dimensión lingüística que damos a la dimensión temporal de una vida. Así, es la narración lo que convierte la vida biológica en una vida humana. La vida viene a ser el tejido de historias narradas, actividad construida a la luz de los relatos que nos inscriben en una cultura y una historia familiar y social.

Freud ya situó el silencio como perteneciente a lo exploratorio (una *tábula* rasa que acoge las palabras del sufriente) y lo terapéutico

(la situación terapéutica como contexto de silencio que contribuye al *insight*). Además, presencia y ausencia pasaron a formar parte de la manera de entender el vínculo, tanto desde una teoría de la psicología del desarrollo como de una teoría de la transferencia.

El **silencio de lo exploratorio** del que habla el psicoanálisis permite una manera de entender la historia clínica, en la que sobre esa dicotomía universal de la ausencia/presencia, se ancla la diferencia entre las entrevistas directivas y las entrevistas no directivas.

Hubo un tiempo que a esta consideración se le concedió un estatuto hermenéutico, es decir, aquellas palabras que irrumpían en el silencio de la relación terapéutica sin, de alguna manera, haber sido favorecidas por el profesional, tenían un valor especial para interpretar al sujeto. Hoy, por el contrario, la clínica positivista propone una entrevista directiva y en la que el silencio es el ruido que incomoda la objetividad y el dato cuantitativo que debe aprehenderse. El silencio exploratorio ha pasado a ser justo su contrario, es decir, persigue acallar todo aquello que dificulte el cumplimiento de una escala y la uniformidad del sujeto.

La escucha, además, ha sido sustituida por la escritura ruidosa del ordenador, en donde el teclear y la pantalla rompen el silencio anunciando una codificación inmediata, en la que no media la reflexión del terapeuta y el esfuerzo, a veces complejo, de entender y de hacerse entender, que se diluyen en una mera constatación burocrática. Lo hablado queda escrito en el ordenador, sin lugar para la recreación de memoria o las

imprecisiones del papel. El relato es puesto en duda por ser lo que es, un relato, con sus vaguedades, sus puntos de vista y su parte de creación. Se pretende su sustitución por la nota de prensa, breve, objetiva, precisa y, en ocasiones, punzante. Sucede que la nota de prensa no da cuenta de lo biográfico y de lo relacional. Lo único que poseemos las personas para hablar de nuestro sufrimiento son esos relatos tan precarios, en el fondo, como nuestra propia condición humana.

Este intento de reducir el relato, la anamnesis o la historia (con la informatización y la digitalización) a una recopilación de datos (el dataísmo) para ser analizados e interpretados análogamente a como se interpreta una radiografía, una biopsia o una analítica, es una vana pretensión de querer reducir la palabra y el silencio a una mera señal, un objeto o un número que ignoran lo polisémico, lo simbólico, lo metafórico, el sentido figurado, el contexto, la situación... es decir, todo lo que es propio del lenguaje.

Carr (6) advierte sobre el fundamentalismo de los datos y las repercusiones en la clínica de una digitalización e informatización llevadas al extremo. Martin y Sinsky (7) denuncian lo que denominan la *tecnogobernanza*, la burocratización en los historiales clínicos informatizados y digitalizados, el empleo de mayor tiempo en escribir datos y registros que en atender y escuchar al paciente y establecer relaciones clínicas: “un paciente es algo más que un cuestionario de datos a clicar”.

En un sentido parecido, Byung Chul Han (8) reitera cómo los datos, los números, no cuentan nada sobre el Yo. Los datos son

aditivos y enumerables pero no narrables, no proporcionan autoconocimiento, son una mera enunciación y adición de sucesos e información en donde las correlaciones sustituyen a las causalidades. El bigdata, mecánico e instrumental es ciego al acontecimiento: El conocimiento total de datos, es un desconocimiento absoluto, es el grado cero del espíritu.

El **silencio terapéutico** es, en cierta forma, una manera especial de situarse el terapeuta en el silencio, no para callar o ignorar, sino para escuchar de una forma singular y que invita al propio sujeto a llenar tal silencio. Es un motor de la introspección, entendiendo que de nada sirve un diagnóstico sin un trabajo previo de (auto)comprensión por parte del sujeto acerca de lo que le sucede. El silencio terapéutico es lo que contribuye a que el paciente busque un saber de sí de la manera más sincera y honesta posible.

El sufrimiento mental necesita la conversación como manera de acceder a su exploración y a su terapéutica, a su entendimiento y a su alivio. Pero la conversación es a través de las palabras que solo serán tales si está también permitido residir en el silencio. Toda conversación, dice Le Breton (9) es un tejer de silencios y palabras.

El **silencio en el encuadre**: El silencio también constituye una de las esencias del encuentro. Las citas, la duración, el inicio, el fin... construyen un lugar en el que la palabra cobra importancia justamente porque fuera de él aguarda el silencio.

A lo largo del proceso terapéutico lo que en el sujeto permanecía en silencio se va abriendo hueco a través de las palabras. Y lo que en un principio era cháchara, frases banales, palabrería en la que esconderse, va depositándose en el silencio. De alguna manera, las presencias y las ausencias se van invirtiendo,

La situación clínica sabe de la **polisemia del silencio**. A veces suena un silencio a voces o nos encontramos con silencios que, en ocasiones, son el más profundo de los decires. Hay silencios evocadores, silencios cómplices, silencios que, como los del soberano, son prepotentes e impositivos, silencios que desprecian o se tiñen de indiferencia. Observamos también silencios que protestan, negativistas o aquellos otros que insinúan el abismo del misterio. Basten estos ejemplos para señalar la importancia del silencio en una clínica del sufrimiento que se sitúe en el encuentro, en la subjetividad o en el lenguaje.

Una **psicopatología del silencio** debería contemplar si acontece en lo sonoro, en el vínculo o en el pensamiento.

El **silencio sonoro** es el mutismo (la mudez sería más bien un silencio fónico) en donde la palabra se ausenta pero lo no verbal se hace presente para dar cuenta de las cosas. El cuerpo, lo no verbal, el movimiento, la mirada... son los elementos que se constituyen como presencia, con valor comunicativo y, de estar en un contexto terapéutico, semiótico. El silencio sonoro

da cuenta de una imposibilidad de discurso generalmente en el sentido de una defensa: la palabra se convierte en ausencia para no ser hablada y para no escuchar(se). Es en la clínica de lo conversivo-somatizador en donde aparece el silencio sonoro.

El **silencio vincular** es el abandono o la imposibilidad del otro. En donde la palabra llena el vacío de la soledad, aparece un silencio que da cuenta de un ser sin un nosotros, que está por fuera del mundo relacional.

La melancolía suele ser taciturna, algo bien distinto de la timidez. El tímido busca estar en aquello que no puede. El taciturno renuncia a lo que un día encontró, ya no le llenan las palabras, de alguna manera viaja del silencio entre los otros al silencio en el sí mismo. Las psicosis autistas abren un silencio abismal con el mundo. No es un viaje ni una imposibilidad, se acerca más a la idea de frontera, de lo in-franqueable, del muro de silencio que protege del ruido desintegrador.

El **silencio del lenguaje** es el vacío, el verdadero silencio que puede ser definido como pura ausencia, sin posibilidad de palabra. Los bloqueos psicóticos, el ensimismamiento, las catatonías son, en ocasiones, pura oquedad que se entremezclan con ese otro ruido característico del automatismo: en donde debería haber silencio, el mundo habla. Suenan los pensamientos hasta convertirse en xenopáticos, aparecen fenómenos de imposición, los movimientos son forzados. Donde todo debiera estar silenciado, todo aparece de manera inefable, con la obligatoriedad de vivirlo y de dar cuenta de ello.

Los silencios son, en ocasiones, **causa de desasosiego o resultado de catástrofes**, apareciendo como testimonio de la fragilidad o la estupidez humana. Lo traumático, elevado hoy a categoría de estructura diagnóstica principal, se llena de ruido, confundiendo la dignidad de la víctima o los afectados con el discurso que llena a borbotones el sufrimiento, hasta saturarlo y banalizarlo. Hablar por hablar no ha sido nunca de gran ayuda ante lo traumático. Tampoco la reglamentación o la entrada del grito de dolor en las reglas del espectáculo, un fútil intento por restringirlo a lugares, tiempos y formatos estereotipados. Sí lo ha sido el ofrecer un lugar de palabra y en donde el terapeuta, hasta una apertura al discurso, pueda soportar los silencios.

Hay silencios víricos (esas calles de Compostela en las que, durante el confinamiento, resonaba el eco de los propios pasos), silencios de decadencia (fábricas vacías, urbanizaciones que la burbuja inmobiliaria dejó sin terminar), silencios de amenaza (las violencias que retiran a sus semejantes el merecimiento de recibir la palabra, de la misma forma que le niegan la posibilidad de ser escuchados).

En consulta, hay acontecimientos que permanecen en el silencio, en eso que oculta el miedo o el temor, la vergüenza o lo inadmisibles.

El silencio acontece en una **estructura mental**. La neurosis fabrica quejas desde el silencio, llena la intimidad vacía de todo lo que encuentra hasta hacerlo propio, perteneciente por derecho al sí mismo,

creando un runrún que es también una reclamación de su valía o sus merecimientos de atención y amor.

El delirio tiene un estatuto de palabra y silencio que desconcierta a aquel que lo escucha. Habla de perjuicios, complots, amor o proezas personales, pero calla acerca de las circunstancias del sujeto que lo enuncia. Oculta en el mayor de los silencios el sufrimiento del sufriente. Para Colina (10) el móvil más importante para ocultar el delirio tiene que ver con la necesidad que el delirante tiene de guardar sus pensamientos y evitar la transparencia, el eco y la resonancia divulgadora que provoca su rota identidad. El volverse opaco a los demás, está destinado a neutralizar esa profusión con la que todos los secretos se le vuelven públicos.

En la psicosis suena aquello que es silencio. La propia actividad mental, el interior del sujeto, se convierte en el sonido de ese otro que amenaza y aniquila.

Si en el neurótico el silencio *permite* contemplar al otro (y quizás la palabrería es ese narcisismo de la autocontemplación permanente), el silencio en el psicótico *obliga* a contemplar al otro.

Las psicopatías intentan un silencio acerca de la voluntad de poder y de dominio. Es un silencio que se disfraza de síntomas, no síntomas que se disfrazan de síntomas ni síntomas que se empeñan en vestirse con los trajes de la verdad. Es un silencio que se impone por su interés en el cese de las palabras y, por lo tanto, es un silencio estratégico.

La organización siempre debe dar cuenta de sus silencios, sus palabras y sus ruidos.

La salud mental hace tiempo que calla acerca de sus imposibles y toma a cargo las encomiendas de siempre: el control social, la anestesia del descontento, la burocratización del sufrimiento. Genera ruido que reclama un estatuto de discurso a través de definirse como ciencia o, sus portavoces, como expertos. En general se empeña en atribuirse un saber del que no dispone, se enreda en palabras acerca de planes, medidas, proyectos, investigaciones... hasta el infinito. Bajo la apariencia de la palabra nueva que justifica romper el silencio, solo está el ruido de siempre, los mismos problemas y las mismas soluciones fracasadas.

La **administración sanitaria** silencia la subjetividad en la misma medida que acalla las posibilidades de la comunidad. Se ha apuntado al carro de la globalización, en la que el sufrimiento es ese universal del diagnóstico estandarizado y las terapéuticas son pura evanescencia especulativa. Ha construido una red asistencial que en lugar de sostener el sufrimiento lo atrapa y lo desplaza de nodo a nodo, hasta el infinito. Además, silencia la ideología como consustancial al ser humano, para ser, precisamente, más ideología que nunca. La cháchara va cambiando con el tiempo: eficiencia, calidad, humanización, medicina basada en la evidencia... rellenando con palabras volátiles todo lo esencial al ser humano y su sufrir.

El ruido y la ausencia de silencio tienden a igualar lo banal y lo dramático. De alguna

forma, lo determinante a la hora de establecer los modos de una organización pasa a ser esta sucesión infinita de mensajes que pugnan por hacerse oír en medio del estruendo infinito.

Foucault (11) recupera el concepto de la *askesis* griega, el establecimiento de una relación de sí consigo, plena e independiente: “La ascesis permite el decir veraz, se constituye como manera de ser del sujeto, es la transformación del *logos* en *ethos* y permite el lazo entre el sujeto y la verdad”. Recoge la afirmación de Plutarco cuando identifica el sentido del oído como el que tiene la propiedad de ser el más pasivo (*patheticos*) y el más *logikos*, es decir, el que puede recibir mejor el *logos*.

El soporte permanente de la ascesis en la época clásica es, según Foucault, la escucha, un primer paso para la subjetivación de un discurso de verdad. El silencio, a su vez, es lo que posibilita la escucha y, en consecuencia, es el soporte de la ascesis. Foucault regresa a Plutarco para señalar: “En el charlatán, el oído no se comunica directamente con el alma sino con la lengua. Es, además, incurable, porque esta pasión por la charlatanería solo puede curarse con aquello que el charlatán no tiene, es decir, el *logos*”.

La comunidad ha ido alejándose de ese lugar en donde se da la vida, con sus contradicciones y sus luchas por el progreso. Tiempo y silencio parecían tan necesarios para los procesos históricos de una sociedad como presente y palabra. Esta dialéctica

ha sido modificada por la mutación hacia un capitalismo virtual, no de manera muy distinta a otras dialécticas económico-sociales clásicas, como por ejemplo obrero/empresario (con la aparición en un primer momento del autónomo y posteriormente del emprendedor).

La aceleración del tiempo borra la misma idea del tiempo (el sol no se pone en el horizonte maníaco). Las categorías de presente, pasado y futuro son necesarias para la historia, y la historia es precisa para la posibilidad de cambio y, en contadas ocasiones, de progreso. La verborrea continua coloca ruido allá en donde debiera existir un silencio que diferenciase el ayer, del hoy y del mañana. Una subjetividad así deja fuera la narración sobre sí misma, diluyéndose la responsabilidad del sujeto en su historia y alterando las posibilidades y, quizás la misma idea, de cambio. Su lugar lo ocupa la mutación continua, el porque sí, el ahora esto y ahora lo otro y después lo de más allá, la refundación personal.

Quizás, sea esta clase de subjetividad en donde reposa la posibilidad de una comunidad populista, una caricatura de la solidez del tiempo y de la identidad que son volatilizadas por el mundo digital.

Hannah Arendt (12) describe una clase particular de ruido que pone en relación con la **banalidad del mal**. Está conformado por estereotipias, frases hechas, la adhesión a lo convencional y a los códigos de conducta estandarizados. Cumple la función socialmente reconocida de protegernos

frente a la realidad, es decir, frente a los requerimientos éticos de los acontecimientos y los hechos de la vida. A quien desconoce la relación silenciosa del yo consigo mismo, que examina lo que se dice y lo que se hace, no le preocupará en absoluto contradecirse y será incapaz de dar cuenta de sí mismo.

La comunidad del sufrimiento ha pasado a ser una comunidad que brinda servicios allá en donde los servicios públicos no alcanzan, fracturando lo terapéutico en dos realidades distintas, organizativas, económicas y de estatus.

Además, hay un abandono de aquella pretensión de introducir un discurso del sufrimiento en el orden social. La obligación de decir, de llenar silencios, de la palabra infinita, deriva en la sucesión de campañas antiestigma, discursos que formalmente entroncan con la idea de publicidad, que tratan de hacerse oír en medio de un paisaje sonoro completamente saturado. El mensaje acaba siendo, precisamente, el medio: el titular, lo llamativo, lo espectacular.

Si antes sobre el sufrimiento pendía la amenaza de la mordaza, ahora se le suma la de la pura insignificancia, en importancia y en permanencia (no se consigue relevancia en los mensajes y, además, su durabilidad es escasa, pasando pronto al anonimato). Nuevamente, las reglas del mundo, arrojan a los discursos progresistas hacia una paradoja. Aún sin disolverse por completo esa capa de silencio que envolvía los hospitales psiquiátricos, pasamos a una competencia capitalista entre distintos discursos reivindicadores.

Le Breton habla de **la saturación de la palabra** al entender que vivimos en una época en la que se cuestiona la legitimidad del silencio. Con la aparición, desarrollo y expansión de la tecnología de la comunicación (teléfonos móviles, chats, software como whatsapp o, recientemente y desde el inicio de la epidemia, zoom o skype) cabría plantearse si ha cambiado el paisaje sonoro y si esta modificación ha alcanzado a la subjetividad en su relación con el silencio y la palabra. Parece que la única posibilidad de silencio es el apagón de la máquina y que, hasta que eso acontezca, habitamos un nuevo mundo en el que hay una obligación de decirlo todo pero también de escucharlo todo. Y sin embargo, cada vez se escucha menos y los discursos verdaderamente transformadores caen con frecuencia en el silencio.

Silencio y palabra son usos culturales, de manera que se pueden identificar sociedades muy diferentes en cuanto a los marcos de uso del lenguaje. Hay lugares del mundo en los que el silencio siempre fue insoportable mientras que en otros es la locuacidad la que se asocia con variables más negativas como la prepotencia o el egoísmo. La conversación, en cuanto ese tejido de palabras y silencios, no es igual entre los suomi que los navajos, entre italianos que suecos, entre japoneses que gallegos. Existen una pluralidad de causas: regulación de las interacciones sociales, manejo emocional, cuestiones religiosas, de autoridad, de género, de protección...

Se trata de una polisemia del silencio que remite no a significados sino a las causalidades sociales que explican la manera específica por la que se sintoniza la relación entre palabra y silencio.

Cada comunidad instauro unas reglas alrededor del **saber decir** que no son de mayor importancia que las referidas al **saber callarse**. La educación de los niños, por ejemplo, tradicionalmente estaba repleta de instrucciones al respecto, También se pueden identificar multitud de ritos referidos a la palabra, desde las campanas en la ceremonia del bautismo (cuanto mejor sea el sonido de la campana menor será el riesgo de sordera o mudez) hasta los juegos en los que el elemento sonoro es primordial (sonajeros, cajas de música). Con posterioridad, la educación del niño se inundaba de dichos y normas alrededor de la palabra y la conversación: espera tu turno para hablar, hay que escuchar a los mayores, saber estar callado en clase, no replicar... En general, todo niño debía saber en qué momento y delante de quién debía permanecer callado.

Este repertorio social, ritual y educativo parece dar cuenta de una obsesión por el lenguaje del niño que, a día de hoy, se desliza hacia una preocupación por su capacidad de atención y su nivel de actividad motora. Si antes los niños estaban en riesgo de ser sordomudos, ahora lo están de ser hiperactivos, es decir, de ser justamente una caricatura de la subjetividad capitalista: el que no para y nunca tiene suficiente, el que no es capaz de ese otro silencio, el silencio del cuerpo,

que descansa y permite descansar, que deja de consumir y es capaz de cesar en su hablar por hablar.

Hay además, tanto en la palabra como en el silencio, un **pensamiento mágico**, al que se le ordena callar (pese a formar parte del ser humano) bajo la acusación de superchería, pero no en nombre de la verdad sino del mercado. La palabra puede cambiar el mundo, incidir en la realidad, causar el mal o el bien, independientemente de la religiosidad o los fundamentalismos. De manera parecida, el silencio es misterioso, nos acerca a la intimidad, abre a la luz interior... La palabra puede tomar la forma de un conjuro o de un alivio de la misma manera que un silencio nos separa (o nos acerca) de nuestros semejantes o esconde en lo más profundo los secretos más inconfesables.

El silencio, hoy, queda restringido a los paraísos fiscales de la misma manera que las palabras mágicas se reservan para las campañas electorales.

En el imperio del todo debe ser dicho, lo cierto es que ese todo es escasamente escuchado. En medio del ruido continuo, al sujeto solo le quedan el grito y la transparencia completa como salidas a la maldición de soledad y la intrascendencia. Yo soy esto, sin silencios ni secretos, la pantalla es el verdadero All of me¹.

Ese todo se entrapa también en la escucha, ya que en la comunicación mediada por la tecnología se silencia la diversidad y se estimula la cháchara con un otro que es otro solo por ser yo mismo. Los mecanismos de mercado se dirigen hacia una publicidad selectiva hacia el sujeto: ofertas personalizadas, anuncios de acuerdo al gusto del consumidor, preferencias de sitios web... de manera que uno, bajo la apariencia de un encuentro con el otro, acaba hablando consigo mismo, en una cháchara puramente narcisista.

En la red se superponen sin solución de continuidad una **función de interacción social** con otra **de mercado**. Ambas están enlazadas por una promesa: ponerle fin al silencio del tedio. La imbricación de interacción y mercado parece tener como finalidad terminar con lo improductivo: el poder “pasmarse”, el estar en-si-mismado, la ausencia de ruido, el mecerse por el silencio, habitar nuestro mundo interior. Son, todos ellos, elementos prescindibles para el capitalismo al carecer de valor y cotización bursátil.

El fin del aburrimiento a través de la cháchara/compra, sin embargo, termina en un infinito aburrimiento, en un infinito parloteo y en un infinito mercado.

El sujeto, en numerosas ocasiones, trasciende los roles clásicos de comprador-vendedor o empresario-asalariado y se convierte él mismo en un bien de consumo. Su imagen se traduce en un valor económico, de ahí la

1 *All of me* es un estándar de jazz compuesto en 1931 por Gerald Marks y Seymour Simons. Una versión del mismo puede escucharse (previa visualización del anuncio de rigor) en: <https://www.youtube.com/watch?v=XJ0m-IK0yI>

pulsión hacia la transparencia, que pretende convertir en imagen todos los aspectos del sujeto, desde sus gustos musicales hasta sus hábitos higiénicos. Además, la red genera una selección de las interacciones sociales, de manera que se contacta preferentemente con quienes comparten opiniones e intereses, remitiendo la discrepancia y lo diferente al silencio absoluto. Este proceso, dotado del automatismo de la máquina, queda por lo general fuera de la conciencia del sujeto, de manera que el establecimiento de esas verdades de matiz ético acerca de la existencia o la vida, no se sostienen en el encuentro con ese otro diverso, sino que toman la apariencia de lo mayoritario, lo lógico y lo evidente.

Las fricciones o el contacto con lo distinto toma en la red una **nueva forma de la polémica**, casi siempre a través de frases hechas, caracteres breves inapelables, chascarrillos varios, en una jungla de descalificaciones que admite casi todo. Son las modernas placas tectónicas sociales, en donde chocan individuos y grupos en unas escaladas simétricas que cuantifican no la verdad sino una especie de narcisismo bursátil, con subidas y descensos de esa popularidad/beneficio que rige las confrontaciones digitales.

