

Siso Saúde

SISO/SAUDE, Nº 37- Otoño 2002
Boletín da Asociación Galega de Saude Mental
Congrega, S.L.
C/ Rosalía de Castro, 13. 1º izda.
15004 A Coruña

Correo electrónico: agsm@areadixital.com
<http://www.aredixital.com/agsm>

Portada
"El oro del azul" (1967)
Miró

Diseño

M y M diseño. A Coruña.
Tel. 981 21 45 06 - 659 81 85 69
Correo electrónico: montsepm2002@yahoo.es

Imprime

Rodi Artes Gráficas. Rúa Seixalbo, 12. Orense
SISO/SAUDE: V.G. 10984. ISSN: 1130-1538

Presidente

L. Ferrer i Balsebre

Vicepresidente

G. Martínez Sande

Secretaría

F. Iglesias Gil de Bernabé

Vicesecretario

L. Vila Pillado

Tesoureiro

C. Castro Dono

Directora de Publicacións

M. Xesús Gómez Rodríguez

Vocais

Sara Covadonga Granda Mariño

Ramón Area

Nuria García Gonzalo

Marina Albelda Martínez

Comité de Publicacions

Coordinadora

Mª Xesús Gómez Rodríguez

Vocais

S. Lamas Crego

D. Simón Lorda

Fidel Vidal

Fe La Cruz Pardo

Yolanda Castro Casanova

Irene Esperon Rodríguez

Marisol Filgueira Bouza

Comisión de control e garantías

Antonio Rodríguez López

Arturo Rey Rodríguez

Florentina Casado Bermúdez

Adolfo Bobadilla Pardos

Sección Infanto-Xuvenil

Coordinador

J. Mazaira

Sección de Rehabilitación

Coordinador

E. Paz Silva

Comisión de Docencia e Investigación

Coordinador

Alexandre García Caballero

Maria Jesús Somoza Vazquez

Margarita Pena Puente

Lorenzo Sánchez Marcos

Javier Gonzalez Hermida

Comisión de Asistencia e Lexislación

Coordinador

J.M. García de la Villa Merchan

Belén Martínez Alonso

Mª José Veiga Candan

Mª Teresa González Barba



Sumario

Editorial

- 5 En este verano atípico
Luis Ferrer i Balsebre

Psicoanálisis aplicado

- 7 Apuntando a otro lado
Chus Gómez

- 11 La histeria hoy
Manuel Fernández Blanco

- 31 De la no-relación a la degradación de la
vida erótica, la pareja imposible del hombre
Luciano González Anido

- 41 Atención pública versus
atención privada, o, el precio de la cura
Ricardo Arranz Roig

- 47 Las mujeres en la cura de un psicótico
José R. Eiras

Originales y revisiones

- 57 Interconsulta y Paidopsiquiatría de enlace
en Salud Mental y Comunitaria
Federico Menéndez Osorio

- 67 La utilización del cine como método
psicoterapéutico en las unidades de agudos
Vila Pillado L., Area Carracedo R., García Caballero A.,
Gómez Pérez I. Somoza MJ, García Cancio, G.

101 La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general
progresiva: primeras experiencias en España
Olga Villasante Armas

119 Una experiencia de consultoría de enfermería
de salud mental en atención primaria
Ana García Laborda
J. Carlos Rodríguez Rodríguez

A velas vir

127 Tomates, organización y márketing
Jorge García Fernández

Libros

131 Drogas. Qué política para qué prevención
Amando Vega, Gregor Burkhardt, Iñaki Markez,
Xavier Aran, Rosa Del Olmo, Jose Luis De la Cuesta,
Cees Goos, Kontxi Gabantxo, Mónica Póo, Isidoro Blanco.

135 Sobre Alzheimer
A. García Caballero,

141 Varios
S.L.C.

Os eventos consuetudinarios que acontecen na rúa

161 Necrolóxica: Antonio Rodríguez López

167 De la Pintura psicopatológica al arte como terapia
(Un Proyecto de Exposición)
Ana Hernández

171 ***Normas de publicación***

Editorial

*Tenemos un cielo común. El mismo firmamento nos rodea.
¿Qué más da con que tipo de teoría aprendida cada hombre
busque la verdad? No hay un solo camino que conduzca
a un secreto tan sagrado.*

SÍMACO al reponder la estatua de la victoria
En el foro romano, 384 a.C.