La red es, efectivamente, **la estructura que sustenta la globalización** pero quizás también un **armazón aniquila la posibilidad del cosmopolitismo**. El cosmopolitismo más reciente surge durante la ilustración, siendo Kant (13) y su idea de una república universal (*Weltrepublik*)

la figura más influyente (quizás sustentó el nacimiento de organizaciones como la Sociedad de Naciones, posteriormente Organización de Naciones Unidas). Sin embargo, el pensamiento de Kant bebe del cosmopolitismo clásico.

Cicerón (14) empleó la figura de los círculos concéntricos para dar cuenta de un orden decreciente en los afectos que los seres humanos sienten hacia otras personas, según un orden de proximidad de lugar y de vínculo.

Nussbaum (15) identifica en el sujeto la presencia de un afecto cosmopolita hacia todos los seres humanos, que es primario y universal, además de razonado y razonable. Este afecto permite el surgimiento y la cohesión de aquello que los estoicos definían como una comunidad moral, que une a todos los seres humanos, cualquiera que sea su origen o condición.

El sujeto-usuario, en la globalización, no es esencia alguna sino un mero lugar de tránsito a través del cual circula un mensaje infinito. Si el cosmopolitismo necesita una cuota de silencio, la globalización exige movimiento perpetuo.

Trabajamos en un **sistema público** que trata de dar cuenta del sufrimiento en las personas. Subjetividad y comunidad son, en última instancia, los dos conceptos sobre los que deberían articularse las políticas asistenciales. Su entendimiento nunca será completo, no hay un final del camino en el que se desvele una verdad última y eterna. Ambos, subjetividad y comunidad, se despliegan en el medio de un discurso

social, con sus palabras y con sus silencios. El orden mundial del ruido continuo, el mercado, la disolución del tiempo o la existencia en un espacio virtual, poseen la

capacidad de establecer nuevas formas de alienación sobre las que reposa la génesis y las posibilidades de intervenir en el sufrimiento.

Referencias bibliográficas

1. Benjamin, W. Angelus Novus. Edt.. La Gaya ciencia, 1971.
2. Ortega y Gasset, J. Comentario al banquete de Platón. En: Obras completas. Edt. Revista de occidente, 1971.
3. Corbin, A. Historia del silencio: Del renacimiento a nuestros días. Edt. Acantilado, 2019. Ortega, J. Historia como sistema. Edt. Biblioteca Nueva, 2007.
4. Ortega, J. Historia como sistema. Edt. Biblioteca Nueva, 2007.
5. Ricoeur, P. La vida. un relato en busca de narrador. Edt. Agora, 2006.
6. Carr. Atrapados. Edt. Taurus, 2004.
7. Martin, S. Sinsky, C. The map is not the territory; medical records and 21 st. century practice. www.the.lancet.com vol.338 october 22,2016;2053-56
8. Byung Chul Han. Psicopolitica. Edt. Herder, 2014.
9. Le Breton, D. El silencio. Edt. Sequitur, 2006.
10. Colina, F. El saber delirante. Edt. Sintesis, 2001.
11. Foucault, M. La hermenéutica del sujeto. Edt. Edt. Fondo de Cultura Económica Paidós, 2002.
12. Arendt, H. La vida del espíritu. Edt. Paidós, 2002.
13. Kant, I. Sobre la paz perpetua. Edt. Tecnos, 1998.
14. Cicerón, M.T. Sobre los deberes. Edt. Alianza Editorial, 2015.
15. Nussbaum, M. El cultivo de la humanidad. Una defensa clásica de la reforma en la educación liberal. Edt. Paidós, 2005.

10 BÁSICOS 10

Los 10 textos básicos de este monográfico sobre “Subjetividad, discurso y clínica” han sido seleccionados por los autores de los artículos.

Álvarez, J. M^a. *Estudios sobre la psicosis*, Barcelona, Xoroi Edicions. 2013

En este trabajo José María Álvarez realiza un repaso a los grandes hitos de la psicopatología así como a la evolución del diagnóstico de psicosis en función de las épocas, los autores y las corrientes predominantes. Desde la particular migración del concepto de paranoia a lo largo de los diagnósticos hasta el maridaje que hace el autor entre la melancolía y la paranoia como los polos esenciales de las psicosis.

Barry, J. *La Gran Gripe: La pandemia más mortal de la historia. Capitán Swing*. 2020

Un extenso análisis de la llamada gripe “española” de 1918, en la que se da cuenta no sólo de su impacto sino del nacimiento de la Medicina norteamericana moderna.

Freud, S. *Tres contribuciones sobre la psicología de la vida amorosa*.

El amor obedece a reglas, como nos ilustra Freud en sus “*Tres contribuciones sobre la psicología de la vida amorosa*”. Son tres ensayos diferentes que el mismo Freud agrupó, bajo este título, para su publicación conjunta. Sus “Tres contribuciones...” son las siguientes: “*Sobre un tipo especial de la elección de objeto en el hombre*”, de 1910;¹ “*Sobre una degradación general de la vida erótica*”, de 1912;² y “*El tabú de la virginidad*”, de 1917.³

1 Freud, Sigmund: “Sobre un tipo especial de la elección de objeto en el hombre”, en *Obras Completas* (9 tomos). Madrid, Biblioteca Nueva, 1972. Tomo V, pp. 1625-1630.

2 Freud, Sigmund: “Sobre una degradación general de la vida erótica”, en *Obras Completas*, Tomo V, pp. 1710-1717.

3 Freud, Sigmund: “El tabú de la virginidad”, en *Obras Completas*, Tomo VII, pp. 2444-2453.

En estos trabajos Freud se esfuerza en aclarar las condiciones de amor que gobiernan la elección del objeto de goce. Aparece, de este modo, el amor como un velo del goce. El amor al servicio de ignorar de qué se goza en quien se ama. Por eso el amor es aliado de la ignorancia. Esto tiene una razón estructural: solo en el engaño del amor es posible creer que dos hacen uno.

Huertas, R. *El siglo de la clínica,; para una teoría de práctica psiquiátrica;* Madrid, Frenia. 2004

Un itinerario escogido de la expansión de la psicopatología a lo largo de Europa en el siglo XIX. Para ello el autor atraviesa con gran pericia el alienismo y la clínica anterior así como señala de forma brillante las consecuencias actuales de este siglo de la clínica.

Este recorrido culmina con una reflexión en trono a lo imprescindible de una teoría a la hora de la práctica psiquiátrica y como esta teoría es influencia de múltiples factores habitualmente extra científicos.

Huertas R. *Locuras en primera persona. Subjetividades, experiencias, activismos.* Madrid: Los libros de la Catarata; 2020.

Con la propuesta de construir una historia de la locura “desde abajo”, y con un marco teórico próximo a los *mad studies*, este libro da cuenta de experiencias, subjetividades, formas de expresión y aspiraciones, vividas y narradas en “primera persona” por personas psiquiatrizadas, institucionalizadas o con malestar psíquico. Se recurre para ello al análisis de cartas, obras literarias, diarios, fanzines, etc., intentando valorar los testimonios e interpretaciones sobre la locura propia en contextos diferentes.

LeFrançois BA, Menzies R, Reaume G, eds. *Mad Matters: A critical reader in Canadian Mad Studies*, Toronto: Canadian Scholars’ Press; 2013

Libro colectivo publicado en Canadá en 2013 que supone una aportación pionera en el ámbito de los llamados *mad studies*. Contiene contribuciones académicas y de activistas que transmiten experiencias vividas por personas psiquiatrizadas. Aborda aspectos históricos de las prácticas psiquiátricas desde una perspectiva crítica, analiza la evolución de elementos culturales y lingüísticos en torno a la locura, desafía la manera hegemónica de entender la “enfermedad” mental y destaca la necesidad de situar la problemática en ámbitos como el derecho, las políticas públicas y la opinión pública y en la discusión sobre justicia social y políticas de identidad.

Miller, Jacques-Alain: *El partenaire-síntoma*. Buenos Aires, Paidós, 2008.

Desde el año 1981, Jacques-Alain Miller dictó un curso anual bajo el título general de *La orientación lacaniana*. *El partenaire-síntoma* es el decimosexto de dichos cursos (1997-1998). Entre otras cuestiones, Miller elucida en este curso cómo los modos de gozar de los seres hablantes determinan su repartición sexual y cómo se articulan el amor, el deseo y el goce en las lógicas de la vida amorosa.

Recalcati, M. *¿Qué queda del padre? La paternidad en la época*. Xoroi Edicions. Barcelona, 2015.

Una de las tesis principales del libro es el hecho de que en nuestra época se ha evaporado la figura del Padre en su forma de representación trascendental de la Ley, y asistimos al desmembramiento de la familia tradicional; partiendo de esta tesis el autor de modo claro y bien articulado responde a una serie de cuestiones claves con efectos en la subjetividad moderna.

¿Qué es lo que puede tener una función de guía para el sujeto?, ¿Qué queda del padre más allá de su Ideal?, ¿Qué es lo que hace posible en la época del ocaso del Edipo, una transmisión eficaz del deseo?, ¿Qué significa heredar la facultad de desear?, ¿Cómo pueden armonizarse aún la Ley y el deseo?. Estas son algunas de las interesantes cuestiones que Recalcati plantea y responde a través de los textos de Freud y de Lacan, con ejemplos tomados de la literatura y del cine de manera clara y didáctica, que perfilan los rasgos de una paternidad debilitada, pero igualmente vital, exenta de cualquier aura teológica y fundada en el valor ético del testimonio singular.

Todo discurso sobre la crisis de la función paterna parece absolutamente caduco y, a la vez, absolutamente urgente. No solo porque uno no se resigna fácilmente al duelo por el Padre, sino, sobre todo, porque la humanización de la vida exige el encuentro con “al menos un padre”, en palabras textuales del autor.

Un libro imprescindible para entender la subjetividad moderna y sus efectos en la civilización.

Soler, Colette: “*Síntomas*”, Asociación Campo Freudiano de Colombia 1998.

El libro recoge cinco conferencias de Colette Soler, las cuatro primeras – esenciales – dictadas en ocasión del V Encuentro del campo Freudiano en Colombia, noviembre de 1997. El hilo conductor de estas conferencias es el Síntoma desde el psicoanálisis: modo de hablar/modo de gozar y el psicoanálisis como un nuevo discurso, nuevo lazo social donde se ordena la

satisfacción sintomática. En tanto goce solitario (“autista”) el síntoma contraviene el orden social; al hacerlo hablar, el psicoanálisis lo transporta en una relación sujeto a sujeto, le da un nuevo sentido y posibilita una nueva forma, una invención, un “bien-decir” que como en el caso del amor, de la sublimación hace lazo con el otro/Otro. El síntoma se hace vivible, no desaparece, pero se inscribe en su discurso compatible con la vida.

Zimmer, C. *Un planeta de virus. Capitán Swing*. 2020

El autor es un gran divulgador científico y este libro muestra hasta qué punto los virus no son elementos exógenos, sino que pueden muchos de ellos (retrovirus) integrarse en nuestro propio genoma.

PUNTO CRÍTICO

CONTENCIÓN MECÁNICA¹

Víctor Aparicio Basauri (*Compilador*)

Contención mecánica: más allá del discurso

Víctor Aparicio Basauri

Psiquiatra. Asturias.

En la historia de la atención a las personas con problemas de salud mental, están presentes de manera incontrovertible diferentes formas de coerción y entre estas la que esta mas asumida es la *contención mecánica*. Son medidas que se justifican en aras de la seguridad del paciente, de la familia y/o de los profesionales y que sobre todo se aplican en los escenarios o entornos hospitalarios. Es fácil escuchar a modo de disculpa que se trata de medidas excepcionales cuando no hay respuesta a otro tipo de medidas. Lo que es incuestionable es que la contención mecánica se mantiene a través de los años en los servicios de salud mental de todos los continentes, aunque hace 50 años se podía visualizar de una forma más ruda, sin aditamentos, sin edulcorar su aplicación y por ende se hablaba de “sujeción”, de “atar”, de “encadenar”, es decir de inmovilizar a una persona contra su voluntad. Sin embargo, en el campo de la salud mental se ha desarrollado un lenguaje que suaviza las formas de la coerción en un intento de normalizarlas e incluso

de darles un estatus de intervenciones sanitarias. El término “contención” usado en el campo de la salud mental proviene del discurso psicoanalítico y mas concretamente de Bion (1962), con una función por parte del terapeuta de soportar y elaborar la transferencia de una persona con una conducta disruptiva para facilitar que esta pueda controlar esa conducta y comprender los sentimientos y emociones que la generan. Sin embargo, cuando al término “contención” le añadimos el adjetivo de “mecánica” el significado de la acción cambia y se transforma en un acto de coerción para inmovilizar a la persona contra su voluntad. A partir de aquí es cuando la contención mecánica entra en el terreno de los DDHH.

No parece que la utilización de la contención mecánica en los servicios de salud mental sea algo excepcional, aunque esto se repita en diferentes discursos con un cierto tono de disculpa. A pesar ese ello, hay opiniones e informaciones que muestran una realidad mucho más compleja.

1 Sobre este tema la AEN publicó un Cuaderno Técnico en 2017; Beviá B, Bona A, editores. Coerción y salud mental: Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental. AEN, CT 20. Madrid; 2017.

El presidente de la Confederación Española de Salud Mental, Nel González Zapico declaraba en Público² que las contenciones mecánicas “se están aplicando sistemáticamente” en los centros sanitarios de nuestro país y que eso supone una “violación de los derechos de las personas”. Asimismo, hay estudios en Europa³ que reflejan cifras del 4,5 % al 9,4% de los pacientes de salud mental con medidas de coerción. Recientemente (mayo 2021) en la reunión anual de la Unidad docente multiprofesional de Salud Mental del Principado de Asturias un grupo de profesionales de enfermería que habían terminado su especialización en salud mental presentaron su trabajo de fin de curso sobre la experiencia de un grupo de mujeres que habían estado hospitalizadas en una unidad de psiquiatría de un hospital general. El estudio lo realizaron mediante entrevistas a 6 mujeres que es su día habían estado hospitalizadas y entre otras cosas comprobaron que 5 (83,3%) habían sido objeto de la contención mecánica. Esas mujeres señalaban que esa contención no servía, ni entendían por qué se utilizaba. Sabemos por otros estudios que las opiniones de los usuarios sobre el daño que ocasiona la contención mecánica hacen referencia a la deshumanización, la angustia, el miedo, el abuso de poder, la sensación de ser

ignorado, a que es traumatizante⁴ y en ocasiones esas prácticas ocasionan la muerte⁵. El Relator Especial de Naciones Unidas en 2017 señalaba que “*Debido a la proliferación de legislación paternalista en materia de salud mental y la falta de alternativas, la coacción en el ámbito médico se ha generalizado*”⁶. Hoy en día la contención mecánica no es algo excepcional sino que se ha convertido en una práctica habitual de nuestra realidad asistencial, manejada por los profesionales de salud mental con criterios subjetivos. Se puede decir que “*la coerción en sus diversas formas esta incrustada en la salud mental*”⁷. En este contexto se ha introducido un mensaje confuso al poner el acento en los protocolos para la contención mecánica, como si tener un protocolo suponga de forma automática un respeto de los DDHH de los ciudadanos. Con frecuencia los protocolos parecen más un pasaporte hacia la impunidad. Los protocolos no son una garantía de que se respeten los DDHH. Son muy discrecionales y no es frecuente que conlleven un sistema de control en su aplicación, pero las administraciones públicas se aferran a los protocolos como un salvoconducto que les libre de cualquier responsabilidad. Es un reflejo de la asimetría del poder en las instituciones sanitarias.

-
- 2 <https://www.publico.es/sociedad/pacientes-psiquiatricos-atados-pies-manos-veces-dias-enterraran-vivo.html> (24/01/2021)
 - 3 Lepping, P., Masood, B., Flammer, E. et al. Comparison of restraint data from four countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 51, 1301–1309 (2016).
 - 4 Cusack, P. Et al. An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing* (2018) 27, 1162–1176
 - 5 Ver nota 2 con referencia al artículo de Santiago F. Reviejo en Público (24/01/2021) donde se relatan los casos de dos ciudadanas que fallecieron estando con contención mecánica en Canarias y en Asturias.
 - 6 ONU-HRC. 2017. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del mas alto nivel posible de salud física y mental.A/HRC/35/21.
 - 7 Sashidharan, S. P., Mezzina R. And Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019 Dec; 28 (6): 605-612.

Una pregunta que nos debemos de hacer es ¿Cómo podemos revertir estas situaciones?. Se ha puesto el acento en el tema de la mejora de los recursos humanos y de la estructura de las unidades de hospitalización, pero esto por sí mismo no asegura la desaparición de la contención mecánica. Una unidad con una estructura adecuada (tamaño, dimensión de los espacios, áreas comunes,..etc) y con recursos suficientes puede continuar con prácticas de coerción. Tampoco las experiencias piloto son suficientes, aunque muestren una actitud loable por quienes las promueven y puedan servir como ejemplo de prácticas no restrictivas y respetuosas con los DDHH. La reversión de las prácticas de coerción en salud mental van a venir por la presión de los ciudadanos ante las autoridades, por su empeño denodado en que se respeten los DDHH en el ámbito de la salud mental y por su participación en la supervisión de las acciones que se producen en ese ámbito. Esta es la manera de que ese respeto se haga universal en todo tipo de servicios y de que los profesionales de salud mental adapten

su práctica hacia un modo de atención donde predomine la escucha y la participación activa de los ciudadanos. Una iniciativa ejemplar ha sido el Manifiesto de Cartagena que lanzó en 2016 la Asociación Española de Neuropsiquiatría con propuestas concretas basadas en el respeto a los DDHH.

Un primer paso en esa dirección puede ser la incorporación, como un instrumento permanente, a los servicios de salud mental del programa de la Organización Mundial de la Salud sobre “Calidad y Derechos para mejorar la calidad de la atención y los servicios de salud mental”. Esta iniciativa implica una evaluación independiente de la atención en salud mental con la participación de profesionales, de usuarios, de familiares y de defensores de los DDHH. Al final como dice el Relator Especial de Naciones Unidas “*No hay salud sin salud mental y no hay buena salud y bienestar mentales sin adoptar un enfoque basado en los derechos humanos*”⁸.

8 ONU-HRC. 2020. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del mas alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/44/48

Repensar la contención

José Manuel Lalana Cuenca.

Psiquiatra.

Presidente Sociedad Aragonesa de Salud Mental (SASM-AEN).

Podemos decir, sin temor a equivocarnos, que la psiquiatría oficialista se ha apropiado también del significante contención, despojándolo de cualquier significado más allá del de la acción de “reprimir o sujetar el movimiento o impulso de un cuerpo” (R.A.E.), equiparándolo por lo tanto a los de sujeción y restricción, términos desde mi punto de vista, más apropiados para hablar de las prácticas que aquí describimos.

La R.A.E. define la sujeción como la acción de “someter al dominio, señorío o disposición de alguien;” y de “afirmar o contener algo con la fuerza”. Interesantes las referencias al sometimiento, dominación y al uso de la fuerza para llevarlos a cabo, hechos que rápidamente nos evocan situaciones de poder, abuso y violencia.

La Joint Commission define la restricción como “el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, a fin de controlar sus actividades físicas y protegerlo de las lesiones que pudiera infringirse a sí mismo o a los otros”. Como elemento central permanece el control, si bien aquí se plantea como un bien superior, en la línea de la cultura de la coerción.

Aunque la expresión y manifestaciones de la coerción han ido cambiando en relación al contexto histórico, su imbricación con la asistencia psiquiátrica ha sido una constante desde sus comienzos, antes incluso de considerarse como tal.

El común denominador ha sido considerar al diferente, al (potencialmente) peligroso, al pobre, significado en este caso como el loco, un sin voz; la alienación ha sido fundamentalmente del discurso, negándosele la condición de ser hablante, y por tanto de interlocutor válido en lo que a su destino se refiere, resultando en la no inscripción en el lazo social, y su traducción civil, el no acceso a la plena ciudadanía.

Para ejecutarlo, en cada momento (sociedades disciplinarias antes, de control ahora) el Poder ha convocado a diversos actores, siempre con el mandato excluyente de apartar la diferencia, de controlar y si es necesario de expulsar lo vivido como amenazante para la Norma. Hoy en día este pedido de control social de la locura se dirige principalmente hacia los profesionales de salud mental, auténticos “vigías (especializados) de occidente” postmodernos, si bien con la colaboración necesaria de otras fuerzas vivas (aparato legislativo,

securitario), la connivencia de otras (sistema educativo...) y la supervisión del Gran Otro, el Capital en manos de las grandes corporaciones (farmacéuticas, tecnológicas, de la información...).

Mutatis mutandis, las formas actuales de coerción, validadas por una clara asimetría relacional y en el ejercicio legitimado del poder instituido, toman (el) *cuerpo* de muy diversas maneras, conformando un continuum (1) que transita desde formas “sutiles” hasta la coerción formal regulada por ley: el ingreso involuntario, la medicación (*sacro santo* remedio para la *enfermedad* mental) forzosa, el aislamiento y la contención mecánica, exponente tormentoso de los desderechos humanos. Dos constructos fundamentales las arropan: la adherencia al (único) tratamiento (posible) como fin “terapéutico” último de estas tropelías, quimera de la Psiquiatría Neoliberal; y la (falta de) conciencia de enfermedad, síntoma clave para el diagnóstico, también desde esta óptica al servicio de la Norma(lidad). Como legitimador, a modo de “notario mayor del reino” la (Pseudo)Historia Clínica, documento unidireccional de un discurso robado en el que sólo cabe un saber, soslayando el sufrimiento del sujeto.

Me parece importante rescatar aquí el concepto de contención y retomarlo desde una aproximación más genuina, que se acerca mucho más a lo que nuestra labor como profesionales de la salud mental encarna, en tanto esos otros de una relación capaces de ayudar a aliviar el dolor y transformarlo en algo más soportable. Para esto nos vamos a apoyar en el modelo de proceso de contención o continente-contenido de

Wilfred Bion, que aparece en sus escritos a partir de 1950, y en los que sigue la teoría de la identificación proyectiva de Melanie Klein (2).

En 1962 en el artículo “Una teoría del pensamiento” Bion describe la capacidad de reverie (ensoñación) como un estado de ánimo receptivo en el que la madre se identifica con la proyección del niño (elementos beta: aspectos insoportables del yo, objetos, afectos y experiencias sensoriales no procesadas) y de forma inconsciente, mediante el proceso de transformación crea una nueva comprensión de lo que trata de comunicar, devolviéndoselas “digeribles”. Con el paso del tiempo, la identificación y la asimilación de ese objeto continente lleva al niño a desarrollar su capacidad de crear sentido y aprender a pensar por sí mismo (función alfa). Esta relación entre contenido, de naturaleza penetrante, y continente, de naturaleza receptora (pero activa, generadora de un nuevo producto), es dinámica y recíproca ya que ambas partes desempeñan al mismo tiempo la función de contenerse mutuamente y ser contenidos, con un mutuo potencial de crecimiento, creatividad e intercambio (factor K +).

Podríamos pues definir la contención como “esa función o capacidad para percibir y recibir las ansiedades del otro, incorporarlas en nuestro interior y devolverlas (o no) a un nivel de “metabolización” o elaboración que favorezca más el desarrollo que las ansiedades iniciales inmodificadas” (3). Siempre que fuera posible, abarcaría la identificación, transformación e interpretación del dolor *comunicado* tanto verbal como no verbalmente por el otro sufriente, y

que se mezclaría con las propias ansiedades y conflictos, teniendo que *comunicarlo de vuelta* de una forma “pensada”, tratando de evitar una identificación contraproyectiva que siembre la desesperación y todavía genere mayor ansiedad persecutoria, terror y confusión.

Desde este paradigma es necesario que como profesionales renunciemos a ese poder instituido, a ese saber único, reconociendo e integrando otros saberes basados en experiencias emocionales diversas, de forma que el encuentro contenedor (terapéutico) sirva no para violentar, sino para construir una nueva verdad que conlleve un crecimiento común.

Referencias bibliográficas

- 1 Inchauspe JA, Valverde M. La coerción en Salud Mental: conceptos, procesos y situación. En: Beviá B, Bona A, editores. Coerción y salud mental Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental. AEN, CT 20. Madrid; 2017. p. 13-89.
- 2 Contención: Continente- contenido. En Diccionario enciclopédico interregional de psicoanálisis de la API. p. 73- 86. Disponible en www.ipa.world/IPA/Diccionario_enciclopédico_de_psicoanálisis.
- 3 Tizón JL. Psicosis, contención y esperanza: Las funciones emocionales del equipo en el tratamiento de pacientes graves. . Informaciones Psiquiátricas 1992; 129(3): 593- 616.

Derechos Humanos: Clave fundamental de toda salud física y mental

Ana Vega.

Escritora. Asturias.

La salud mental es una de las claves fundamentales de toda sociedad y de toda vida. Anclaje que sostiene y sustenta, y, que, por tanto, no puede ser tratado como un valor menor a tener en cuenta en cuestiones no solo de salud, sino también economía, bienestar, cohesión social y avance y crecimiento de una sociedad y un mundo cada vez más lejano a cualquier pensamiento crítico que juzgue o ponga en duda lo establecido. A día de hoy nos encontramos con la sensación de que los avances llevados a cabo en cuanto a salud mental y prevención han resultado insuficientes, puesto que la realidad nos ofrece la cara más amarga de esta situación, ahora agravada por la pandemia mundial. No solo no hemos logrado (entre profesionales, asociaciones, entidades, agentes sociales...) conseguir una erradicación de una vulneración de derechos tan sangrante como es la contención mecánica en salud mental sino que a día de hoy, la situación es tan grave, que debemos resolver a nivel personal, entidades, asociaciones, colectivos o incluso personas que participamos y colaboramos en diversos ámbitos, en la resolución de algunos casos que el sistema descarta, desecha o invisibiliza. Algo falla cuando la propia persona se encuentra no solo abandonada a su suerte, sin opción de tratamiento o atención médica, sino también ante el temor (y la seguridad por la experiencia vivida en muchos casos) que asegura que

buscar ayuda implica que sean arrebatados tus derechos fundamentales, en un país en el que cada día aumentan los deberes y se recortan más y más los derechos (la salud mental por tanto se convierte no solo en la gran olvidada, sino en la catástrofe que deberemos afrontar tras lo sufrido a lo largo de esta pandemia).

El ruido nos impide ver la causa de cualquier problema, más aún en una sociedad en la que se ha instaurado la dictadura de la ocultación, del silencio, del miedo. Los usuarios y usuarias de los servicios de Salud Mental necesitan más profesionales y más medios pero también un enfoque más realista de cada situación, cada realidad, cada persona. No hemos avanzado en absoluto en este concepto integral de salud que debería basarse en la prevención, algo absolutamente ligado a la educación, formación (tanto de profesionales de todos los ámbitos, familias...), lo que nos conduce a que un usuario u usuaria no solo no pueda acceder a su historia, tampoco opinar (ni elegir el tratamiento a seguir) y mucho menos protegerse de la vulneración de sus derechos verbales y físicos: vulneración que se lleva a cabo en distintos niveles y actuaciones hasta el grado máximo que sería la contención mecánica. Faltan recursos pero también voluntad de aportar soluciones por parte de gobiernos, gestores, asesores, cuya carencia fundamental es el

conocimiento preciso de la realidad real a la que nos enfrentamos. No es aceptable que un profesional de la salud aplique medidas de fuerza contra un paciente que acude en busca de ayuda (lo cual conlleva que muchos pacientes dejen de buscarla y acudan a otros servicios o entidades donde logran algo que en la salud pública no obtienen: escucha activa, empatía). No es aceptable la contención mecánica en ningún caso, contención que en muchos casos conlleva secuelas muy importantes o muerte (necesario recordar el caso de Andreas Fernández González fallecida tras estar atada durante 75 horas cuando sufría una meningitis, caso que demuestra que un diagnóstico define el trato recibido: recordemos que el usuario o usuaria es diagnosticado con mayor o menor acierto sin tener ocasión de consultar su propia historia médica para conocer lo que en ella se escribe, sin tener en cuenta más factores que lo que el profesional determina en un momento determinado, como la edad, circunstancias personales, familiares, económicas,... etc). La vulneración de derechos en salud mental ha sido puesta de manifiesto y denunciada por diversos colectivos y entidades como la Asociación Hierbabuena de Oviedo o la Asociación catalana Activament, así como otros colectivos que han demandado una erradicación inmediata de una práctica inhumana e intolerable. Existen deberes, pero no derechos.

El desafío es grande pues a una situación ya difícil se añade una crisis sanitaria sin precedentes de cuyas secuelas somos ya testigos, afectando lo citado anteriormente a dichas consecuencias: personas que han sufrido o sufren diversas patologías de salud física, mental o emocional no se atreven a

acudir a los centros de salud por la repercusión que esto conlleva o por la absoluta falta de empatía y escucha que se han encontrado. O bien, y en este momento, directamente el abandono (atención telefónica tras varios meses de espera, por tanto cuando la consulta llega, probablemente la crisis sufrida se ha apaciguado o ha concluido en suicidio, autolesiones...). Asistimos ya en este momento a una devastación de una gran parte de la población que por lo acontecido en el último año y meses se encuentra en situaciones muy graves de desesperanza, duelo, depresión, ansiedad, desesperación... Y ante esto, muchos colectivos o personas que participamos de un modo activo en la prevención y cuidado y llamada de atención sobre la salud mental hemos comenzado a recibir mensajes de familiares de personas con ideación suicida (o con varias tentativas), especialmente aterrador en el caso de los niños y adolescentes. Cuando una persona —no profesional de la salud— recibe un mensaje de una madre desesperada ante un intento de suicidio de un niño o joven creo que algo está fallando y es algo grave, algo que se ha quebrado, espero, que de un modo no definitivo. Cuando un médico acude a un colectivo o persona para buscar orientación sobre un caso de un paciente con ideas suicidas porque se siente indefenso ante su falta de recursos para afrontarlo, algo está fallando de nuevo, también.

Es necesario, más que nunca, tejer red entre los distintos profesionales del ámbito sanitario, entre los colectivos, entidades y personas cuyo conocimiento del terreno y experiencia marcan un grado, tal y como existe en otros países, esa red de apoyo de la experiencia, del compañero que no

solo ayuda al paciente o usuario o usuaria también al profesional y este al colectivo, entidad o asociación o persona que se implica activamente en esta lucha por los derechos humanos que toda persona debe poseer sin temor a que estos sean vulnerados y muchos menos asociar dicha vulneración a la atención médica (cuestión clave). Es posible crecer en este aprendizaje uniendo vínculos y experiencias, los conocimientos médicos junto a los conocimientos que otorga la experiencia, el conocimiento de la realidad social que vive cada persona (profesional de la salud, paciente, usuario o usuaria, asociación, colectivo...) aprovechando mutuamente la riqueza aportada por cada ámbito para construir una nueva didáctica de atención al sufrimiento humano pues esta nueva era de la tecnología, de la regeneración, que debemos llevar a cabo tras esta pandemia, ha de poder afrontar un nuevo andamiaje de atención a la salud mental (incluyendo esto, atención para ambos lados, al profesional médico y al paciente, al colectivo). Al igual que en los momentos más duros de la historia se han afrontado los retos más difíciles —lo peor y mejor del ser humano— debemos afrontar ahora la reestructuración de una nueva educación en salud mental, tomando como excusa esta coyuntura actual para transformar lo vivido en una oportunidad de cambio. Es por ello más necesario que nunca romper el silencio que existe, conocer la realidad de cada situación precisa, unir y estrechar lazos, asumir que quizá nos encontremos ante un momento histórico en el que por lo vivido y por lo que vendrá, en cuanto a lo que bien podría ser llamada pandemia mental, las herramientas anteriores han de ser actualizadas. Reinventadas, incluso. La

contención mecánica debe ser erradicada, pues el propio enfoque de su existencia indica que la antigüedad de los elementos médicos aplicados desde la vulneración de derechos fundamentales, rompe y quiebra el principio fundamental de toda acción médica y juramento hipocrático, y si queremos salvar vidas, debemos afrontar que dicha salvación exige un enfoque preciso en cuestiones como esta: erradicación de toda vulneración de derechos para poder dar un paso más allá. La medicina actual no puede basarse en que el posible daño sea mayor que el beneficio pero tampoco puede basarse en la desigualdad, tan solo desde la igualdad, la inclusión y la justicia social real podremos afrontar esta nueva era. Y de ello depende no solo el discurso sino principalmente la práctica, la acción, el gesto, y tal y como hemos visto a lo largo de esta pandemia esta práctica, acción y gesto deben ser impulsados desde abajo, por quienes conocen y viven la salud mental en sus trabajos o vidas, puesto que ningún gobierno tendrá un mayor conocimiento de dicha realidad que quien la vive o sufre cada día.

La contención mecánica es la metáfora perfecta de esta nueva sociedad que se instaurará si no actuamos con determinación y unión. Por desgracia algo más que metáfora, puesto que sigue hiriendo y matando, pero que de no hacerlo, supondrá no solo una ocasión perdida para llevar a cabo el cambio radical que necesita y exige la salud mental (y esta sociedad y este mundo) sino abandonarnos a un sistema que provocará más muerte y enfermedad que salud y dicha. Es nuestra labor, es nuestro deber moral, es nuestra salud, es nuestro bienestar, este es el reto definitivo.

INFORMES

Sobre la eutanasia

En esta sección de INFORMES hemos querido traer **una parte del informe** de la Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi¹ (9/12/2020) sobre la eutanasia en el que se analiza el tema de las personas con trastorno mental, las personas incapacitadas y las que tienen una discapacidad. Asimismo, hemos incluido las conclusiones de esta Comisión. Creemos que este informe aporta una reflexión sosegada y sólida al debate que el tema ha generado en nuestra sociedad.

5.- SITUACIONES ESPECIALES

España acaba de regular este año la eutanasia activa mediante la **Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo**². Con esta Ley España es el séptimo país del mundo en regularla después de Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Colombia (por medio del Tribunal Constitucional), Nueva Zelanda, y algunos estados de Australia.

A. PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

Dos son las cuestiones en la que la valoración del trastorno mental puede resultar relevante en un contexto de ayuda médica para morir. Interesa, por una parte, la posible influencia de un trastorno psíquico en la solicitud y, por otra, la solicitud de eutanasia o suicidio médicamente asistido por razones exclusivamente ligadas al padecimiento de un trastorno psíquico.

Respecto al primer aspecto, no existen demasiados datos que orienten sobre la prevalencia de signos o síntomas psiquiátricos en personas que solicitan ayuda para morir por otras causas. La mayor parte de los protocolos consideran la posibilidad de una valoración psiquiátrica, pero los datos no parecen sugerir una prevalencia significativa de problemas de salud mental que no hayan sido detectados hasta el momento de la solicitud de ayuda para morir. En algunos casos (Australia, Nueva Zelanda) se señala expresamente la conveniencia de consultar con un psiquiatra si existen dudas acerca de la capacidad para la toma de decisiones relacionadas con la ayuda a morir por la existencia de una enfermedad mental actual o en el pasado.

1 El informe completo puede consultarse en: https://www.comgi.eus/Fichero.aspx?mod=gescontenidos&sec=arc&lng=ES&cod=1228&fil=20210129090650954ARCH_Fichero.pdf&nom=Informe%20PDF

2 La ley se puede consultar en : <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>

El segundo elemento de análisis es la casuística de eutanasia y suicidio asistido aplicados en sujetos por razón de sufrimiento ligado, exclusivamente, al padecimiento de un trastorno o enfermedad mental. Países como Colombia, Vitoria (Australia), Western Australia y Nueva Zelanda lo excluyen específicamente. La regulación de la asistencia al suicidio en EE.UU. lo excluye indirectamente al exigir una muerte previsible en un plazo de unos meses. Canadá se plantea revisarlo en un futuro próximo, junto con el caso de los menores maduros y la consideración de las voluntades anticipadas relacionadas con la MAID (*Medical Aid in Dying*).

La situación es diferente en la normativa de los países europeos donde se regula la ayuda a morir. Suiza, a raíz de una sentencia del Tribunal Federal que lo apoyó, permite, desde el año 2007, que accedan al suicidio asistido personas aquejadas de problemas psiquiátricos, aunque se desconoce el número de casos en que se ha aplicado. Los países del Benelux no contemplan entre sus criterios de exclusión el padecimiento de un trastorno psiquiátrico como única razón para la solicitud de eutanasia o suicidio asistido (en el caso de Luxemburgo y Holanda), pero debe decirse que la aplicación ha sido inexistente en Luxemburgo y baja en Holanda (68 casos en 2019). El informe holandés insiste en varias ocasiones en la necesidad de extremar el cuidado en estos casos y obliga a consultar con un psiquiatra independiente. Establece que, en estos casos, habitualmente complejos, debe dictaminarse acerca de la capacidad de los sujetos para expresar la elección de este tipo de ayuda, la existencia de un sufrimiento sin expectativas de mejora y la existencia o no de una solución alternativa.

Esta realidad expone las dificultades que supone la aplicación de la eutanasia y/o asistencia médica al suicidio por exclusiva razón de trastorno psíquico, y no sólo por los desafíos éticos que supone apoyar las conductas eutanásicas fuera del final de la vida, sino por la aplicabilidad de determinados criterios de inclusión habituales en las diferentes regulaciones, dadas las especificidades de los trastornos psiquiátricos y su padecimiento. Tres son las razones que explican esta dificultad:

1. La aplicabilidad del criterio “trastorno irreversible o incurable”. Con algunas excepciones, existe un acuerdo general en considerar que los trastornos psiquiátricos, a diferencia de otras enfermedades orgánicas, no conducen por sí mismos a la muerte. La naturaleza de la enfermedad mental es mucho más heterogénea, y lo mismo puede decirse de la naturaleza del tratamiento psiquiátrico: la multiplicidad de posibilidades — y la variabilidad de disponibilidad de las diferentes técnicas — hace muy difícil aplicar el término de “incurabilidad” (refratariedad absoluta en términos clínicos).
2. Es indudable que la enfermedad psiquiátrica es causa de enorme sufrimiento y el grado de afectación que genera se infiere fácilmente, tanto de la experiencia social y profesional con pacientes psiquiátricos, como de las cifras de suicidio atribuibles a enfermedades y trastornos psiquiátricos. Cuando y como abordar estos elementos y cuando y como aceptarlos como razón legítima en una solicitud, puede ser extremadamente complejo.

En una sociedad que establece como prioridad la prevención del suicidio, esto también debe considerarse.

3. La valoración de la competencia. Para evitar el estigma es importante que el padecimiento de un trastorno psiquiátrico no desvirtúe la presunción de capacidad pero no es menos cierto que, en muchos casos, los trastornos psiquiátricos se acompañan de distorsiones cognitivas y emocionales, inherentes a su psicopatología. En decisiones de tanta relevancia, se precisan profesionales clínicos de la salud mental con estándares profesionales estrictos (la llamada psiquiatría de precisión) y formación específica.

Todo apunta a que la extrema complejidad del planteamiento de la ayuda a morir en pacientes psiquiátricos no puede resolverse si en el proceso no se estipulan salvaguardas suficientes y la garantía de una evaluación extremadamente rigurosa. Asimismo, parece inevitable considerar que pueden existir otros elementos relacionados con el entorno (problemas sociales, económicos, relacionales, etc.) que pueden influenciar la evolución y la respuesta, y que requerirían un abordaje específico, y que la ayuda a morir no debe ser, en ningún caso, sustituta de una insuficiente asistencia psiquiátrica, prevención del suicidio, esto también debe considerarse.

B. PERSONAS QUE HAN PERDIDO LA CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES.

Los pacientes con enfermedades neurodegenerativas que provocan una pérdida irreversible para tomar decisiones, fundamentalmente las demencias y la enfermedad de Parkinson en fase avanzada, no podrían solicitar la ayuda para morir debido a su deterioro cognitivo. No serían capaces de comprender la información, establecer una preferencia y elaborar una decisión tan relevante como reclamar la ayuda a morir. Pero es cierto que previamente a la enfermedad o en las fases iniciales en las que se conserva aún la competencia para tomar decisiones, muchas de estas personas pueden expresar si desearían una ayuda para morir y evitar un deterioro progresivo asociado a un posible sufrimiento, pérdida de identidad y la sensación de ser una carga para la familia o cuidadores.

Cada vez son más las personas en Euskadi, que al redactar un documento de voluntades anticipadas (DVA) expresan que, en el caso de padecer una demencia, desearían la eutanasia si estuviese despenalizada. Esto es posible en las legislaciones vigentes en el Benelux. En Holanda la situación ha generado un intenso debate; a lo largo de 2019, se consignaron 160 casos con demencia leve, en los que se había valorado la capacidad de forma exhaustiva, y 2 casos con demencia muy avanzada en los que existían documentos de voluntades anticipadas. Otro caso de demencia ha sido motivo de procedimiento penal. La cuestión debatida, pendiente de que el Tribunal Superior holandés se manifieste explícitamente sobre los requisitos a exigir en una voluntad expresada anticipadamente, es si, en casos avanzados

de deterioro, debe igualmente preguntarse a la persona acerca de su voluntad antes de administrar la sustancia letal y si deben tenerse en cuenta conductas de resistencia o negativas aparentes en ese estado. En todo caso los documentos holandeses se muestran insistentes en la necesidad de extremar el cuidado y la diligencia en la valoración de la capacidad de las personas afectas de una demencia para tomar la decisión. En Bélgica, donde se disponen de datos del periodo 2018-2019, se recoge que la comisión correspondiente recibió un total de 49 solicitudes basadas en declaraciones anticipadas (que corresponden al 1% del total de solicitudes), y la mayoría de ellas correspondían a personas con tumores malignos y con enfermedad vascular cerebral (trombosis y hemorragias). Además, se recibieron 48 solicitudes de personas afectadas por problemas cognitivos (síndrome demencial en curso), que se consideraron, por su carácter incipiente, que no afectaban a la capacidad de estas personas para realizar una solicitud. El informe belga evidencia que el número de solicitudes es muy bajo con relación al número total de personas afectadas por síndromes demenciales en el país, que se estima en torno a 150.000.

En el caso de la eutanasia, los documentos de voluntades anticipadas afrontan las mismas dificultades que ya se han descrito para otras directrices previas: la estabilidad en las decisiones, la adecuación de la directriz expresada a la situación específica en la que se hace necesario tomar la decisión, la claridad en la voluntad expresada, el papel del representante si lo hubiera o el acceso a las voluntades por parte de los profesionales sanitarios, que permita su aplicación efectiva.

En la mayor parte de las legislaciones (Canadá, Australia, E.E.U.U.), no se contempla la posibilidad de que la eutanasia pueda solicitarse previamente en un documento de Voluntades Anticipadas, y el requisito de capacidad para comprender la situación que se enfrenta, las alternativas posibles y las consecuencias, así como la capacidad de realizar y comunicar una elección, son requisitos generalizados.

C. PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Con relación a la aplicación de intervenciones eutanásicas a personas con discapacidad son dos los riesgos que consideramos desde esta comisión explicitar.

- Por un lado, la posibilidad de que una persona con discapacidad solicite la eutanasia por una situación de discriminación, es decir, no poder acceder a recursos y apoyos sociales y sanitarios para poder vivir sin sufrimiento.
- Por otro, la discriminación en el acceso a la eutanasia y al suicidio asistido en caso de que se despenalice, por falta de apoyos y de accesibilidad a dichas prácticas.

Respecto al riesgo de solicitud de la práctica eutanásica por no existir los apoyos sanitarios y sociales para unos cuidados suficientes y accesibles, ya se ha pronunciado Naciones Unidas a través del informe emitido en febrero del 2020 por la relatora especial de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Catalina Devandas-Aguilar.

El informe señala que, desde la perspectiva de derechos de las personas con discapacidad, preocupa seriamente que la posibilidad de la legalización de la eutanasia y del suicidio asistido pueda poner en peligro la vida de algunas personas con discapacidad, que pueden decidir poner fin a su vida a causa de factores sociales, como la soledad, el aislamiento social y la falta de acceso a servicios de apoyo de calidad. Indica que “las personas con discapacidad, sobre todo las personas mayores con discapacidad pueden ser vulnerables a presiones explícitas o implícitas de su entorno, lo que incluye las expectativas de algunos familiares, las presiones financieras, los mensajes culturales e incluso la coacción”. Por este motivo, reclama que, si se autoriza la muerte asistida, la decisión debe ir acompañada de medidas sólidas para proteger los derechos de las personas con discapacidad y los valores de la igualdad, la vida y la libertad en estas personas.