Autor

Luis Ferrer i Balsebre
Presidente de la Asociación Galega de Saúde mental
En el final de este verano atípico.

La cita viene a cuento de los tres puntos que me gustaría destacar en esta la primera editorial de la nueva Junta Directiva de la Asociación.

Por un lado no quisiera dejar pasar la ocasión para transmitir las más sinceras felicitaciones al Comité Organizador de nuestro último Congreso, y muy especialmente a su presidente, el Dr. F. Iglesias Gil de Bernabé, que consiguió una calidad excelente tanto organizativa, como científicamente. Un Congreso “hard” que resultó ser claro, interesante, **multidisciplinar** y creo que asequible a todos los profesionales de la Salud Mental. Algo poco habitual. Ganamos en conocimientos, y ganamos en amigos dada la satisfacción que todos los ponentes expresaron con la organización. Felicidades.

Por otra parte quiero saludar a todos los asociados en nombre de la nueva Junta Directiva, pidiendo la máxima benevolencia de que seáis capaces con nuestra gestión. Pretendemos, cuanto menos, estar a la altura de los compañeros que nos precedieron. Gracias a todos ellos también por el trabajo realizado hasta la fecha. Arrancamos esta nueva etapa con muchas ideas que confiamos sean sugestivas para **todos los colectivos** que integran nuestra Asociación; de todas ellas iremos dando cumplida información tanto en el SISO, como en la página Web y el Boletín, sea en formato electrónico o papel.

Finalmente informar de las gestiones realizadas por la AGSM en relación con el caso de la Sanción impuesta a nuestro compañero Dr. A. Fernández Liria y Angel Sanz Aiz. Como supongo que todos

En el final de este verano atípico

estareis informados de la misma, únicamente comentar que la AGSM a remitido sendos escritos manifestando nuestra perplejidad y protesta por dichas medidas, tan absurdas como injustas, al Presidente del Colegio General de Médicos, La Presidenta del Colegio de Médicos de Madrid, y el Consejero de Sanidad del Gobierno de la Comunidad de Madrid; al mismo tiempo, y junto con la Asociación Madrileña y Andaluza, hemos sido el primer colectivo en manifestar nuestra solidaridad y nuestra disposición a sumarnos a todas las medidas legales que se están poniendo en marcha. A este respecto queda pendiente una Asamblea general de socios para aprobar dichas medidas. Informaremos de ello más adelante dada la diáspora estival.

Dos palabras para resaltar la calidad del nuevo SISO fruto sin duda del empeño y buen hacer de la Dra. Chus Gómez y de todos vosotros, a los que desde aquí animo a seguir llenando de contenidos esta magnífica publicación que se ha consolidado como la mejor embajadora de nuestro trabajo.

Un saludo a todos.

Psicoanálisis aplicado

Apuntando a otro lado

*“ Habrá un día una escritura de lo no escrito.
Algún día esto llegará.
Una escritura breve, sin gramática, una
escritura hecha sólo de palabras.
Palabras sin gramática de apoyo. Perdidas.
Allá escritas. Y enseguida abandonadas.”*

Margarite Duras

Autora

Chus Gómez

Es para mi un honor realizar la presentación de la nueva sección dedicada al Psicoanálisis en el seno de la asociación y del espacio de encuentro con la letra escrita que supone nuestra revista, que año a año, va dejando constancia del saber de ese momento, de nuestros avatares particulares y como grupo, de nuestros encuentros y desencuentros, de nuestras aspiraciones y de nuestras luchas...en definitiva de nuestra historia.

Sabemos que en materia de bienestar pocas cosas son científicamente demostrables, porque la clínica nos lo repite una y otra vez en el día a día.

En la psiquiatría actual no hay ninguna demostración del determinismo biológico unívoco de los trastornos psíquicos y nos manejamos con un razonable cierto “descreimiento necesario” que nos conduce a que cada uno elabore y crea solamente en su propia clínica orientada de acuerdo a su supuesto buen hacer. El psicoanálisis también se sostiene en lo contrario, en “una cierta creencia necesaria”: la del inconsciente, cuya particularidad sólo se alcanza dejando hablar al sujeto. Inconsciente ubicado en la ausencia material de soporte pero que a fuerza de letra, que marca las palabras que se hablan, escribe constantemente sobre un cuerpo que toma carta de presencia. En este sentido los analistas no sólo

han de escuchar sino que han de saber decir de su saber y saber transmitirlo, ser evaluados y aceptar serlo; es en esta encrucijada donde la posibilidad de un encuentro fructífero será posible y desde este lugar se le brindan las páginas de esta revista, que como en el inicio se inaugura de nuevo con “La Histeria”, con sus actuales formas de presentación.

“Psicoanálisis Aplicado” es el epígrafe, bajo que se reunirán los aportes del psicoanálisis al campo de la salud mental, más allá de guerras y religiones clínicas, a las que somos tan dados quizás porque necesitamos modelos explicativos a lo que se escapa de la materialidad de lo biológico sensu estricto y eso no siempre es productivo pero si conflictivo.

Como terapia además que es, justifica su presencia y participación en las dificultades que en este campo se plantean en el siglo XXI, finalizado ya el XX tan “problemático y febril”, que a golpe de música de tango podemos definir.

En este espacio de la salud mental, caracterizado por la multiplicidad de saberes, el psicoanálisis se inscribirá con voz propia, porque el siempre tiene un lugar cuando hay un imposible a tratar, y este es el caso tal y como Freud decía: pues si educar y gobernar son tareas imposibles, todavía lo es más el gobierno de la curación.

Nuestra asociación viva y extremadamente rica en matices, implicada y activa, verifica su vitalidad también en actos como estos, en los que apuesta por dar espacio y voz a lo que no está en boga o en auge en este momento de uniformidad sintomática. En este sentido la aprobación por mayoría de la creación de la sección de Psicoanálisis en el seno de la asamblea durante el 5º Congreso de A Coruña dedicado a Neurociencias es una buena muestra de salud mental: abrir vías mejor que cerrarlas, crear una dialéctica que anime y dinamice los discursos, confrontar la visión unívoca y perseguir la integración frente a la segregación es nuestro objetivo; desvelar así esos significantes amos que marcan y singularizan el inicio de este siglo que habitamos.

Pero como los hechos ocurren en un momento histórico a él hemos de referirnos; el azar quiso unir nuevamente en este caso “psicoanálisis y neurociencias” tal y como ocurrió desde su origen aunque menos tecnificado. La historia los reúne siempre, para que transiten juntos pero no para retraducirse, como fue el empeño de Freud en un inicio, porque eso es imposible, sino para encontrarse

en un tiempo cargado de retos y de nuevas ficciones con las que tendremos que vernos las caras sin prometer remedios ni recetas protocolizadas, válidas en principio. El saber hacer de cada uno con su cuento, con su historia y con su síntoma siempre es algo que está por inventar.

Que este sea un comienzo que no termine nunca.

Chus Gómez.

La histeria hoy *Hysteria nowadays*

Autor

Manuel Fernández Blanco

Psicoanalista. Miembro de la E.L.P. (Escuela Lacaniana de Psicoanálisis). Miembro de la AMP (Asociación Mundial de Psicoanálisis). Psicólogo Clínico.

Unidad de Salud Mental del Hospital Materno-Infantil
Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña

Dirección para correspondencia: C/. Juana de Vega, 25-27, 7º C. 15004-A Coruña

Resumen

Se describe y analiza la influencia de la civilización posmoderna en las formas contemporáneas de presentación de la histeria. Por último, se desarrolla la relación del sujeto histérico con el amor, el deseo...

En este trabajo, se da cuenta de la dilución y fragmentación de la histeria en las clasificaciones psiquiátricas actuales. Igualmente, se describe y analiza la influencia de la civilización posmoderna en las formas contemporáneas de presentación de la histeria. Por último, se desarrolla la relación del sujeto histérico con el amor, el deseo y el goce, así como su conflicto con la feminidad.

Palabras Clave: Histeria. Psicoanálisis. Posmodernidad.

Summary

In the present article, we want to show the dilution and fragmentation of hysteria in the present psychiatric classifications. Also, we describe and analyse the influence of the post-modern civilisation in the contemporary forms of presentation of hysteria. Finally, we develop the relation of the hysterical individual with love, desire and enjoyment, as well as his conflict with femininity.