“En primer lugar, el acceso a la muerte asistida debe limitarse a las personas que se encuentran en la etapa final de la vida”, ya que la discapacidad “no debe ser nunca una razón para autorizar la muerte asistida”.

Además, considera necesario que se obtenga el consentimiento libre e informado de las personas con discapacidad respecto de todas las cuestiones relativas a la muerte asistida, y que se eviten todas las formas de presión y de influencia indebida. También pide que se garantice el acceso a los cuidados paliativos, apoyo basado en la atención domiciliaria y otras medidas sociales que sean apropiadas; “las decisiones sobre la muerte asistida no deben obedecer a que la vida se ha vuelto insostenible a causa de la falta de control y de poder de decisión”. Asimismo, insta a proporcionar información veraz sobre el pronóstico y a ofrecer asesoramiento y apoyo de personas que han vivido una situación similar.

En relación al segundo aspecto señalado, la discriminación que pueden experimentar las personas con discapacidad como solicitantes de eutanasia, el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, en su segunda revisión a España, formuló recomendaciones, entre las que se encontraba la de «velar por que no existan disposiciones que permitan la eutanasia por motivos de discapacidad, ya que tales disposiciones contribuyen a la estigmatización de la discapacidad, lo cual puede propiciar la discriminación».

Por ello, el Comité Español de Representantes de personas con discapacidad (CERMI), que representan a 3,8 millones de personas en España, defiende que la regulación de la eutanasia debe aludir a las personas que presentan «una condición, estado o situación de salud carac-

terizado por la presencia de una enfermedad o patología graves e incurables que ocasionen padecimientos continuos e insoportables en los términos establecidos en esta ley», evitando otro tipo de denominaciones.

En cuanto al consentimiento informado, aunque está ampliamente citado en la iniciativa legislativa, el CERMI considera «no recoge ningún tipo de salvaguarda ni procedimiento para que el mismo sea accesible e inclusivo y ofrezca todas las garantías a las personas con discapacidad que quieran ejercer este derecho».

Para resolver esta cuestión, el CERMI propone incorporar una nueva disposición adicional, con esta redacción:

“Disposición adicional tercera. Personas con discapacidad.

- 1. En los procedimientos que hayan de seguirse en virtud de lo establecido en esta ley para solicitar y recibir ayuda para morir, cuando se trate de personas con discapacidad, se garantizarán los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales que resulten precisas para que reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas.*
- 2. En especial, se adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica y de los demás derechos que tienen reconocidos en el ordenamiento jurídico.*
- 3. Las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordo-ciegas tendrán garantizados los derechos, recursos y medios de apoyo establecidos en la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordo-ciegas.”*

7.- RESUMEN Y CONCLUSIONES

Los miembros de la Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi (CSSCEE), por consenso, se pronuncian de la siguiente manera:

- Estimamos moralmente aceptable la despenalización y regulación legislativa de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en determinadas circunstancias y condiciones, y siempre que se garantice la seguridad clínica y jurídica de pacientes y profesionales.
- Consideramos necesaria, oportuna y beneficiosa una regulación de ambas prácticas en el contexto sociosanitario actual, tanto en el ámbito del Sistema Nacional de Salud como en el del Sistema sanitario de Euskadi.

- Se debe garantizar el acceso a los cuidados paliativos o a las ayudas sociales a todas las personas, incluyendo aquellas que soliciten eutanasia o suicidio médicamente asistido. El desarrollo de los cuidados paliativos no está condicionado ni entra en conflicto con la legalización y regulación de las ayudas médicas para morir.
- El compromiso profesional y humano del o de la profesional con su paciente es desde donde puede considerarse moralmente aceptable una intervención cuya intención sea acabar con su vida. Solo desde dicho compromiso, el imperativo real de la muerte para el o la paciente, se convierte en el imperativo moral para el o la profesional de facilitar la muerte como el mejor modo de “cerrar una biografía” concreta.
- Consideramos que la objeción de conciencia de los y las profesionales debe respetarse y contemplarse en la regulación de la eutanasia y el SMA. Pero no entendemos que ésta deba ser planteada siempre como una objeción monolítica o genérica a todo acto eutanásico. Somos partidarios de una objeción razonada para cada caso concreto y que, al mismo tiempo, garantice el acceso de los y las solicitantes a la prestación de ayudas médicas para morir, siempre que se den las condiciones, circunstancias y requisitos adecuados.
- Entendemos que existen situaciones especiales, relativas a personas con trastorno mental, deterioro cognitivo o discapacidad, que deben tratarse con extremada prudencia. Las tres situaciones tienen suficientes connotaciones diferenciadoras entre ellas y con respecto a cualquier otra y tanta complejidad en un contexto eutanásico que, en el supuesto de despenalización y regulación de las ayudas médicas para morir, se debe dar un tratamiento específico a cada una de ellas.
- Consideramos clave, en un supuesto de despenalización y regulación de la eutanasia y el SMA, la participación de los comités de ética en los procesos de asesoramiento, seguimiento y evaluación que necesariamente deberán establecerse. Así mismo, también consideramos importante la participación de los y las profesionales de la psicología para ayudar a atender las necesidades emocionales de las personas solicitantes de ayudas médicas para morir, con la finalidad de posibilitar que la capacidad y la autonomía personal sea completa.

RESEÑAS

Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría.

Marino Pérez Álvarez

Madrid: Alianza, 2021.

Nunca es tarde para la filosofía de la ciencia

Más allá de la corriente principal. Bajo este subtítulo se desarrolla el último libro de Marino Pérez, una de las grandes figuras de la psicología contemporánea y referencia obligada a la hora de revisar cualquiera de los asuntos centrales de las disciplinas psi. La altura intelectual del autor permite ver panorámicamente el territorio que se pisa -el de la salud mental- desde una perspectiva privilegiada. Esto es para bien en muchos casos, como propedéutica para evitar errores, pero para mal en otros por verse uno en mal lugar, con el susto en el cuerpo y al punto de despeñarse. Mejor saber que ignorar, aunque como señalara el padre Feijoo, solo quien está ciego se va con serenidad al precipicio. La buena noticia es que esta obra permite reorientar los pasos y seguir un camino más seguro, sin autoengaños ni sobresaltos.

Con el rigor expositivo y la profundidad conceptual que le caracteriza, el autor divide la obra en tres partes. La primera recuerda que no hay escape de la filosofía, y que de hecho los mayores problemas de la psicología y la psiquiatría son filosóficos, no empíricos. Tras advertir que la epistemología ha tomado la delantera a la ontología, lo que deriva en otorgar mayor importancia al método que al objeto de estudio, se ofrecen una ontología relacional y una epistemología plural para un mejor entendimiento y estudio de los problemas psicológicos, evitando reduccionismos. Nunca es tarde para la filosofía. La segunda parte se adentra en la difícil demarcación entre ciencia y pseudociencia, con ejemplos de terapias y trastornos en el foco del debate. La parte tercera se adentra en la psicoterapia, comenzando por reparar en la crisis actual de la psiquiatría. Se aborda en profundidad el efecto placebo, un concepto médico de contenido psicológico omnipresente en medicina y en psicoterapia, para el que importa una explicación holista-contextual que considera el efecto placebo como algo que no es lo que se pensaba, sino mucho más. La obra finaliza con las dos grandes preguntas; qué es un trastorno mental, y qué es y por qué funciona la psicoterapia, ofreciendo nuevos horizontes y perspectivas de futuro a los profesionales de la salud mental.

Se trata de una lectura nutritiva para los jóvenes y esclarecedora para los veteranos. Ni a unos ni a otros dejará indiferentes. La reconceptualización que ofrece de los problemas centrales que atañen a la psicología, la psicopatología, la psicoterapia y la psiquiatría como disciplinas condenadas a entenderse, permitirá a clínicos e investigadores moverse sobre un terreno mejor alumbrado en ese intrincado cruce de caminos entre las ciencias naturales y las ciencias humanas.

*David González Pando
Profesor Facultad de Enfermería
Gijón (Asturias)*

Manual de tratamientos psicológicos –adultos–.

Eduardo Fonseca Pedrero (Coord.)

Madrid: Pirámide, 2021.

Una actualización esperada y necesaria

Mientras los tratamientos psicológicos han avanzado notablemente en las últimas dos décadas, el último manual de tratamientos eficaces publicado en nuestro país se remonta a 2003. ¿Cómo es esto posible? Esa es la pregunta que se plantea en el prólogo el coordinador de esta obra, el investigador Eduardo Fonseca. La respuesta es el propio manual. Como era de esperar, se trata de una exhaustiva revisión de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados. Sin embargo, la obra no queda ni mucho menos reducida a ellos. Dicho de otro modo, el libro no se agota en la práctica basada en la evidencia, sino que explora también nuevas y no tan nuevas tendencias como la integración de enfoques psicoterapéuticos, los factores comunes, los protocolos transdiagnósticos, la evidencia basada en la práctica y la prudencia, o la siempre necesaria adaptación de los tratamientos a las características del consultante, entre otros.

La psicoterapia es el tratamiento electivo y de primera opción para las personas con problemas de salud mental. Esa es la conclusión fundamental de la evidencia científica disponible. Y de eso trata este trabajo monumental; de condensar el estado del arte de la Psicoterapia con mayúscula (aunque mejor sería hablar siempre de tratamientos psicológicos) en poco más de 700 páginas. En él han participado más de 60 personas, todos ellos investigadores y/o profesionales de la salud mental, principalmente psicólogos pero también autores de otras disciplinas.

La puesta al día de los conocimientos científicos disponibles es siempre una buena noticia para todos. Estar al día es una necesidad y una responsabilidad para profesionales e instituciones, y un derecho y una garantía para los pacientes y para la sociedad. Estamos pues de enhorabuena ante la llegada de este nuevo manual, que anticipa o anuncia una segunda obra dirigida a población infantojuvenil, ya inminente.

El manual se estructura en 23 capítulos. Comienza por revisar el pasado, presente y futuro de los tratamientos psicológicos, y termina examinando la estructura y funcionamiento de la psicoterapia. Este último capítulo formula y trata de responder algunas preguntas esenciales

que persiguen como una sombra a todo profesional de la salud mental: ¿qué es un trastorno psicológico/psiquiátrico?; ¿qué es la psicoterapia?; ¿por qué funciona la psicoterapia?

El libro expone de forma didáctica los tratamientos que gozan de mayor apoyo para abordar los principales trastornos psicopatológicos: psicosis, depresión, trastornos bipolares, de ansiedad, de la conducta alimentaria, adictivos, etc., y dedica un interesante capítulo a los trastornos mentales asociados al embarazo y puerperio. La obra destaca por su profundidad y el rigor de la revisión bibliográfica en la que se fundamenta, así como por su acertado enfoque práctico y didáctico. Cada tema se cierra con un caso clínico y un relato en primera persona, donde son los pacientes quienes toman la palabra. Además de las correspondientes referencias bibliográficas al final de cada capítulo, se ofrecen enlaces web y bibliografía comentada que orientan la búsqueda de información complementaria.

En definitiva, se trata de un manual de obligada consulta para clínicos e investigadores y de una referencia fundamental para orientar las velas de la psicoterapia en los próximos años. Asimismo, tanto los profesionales de salud mental en formación (PIR, MIR, EIR) como los estudiantes de máster o doctorado encontrarán en sus páginas un excelente apoyo para optimizar su aprendizaje. En lo que a tratamientos psicológicos se refiere, nada que merezca la pena ha quedado fuera de este libro.

David González Pando
Profesor Facultad de Enfermería
Gijón (Asturias)

LA VIDA EN CUATRO LETRAS: claves para entender la diversidad, la enfermedad y la felicidad.

Carlos López- Otín

Barcelona. Paidós 2019 .

Los lenguajes de la vida en unas pocas letras

No hace falta presentar a Carlos López-Otín y menos en Asturias, donde es catedrático de Bioquímica y compagina su actividad docente con la investigación puntera en el ámbito de la genómica (sobre todo cáncer y envejecimiento) por la que ha sido múltiples veces premiado.

Las cuatro letras se refieren a la A, C, G y T (Adenina, Citosina, Guanina y Timina)

Escrito según el mismo relata en 28 días y 28 noches en plena crisis personal, y a modo de autoayuda para el autor.

Se trata mas de un libro de divulgación sobre los diversos lenguajes ómicos (los expertos en el tema van aprender poco nuevo), un paseo por la biomedicina y las técnicas mas punteras como la secuenciación de genomas, la reprogramación celular o la edición génica para plantearse sobre cuestiones mas “humanistas” como la felicidad, la inmortalidad, la robótica la inteligencia artificial y preguntarse si el homo sapiens tiene un lugar en la evolución de la especie humana. Con constantes referencias a la literatura y a la música que en ocasiones es un hilo conductor. Llega a incorporar una playlist de obras musicales (Pág. 207-208) que el va escuchando en distintos momentos de esa crisis.

El libro consta de: **Prologo, 14 capítulos, Playlist musical, Notas** (ordenadas según capítulos que facilita mucho la consulta), **Bibliografía, Glosario y Agradecimientos.**

PROLOGO

Escrito por el mismo “*en plena eclipse del alma*”, a partir de la memoria selectiva y a modo de autobiografía hasta 2017 tras el acoso laboral y la infección y destrucción de su biotario de ratones (el trabajo de 20 años) donde perdió su “*Ikigay*” y le llevó a tratamiento psiquiátrico “*desconcertado, confundido y atónito*” (Pág. 17) *enfrentado al Apocalipsis y la tristeza*” comienza este libro en total aislamiento en esa crisis.

CAPITULO 1 Sapiens y sentiens: Los campeones de la felicidad (pp. 21-27)

Describe persona felices que se han estudiado (como Sammy Bassi, uno de sus pacientes) para desvelar la diferencia entre su esencia como *Homo sapiens sapiens* «educado en los misterios biológicos» y la conversión en un *Homo sientens sientens* (concepto de F Fros Campelo) que «siente que siente y se da cuenta de que está vivo». Duetto complementario para afrontar la aventura de la vida.

CAPITULO 2 Las Letras de la vida (pp. 29-37)

Remontándose al Bing-Bang, Darwin, R Franklin, Watson y Crick y el desciframiento del código molecular genético de 4 letras que se corresponde con las iniciales de sus componentes químicos concluye con 2 grandes lecciones: la existencia de un hilo conductor en la vida y la ausencia de un plan general en la naturaleza.

CAPITULO 3 Del sueño de una bacteria a la mente humana (pp. 39-46)

Desde el origen común de todos los seres que habitan la tierra desde hace 3800 millones de años cuando una bacteria tuvo el sueño de crear otra igual a si misma y como estas sobrevivieron a la crisis ambiental toxica mediante la cooperación y la formación de ATP mitocondrial se inicia el camino hacia la complejidad de los organismos pluricelulares. Del gen FOXP2, definido como el gen del lenguaje, a la apoptosis y los diversos lenguajes de la muerte celular y su éxito evolutivo.

CAPITULO 4 Las imperfecciones de la vida (pp. 47-55)

Nos habla de su propia investigación, de su consulta de genómica, sus experiencias con pacientes, las mutaciones y los riesgos inherentes a la duplicación del genoma; las células stem y las diferentes pérdidas de armonía en el material genético con su fragilidad biológica.

CAPITULO 5 Los lenguajes de la vida (pp. 57-71)

Nos habla de los distintos lenguajes biológicos y ómicos que nos ayudan y escriben los instantes de la vida articulándose alrededor del genoma: varioma, epigenoma, metagenoma. Nos advierte del equivoco de asumir que nuestra maquina biológica de pensar garantiza el procesamiento de la información y olvidar que hay otras formas de procesarla que trasciende del funcionamiento cerebral y deriva de la utilización de los distintos lenguajes moleculares de la vida. Además de los tres primeros citados también están el proteoma, metaboloma, interactoma, degradoma, conectoma en una historia ómica casi interminable (Pág. 70).

Todo variaciones de las 4 letras tomadas de 3 en 3 que permiten codificar los 20 aminoácidos esenciales que forman las proteínas donde empieza la síntesis de macromoléculas y los RNA mensajeros.

Termina el capítulo hablando del epigenoma del que dice (de una manera casi poética) ...” *El lenguaje epigenético sería algo así como la gramática o la ortografía del genoma, y surge a partir de cambios reversibles y dinámicos en lo que podríamos llamar la decoración química del ADN o de unas proteínas llamadas histonas que pliegan nuestro material genético para que pueda empaquetarse correctamente dentro de las células. El genoma almacena información, mientras que el epigenoma la organiza y en un nuevo paralelismo entre el mundo de las ciencias surge un diálogo gozoso y sinfónico entre lo micro y lo macro. Podemos imaginar que estos cambios epigenéticos actúan a modo de tildes, comas, diéresis o puntos que dan sentido gramatical al mensaje genético y reflejan el diálogo del genoma con el ambiente en el que se desarrolla la vida”*.. (Pág. 67). Capacidad de los cambios epigenéticos para modificar la expresión del genotipo en forma de metilaciones en el ADN o de modificaciones en las histonas que determinan que la información contenida en el genoma se exprese o no, que los genes se activen o inactiven, que hablen o queden en silencio.

Además de advertirnos que somos “*Holobiontes*”, solo una pequeña parte (menos del 10% del total) de los genes presentes en nuestro cuerpo son humanos (Pág. 68) y la importancia de la pérdida del equilibrio entre ellos (*disbiosis*) o como se ha empezado a definir al microbioma como “*segundo cerebro*”.

CAPITULO 6 Armonía o entropía. Orden en el laberinto (Pág. 73-78)

Muy breve, explica como la vida sigue las normas de la física y química incluido el segundo principio de la Termodinámica. Armonía en permanente lucha contra la entropía (genes kousekeeping, factores de Yamanaka, micro ARNs)

CAPITULO 7 La lógica molecular de la enfermedad (pp. 79-97)

Un recorrido por las enfermedades “raras” hereditarias, las enfermedades de “novo” (nuevas mutaciones cuya incidencia va en aumento), las nuevas tecnologías para tratarlas que abren ante nosotros escenarios impresionantes aunque en ocasiones planteen dilemas éticos que deben ser abordados, como el caso de la controvertida opción de tener hijos de tres progenitores (ADN nuclear de la madre+ADN molecular del padre+ ADN mitocondrial de un donante) aprobada por primera vez en 2015 en el Parlamento inglés.

CAPITULO 8 Nuevos elixires de felicidad (pp. 99-114)

Nos habla del genoma del cáncer y de los estudio para diseñar tratamientos individualizados mas selectivos. Tras presentar el trabajo de Shinya Yamanaka - Premio Nobel 2012 - de reprogramación de células adultas y células iPS que cambio algunos de los paradigmas clásicos de la biología se presentan las técnicas de edición genética CRISPR/Cas9, incluyendo el propio trabajo del autor en la progeria (la enfermedad de Sammy Bassi).

CAPITULO 9 Los genes de la felicidad (pp. 115-137)

Parte preguntándose sobre la heredabilidad de la felicidad y la hipotética existencia de genes a ella asociados a partir de una revisión exhaustiva(mediante la técnica GWAS) de los estudios científicos que se han publicado en torno a las variantes génicas que influyen en ella o en el bienestar emocional. Se discute con cierto detalle el papel de genes como SLC6A4, 5-HTTLPR, FAAH, VMAT2 y otros asociados al miedo.(ECM1 y STMN1), y al dolor (como ZFH2, SCN9A, PRDM12 y NTRK1).

Se repasan neurotransmisores conocidos, incluso algún antidepresivo para concluir con su particular e imperfecta” formula genómica de la felicidad y concluir que esta es un “*fenómeno estocástico*” resultado de la interacción exquisita y continua entre factores genéticos y ambientales.

CAPITULO 10 Los otros lenguajes de la felicidad (Pág. 139-149)

Comienza diciendo que el debate entre genetistas y ambientalistas acerca del comportamiento humano no tiene sentido a la luz del conocimiento científico actual. Analiza las distintas sustancias químicas endógenas que tienen que ver con el bienestar emocional como los neurotransmisores conocidos hasta hoy y las hormonas (muchas de ellas neuromoduladoras) todas ellas influenciadas por el epigenoma y el microbioma lo que hace que la felicidad sea un proceso complejo y dinámico.

CAPITULO 11 El azar y la felicidad (pp. 151-158)

Breve reflexión a partir de datos biográficos y de algún paciente sobre la aleatoriedad de la felicidad y su intangibilidad.

CAPITULO 12 Homo sapiens sentiens 2.0 (pp. 159-177)

Fascinante repaso a distintos estudios desde programas informáticos, ideas visionarias (como las de R Kurzweil), el proyecto “Blue Brain” del neurocientífico americano H Markran, el programa Libratus (póker) hasta distintos robots con emociones humanas (el Goostman primero en pasar el test de Turing, el androide Pepper hasta ahora el primer robot psicópata creado en MIT) hasta los experimentos de S Tonegawa (P Nobel 1987) sobre trasplantes de recuerdos y las posibilidades de la nanotecnología, que ayudaran a traspasar los limites de nuestra especie con el consiguiente riesgo de una biocracia como nueva forma de poder ... con progresión de híbridos hombre-máquina, y con el tiempo nuevas tribus de cyborgs, geborgs y silorgs ocuparán nuestras ciudades...(Pág. 174)... aparecerá sobre la Tierra una nueva especie, una especie que será el producto de la fusión del Homo sapiens y el Homo sentiens y su posterior transformación —por obra de la inteligencia artificial— en una entidad distinta, con capacidades y objetivos diferentes que alguien tendrá que empezara a definir: Será el Homo sapiens sentiens 2.0. (Pág. 176).

Todo con la esperanza de que los avances del progreso no vayan solo en el ámbito del conocimiento si no también del sentimiento.

CAPITULO 13 Las claves de la felicidad (pp. 179-201)

Mientras todo lo anterior suceda se plantea la obligación moral de seguir pensando desde un prisma humanista para mejorar la vida humana y citando la frase de J Prévert ... “*reconocí la felicidad por el ruido que hizo al marcharse*”... pasa a describir lo que para él serían las cinco claves de la felicidad: **imperfección, reparación, observación, introspección y emoción** que va explicando una a una.

CAPITULO 14 El arte de la Felicidad (pp. 203-205)

Poco más de una página para concluir desde “*la estación del tiempo rezagado*” (copiando el poema de Francisco Brines) que la “ciencia aproxima a la verdad pero no tiene los secretos del arte de la felicidad”.

Resumiendo, un libro escrito con prudencia y rigor, apasionante, fácil de leer, que expone increíbles avances científico-tecnológicos, plantea utopías y dilemas éticos sin caer en el determinismo, ni en reduccionismos simplistas (que otros pseudo científicos quieren hacer creer) para decirnos que la felicidad, como cualquier emoción humana es el resultado de la interacción exquisita y continua entre factores genéticos, ambientales y culturales donde la colaboración entre ellos es tan estrecha que en realidad son componentes inseparables de una misma ecuación.

Una lectura, que además de aportarnos muchos conocimientos a los no expertos en el tema, se entiende, se disfruta y recomiendo vivamente.

Termino con una cita textual *La felicidad no es una ciencia sólida y perfecta, sino más bien un arte líquido e imperfecto en cuya construcción hay que trabajar duramente cada día....* (Pág. 137).

Acaba de salir un segundo libro del autor (se supone que va a ser una trilogía): **El Sueño del Tiempo. Un ensayo sobre las claves del envejecimiento y la longevidad** que me dispongo a leer y del que espero animarme también a hacer una reseña.

Ana-Esther Sánchez
Psiquiatra
(Asturias)

A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental: coordenadas para una cartografía posible.

Silvia Faraone y Alejandra Barcala

Buenos Aires. Teseo, 2020.

Un hito en la historia argentina

A finales del 2010, se constituía un hito en la historia argentina en materia de políticas públicas con perspectiva de Derechos Humanos en el ámbito de la salud mental: la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Al cumplirse una década, Silvia Faraone y Alejandra Barcala se valen de la cartografía como herramienta teórico-práctica para estructurar el análisis de este evento histórico alrededor de tres coordenadas: la apuesta por la sanción de la ley, las políticas públicas y los nuevos actores sociales, en particular las/os usuarias/os de servicios de salud mental.

Nos ofrecen así una obra que rescata, desde una perspectiva histórica, social y cultural, el complejo proceso que culminó con la sanción y promulgación de una ley que se instaló como instrumento de transformación de la vida social, cultural e institucional. Transformación en marcha, con sus avances y retrocesos, tal como narran las autoras al analizar las políticas públicas y sus deudas pendientes. Proceso no exento de tensiones y disputas de poder que se extienden hasta el presente y abren preguntas hacia el futuro.

Difícil comprender este proceso sin ubicarlo en el escenario de una Argentina que ha hecho de la política de derechos humanos una política de Estado, y sin reconocer la potencia del movimiento social que extendió el reclamo de “memoria, verdad y justicia” más allá del doloroso capítulo del terrorismo de Estado. Así, el texto narra la construcción de un cambio de lógica, que comenzó denunciando la vulnerabilidad y segregación de las personas internadas en instituciones monovalentes – de “secuestro institucional” las llamará Massimo Pavarini – para concluir iluminando la vulneración de sus derechos y creando un dispositivo normativo e institucional para su defensa y garantía.

Este libro entonces celebra la sanción de una ley de avanzada en el campo de la salud mental pero lejos de quedarse en el elogio del aniversario, trae valiosas pistas para desentrañar los complejos vericuetos que la hicieron posible y valorar las acechanzas que aún amenazan su plena implementación. Una lectura necesaria para todos los que apostamos a transformar las prácticas desde la perspectiva de derechos.

*Graciela Touzé
Trabajadora social
Intercambios Asociación Civil, Argentina*

Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia.

Alberto Gimeno Peon

Madrid. Ed. Pirámide. 2021.

Hacia una evidencia pluralista en psicoterapia

Tras más de un siglo de evolución y perfeccionamiento de la cura por la palabra o *talking cure*, como la llamó Anna O, parece que nadie duda ya acerca de su eficacia. La psicoterapia, por usar un término *mainstream*, es eficaz. Partimos de este axioma. Sin embargo, los *por qué* y los *cómo* de su eficacia siguen siendo un tesoro por descubrir. Décadas de luchas sangrientas entre modelos terapéuticos han cronificado un debate que, si no está muerto, agoniza. El pájaro Dodo ha pasado a ser el pájaro de Schrödinger ya que, dado lo trillado del asunto, parece estar vivo y muerto a la vez. Nuevas vías de investigación del santo grial de la psicoterapia se han abierto en las últimas décadas poniendo el foco en el *más allá del modelo*. Los factores comunes o el estudio de la pericia clínica son claros ejemplos para mostrar que la investigación de procesos y resultados en psicoterapia puede andar otros caminos.

En este libro, Alberto Gimeno agarra con fuerza el estandarte de la evidencia. No hablamos de una evidencia científicista, ahogada en los datos, del tipo que muchos rehúyen por su alejamiento de la realidad clínica. Sino de una evidencia plural, enfocada tanto en las pruebas experimentales, como en los efectos del terapeuta y en las preferencias del cliente. Además, siempre en un sentido de indicios o guías más que de verdades irrenunciables. Bajo la luz de esta mencionada evidencia el autor busca orientarnos en el océano de la clínica mediante la brújula de los principios terapéuticos. Estos principios moldeables a cada modelo no son técnicas concretas sobre qué hacer, sino puntos cardinales comunes que todo profesional debería tener presente en la práctica clínica.

Así bien, en los distintos capítulos que preceden a este contexto de partida podemos encontrar distintas vías de poner en práctica lo ya señalado. Un ejemplo es la monitorización de resultados y el uso del feedback correspondiente. La idea sería obtener información en tiempo real del proceso psicoterapéutico para, con la ayuda del cliente, continuar con aquello que le ayuda y rectificar lo que no está funcionando. De esta forma, además de moldear

tus habilidades como terapeuta, se podrían prevenir muchos abandonos. Esta práctica de monitorización se encuentra como característica dentro del estudio de la pericia clínica, una suerte de línea de investigación acerca de la experticia en psicoterapia. Esta línea también se ocupa de las características personales del profesional, que son analizadas y desmenuzadas con base en los supershrinks o superterapeutas. Todos estos aspectos mencionados están tamizados por el componente vertebrador de la clínica, la relación terapéutica. El capítulo que se encarga de ella, además de ser el más extenso, toca asuntos de vanguardia en nuestro campo. La identidad del terapeuta o la discrepancia respecto a lectura del problema entre paciente y profesional son traídas a colación mediante interesantes viñetas clínicas.

Parafraseando a su autor en el inicio del texto desgraciadamente este no es un libro de autoayuda para terapeutas. Tampoco es el libro que te convertirá en un maestro de la psicoterapia, ya que pretensiones de este tipo siempre son engañosas. No obstante, los principios y coordenadas que aquí se ofrecen sí son de vital importancia para una práctica clínica más científica, honesta y comprometida.

Álvaro Magdaleno
Psicólogo clínico
Asturias

No es como te han dicho. Guía de salud mental basada en los vínculos.

Yolanda Alonso, Esteban Ezama y Yolanda Fontanil

Editorial Herder, 2021.

Me es grato presentar este libro por tres razones: 1) Porque es un libro magnífico, fruto maduro de muchos años de práctica clínica, investigación y reflexión sesuda sobre diferentes temas y problemas de la vida humana y la salud mental (elogio); 2) Porque sus autoras (profesoras, clínicas e investigadoras) son profesionales de una talla inmensa (reconocimiento y admiración); y 3) Porque debo gran parte de mi formación psicoterapéutica y modo de pensar a la impronta de ellos (gratitud y remembranza).

Decir que es un libro magnífico no es gratuito. Las siguientes líneas tratarán de justificar mi valoración.

El libro consta de seis capítulos, precedidos de una introducción y rematados con un epílogo. El libro se puede leer como la vida misma o como el ciclo vital familiar: nacimiento, crianza, aprendizaje, autonomía y pareja.

En el primer capítulo, titulado *Ubuntu*, se presentan las lógicas del sufrimiento y la curación. Frente a las psicologías tradicionales; *psicología del Yo* (psicoanálisis) y *psicología del Él* (conductismo), las autoras proponen como mejor opción atenerse a la psicología del *nosotros*. Frente a explicaciones que privilegian las causas individuales o disposicionales (ya sean mentales, cerebrales o genéticas) se reclama una nueva mirada, propia de la *terapia relacional sistémica*, que trata de situar en el centro del análisis las relaciones interpersonales como la unidad básica del estudio del ser humano. Estas relaciones implican cuestiones tan importantes como las siguientes: *necesidades* que tenemos las personas (disponibilidad, atención, comprensión, asistencia y aprobación), *derechos* y *obligaciones* que establecemos en la historia de nuestras interacciones, *compromisos* y *reputaciones* que nos asignamos, *objetivos* y *metas* que tratamos de alcanzar/evitar en las diferentes escenas de la vida, y *estrategias* y *procedimientos* que empleamos con mejor o peor acierto para su logro. El foco está ahora en los patrones de interacción, con su lógica específica, que involucran a dos o más sujetos en un contexto. Los patrones de interacción y sus efectos no son reducibles a individuos, conductas o formas de ser aisladas. Se refiere aquí a una psicología del vínculo y la relación; una ecología de relaciones de interdependencia que nos sostiene y sostenemos (que somos) y que es la base de los procesos de construcción y crecimiento humano, de los logros y fracasos personales y colectivos. Esa ecología relacional se organiza como una

arquitectura funcional la cual siempre está, por decirlo así, en obras, es decir, en coevolución. No se trataría sólo de una ecología de la interacción entre sujetos ya hechos y acabados, sino de una ecología de la coconstrucción de sujetos en ciernes; nos construimos en y a través de las relaciones y vínculos con otros sujetos más adelantados. Como dicen las autoras: “ Los ladrillos que nos componen y que determinan quiénes somos provienen de quiénes somos para los demás” (p. 14). Esta arquitectura funcional es, por lo demás, la que contiene las condiciones del desarrollo, la adaptación, la salud y el bienestar. Y, por las mismas razones, de todo lo contrario. La lógica del conjunto (o del sistema) desplaza a la lógica del miembro aislado. Esta lógica del *nosotros*, contiene, a juicio de las autoras, la clave para comprender los problemas que hacen sufrir a las personas en su día a día y, al mismo tiempo, la llave para ayudar de forma efectiva a las personas que consultan por quejas de salud mental.

El segundo capítulo (*Los vínculos afectivos*) toma como referencia las conocidas aportaciones del psicólogo inglés J. Bolwby y de la psicóloga estadounidense M. Ainsworth sobre los patrones de cuidado adulto/apego infantil. Se aborda el estudio de los vínculos afectivos desde la óptica relacional-sistémica. Por de pronto, esto significa que la teoría del apego trasciende la tradicional dialéctica diádica (cuidadora/bebe) y queda integrada en una ecología de relaciones, empezado por la triada padres-hijo y así sucesivamente en círculos cada vez más amplios: familia extensa, sociedad y cultura. Cuidadores y niños hacen dos viajes paralelos con sus respectivas tareas más/menos acuciantes: los niños, de la necesidad de apego en la infancia al deseo de autonomía creciente en la adolescencia y juventud; y los padres, del deseo de cuidar las necesidades de sus hijos a la necesidad de respetar el derecho a una intimidad, libertad y autonomía crecientes. Los padres pueden fracasar sólo en la segunda, pues si lo hacen en la primera, lo hacen en las dos.

El capítulo tres (*Llegar al mundo*), analiza la coevolución de las familias.

Se toma la gestión del llanto infantil como piedra de toque para explorar las diferentes prácticas de crianza: unas más solícitas y otras menos, unas más *adultocéntricas* y otras más *niñocéntricas*, es decir, unas que ponen en un primer plano lo que son necesidades del niño y otras que hacen lo propio con las del adulto (Loredo Narciandi, 2016). Las autoras proponen dar el salto de una lógica centrada en las necesidades del adulto, con autores bien representativos (Ferber, Holt, Estivil), a otra centrada en las necesidades del ser en construcción (Bolwby, Ainsworth, Vygotski). Saber reconfortar de forma sostenida, sensible y solícita el llanto del bebé se convierte, así, en una bella metonimia de todo desarrollo humano que se precie. Es, por así decir, su semilla más fecunda. Situar las prácticas de crianza fuera del esquema conductista de refuerzos/castigos y abrazarlas desde la teoría del apego de cuidados incondicionales (no sin recurrir al genial antropólogo, biólogo y epistemólogo inglés G. Bateson y su sabroso acertijo sobre las espinacas) es un buen ejemplo de este giro desde las necesidades del adultos a las del niño. ¿Qué le importa más a usted, la disciplina/obediencia de su hija en el aquí-ahora o que ésta se sienta valiosa y confiada en su futuro?

El asunto *contraintuitivo* y paradójico aquí es que vale más entrenar a base de caricias y afectos que fortalecer los bíceps si se quiere construir a personas fuertes y competentes.

El capítulo cuarto (*Aprender*) toma como marco de referencia las aportaciones del psicólogo ruso L. Vygotski sobre el desarrollo y el aprendizaje, empezando por la *ley de la doble formación* (esa que viene a decir que *todo lo intrapsicológico es una apropiación de lo interpsicológico*), la *zona de desarrollo próximo* y la teoría del *andamiaje*. Se discuten los ingredientes de la interacción experto/aprendiz y se analizan sus implicaciones para el desarrollo humano y para la terapia. No en vano, como dicen las autoras: “La psicoterapia es una actividad conjunta entre el experto y en aprendiz, con la salvedad de que, en este caso, los expertos son *ambos*” (p. 199).

El capítulo cinco (*Emancipación*) trata del proceso de individuación y autonomía del adolescente o joven adulto. Junto a la cantidad ingente de tareas del adolescente (se da buena cuenta de ellas), y a la par de las mismas, están las tareas de los cuidadores o padres, los cuales han de estar preparados para facilitar y acompañar a sus hijos en el proceso de construir autonomía. Las dificultades de los padres en esta tarea, es decir, en saber quitar andamios otorgando libertad, derechos de intimidad y sabiendo mantener el refugio seguro, están muchas veces a la base de los problemas psíquicos de muchas familias.

El capítulo seis (*Parejas*) nos devuelve la importancia de los vínculos afectivos en la infancia y su influencia (nunca determinista) sobre los patrones de apego adulto. No en vano, una relación de pareja es un tipo de apego/cuidado adulto. Operan aquí esos potentes filtros que son los *modelos operativos internos* (sin ser *internos* en sentido intrapsíquico o mental) que nos susurran al oído *el amor que creemos merecer* y que pueden configurar dramáticas *profecías autocumplidas*. Se discuten en este capítulo temas fundamentales como el amor, violencia, la infidelidad, los celos, la ruptura, entre otros.

El libro admite diferentes lecturas, más allá del ciclo vital familiar. Se puede leer como una colección de pares dialécticos (a nuestro juicio la dialéctica sería el modo de pensar propio de la sistémica), o como una crítica a los mitos (o cuestiones ideológicas) que inundan nuestra cultura *psi* (nos aclara cosas que *no son como nos lo han dicho*) y que lamentablemente guían las cosas que hacemos y nos hacen. Como colección de pares dialécticos tendríamos las siguientes: la dialéctica del apego/cuidado, del aprendizaje/andamiaje, de la teoría/acción, del refugio/exploración, del cuidado/competencia, de la dependencia/autonomía, por citar algunas. La dialéctica ideas/acciones es especialmente importante en los temas y problemas relativos a la psicología y la salud mental, los cuales, según otros autores, tendrían una naturaleza *interactiva* antes que natural o *fija-ahí-dada* (Pérez-Álvarez, 2021). Las ideas que tenemos (o las creencias en las que estamos) acerca de un asunto (véase acerca de lo que entendemos que es una niña con depresión) activan (y desactiva) unas u otras avenidas de comportamiento. De este modo se propagan ideas-acciones que lejos de ser útiles son

contraproducentes y peligrosas llevan a las personas a situaciones calamitosas. Entre las ideas que conducen a callejones sin salida están aquellas que consisten en atribuir a las personas/consultantes malas y perversas intenciones, deseos de poner a prueba, de controlar, de ganar, etc. Y no digamos si la atribución estriba en alteraciones cerebrales o genéticas.

Como crítica de los mitos en los que estamos, tendríamos aquellos que afirman que la dureza de la crianza es la condición de la competencia adulta, que la adolescencia es una etapa evolutiva inherentemente difícil, que la cosa va de aumentar la dosis o hacer reajustes indefinidos de medicación, etc. En esta línea, interesa especialmente la crítica a la noción de *enfermedad*, noción típica y tópica de los discursos y prácticas de salud mental. Dado que las palabras no son inocentes y en cierto modo construyen la realidad, las autoras prestan especial cuidado en sustituir el término *trastorno*, *enfermedad* o *patología* por el de *disfunción*. Se considera que los problemas psíquicos no son *enfermedades* que los individuos padecen en algún lugar de su interioridad (mental o biológica) sino asuntos que atañen a conjuntos de individuos. Como se dijo anteriormente, se propone toda una arquitectura funcional donde las tareas y objetivos de unos pueden coordinarse/facilitarse o colisionar/interferirse con las de otros y donde las estrategias y procedimientos rutinarios puede hacer lo mismo. Los problemas psíquicos (psicológicos/psiquiátricos) provendrían de fracasos, ya sea en obtener lo que necesitamos o en conseguir lo que nos hemos propuesto alcanzar (necesidades y metas personales e interpersonales). Evidentemente un fracaso no sería una disfunción pero puede devenir en disfunción cuando acarrea interferencias en el logro de nuevas metas, tanto personales como relacionales (no se olvide que se estudia a sistema de sujetos). Los fracasos reiterados a la hora de conseguir las cosas que queremos o necesitamos constituyen las disfunciones. Se llegaría, por lo demás, a la disfunción a través de diferentes caminos: a través de la repetición de estrategias ineficaces o mediante estrategias eficaces pero peligrosas.

No espere el lector encontrar en este libro un listado de recetas conductuales iluminadas por la psicología positiva, la psicología evolutiva, la psicología clínica o la puericultura, sin perjuicio de hallar en sus páginas lo más esencial y genuino de cada una de estas disciplinas y mucho más. No se trata de un libro sobre la ciencia (con sus explicaciones teóricas alambicadas y abstractas) sino una guía para saber cómo actuar y cómo evitar actuaciones contraproducentes en las diferentes tareas de la vida cotidiana. Como guía que es, se refiere a un mapa y, ya se sabe, no debiera olvidarse nunca que el mapa no es el territorio; uno no va de vacaciones al puntito rojo ese del plano que pone “Pontevedra”. Más allá del respaldo de la investigación científica (académica-basada en la evidencia) que subyace a las tesis vertidas en el libro, el punto fuerte del mismo consiste en estar basado en la sabiduría de la experiencia vital-mundana (personal, biográfica, clínico-profesional, secular, artesanal o culinario).

Es digno de mención que las autoras no sólo se limitan a ejercer los conceptos heredados del modo tradicional de pensar sistémico (pragmática de la comunicación humana, terapia

familiar, entre otros) sino que, topándose con sus límites, los superan de forma creativa e innovadora integrando nuevas referencias teóricas y ensanchando el repertorio de conceptos. Como ejemplo de integración teórica estaría la teoría del apego de Bowlby y la teoría del andamiaje de Vygotski. Es cierto que la teoría del apego no es ajena a la tradición sistémica pero sí lo es en el sentido que propone el libro (integrando la diada en la triada y así sucesivamente). Los nuevos conceptos sirven para pensar dimensiones de la experiencia relacional que sin ellos no serían visibles. Como ejemplos de nuevos conceptos se citan los siguientes: *hacer hacer*, *disfunción psíquica*, *fracaso*, *tareas*, *escenas rutinarias*, *reputación* (la idea que creemos que los demás tienen de mi), o, el insuperable: *aprendenseñar*. Todos ellos son conceptos genuinamente relacionales; implican al menos a otro sujeto. No en vano, todas nuestras acciones son siempre con, para, o contra otros, los cuales, a su vez, hacen cosas con, para o contra nosotros. Nadie puede escapar, aunque quiera, de esta configuración relacional pues es constitutiva.

Desde un punto de vista teórico-conceptual, se trata de un libro basado, como sus autoras declaran, *en la peculiar forma de ver las cosas de la terapia relacional sistémica*. Se trata, por lo demás, de un enfoque funcional (o estratégico), no dualista y sistémico (con foco en los sistemas o en las relaciones). Una psicología funcionalista (con centro en la funcionalidad de las estrategias), evolutiva (interesada en los procesos de desarrollo humano desde el nacimiento hasta la vejez), constructivista (centrada en la construcción del sujeto; desde el estado de máxima dependencia a la creciente autonomía), histórico-cultural (siquiera sea porque las tareas están atravesadas por la cultura), evolucionista (supervivencia, adaptación, cooperación), y feminista (tanto en el espíritu como en la letra), serían, a nuestro juicio (salvo discrepancias y matices de las autoras), sus señas de identidad.

Por si fuera poco lo ya dicho, se trata de un libro magistralmente escrito, empezando por la elección del estilo narrativo: a modo de diálogo con el lector, con el aliciente de presentar abundantes ejemplos derivados de dos matrimonios amigos y sus tribulaciones en la aventura de criar y acompañar a sus hijos en el viaje de la autonomía. No escatiman en proporcionar al lector bellas metáforas y una gran sabiduría sistémica. Encontramos en estas páginas algunas máximas sistémicas que nos orientan en la aventura del vivir y en la de ser terapeuta. En la aventura de vivir es imprescindible saber que “No podemos ser independientes de los demás, pero sí elegir con acierto de quién dependemos” (p. 79). En la aventura de ser terapeuta no debería olvidarse que “Las conversaciones en las que consiste una psicoterapia no son de una naturaleza diferente a cualquier otra conversación con una persona que nos escucha” (pie de página, p. 74). O aquella otra, referida al sentido de qué es hacer terapia, y que tanto peso nos quitó de la mochila (sin quitarnos nosotros ningún gramo de responsabilidad) a muchos aprendices de terapeuta, y que dice así: La psicoterapia no es algo que la terapeuta “le hace” al consultante, sino algo que hace el consultante; y no lo hace en las sesiones de terapia, sino precisamente fuera de ellas (pp. 199-201).