Key Words: Hysteria. Psychoanalysis. Post-modernity.

La fragmentación de la histeria en la clínica actual

“Algo ha cambiado la humanidad, antes me hubieran quemado a mí”.

Esta frase de Freud, pronunciada con ocasión de ver cómo las SS quemaban sus libros, evoca lo ocurrido a las histéricas: antes, en ocasiones, se las quemaba, acusándolas de brujería, ahora se las hace casi desaparecer... de los libros.

En efecto, la histeria, la neurosis histérica, ha sido prácticamente eliminada de las clasificaciones internacionales actuales en boga, con la DSM-IV a la cabeza(1), malas herederas de la nosografía psiquiátrica clásica.

Si en la anterior edición de la DSM(2), dentro de los trastornos somatoformes, al trastorno de conversión se le añadía, entre paréntesis y como haciendo una concesión benevolente, la posibilidad de nominarlo como neurosis histérica tipo conversión, esta posibilidad ya ni existe en la última versión de la DSM, donde el privilegio dado a la noción de Trastorno (definido por agrupación-exclusión de síntomas), frente al de Estructura, conduce a una disección y dilución de la fuerza conceptual de los cuadros clínicos en la ambigua noción de Trastorno. Este efecto llega, incluso, a hacer borrosa la distinción entre neurosis y psicosis.

Pero, a pesar de esto, con las histéricas sucede lo mismo que con las “meigas” –que posiblemente no eran otra cosa que algunas histéricas gallegas-, “no se creará en ellas, pero haberlas... haylas”. ¿Dónde están? Si las buscamos en la DSM-IV, encontramos a la histérica fragmentada, descoyuntada, disociada. Así el saber psiquiátrico oficial responde en espejo a lo que la misma histeria presentifica como expresión sintomática de su falta en ser.

La histérica de hoy puede padecer de fibromialgia; la histérica de hoy está fatigada, crónicamente. Como antes, ofrece su cuerpo sufriente a la impotencia del saber médico, que le da un significante...

La histérica de hoy no suele ser la de las grandes crisis histéricas (parálisis histéricas) a lo Charcot. La histérica de hoy puede padecer de fibromialgia; la histérica de hoy está fatigada, crónicamente. Como antes, ofrece su cuerpo sufriente a la impotencia del saber médico, que le da un significante, un diagnóstico, donde alojarse. De este modo, se corta su vuelo, se le tapa la boca. Por eso, la histérica de hoy, está triste. Entonces, la encontramos también entre los trastornos del estado de ánimo (depresiones, distimia, etc.). Expresiones del malestar que no se deja salir por su boca, demasiado rápidamente obturada por el medicamento.

Seguimos encontrando la histeria en los trastornos de ansiedad; en los somatomorfos –conversión incluida-; en los trastornos sexuales, especialmente en los que evocan la incapacidad de obtener satisfacción como el trastorno por aversión al sexo, el trastorno de la excitación sexual en la mujer, el trastorno orgásmico femenino (antes orgasmo femenino inhibido), dispareunias, vaginismos, etc.

Hallamos, de nuevo, la histeria en los trastornos disociativos, que evocan la plasticidad histórica para ser cualquier otro, o no saber bien quien se es.

Volvemos a encontrar la histeria en los llamados trastornos de la conducta alimentaria. Especialmente en la bulimia y en los atracones que, en la época de la sobreabundancia de objetos de consumo, es una forma de reeditar la insatisfacción, de producir la nada, el vacío, recurriendo al exceso. En los casos de anorexia puramente restrictivas es más difícil encontrar a la histérica, al menos mientras se mantiene en esa posición anoréxica(3).

Seguimos encontrando a las histéricas, en este caso a las consideradas “intratables” en los trastornos de la personalidad. Trastornos de “la personalidad” sinónimo, entonces, en la clínica oficial actual, de inmodificable e incurable: condena de por vida.

Especialmente en la bulimia y en los atracones que, en la época de la sobreabundancia de objetos de consumo, es una forma de reeditar la insatisfacción, de producir la nada, el vacío, recurriendo al exceso.

Aquí encontramos a las histéricas histriónicas y, también, a las narcisistas y dependientes.