Recomendamos este libro a todas las personas que estén cuidando a bebés, educando a niños pequeños o afrontando la tarea de guiar a un hijo adolescente en el viaje a la autonomía/emancipación; a todos los padres y madres preocupadas por el bienestar presente y futuro de sus hijos; a todas las parejas que quieran mejorar su convivencia o bien separarse sin perder los papeles; a profesores, educadores y profesionales de servicios sociales (sea sólo para aprender a ver de modo diferente los comportamientos problemáticos de los alumnos, es decir, más allá de diagnósticos y del modelo de enfermedad); y cómo no, a todos los profesionales de salud mental, empezando por los de infantil y pediatría (que no sean demasiado renuentes a descubrir que no todo es como creen saber) que tendrán que asistir a los anteriores cuando ellos mismos fracasen en sus tareas. Ya lo decía el psiquiatra Laing: quién no sabe que no sabe, cree que sabe, y quien no sabe que sabe, cree que no sabe.

Invitamos al lector a adentrarse en estas páginas densas para estrenar una nueva mirada que descubra que las cosas importantes de la vida no son como nos han dicho ser, sino como las vivimos. Si este descubrimiento no tuviera un impacto diario en nuestras acciones valdría de poco molestarse en escribir un libro así. Sin embargo, es evidente que las ideas que nos cuentan y asumimos (más si son prereflexivamente, sin pensar, de forma acrítica, ingenua) están en la base de nuestras actuaciones y experiencias más cotidianas y dolorosas.

Si la profundidad intelectual de un libro se mide por el número de veces que, tras estar sumergidos en su lectura, como buceadores del saber, levantamos la cabeza y saliendo a la superficie nos decimos; *espera un momento, tengo que pensar esto que acabo de leer, aquí hay algo que merece la pena ser meditado*, estamos seguros que este libro gana de goleada a la mayoría de libros de psicología clínica y de psicoterapia.

Referencias bibliográficas

- 1 Alonso, Y., Ezama, E. y Fontanil, Y. (2021). *No es como te han dicho. Guía de salud mental basada en los vínculos*. Herder.
- 2 Loredó Narciandi, J.C. (2016). Cultivar bebés, gobernar ciudadanos: un viaje de ida y vuelta por la puericultura española moderna. *Historia de la Psicología*, 37, 47-54.
- 3 Pérez Álvarez, M. (2021). *Ciencia y pseudociencia en psicología y psiquiatría. Más allá de la corriente principal*. Alianza.

Juan García-Haro
Psicólogo Clínico
Asturias, España

IN MEMORIAM

Hugo Bleichmar (1935-2020)

Por el desarrollo de un psicoanálisis sin dogmas

Escribo estas líneas cuando recordamos el primer aniversario de la muerte de Hugo Bleichmar. Murió a comienzos de abril del año pasado en Madrid, en una ciudad casi fantasma, confinados todos en nuestras casas y rodeados de tasas de contagio infeccioso y muerte que ni conocíamos, ni imaginábamos. Un tiempo en el que quien moría lo hacía solo y en el que las personas que lo querían no podían aproximarse, tenían que improvisar, como podían, un duelo desde la lejanía. De este modo cruel y extraño, como ocurrió con tantas otras miles de personas, murió Hugo Bleichmar, un hombre, paradójicamente, de enorme vitalidad y gusto por las relaciones humanas.

He tenido el privilegio y el gusto de pasar a su lado treinta años de mi vida profesional y personal. Recién llegado yo a Madrid en el año 1990, tras unos extraordinarios y estimulantes años de trabajo en Asturias, tomé contacto con él, que había llegado a España unos pocos años antes, y desde entonces trabajé a su lado. Por supuesto que cada uno vive las relaciones desde su propia subjetividad y si hablo de la mía con él, tengo que decir que fue de mucho cariño, así como enormemente libre y enriquecedora. Bleichmar era un maestro que promovía un modelo de enseñanza y relación basado en el intercambio de ideas, estimulando el pensar y discutir de modo abierto. Creo no exagerar si digo aquí que era un auténtico librepensador, en el estricto sentido de alguien que sostiene sus ideas fruto de una constante reflexión previa, evitando el camino de los dogmas o las imposiciones de poder.

Sus contribuciones a la teoría y la clínica psicoanalítica han sido muy diversas y originales. Podríamos destacar sus trabajos sobre la clínica de los trastornos narcisistas y, muy especialmente, sus decisivos aportes al diagnóstico y tratamiento de los diferentes tipos de depresión. Sin embargo, creo que la idea central que marca su obra es la de mostrar la complejidad de los fenómenos humanos y, por lo tanto, la complejidad del modo en

que se estructura y manifiesta el psiquismo, tratando de dejar de lado propuestas teóricas reduccionistas tanto en lo teórico como en lo clínico. Su modo de entender la clínica psicoanalítica ha sido trabajar sobre un modelo psicopatológico que huye de la descripción de categorías como elementos congelados, y que propone pensarla como un suceder de múltiples transformaciones y procesos generativos.

Estas ideas quedarán culminadas en la presentación de un sistema de pensamiento muy elaborado y, a la vez, abierto a nuevos aportes, al que denomina como enfoque Modular-Transformacional, desde el que se considera el funcionamiento global del psiquismo, no sólo del sistema de lo inconsciente, como resultado de una estructura compleja integrada por numerosos componentes o módulos en permanente interacción y transformación. Las consecuencias sobre la clínica psicoanalítica son muy importantes, ya que Bleichmar hace algo que no siempre ha sido común en psicoanálisis: equiparar el peso de la teoría y la técnica psicoanalítica. Trata de romper una tendencia en psicoanálisis, que viene desde los principios freudianos, que lleva a complejizar la teoría sin que se produzca ese mismo fenómeno con los instrumentos técnicos. La consecuencia directa es la puesta en marcha de una práctica terapéutica que trata de superar las intervenciones monocordes aplicadas a no importa qué tipo de cuadro psicopatológico o estructura de personalidad del paciente, en favor de la búsqueda de técnicas específicas para el tratamiento psicoanalítico, considerando la diversidad de los cuadros clínicos, teniendo en cuenta todas las variantes y subtipos en cuanto a la configuración psicopatológica presente en cada uno de ellos, las características de los sujetos que las sufren, los diversos contextos en los que se desarrolla la tarea y, por supuesto, los diferentes tipos de vínculo a que da lugar la díada paciente-analista.

Estas líneas pretenden ser un recuerdo y homenaje a la persona que se fue, y es por ello que hago estos pequeños apuntes, para animar a la lectura de su obra. No se me ocurre un mejor recuerdo y homenaje a su figura. Por ello, me gustaría hacer una invitación a adentrarse en la lectura de la obra de Hugo Bleichmar. Creo poder asegurar que, tanto quienes ya la conocen, como las personas que se acerquen a ella por primera vez, no se van a ver defraudadas, incluso quienes no tienen el psicoanálisis como referente teórico. Es un autor accesible porque consigue transmitir ideas complejas con una prosa clara y directa y porque se puede encontrar una buena parte de sus escritos en la revista online y de acceso gratuito, ese fue siempre su deseo, *Aperturas Psicoanalíticas*, la revista que él creó y que, a día de hoy, es posiblemente la revista de psicoanálisis en castellano más leída en el mundo.

Ya termino, pero me gustaría, para finalizar, recalcar que no pueden separarse los aportes intelectuales que hizo y el tipo de persona que era. Hugo era capaz de hacer aportes de gran calado sobre la complejidad de lo inconsciente, sobre las motivaciones, los deseos, que nos mueven a los seres humanos. Pero también era capaz de poner su interés en los detalles

relacionales que marcan una terapia, como atender al peso emocional de los intercambios entre terapeuta y paciente, como ayudar a que la persona en tratamiento aprenda a preservarse de las relaciones tóxicas de colonización, de sumisión, incluyendo, por supuesto, las que pudieran venir de parte del terapeuta, o también, ayudar a que se salga del proceso terapéutico con la capacidad de distinguir las personas y los medios patógenos de aquellos que nos facilitan o nos proveen de lo que necesitamos para un mejor vivir. Esos detalles, que en realidad son la clave para que un proceso terapéutico consiga su objetivo del cambio psíquico, se corresponden con lo que Hugo era vitalmente, con lo que te ofrecía cuando te relacionados con él. En su vida personal también atendió a estos dos polos.

Gracias Hugo y hasta siempre.

José Antonio Méndez Ruiz
Psiquiatra y psicoanalista
Madrid

Diana Rabinovich (1943-2021)

In Memoriam

El pasado 22 de abril fallecía en Buenos Aires, su ciudad natal, la psicoanalista Diana Rabinovich, a causa del coronavirus. Era hija de Elías, un inmigrante judío de origen rumano, que había llegado a la Argentina con 14 años, huyendo del antisemitismo, poco antes de la primera guerra mundial. Su madre, mucho más joven, era hija de inmigrantes judíos ucranianos. Tuvieron cuatro hijos, dos chicos y dos chicas, de los cuales Diana era la pequeña, a gran distancia de sus hermanos. Aunque se reconocían judíos, no educaron a sus descendientes en la religión. Como dijo en cierta ocasión Diana, citando a Raymond Aron, «soy de esos judíos que lloramos por la caída de Troya y no por la caída del Templo».

Su padre logró hacer fortuna como comerciante y su mayor deseo era que sus hijos estudiaran, «para libros siempre había dinero». Desde los cuatro años tuvo una profesora de francés y al poco tiempo entró en el colegio americano. Estos dos idiomas le acompañaron toda su vida. El dominio del francés le permitió acceder a Lacan de un modo muy íntimo. Por su parte, en el colegio americano le enseñaron «a escribir, a trabajar y a no plagiar».

La primera vez que oyó hablar de Darwin y de Freud fue en su casa, a los 10 años. A Lacan lo descubrió más tarde, cuando estudiaba Psicología en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Buenos Aires (UBA), a través de su profesor José Bleger. Ingresó para «ser psicoanalista, no psicóloga» y se licenció en 1963, con 20 años. En esa época un psicólogo no podía ejercer la clínica, por lo que se decidió a estudiar Medicina, carrera que vio truncada en el sexto curso debido al golpe de estado de Juan Carlos Onganía. «Yo salí por la ventana del edificio junto con Liberman cuando por la puerta entraban los bastones largos». En esa época tuvo a sus dos hijos, Martín y Javier.

Como alternativa a la restricción clínica, trabajó durante cuatro años con pacientes realizando psicodiagnósticos con el test de Rorschach. Fue el período en el que comenzó a estudiar a Lacan, a la vez que se psicoanalizaba. Siempre se mostró orgullosa de haber llegado a él desde la práctica profesional y no desde la literatura. «Lacan fue el que me respondió a preguntas clínicas que yo tenía y a cuestionamientos de mi formación kleiniana».

En 1975 se exilió a Venezuela ante la inminencia del golpe de estado de Videla. Sus conocidos se extrañaban. Ella les decía: «si ustedes no ven por qué nos vamos, ustedes están todos ciegos». En Caracas ella y su familia fueron muy bien acogidos. Allí fundó el movimiento lacaniano local. En 1978 empezó a viajar con frecuencia a París, donde conoció a Jacques-Alain Miller, yerno de Lacan, quien aceptó su invitación para visitar Venezuela y dar un ciclo de conferencias en la Universidad Central. A raíz de esta serie nació el Encuentro de Caracas, con el viaje de Lacan a la capital en 1980, donde pronunció su último seminario, un año antes de fallecer. El maestro no aceptó, sin embargo, la invitación para acudir a Buenos Aires. Sus palabras fueron: «Donde hay botas, yo no voy».

En esa época Diana comenzó a traducir los seminarios de Lacan al español, aunque no fue la primera que lo hizo. De hecho, el primer seminario que se publicó en castellano, todavía en vida de Lacan, fue *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, editado en 1977 por Barral, en Barcelona, con traducción de Francisco Monge y prólogo de Oscar Masotta. La prematura muerte de Masotta, dos años más tarde, y los intereses político-editoriales de Miller hicieron que éste desestimara la vía peninsular en favor de la porteña para su proyecto de expandir el lacanismo urbi et orbe.

Las firmas de Diana Rabinovich y Miller eran las que daban el placet a cualquier texto de Lacan, con la conocida sentencia: «única versión autorizada». Esto causó una gran polémica en el ámbito lacaniano, que todavía perdura, pues muchas voces autorizadas manifestaron serias dudas acerca de la fidelidad de las transcripciones, y de algunas traducciones, tanto a la letra como al espíritu de Lacan. En los años 90 Diana Rabinovich y Jacques-Alain Miller se distanciaron por discrepancias acerca de la organización del psicoanálisis lacaniano en Argentina. Sin embargo, la polémica sobre las traducciones posteriores a Diana Rabinovich se mantiene hasta hoy.

De lo que no cabe duda es del compromiso de Diana con el psicoanálisis y de su papel decisivo en la introducción de la enseñanza de Lacan en el mundo de habla hispana. Su otra fidelidad fue con la Universidad de Buenos Aires (UBA), a la que se reincorporó en 1983, en su retorno del exilio venezolano, junto con el grupo de profesores que revitalizaron la carrera de Psicología en la Argentina. Hasta el fin de su vida fue fiel a la Universidad de Buenos Aires.

Francisco Estévez
Psicólogo Clínico y psicoanalista
Gijón (Asturias)

Raúl Fernández Vilanova (1943-2020)

Psicoanalista

In Memoriam

El 28 de septiembre de 2020 recibí una triste noticia, totalmente inesperada: «Raúl ha muerto el 17». Su esposa Marta me escribía desde Argentina para comunicarnos lo que nunca hubiéramos imaginado.

Apenas un mes antes, mi mujer había intercambiado sendos mails con él, en los que Raúl expresaba su ilusión por su nueva casa y ante la llegada de su primer nieto, recién retornado a la Argentina tras cuarenta años residiendo en España. Pero todo se precipitó en 20 días. El cuadro comenzó con una febrícula insignificante que los médicos trataron a la ligera y que se fue complicando, hasta que serias dificultades respiratorias lo llevaron a la muerte, tras fallo cardíaco. La prueba Covid había resultado negativa.

A día de hoy no puedo dejar de pensar que la mala praxis médica, tal como acredita su familia, y la fiabilidad de la PCR presenten un parecido déficit.

Raúl había nacido en Catamarca en el seno de una familia de origen asturiano y catalán. Cursó estudios de Psicología en la Universidad Nacional de Córdoba. Al igual que tantos otros profesionales, se trasladó a España huyendo de la Junta Militar de Videla a mediados de los años 70. El primer punto que tocó en la península fue Vigo, a cuyo puerto llegó en uno de los últimos trasatlánticos de línea que todavía existían. Después de unos meses sondeando establecerse en Barcelona retornó a la ciudad gallega de la mano de Oscar Masotta. Allí le conocí, junto con su primera esposa, María y sus tres hijos, y nuestras familias se hicieron amigas hasta el día de hoy. En aquella época yo era alumno de Masotta, al igual que Victoria Torres, Cipriano Jiménez, José Eiras y otros jóvenes colegas que implantaron la semilla del psicoanálisis lacaniano en España. En aquel momento las únicas ciudades que tenían un círculo lacaniano en la península eran Barcelona y Vigo, ambos dirigidos por Masotta. Así fue durante varios años.

En este contexto llegó Raúl a Vigo, en donde vivió un tiempo antes de trasladarse a Madrid. Fue el primer psicoanalista que ejerció en Galicia. Por su diván pasaron muchos de los que liderarían la transmisión de la enseñanza de Lacan en el noroeste peninsular. Establecido ya en la capital, durante algunos años continuó desplazándose todas las semanas a Vigo en el exprés nocturno del domingo, para atender lunes y martes a tiempo completo y regresar del mismo modo a Madrid en la noche del martes. Nunca conocí a nadie que aprovechara tan bien el escaso tiempo del que disponía, pues además de tener todas sus horas ocupadas con

pacientes, y de quedar muchos lunes a cenar con un pequeño grupo de amigos, formando una agradable tertulia, se permitía aprovechar a la vuelta la parada del tren en la estación de Redondela, que se alargaba más de media hora, para cenar en la cantina de la estación y comprarle al cantinero los mejores mariscos de la Ría recién pescados para él.

Raúl era un buen deportista; en verano jugaba al tenis y navegaba a vela por Baiona, Cíes y Ons, en las rías de Vigo y Pontevedra; en las vacaciones de invierno esquiaba una semana en Saint-Lary, en el Pirineo francés. Muchas veces compartimos estas aficiones.

El fallecimiento, prematuro, de Oscar Masotta en 1979, de Lacan en 1981, las disensiones en el ámbito psicoanalítico gallego y las intervenciones poco ecuánimes de Jacques-Alain Miller en apoyo a uno de los grupos en liza, hizo que Raúl Fernández se fuera alejando de la política lacaniana. A pesar de ello, tenía a gala haber sido el único psicoanalista que desde España acudió a Venezuela para escuchar a Lacan pronunciar su último seminario en 1980, el Seminario de Caracas. Al cabo de un tiempo solicitó su ingreso en la Asociación Psicoanalítica de Madrid, más conocida por su acrónimo APM. Esto supuso un auténtico paso del Rubicón, ya que abandonaba el entonces revuelto movimiento lacaniano, en el que había crecido, para irse a la sociedad que representaba oficialmente a la famosa IPA, la Asociación Psicoanalítica Internacional fundada por Freud en 1910, y de la cual Lacan había sido *excomulgado*, como le gustaba decir. En la APM Raúl hizo todo el recorrido institucional, hasta llegar a ser su presidente durante el bienio 2014-2016.

Raúl tuvo una relación muy fructífera con la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y con el proceso de reforma psiquiátrica en España y especialmente en Asturias. En 1985 pronunció una conferencia en Oviedo y dirigió un seminario en el Hospital Psiquiátrico Regional, dirigido por Víctor Aparicio, entonces en proceso de profunda reforma estructural. Fue el coordinador del libro *La contención* (1990), editado por la AEN, sobre diversos aspectos del tratamiento de la psicosis, y de unos cuantos artículos aparecidos en la Revista de la Asociación, entre ellos *Edipo y función materna en la escuela inglesa*, (Vol. VI, Nº 19, 1986).

Era un hombre con un gran sentido del humor y una gran capacidad para el vínculo social, amigo de sus amigos, que conservó toda su vida, alejado del amiguismo y estricto con la arbitrariedad, que sufrió en ocasiones. Siempre mantuvo en la memoria su procedencia asturiana, de Cangas de Narcea, y su gran simpatía por esta tierra.

Descanse en paz.

Francisco Estevez
Psicólogo clínico y psicoanalista
Gijón (Asturias)

Nicolás Caparrós (1941-2021)

Una Große Fuge en el Psicoanálisis



Hará ya tres décadas y un poco más cuando, en una charla informal en el transcurso de un seminario en Zaragoza, le comenté a Nicolás mi apercebimiento del descenso de trastornos ansiosos en mi consulta del hospital Provincial, sobre todo por el hecho constatado de que el número de prescripciones de ansiolíticos en mi práctica diaria había disminuido considerablemente. Todavía recuerdo su expresión cuando me contestó con una pregunta: ¿no será que el que necesita menos ansiolíticos eres tú? Ciertamente, la incertidumbre ya no me resultaba tan inquietante, y no tanto por mis avances en psicopatología, sino por el hecho de reconocerse mejor en mi papel dentro de ese campo interactivo del trabajo clínico, mucho más complejo que la mera prescripción.

A esa fantástica lección sobre la dinámica transferencial se añadió algo aún más interesante de lo que no fui consciente en ese momento, pero yo ya era un terreno abonado donde comenzaba a desarrollarse una nueva manera de conocer, de abordar el funcionamiento

de la mente, es decir, en el paradigma de la *complejidad y sus emergentes, los niveles de integración físico, biológico, psicológico y social* que tan bien plasmó hace una década en uno de sus magnos trabajos, codirigido con Rafael Cruz Roche: *Viaje a la Complejidad*, lo que supuso una propuesta real de conocimiento transdisciplinario en contenido y forma, lo primero por el concurso de profesionales de referencia en las más diversas disciplinas y, lo segundo, por utilizar una metodología de trabajo ciertamente innovadora en la que todos los colaboradores podían interconsultar cualquiera de los textos a lo largo del proceso de elaboración. Trans-disciplinario y no multi-disciplinario, algo en lo que siempre insistía nuestro genial maestro Nicolás Caparrós al abrirnos espacios de entendimiento y trabajo que superan a la causalidad lineal del *si... entonces*, una visión tubular que cercena el acceso al conocimiento, siempre anhelante, de la realidad.

Investigación, docencia y trabajo clínico nunca separados, en Nicolás, uno no se daba sin los otros dos. Sus seminarios eran un intercambio de ideas; cualquier humilde observación o pregunta era tratada con el más absoluto de los respetos y ¡cómo le extraía su jugo hasta convertirla en un fantástico aporte! No había prejuicios evaluativos y eso nos hacía libres para aprender. Y aprender también es enseñar, dos conceptos que se establecían como simétricos siguiendo el *segundo principio del sistema INC* formulado por Matte Blanco, que *trata a la recíproca de cualquier relación como idéntica a la relación*, algo que en sí mismo representa un sistema complejo desde donde emerge el conocimiento. Fíjense que la anécdota al inicio es una reproducción del mismo esquema, donde el *emergente* de la *complejidad paciente-psiquiatra* se materializa en una reducción del fármaco; dicho de otra manera: el observador forma parte de lo observado, pura mecánica cuántica.

Un espacio tan limitado resulta del todo ineficaz para plasmar un acercamiento a la impresionante y más que extensa obra de Nicolás Caparrós Sánchez, por lo que nada más -y nada menos, como solía apostillar nuestro querido Nico- mencionaré los que para mí son sus (posibles) tres grandes aportes a modo de dimensiones de un mismo saber y, de ellos tres, su cualidad compartida. La bibliografía la dejo para que aquellos interesados la descubran.

Una de las fantásticas aportaciones de Nicolás Caparrós, altamente innovadora y posiblemente todavía no lo suficientemente reconocida en su trascendencia científica, es la de haber logrado incorporar la *teoría general de los sistemas* al estudio y conocimiento del aparato psíquico, al igual que se ha hecho, con mayor o menor éxito, en otras disciplinas, entendiendo que los procesos evolutivos se desarrollan a través de las *propiedades emergentes* de los mencionados sistemas complejos. La mente, dentro del *nivel psicológico de integración*, se presenta y conforma como *emergente* del cerebro, perteneciente al *nivel biológico de integración*. El Paradigma de la Complejidad en toda su grandeza.