A la dificultad de la histérica de hacerse un cuerpo, la ciencia oficial responde despedazándola. El cuerpo histórico, siguiendo las leyes del lenguaje y del inconsciente, rompe con las leyes de la anatomía y de la fisiología. De este modo, provoca el desconcierto del saber médico. La histérica hace trabajar al saber para revelar su impotencia y proseguir en su insatisfacción. Esta es la constante de la histeria a lo largo de la historia.

No es el propósito de este trabajo hacer la historia de la histeria. Digamos simplemente que esta historia va desde su conexión a lo sexual -el étimo de histórico es *hystericus*, latino, y éste del griego _____, relativo a la matriz, al útero, hasta su actual dispersión en los catálogos nosográficos -¡Ni su nombre les han dejado!-, pasando por el desprecio –simuladoras, les llamaban- y la descalificación sempiterna. Pero es necesario algo más que las injurias para hacerlas desaparecer.

Por el contrario, los psicoanalistas, fieles a Freud, consideramos a la histeria como una estructura. Esta estructura, es mucho más común en las mujeres –lo que nos lleva a referirnos al sujeto histérico en femenino- aunque, por supuesto, existe la histeria masculina. Dentro de lo permanente de la estructura, se articulan los síntomas y semblantes histéricos en razón y respuesta al momento histórico. No estamos ahora ni en la Edad Media, cuando se las quemaba, ni siquiera en la época de Charcot, aquél psiquiatra francés que, con la hipnosis, lograba que la paciente recordara el hecho traumático, y que alertó a un Freud que le veía proceder. Y con Charcot, Janet, que si bien habló de la tendencia a la disociación, colocó a ésta como efecto de una degeneración del sistema nervioso, impidiendo la síntesis.

La histeria, el mercado y la ciencia

Estamos en el tiempo del discurso del capitalismo que ha llamado al saber científico en su ayuda: es la alianza del capitalismo con la ciencia, que Jacques Lacan ha subrayado abundantemente. Si cambia el discurso, cambia el sujeto, y sobre todo un sujeto, el histérico, muy mimético, muy permeable a lo que del Otro viene, a lo que en el Otro acontece.

La ciencia es el discurso de la forclusión del sujeto. Podríamos decir, remedando aquella divisa del despotismo ilustrado, que la ciencia se rige por un: ¡Todo para el sujeto, pero sin el sujeto! Y el capitalismo es producción, pero sobre todo, consumo y eficacia: las preguntas por el ser y el deseo, quedan para mañana. Podemos, aún a riesgo de ser demasiado reduccionistas, ilustrar lo que ocurre con una frase del psicoanalista francés François Leguil: “Vidas cada vez más ocupadas, frente a existencias cada vez más vacías”.

El capitalismo exige lo que el viejo superyo freudiano: ¡goza!, tal que el sujeto que se queda fuera del banquete, pretendidamente universal, se siente fuera de este mundo.

¿Cuál es la propuesta fundamental de nuestro marco civilizatorio actual? La de un goce acéfalo, un goce irresponsabilizado de sus consecuencias, un goce que, de no alcanzarse, hace sentir al sujeto culpable. El capitalismo exige lo que el viejo superyo freudiano: ¡goza!, tal que el sujeto que se queda fuera del banquete, pretendidamente universal, se siente fuera de este mundo. Este ¡goza! imperativo, en un mundo permanentemente cambiante, se traduce en el imperativo de consumir, más que los objetos de consumo en sí que enseguida se revelan caducos, la novedad misma. Así la novedad pasa a ser el auténtico objeto de goce. Se

consume novedad. De este modo, “estar a la última” pasa a ser una obligación y “ser feliz” también. He aquí la paradoja: se trata del imperio de la sinrazón en el mundo en el que la ciencia parece enseñorearse del momento.

La conclusión del sujeto no es una formulación vacía de repercusiones en nuestra realidad cotidiana. Tomemos el ejercicio de la medicina, por ejemplo. El acto médico, tal como lo entendemos, cae sobre el organismo, pero olvida el cuerpo. El organismo es “medible”, pero el cuerpo, creación de la palabra, necesita la escucha. Y es aquí donde la medicina de hoy en día, está un paso retrasada respecto al Freud de los inicios, al Freud de hace un siglo. Freud escuchó el cuerpo sufriente de las histéricas, diferenciándolo para siempre del organismo “bruto”.