Otra es el *grupo*, que colocó a la vanguardia de los procesos terapéuticos. En él descubre la importancia y la naturaleza del *emergente* y con ello, la necesidad de un nuevo modo de observación. Son sus propias palabras las que mejor nos acercan a su naturaleza:

Mi idea actual se puede resumir así: las propiedades emergentes son las propiedades de un sistema tomado como un todo, el cual ejerce una influencia causal sobre las partes que lo constituyen, pero distinto de las capacidades causales de las partes mismas. El emergente no permite pesquisar, en una suerte de proceso reduccionista, las partes que lo han producido. Su dinámica es no lineal. El emergente sustituye a los clásicos causal/efecto de la mecánica.

La identificación de emergentes comporta una nueva perspectiva por parte del terapeuta. Es evidente por todo lo dicho que un emergente no se deriva del análisis pormenorizado de las intervenciones y conductas de los individuos que integran al grupo.

La tercera, la gestación del *modelo analítico-vincular* con el *vínculo* como *encuentro entre los niveles biológico y social* (2004). Concepto presente en la formación del sujeto a partir del encuentro con el otro *...comienza siendo especular y más tarde se convierte en objetal. En ambos casos es intrapsíquico e imaginario. El vínculo se hace bipersonal y simbólico en un tercer tiempo. Cuando eso sucede, el proceso vincular ha atravesado ya por muchas etapas.*

Fue en 1825 cuando Ludwig van Beethoven compuso su *Grosse Fuge* rompiendo con todo canon “entendible” hasta el momento. Ante el masivo rechazo del público dijo que su pieza la había hecho para ser escuchada en el futuro, no en ese tiempo. El musicólogo Joseph Marliave, cien años más tarde dijo: “La mentalidad de la persona que quiera comprender esta pieza debe cambiar radicalmente”.

La obra de Nicolás Caparrós representa eso mismo, una *Grosse Fuge* en el Psicoanálisis. Y su cualidad, la incompletitud, nos ofrece la ecuación que nunca se cierra, una puerta permanentemente abierta a la incertidumbre, como un inquietante atractor que nos invita a la continuidad. Es en ese espacio donde continuas acompañándonos, querido Nicolás.

Jesús Varona López
Médico Psiquiatra
Psicoanalista individual y de grupos
Zaragoza
jssvarona@gmail.com

Nicolás Caparrós (1941-2021)

Hermano mayor, compañero Nicolás

Supe de la muerte de Nicolás a la mañana siguiente a través de un wasap de Begoña Olabarria (“*Toño, no sé si sabes que Nicolás Caparrós ha fallecido. Un abrazo*”). De entonces acá me han ido apareciendo los ecos de una relación con quien, por su edad, podía haber sido mi hermano mayor, y que influyó en mi aprendizaje del oficio de psiquiatra durante los 70, ese período de nuestras vidas que se corresponde con la progresiva y visible descomposición de la dictadura – la renqueante agonía del tardofranquismo – y un ilusionado proceso de transición hacia lo que acabaríamos sintiendo, tal vez, como una gris democracia parlamentaria.

Aquella misma tarde colgué en *Facebook* una foto suya junto a mi particular homenaje hacia quien, a finales del 71, fue mi jefe de servicio en el Hospital Santa Isabel de Leganés al iniciar mi residencia de psiquiatría en Madrid. Un hospital en vías de cambio que trataban de convertir en referencia de la modernización asistencial desde el PANAP¹, un organismo creado para intentar reflotar la raquílica asistencia psiquiátrica española de la mano de Adolfo Serigó, un tecnócrata con afanes reformistas.

La última vez que buceé en su intensa y continuada producción escrita fue en 2018, indagando las últimas publicaciones de Antonio Colodrón mientras preparaba su despedida en Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, tal como me había pedido Víctor Aparicio. Descubrí una participación breve y jugosa de Antonio en el primer tomo de una obra monumental titulada “El viaje a la complejidad” y coeditada, precisamente, por dos psiquiatras pioneros de aquel viejo Leganés, Nicolás Caparrós y Rafael Cruz Roche, presentes – y directo participante en el caso de Nicolás - en mi formación y trayectoria profesional desde sus jefaturas de “hombres y mujeres”².

1 Nota editor: el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica se creó por Ley en 1955 y funcionó como tal hasta 1974, integrándose entonces en la AISNA, un organismo autónomo de nueva creación dependiente también del Ministerio de la Gobernación.

2 Según me contaron ya en Leganés, Caparrós y Cruz Roche habían asumido su responsabilidad de Jefes de Servicio de una manera original: con el abandono de J.A. Vallejo-Nájera Botas de la dirección del psiquiátrico – que ocupaba desde 1958 -, incapaz de soportar los cambios internos que trataban de promover los nuevos profesionales que habían obtenido plaza en el mismo, se inició – con el consentimiento de Serigó -, un proceso de modernización del hospital que incluía cambios en su organización interna, como la jerarquización y departamentalización del mismo y su nuevo carácter docente, siguiendo los pasos de los modernos hospitales de la Seguridad Social. Dentro de aquel proceso, fueron elegidos los distintos puestos clínicos de responsabilidad del hospital por parte de la asamblea de los trabajadores, obteniendo Caparrós y Cruz Roche, a pesar de su juventud, la responsabilidad de las dos jefaturas más importantes, los servicios “de hombres y de mujeres”. A la primera generación MIR del nuevo hospital docente poco nos contaron de la época anterior, más allá de las especiales dotes de Vallejo-Nájera como encuadernador, lo que afectaría al desarrollo de la laborterapia del centro, y el hecho de que su llegada al hospital se anunciaba mediante el tañer de una campana que había en la entrada.

Resulta que cuando hice el examen para la residencia – entonces la selección se llevaba a cabo en cada hospital -, Nicolás y yo ya nos conocíamos, al punto que se ocupó personalmente de que me incorporara a su Servicio, donde iba a tener de adjunto a otro “ex del Sanatorio de Alcohete” de reciente traslado, Juan Casco Solís.

¿Pero cómo nos habíamos conocido? Aquí es cuando empiezan a bailarme las imágenes y los recuerdos, al punto de no estar seguro de distinguir siempre entre lo que pudo haber ocurrido y mi propia imaginación...

Creo que fue precisamente Antonio Colodrón – por quién Nicolás siempre mantuvo una especial relación de afecto y respeto intelectual – quien nos puso en contacto. Yo había conocido a Colodrón en su consulta de Profesor Waksman siendo estudiante de medicina y a través de Rafa Lozano, médico internista y profesor en la Cátedra de Patología General de José Casas, viejo republicano. Junto con Pedro Zarco, representantes ambos de los médicos del Hospital Clínico, habían sido represaliados por oponerse a la entrada de “los grises”³ en el hospital. Estamos en aquellos cursos universitarios de 1966-67 y 67-68 llenos de conflictos desde el curso anterior en que habían despojado de sus cátedras a Agustín García Calvo, Tierno Galván y José Luis Aranguren por mostrar su apoyo a alguna de nuestras reivindicaciones.

Ese encuentro con Nicolás pudo ser en 1971, cuando yo trabajaba en el Sanatorio Psiquiátrico de Oña, de la Diputación de Burgos, en una reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática, ¡dios sabe en qué lugar y con qué fecha!, en la que intervenía Colodrón y cuyo principal bruñidor era Rof Carballo, un médico internista de la segunda república – había nacido en 1905 – que se había formado en Viena – donde conocería a Freud – con una beca de la Junta de Ampliación de Estudios y que colaboraría después de la guerra civil en Madrid con médicos tan ilustres como Jiménez Díaz y Gregorio Marañón. Después de publicar a finales de los 40 un importante tratado sobre patología psicosomática y no pudiendo aspirar a catedrático de psiquiatría por su falta de sintonía con López Ibor, fundó dicha sociedad en los 50 con el doble objetivo de promover el desarrollo de una medicina de corte antropológica que diera cabida a importantes elementos del psicoanálisis y facilitar en torno a ella un espacio con cierta autonomía respecto de la psiquiatría madrileña académica del momento⁴.

En el caso de la generación que había venido al mundo pasada la guerra civil y que asumiría un papel protagonista en las reformas psiquiátricas de los años 70 y 80 – denominada con

3 Nota del editor: Denominación popular de la policía armada por el traje gris que llevaban.

4 En dicho proceso fundacional participarán, curiosamente, los dos hombres fuertes de la psiquiatría catalana – Ramón Sarró y Juan Obiols – que mantenían una posición más abierta que el círculo académico madrileño de entonces frente a la figura de Freud.

éxito por Víctor Aparicio “la generación psiquiátrica del 72” – la vinculación más importante se llevaría a cabo, sin embargo, con la refundada Asociación Española de Neuropsiquiatría, de gran protagonismo en los años republicanos, especialmente a partir de ocupar Luis Valenciano, discípulo de Lafora, su presidencia a partir de 1967 y hasta el Congreso de Benalmádena (Málaga), en 1971, donde esbozaría un discurso crítico sobre la situación en que se encontraba la psiquiatría española dando oportunidad a la incorporación de un buen número de nuevos profesionales⁵.

En todo caso, se ha dicho de nuestra generación que al carecer de maestros se vio forzada a un desarrollo científico y profesional de corte autodidacta. Lo que parece reforzarse viendo nuestra reacción negativa de entonces en la universidad hacia aquellos psiquiatras a los que la dictadura había otorgado el poder psiquiátrico en sus ámbitos político y académico, principalmente Antonio Vallejo-Nágera y Juan José López Ibor⁶. Visto con cierta perspectiva, sin embargo, es posible detectar “roturas” en la uniformidad del pensamiento psiquiátrico de la dictadura, apareciendo en la vida formativa de cada uno de nosotros – que sin duda tuvo un gran componente autodidacta -, distintos puntos de apoyo, de referencia y de estímulo, ya estuvieran más cercanos o más lejanos en el tiempo, ya se dieran en el ámbito de la colaboración directa o mediante la lectura de sus obras y el diálogo sobre la misma. De forma que referentes ajenos al pensamiento más oficialista nos fueron ayudando a diversificar la manera de afrontar tanto el ejercicio de la psiquiatría como el propio pensamiento psiquiátrico a muchos de nosotros⁷.

En mi caso, y obviando la figura de Rof Carballo, que había nacido en 1905, personas como Carlos Castilla, nacido en el año 22 y que al no poder formar parte – como era su deseo - de aquella nueva generación de catedráticos⁸ que se irá desarrollando de la mano

5 “Ignoro cuál pudo ser la participación de Nicolás en la AEN a lo largo de estos años”.

6 En el caso de Antonio Vallejo-Nágera su influencia sobre esta generación de psiquiatras va a ser mínima, si tenemos en cuenta que fallece en 1960, aunque jugará un importante papel en la asunción por la nueva psiquiatría española de la ideología franquista y en determinados aspectos de la represión de postguerra. Un caso especial sería el de los estudiantes de la Facultad de Medicina de Madrid de aquella época, entre los que me encuentro: nuestro catedrático de psiquiatría era López Ibor y el profesor adjunto de cátedra, precisamente, el hijo de Vallejo-Nágera, director, a su vez, del Hospital Psiquiátrico Santa Isabel de Leganés.

7 El propio caso de Nicolas Caparrós y Rafael Cruz Roche en Santa Isabel de Leganés rebela cómo la diversidad de pensamiento se abría paso ya en los primeros 70. En su desarrollo profesional encontramos la importante presencia del psicoanálisis, entonces bastante aislado del mundo académico oficial, pero cada uno seguirá su propio camino. En el caso de Cruz Roche, más ligado a la organización psicoanalítica oficial, formando parte de la Asociación Psicoanalítica de Madrid (APM) como miembro titular en el marco de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA). Por su parte, Nicolas Caparrós reivindicará desde muy pronto posiciones críticas y nada ortodoxas dentro del movimiento psicoanalítico, participando en 1969 en la creación del Grupo Plataforma que distanciándose de la IPA en su Congreso de Roma, seguirá un camino más en línea con las inquietudes de la izquierda freudiana argentina desarrolladas por alguno de sus miembros más destacados en España.

8 Diego Gracia les ha llamado la “generación de las cátedras universitarias” de los 50.

de López Ibor, optará por un desarrollo intelectual e investigador propio influyendo sobre las nuevas generaciones con sus escritos desde su modesto Dispensario de Córdoba. Y lo mismo ocurrirá con Antonio Colodrón, nacido en el año de proclamación de la II República, que desarrollará un pensamiento lleno de originalidad desde la Asamblea de Cruz Roja en la calle Pozas de Madrid. E igual con Nicolas Caparrós, hermano mayor de esta generación al igual que Juan Casco – los dos habían nacido en 1941- y que dedicará todas sus energías y creatividad primero a la reforma de la institución psiquiátrica de la mano de los nuevos vientos antipsiquiátricos y con posterioridad a la investigación clínica y la enseñanza de aspectos básicos de nuestra disciplina desde novedosas perspectivas críticas y nada académicas. De esta forma, nuestro rechazo a una psiquiatría que nos había llegado envuelta en los valores de la dictadura pudo ir compensándose con nuevos contenidos y actitudes a través de personas mayores que nosotros que nos fueron ayudando a crecer de forma mucho más abierta en nuestro camino profesional. En mi caso, Nicolas Caparrós fue una de esas personas.

Pero volviendo a mi mundo de recuerdos y como si de aquella insólita película de Woody Allen, “Zelig” (1983) se tratara, la figura de Nicolás me acompaña también en mi época de universitario. Le veo a finales de 1969, en la Facultad de Medicina de la Complutense, en las últimas oposiciones a Cátedra que hiciera Carlos Castilla, con López Ibor en el tribunal, y donde no pasó del segundo ejercicio hasta el punto de montarse una buena bronca en la que ambos participamos y Nicolás con mucho más protagonismo y vehemencia que yo. Y también me parece verlo en aquella conferencia que había dado Castilla el invierno anterior en Madrid, en la Facultad de Ciencias Económicas, con el aula magna a rebosar y donde después de hacer confesión pública de su pensamiento marxista, aquello acabaría en una bronca descomunal entre carreras a la salida del acto.

El caso es que desde mi entrada en el servicio “de hombres” que dirigía Caparrós me iba a encontrar cómodo con su filosofía asistencial, su actitud crítica hacia las cosas y el objetivo común de humanización y cambio de aquellas instituciones de las que ya habíamos tenido experiencia previa cada uno, él en el Sanatorio de Alcohete (Guadalajara) y yo en el Sanatorio de Oña (Burgos). Esa mirada anti-institucional y reformista marcará desde el inicio mi residencia en Leganés de la mano de Juan Casco y Nicolas Caparrós, e igualmente, la horizontalidad en el trato, la importancia dada a la relación interpersonal y al trabajo tanto en grupo cómo en asamblea. Sólo dentro de aquel clima – que contaba con la permisividad institucional - se pueden entender los rápidos cambios en la vida de los internos con el apoyo sistemático de todo el equipo asistencial, “hermanas”⁹ incluidas, las asambleas de enfermos, la aparición de cubiertos en el comedor además de la cuchara, las salidas del manicomio con los pacientes, los partidos de fútbol, los bailes con música en “la sala de hombres” o el

9 Nota del editor: Religiosas católicas que trabajaban en los hospitales.

estímulo para incluir todo tipo de medidas psicoterapéuticas en nuestra práctica asistencial. ¿Cómo no recordar la reunión diaria de buenos días que hacíamos en el servicio pacientes y personal para empezar cada jornada?.

Aquellos dos primeros años cambiaron muchos aspectos de la vida interna del manicomio de Leganés y, seguramente, también influyeron en la manera de trabajar de muchos de nosotros. Una última anécdota ejemplifica aquella nueva actitud. Al comienzo de los 70, Nicolás, con la ayuda de Rita Enríquez de Salamanca, había llevado a cabo una encuesta en el distrito universitario de Madrid sobre las opiniones y el comportamiento de los estudiantes en torno a la sexualidad, algo realmente novedoso para la época y que tendría tanto éxito con los estudiantes como problemas con la prensa y la administración del momento. También por esas fechas Master y Johnson publicarían su famoso libro “Human Sexual Inadequacy”, del que una editorial argentina en 1972 haría una traducción churrigueresca y bastante ininteligible. Pues bien, recuerdo que en seguida Rita y yo – dos residentes del servicio de “hombres” – pusimos en marcha una consulta externa para terapia de parejas con problemas relacionados con la sexualidad con un grado de éxito terapéutico que ya me hubiera gustado haber mantenido a lo largo de mi vida profesional¹⁰.

Hoy creo ser más consciente de las contradicciones en las que nos movíamos, no siendo la menor el contraste que había entre aquella libertad de costumbres del interior... mientras fuera, seguía la dictadura. Aquel Leganés constituyó una especie de isla de tolerancia, una institución que promovía un cambio en la psiquiatría española desde una administración franquista en plena fase de desarrollismo económico y de perentoria necesidad de abrirse hacia el mundo sanitario exterior. Leganés fue, sin duda, el psiquiátrico del PANAP más potenciado por su Secretario General, Adolfo Serigó, aun a costa de tolerar a un grupo de jóvenes profesionales radicales – donde se incluían la mayoría de los residentes - conectados con el movimiento anti-psiquiátrico del momento¹¹ y dispuestos a pelear en favor de los derechos del enfermo y dar su apoyo a los cambios que se estaban produciendo en el ámbito de la psiquiatría pública española. En este sentido, resulta imposible no recordar aquellos “encierros solidarios” con los distintos conflictos que iban salpicando de forma generosa la vida española en nuestro sector. Lo ocurrido de puertas para adentro y de puertas para afuera en 1972 y 1973 – con Caparrós y Cruz Roche en la sala de máquinas – necesitaría de un estudio mucho más detallado, sin duda. Seguramente se corresponda con un periodo

10 ¡El hospital tenía entonces ámbito nacional, de forma que podíamos atender a personas de cualquier lugar de España!

11 Caparrós se haría cargo de la colección de psicología de la Editorial Fundamentos, coordinando en 1973 un libro sobre R.D. Laing, donde escribía el capítulo final sobre “Laing en la contracultura”, y apareciendo progresivamente en la misma trabajos propios y del grupo de psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas que se había ido creando en torno al Instituto de Príncipe de Vergara, 204: Armando Bauleo, Antonio Caparrós, Susana López Ornat, Eduardo Pavlovsky, Emilio Rodrigué, Martha Berlin y Hernan Kesselman, entre otros.

particular en la historia del hospital que coincide, en gran medida, con el tiempo que pasó Nicolás en el mismo antes de su marcha temporal a Argentina.

Aquel momento especial, ilusionante y contradictorio a un tiempo, tomaría tierra con el atentado a Carrero Blanco en diciembre de 1973. Para entonces creo recordar que Nicolás había partido para Argentina y a su vuelta, un año después, iniciaría un nuevo camino ajeno a la tarea lenta y llena de recovecos característica de los procesos de cambio impulsados en el ámbito de las administraciones públicas: sus ansias y su creatividad le llevaría a iniciar un nuevo camino donde poder desarrollar todos sus anhelos. Con la creación del Grupo Quipú de Psicoterapia en la calle del General Mola – actual Príncipe de Vergara –, volcaría en ese nuevo proyecto todas sus energías, creando un entorno, a su vez, capaz de dar cobertura en aquellos años a psicoanalistas vinculados a la izquierda argentina que irían apareciendo por Madrid en la fase final del peronismo – con Isabel Perón ocupando la presidencia desde 1974 - y de manera más definitiva tras el golpe de Videla de 1976.

Pero este momento ya ocupa otro lugar en mis recuerdos. Yo seguiría mi camino en el Hospital Psiquiátrico de Leganés hasta 1982 y mantendría una relación con el grupo de Nicolás que me sería de gran ayuda en mi formación como psicoterapeuta. Recuerdo de manera especial los Laboratorios psicosociales de fin de semana que coordinaba Emilio Rodríguez allá por el 1975 e, igualmente, mi experiencia psicoterapéutica primero con Martha Berlin y posteriormente y a lo largo de 2 años con Hernan Kesselman. Detrás, como facilitador, seguía estando siempre Nicolás.

Con el paso de los años y sobre todo a partir de mi marcha del Hospital en 1982 la relación fue menguando, sabiendo de sus andanzas a través de colegas y amigos comunes. Cuando a finales de los 80 volví a mi trabajo clínico, ahora al cargo de un Servicio de Salud Mental, nunca me faltaron noticias de Nicolás teniendo en cuenta que había participado, a través de su Instituto de psicoterapia, en la formación de una parte importante de las psicólogas clínicas de mi servicio.

Por eso, cuando Begoña Olabarría me dio la noticia, sentí que alguien cercano se había marchado. Alguien que había participado, como si se tratara de un hermano mayor, en la construcción de mi manera de ejercer el oficio de psiquiatra.

*Antonio Espino
Psiquiatra
Majadahonda (Madrid)
Email: to.pino@telefonica.net*

Esta reseña se publica conjuntamente en las publicaciones *Norte de salud mental*, *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* y el *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*.

NOTICIAS BREVES

SISO SAÚDE (nº 64-65) rinde homenaje a Tiburcio Angosto

En este número se recogen las dos últimas publicaciones de Tiburcio Angosto, la de “*los personajes heterónimos de Fernando Pessoa: desequilibrio en la búsqueda de estabilidad*” y la publicada previamente en Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria (Vol. 16, nº 1) de título “*Amar la histeria*”. El número también recoge reseñas in memotiam de Tiburcio; “*Compañero del alma, compañero*” de Anton Seoane, “*El psiquiatra de rostro humano*” de Víctor Aparicio Basauri, “*Tiburcio Angosto*” de Fernando Colina, “*Palabras para Tibur*” de Chus Gómez y “*Homenaje a Tibur, un humanista*” de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.

La revista Salud Mental y Comunidad (nº 9) dedica la sección de debates a los 30 años de la Declaración de Caracas (1990)

Esta revista que edita el Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanus (Argentina) ha dedicado la sección de debates, en su número 9, a los 30 años de la emblemática Declaración de Caracas que supuso un hito en la manera de orientar la reestructuración de los servicios de salud mental de la Región de la Américas. Benedetto Saraceno, Tuncho Levav, Víctor Aparicio Basauri, como participantes de aquel evento reflejan sus puntos de vista tras estos 30 años.

Día Mundial de la Salud Mental 2021

La Federación Mundial de Salud Mental ha elegido como lema para el Día Mundial de la Salud Mental de 2021 (10 de Octubre): “*Salud mental en un mundo desigual*”.

Se solicita al Ministerio de Sanidad la concesión de la Orden Civil de Sanidad a Manuel González de Chávez.

La AEN ha solicitado al Ministerio de Sanidad (mayo 2020) la concesión de la Orden Civil de Sanidad a Manuel González de Chávez, expresidente de la AEN, por su dedicación en pro de la salud mental pública y de la formación en salud mental.

Nuevo libro de Iñaki Markez: “De la sexualidad diversa a la terapia (in)necesaria. Miradas desde Freud a Garma. Dentro y fuera del psicoanálisis”.

Este libro es una oportunidad para reflexionar sobre aquellos pioneros del psicoanálisis que se adentraron en la sexualidad, casi de modo homogéneo, con mirada masculina y de puntillas. Hoy día nos exige reflexionar y actuar sobre ese amplio campo del Orgullo LGTBI y más. El psicoanálisis, con sus múltiples orientaciones, escuelas y divergencias nos lleva a la cuestión de las terapias, algo igualmente inmenso. La diversidad en la sexualidad nos exige mayor conocimiento y miradas desde lo biológico y reproductor, la sexología, lo psicológico, la sociología sexual a través de sus vínculos. Miradas para observar otros modos de relación y práctica diversas. Se trata de adentrarnos en la sexualidad humana que recibe castigos y censuras en la vida cotidiana y, sobre todo, desde los medios de comunicación y las redes sociales, posiblemente debido a la débil educación sexual. Se trata de opinar, reflexionar y cuestionar sobre los comportamientos y elecciones del cuerpo, ese lugar donde habitamos en todo momento.

Además, queda recuperado un mayor conocimiento sobre la vida y obra, del psiquiatra y psicoanalista Ángel Garma, quien terminó siendo una figura internacionalmente conocida en el mundo del psicoanálisis, con sus investigaciones y opiniones sobre la sexualidad. Asimismo con curiosidades sobre su amigo Federico García Lorca, una amistad poco conocida y escasamente divulgada. Finaliza con una mirada hacia la necesidad de tener consideraciones de Orgullo sobre las sexualidades diversas. El libro lo publica la Editorial Díaz de Santos (ISBN: 978-84-9052-294-3).

OMS: nueva guía basada en los derechos humanos

El 10 de junio la OMS lanzó una nueva guía técnica para los servicios de salud mental comunitarios con un enfoque centrado en la persona y en el respeto a los derechos humanos .

<https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>.

OMS: nueva guía para la prevención del suicidio

El 17 de junio la OMS lanzó una nueva guía para la prevención del suicidio titulada “*Vive la vida*”.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>

Fallece Pierre Pichot

Ha fallecido a la edad de 101 el profesor Pierre Pichot. Ocupó la presidencia de la Asociación Mundial de Psiquiatría entre 1977 y 1983. Mantuvo una relación muy fluida con la psiquiatría española, llegando a ser miembro del consejo de redacción de la revista de la AEN. Su libro “Un siglo de psiquiatría”, traducido al español, fue muy difundido entre los psiquiatras españoles.

Avances para la especialidad de psiquiatría infantil

Según Redacción Médica: El Ministerio de Sanidad ya ha enviado al Consejo de Estado el borrador del Real Decreto de creación de esta especialidad y de modificaciones en el título de especialista, y la previsión es que haya residentes en 2023.

Trieste en situación de riesgo

Llegan noticias desde Trieste de que el modelo de salud mental está en situación de riesgo por las decisiones de los nuevos gestores políticos. Desde distintos lugares del mundo están llegando muestras de solidaridad para evitar la desaparición de este modelo que ha sido emblemático y ejemplar como forma de una atención centrada en los ciudadanos.

La AEN ha emitido una nota de solidaridad: <https://aen.es/vientos-adversos-en-trieste/>

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria cumple 20 años (2001-2021)

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, publicado por la Asociación Asturiana de Salud Mental (AEN), comenzó su andadura en 2001. El primer número estuvo dedicado a las “Adicciones” y lo compiló Pedro Marina, actual Presidente de la Asociación Asturiana. Con el transcurso del tiempo la revista ha ido ampliando su contenido e incluso abriendo nuevas secciones. En el número anterior se inauguraba la sección de PUNTO CRÍTICO, como una sección donde se presentan artículos cortos sobre un tema a debate. En este número aparece una nueva sección (10 BASICOS 10) que recoge los 10 textos más importantes seleccionados por los autores del monográfico. Con este número son ya 29 los publicados.

La revista puede verse gratuitamente en la web de la AEN: <https://aen.es/biblioteca-y-documentacion/publicaciones-de-la-aen/cuadernos-de-psiquiatria-comunitaria/>

Próximo número de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria dedicado a “Psiquiatría Social y de Género”.

El próximo número de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria lo compila Ander Retolaza. En el mismo veremos a varios expertos/as con sus reflexiones sobre el tema de “Psiquiatría social y de género”.

Celebrando 20 años de “NORTE de Salud Mental”.

Este es el título de la editorial del último número de NORTE de Salud Mental y que va firmada por Oscar Martínez Azumendi, ex-director de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. La revista Norte que edita la Asociación Vasca de Salud Mental tiene su origen en la revista GOZE que editaba la Academia Vasca de Salud Mental y que a finales de la década de los noventa pasó a ser gestionada por la Asociación Vasca de Salud Mental (OME-AEN), asociación autonómica perteneciente a la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN- Profesionales de Salud Mental).

Pedro Marina miembro del Grupo de Comunicación de la AEN.

Pedro Marina, presidente de la Asociación Asturiana de Salud Mental (AEN), forma parte del nuevo Grupo de Comunicación de la AEN que se formó para desarrollar el Plan de comunicación que se presentó a los socios en la Asamblea de noviembre de 2020.

El Plan de comunicación se elaboró con el objetivo de transmitir los valores de la Asociación al conjunto de la sociedad de modo que se haga con continuidad, con capacidad de respuesta y posicionamiento ante noticias y temas de interés, actuando como un referente con potencialidad para generar noticias, propiciando una relación con los medios de comunicación y buscando la máxima presencia en las redes sociales con un perfil y una estrategia reconocibles.

Proyecto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para incorporar el mhGAP en la docencia universitaria.

La OPS ha programado un curso de capacitación en el programa mhGAP para profesores de las universidades Centroamericanas (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá) y de R. Dominicana que tengan enseñanza en Medicina y/o Enfermería. El objetivo es que estas universidades puedan incorporar este programa que busca reducir la brecha en salud mental dentro del curriculum docente de pregrado. Este proyecto es pionero en el mundo.

Fallece el ex-presidente Miguel Angel García Carbajosa.

En 3 de septiembre fallecía nuestro compañero Miguel Angel García Carbajosa a los 79 años. Fue el primer presidente de la Asociación Asturiana de Salud Mental fundada en 1987. Psiquiatra nacido en Salamanca realizó su formación en Francia con una inclinación al psicoanálisis y a la salud mental comunitaria. Trabajó en la experiencia reformista del Sanatorio de Conxo en la década de los setenta y a principios de la década de los ochenta se incorporó a la reforma psiquiátrica de Asturias donde ocupó una jefatura de servicio en el área sanitaria de Gijón. La AEN asturiana ante la lejanía de la familia organizó y acompañó a un hijo en el sepelio.

Iniciativas por la salud mental en España.

El Ministerio de Sanidad ha formulado una nueva estrategia de salud mental, mientras que Unidas Podemos ha presentado en el Congreso de los Diputados un proyecto de Ley de Salud Mental.

REUNIONES CIENTÍFICAS

XXXI Congreso APAL

26-28 Agosto 2021

Lima (Perú)

www.app.org.pe

II Escuela de otoño de la AEN

24-26 septiembre 2021

San Lorenzo del Escorial (Madrid)

www.aen.es

21 Congreso Mundial de Psiquiatría

18-21 Octubre 2021

Cartagena (Colombia)

Congreso virtual

2021.wcp-congress.com

V Jornadas de la AGSM-AEN

“Novo trato”

12 noviembre

Santiago de Compostela

www.aen.es

III Jornadas de la sección de psicoterapia de grupo (AEN)

“Lo grupal en tiempos de pandemia”

18, 19 y 20 de noviembre de 2021

Curso virtual

www.aen.es

XXV Curso Anual de Esquizofrenia

“Ayudando a las personas con experiencias psicóticas”

25 y 26 de noviembre de 2021

Curso especial virtual

cursoesquizofreniamadrid@barcelocongresos.com

XXVIII Congreso de la AEN-PSM

“Transiciones: Salud mental, comunidad y cambio social”.

5-7 mayo 2022

Barcelona

www.aen.es

Congreso de la Federación Mundial de Salud Mental

“Salud mental: una prioridad global”

2-5 Noviembre 2021

Londres

www.wfmh2021.com – info@wfmh2021.com

REVISTAS AUTONÓMICAS

NORTE de salud mental 65. Julio 2021.

Editorial	5
• Celebrando 20 años de “Norte de Salud Mental”. <i>Óscar Martínez Azumendi</i>	7
Originales y revisiones	9
• Eficacia de un programa Mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction) en psicoterapeutas: <i>una propuesta 2.0. Luis Fernando López Martínez</i>	11
• El amor sin (te) Amo. Del amor en los tiempos modernos. <i>Jessica Velardo Tierno</i>	25
• El estigma en personas con patología dual como barrera de acceso y adherencia a recursos asistenciales. <i>Claudia Calderón Calvo</i>	34
• Hábitos de consumo de drogas en la comarca de las Encartaciones, Bizkaia. <i>Ariadna Bahón, Naiara Ozamiz-Etxebarria, Maitane Picaza y Naiara Bilbao</i>	48
• La contratransferencia: “Desde la Otra silla”. <i>Adriana Pérez Requena</i>	54
• Redescubriendo capacidades. <i>Alberto García, Basilisa Monzón, Sara Bermúdez, Roberto Pompa, Irene Caro, Paloma Azahara Simón, Claudia Patricia de Miguel, Mónica Sánchez, Izaskun Varela, Vanessa Fuente</i>	64
• Importancia del insight y la intuición en la psicopatología actual. <i>José M. Bertolín-Guillén</i>	72
Pre-ocupaciones	77
• La presencia de la sociedad civil en prisión: generando espacios sanos en un contexto insano. <i>Virginia Pareja</i>	79
• Arte, creatividad y terapias. <i>Inaki Markez</i>	89
• Tras un año de pandemia covid-19, prioricemos la salud física, mental y emocional. <i>Fernando Marquínez Bascones</i>	95
• Como los cangrejos. A cuarenta años de la Ley Orgánica General Penitenciaria. <i>Ana Gordaliza</i>	97
• El juego en la psico(pato)logía de la vida cotidiana. Consideraciones previas y delimitación del marco conceptual. <i>Javier Lacruz Navas, Cristina Equiza López, Lara Lacruz Bellido</i>	107

Historia	115
• Ante el fallecimiento de Nicolás Caparrós. <i>Begoña Olabarría / Antonio Espino</i>	117
• Hace ya algún tiempo: Jaime Vera López (1858-1918). Un psiquiatra en los orígenes del PSOE. <i>Reda Rahmani, Sonsoles Pacheco, Juan Medrano, Oscar Martínez, Iñaki Markez, Luis Pacheco</i>	124
• Julian Paul Leff in memoriam (1938-2021). <i>Ander Retoloza</i>	135
Actualizaciones	137
• La vida en cuatro letras: Claves para entender la diversidad, la enfermedad y la felicidad. <i>Carlos López-Otín</i>	139
• La sombra de la sospecha. Peligrosidad, psiquiatría y derecho en España (siglos XIX y XX). <i>Ricardo Campos</i>	142
• De la Sexualidad diversa a la terapia (in)necesaria. Miradas desde Freud a Garma, dentro y fuera del Psicoanálisis. <i>Iñaki Markez</i>	144
• Abrazar al monstruo. Manual del método psicoterapéutico NUR para el tratamiento del trauma. <i>Nuria Montejo Moreno</i>	145
• Foucaultiana. <i>Fernando Colina</i>	146
• Psicología del embarazo desde una perspectiva sistémica. <i>Ibone Olza, Patricia Fernández Lorenzo</i>	147
• Desinserciones y lazo social. Una práctica orientada por la singularidad. <i>Cosme Sánchez Alber</i>	148

SISO SAÚDE Nº 66-67. INVIERNO 2020**Editorial**

<i>Ramón Area Carrecedo</i>	9
-----------------------------------	---

Originales y Revisiones

• Relecturas de la personalidad y sus falacias psicopatológicas. <i>Federico Menéndez Osorio</i>	15
• La esencia de la perversión. <i>Manuel Fernández Blanco</i>	45
• Inmigrantes y salud mental. <i>Ramón Ramos Ríos</i>	55
• La disociación y los efectos del lenguaje. <i>Federico Menéndez Osorio</i>	69
• Malestar relacionado con el covid-19 y adolescencia. <i>Carmen Armas Barbazán / Marta Ladra González</i>	77
• Notas sobre transexualismo y transgénero. <i>Manuel Fernández Blanco</i>	85
• Terapia con insulina en psiquiatría: historia y “stories”. <i>Sandra Rodríguez Ramos / David Simón Lorda / Raquel Fraga Martínez</i>	95

A propósito de...

• ¿No deberíamos haber “caído” ya? <i>Paula Marcos Carregal</i>	113
• Nota sobre la dimensión política del cuerpo. <i>Gustavo Dessal</i>	117
• Psicoanálisis virtual. <i>Emilio Vaschetto</i>	123
• “Balada de Portugal”, de Julio Llamazares. <i>Fernando M. Adúriz</i>	129

Casos clínicos

• Caso Rey de Galicia. Uso de Aripiprazol inyectable de liberación prolongada como pauta de inicio, en forma de 2 viales, en paciente con esquizofrenia. <i>Armesto Iglesias, S. / Varela Sampayo, A. / Docasar, L.</i>	135
--	-----

Publicidad psicofármacos

• Publicidad y marketing de los psicofármacos en revistas médicas en la España del tardofranquismo (1959-1975). <i>David Simón Lorda / Sandra Rodríguez Ramos / Raquel Fraga Martínez</i>	139
--	-----

Libros

- La madre de Frankenstein. ALMUDENA GRANDES.
Adrián Gramary 159
- El Caso Mike. GUSTAVO DESSAL.
Javier Peteiro 165
- El nudo materno. JANE LAZARRE.
Isabel Figueroa Matallín 169
- Otra sociedad para la locura.
Estudio sobre los lazos sociales en la psicosis. CAROLINA ALCUAZ.
Chus Gómez 171
- Camiño Negro. RAMÓN AREA.
Xosé Manuel García 175
- De la sexualidad diversa a la terapia (in)necesaria. IÑAKI MARTÍNEZ 179

Eventos

- Ansiedad que no cesa, aislamiento, confinamiento.
Conferencia organizada por SCF. Ateneo de Palencia y La Otra Psiquiatría.
19 de marzo de 2021.
FM Aduriz 181
- Ataduras silenciosas.
Conferencia organizada por la Sección e Ciencias de la Salud del Ateneo de Jerez
de la Frontera, dentro del ciclo Mujeres, Salud y Pandemia. 15 de abril de 2021.
Ángela González 193
- A propósito de la pandemia de la covid-19: pensando en la mujer y en la salud mental
desde el contexto.
Conferencia en el Ateneo de Granada. 14 de enero de 2021.
Begoña Olabarría 203
- Olor a café... un paseo polo hospital de Piñor.
Zoraida González Cornide 223
- Girls Rock School Edinburgh: máis aló da música.
Patricia María Tamara Rego Ribeiro 247
- Salud mental infanto-juvenil. De aquellos barroos estos lodos.
Ricardo Fandiño Pascual 251
- Luis Seguí, entrevistado por J Fraiz
(*Faro de Vigo*) 255

Obituario

- Nicolás Caparrós 257

Normas de publicación 263

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 castellano 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 PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 1, 2003



**ANTROPOLOGIA Y SALUD
MENTAL**
José Filgueira Lois
Ignacio López Fontán
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 2, 2003



**SALUD MENTAL Y
POBLACION SIN HOGAR**
Mónica Troncheri Ramos
Victor Aparicio Basauri
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol.4, número 1, 2004



SOBRE VIOLENCIAS
Andrés Cabero Álvarez
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol.4, número 2, 2004



**LA ESQUIZOFRENIA:
DÉFICITS Y TRATAMIENTO**
Beria Moreno Küstner
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 1, 2005



**SALUD MENTAL Y MEDICINA
BASADA EN LA EVIDENCIA**
César Luis Sanz de la Garza
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 2, 2005



ESTADOS LIMITE
Pedro Marina González
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 1, 2006



**TRATAMIENTO AMBULATORIO
INVOLUNTARIO**
Ana Esther Sánchez Gutiérrez
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 2, 2006



CLÍNICA DE LA HISTERIA
Tiburcio Angosto Saura
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 1, 2007



**PSICOTERAPIAS EN LOS
SERVICIOS PÚBLICOS**
Paz Arias García
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 2, 2007



**REHABILITACION
PSICOSOCIAL**
José Juan Uriarte Uriarte
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 1, 2008



ARTE Y PSQUIATRIA
Oscar Martínez Azumendi
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 2, 2008



SALUD MENTAL INFANTIL
Purificación Ripodas Erro
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 1, 2009



**ADHERENCIA
TERAPEUTICA**
José Luis Hernández Flata
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 2, 2009



**LA SALUD MENTAL EN
CENTROAMERICA Y R. DOMINICANA**
Victor Aparicio Basauri
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 1, 2010



**SALUD MENTAL Y
EMERGENCIA HUMANITARIA**
Victor Aparicio Basauri y Paz Arias García
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 2, 2010



CLÍNICA LITERARIA
Ramón Esteban Arnáiz
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012



Cárcel y Salud Mental
I. Markez, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Bastida,
M. Hernández, M. B. Longoria, M. M. Lledo, C.
Manzanos, C. Repeto, J. M. Sánchez

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 11, número 1, 2012



**SALUD MENTAL COMUNITARIA:
EL MODELO DE GIRONA**
Cristina Gisbert y Jordi Cid
(Compiladores)

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012

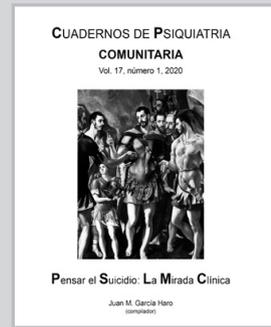
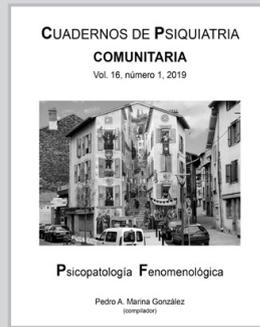
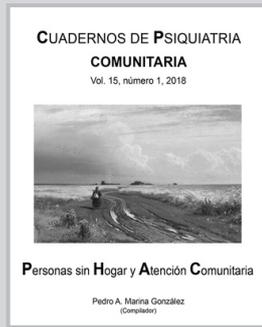
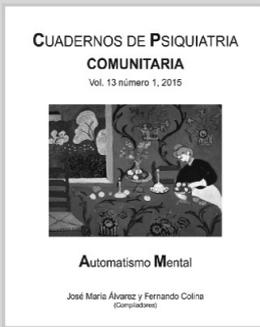


Cárcel y Salud Mental
I. Markez, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Bastida,
M. Hernández, M. B. Longoria, M. M. Lledo, C.
Manzanos, C. Repeto, J. M. Sánchez

**CUADERNOS DE PSQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12 número 1, 2014



Cárcel y Salud Mental
Itzi Markez
(Compilador)



CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 17 - Núm.1 - 2020

ARTÍCULOS ORIGINALES

Presentación

Juan M. García Haro 7

Suicidio: clínica o voluntad de morir

Federico Menéndez Osorio 10

La utopía del preventor: ¿un bello día, un mundo libre de suicidios?

Guillermo Rendueles 27

Abordaje y prevención del comportamiento suicida en el sistema sanitario español: enfoque, límites y riesgos

Juan M. García-Haro, Henar García-Pascual, Marta González González,
Mónica T. Sánchez Pérez, Sara Barrio-Martínez 56

El suicidio (la muerte voluntaria). La prevención del suicidio

Enrique Villa Alonso 82

PUNTO CRÍTICO: “Covid-19 y salud mental”

Presentación

Juan M. García Haro 124

Psico-covid. ¿Dígame? Reflexiones sobre la atención telefónica psicológica en Asturias durante la pandemia covid-19

Andrés Cabero Álvarez 125

En tiempos de confinamiento

Pedro A. Marina 128

Salud Mental Infanto-juvenil en tiempos de pandemia

César Luis Sanz de la Garza 131

Reflexiones sobre las repercusiones emocionales de la pandemia

Susana García Tardón 134

INFORMES

Manifiesto Forum Infancias Madrid 138

CUADERNOS DE **PSIQUIATRÍA** COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 17 - Núm.1 - 2020

ARTÍCULOS ORIGINALES

RESEÑAS

ACT en la práctica clínica para la depresión y la ansiedad: una guía sesión a sesión para maximizar los resultados. M. P. Twohig y S. C. Hayes 143

IN MEMORIAM

Tiburcio Angosto Saura (1949-2020) 144
M.^a Eugenia Vigil Gutiérrez (1955-2020) 146
Alberto Minoletti Scaramelli (1944-2020) 148

NOTICIAS BREVES 151

REUNIONES CIENTÍFICAS 155

NORMAS DE PUBLICACIÓN 156

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE 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 Neuropsiquiatría. 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: D. Pedro Alberto Marina González.
- Vicepresidenta: D^a. Paz Arias García.
- Secretaria: D^a. Elena Pato Rodríguez.
- Tesorera: D^a. Paz Arias García.
- Vicesecretario: D. Álvaro Magdaleno Flórez.
- Vocal: D. Juan Manuel García Haro.
- Vocal: D^a Margarita López Noche.

Miembros de honor:

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

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

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA (Y en la Asociación Asturiana de Salud Mental)

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

profesional de la Salud Mental, 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 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