Freud era un médico más, provisto, como todos, de un saber. Como métodos, usó, primero, la hipnosis charcotiana, después la presión con los dedos en la frente, y por fin, la asociación libre. Como posición ética, primero fue un Freud parlanchín, un Freud que comunica su saber, y luego –y a instancias de una paciente que le pide que se calle-, el Freud del silencio, que será el silencio de los analistas. Un silencio que no es una impostura, sino un silencio que es de necesidad: el paciente será el que hable, porque es él el que

Freud era un médico más, provisto, como todos, de un saber. Como métodos, usó, primero, la hipnosis charcotiana, después la presión con los dedos en la frente, y por fin, la asociación libre.

sabe, el que tiene las claves de lo que le ocurre. El silencio del analista es el folio en blanco donde se despliega la palabra, una palabra que obedece a lo articulado a nivel inconsciente. La genialidad freudiana fue entender que el malestar pudiera estar articulado en palabras en algún lugar: ese lugar tomó para él el nombre de inconsciente.

Fue en esos primeros momentos de su práctica, donde el encuentro de Freud con las histéricas tuvo lugar. Acogía Freud histéricas quejas, o sea, con una queja referida siempre a otro. Y de ahí Freud infirió que la queja, el síntoma, era un mensaje que no había encontrado un destinatario que lo descifrara y lo interpretara. Y Freud quiso hacerse el destinatario de este malestar. De aquí podemos colegir que, en tanto un mensaje siempre se dirige a otro, el psicoanálisis no es una “introspección”, sino una “extrospección”, en tanto que para saber lo que le ocurre a un sujeto, éste tiene que “salir de sí”, pasar por el lugar del Otro de la palabra, para comprobar en este rodeo, que él no es amo de las palabras, sino su siervo y efecto, y que el sujeto humano está enfermo de lo mismo que lo constituye: el lenguaje.

Y fue de las histéricas, de aquellos “piquitos de oro”, como les llamó Lacan, que Freud aprendió que el inconsciente como saber, salía de sus bocas. Era el inconsciente en “status nascendi”. Era el caso de aquella paciente con dolores faciales y de la que Freud escucha que determinada respuesta del otro, fue para ella “como una bofetada” –sin manos, añadiríamos nosotros. Y fue el caso de aquella otra paciente, Isabel de R., que se presenta a Freud con unos dolores en las piernas que, resumiendo, Freud despeja como la respuesta sintomática a “un mal paso” dado en la vida.

De estos casos, y de la larga lista que figuran en los “Estudios sobre la histeria”, de Freud(4), son varias las cosas que se pueden colegir:

1.- El sujeto no sabe lo que dice –si lo supiera captaría el otro significado que sus palabras transmiten.

2.- Que los hechos de la realidad se dicen, o sea, se pasan a la palabra, y son las palabras, las expresiones usadas, las que se constituyen en causa eficiente de su queja, dolor y síntoma.

3.- Que el verbo se hizo carne, en estas pacientes, y en todas las histéricas. La palabra invade el cuerpo con lo que un “dolor moral se convierte en dolor somático”, como dice Freud en esa época.

4.- Y llegamos con ello a lo que ha sido, es y será algo propiamente histérico: la docilidad histérica para pasar al cuerpo lo que del Otro viene. Es la conocida conversión histérica: el conflicto con el Otro, se refugia, se incrusta en la carne... para desconcierto del amo, de aquél que se presenta como detentando un saber sobre el cuerpo.

Las histéricas llenan las consultas, en primera instancia, de los médicos, aquejadas de su dolor. Ellos las ven, pero no las escuchan –aunque a veces las oigan.

Las histéricas llenan las consultas, en primera instancia, de los médicos, aquejadas de su dolor. Ellos las ven, pero no las escuchan –aunque a veces las oigan. No las escuchan porque no las entienden, no pueden entender que haya dolor en un cuerpo sano. ¡Qué difícil acuerdo existe entre la anatomía y la fisiología académica, y el hecho de que una pierna duela a resultas de “un pecado” cometido. Es por ese desencuentro entre el amo del saber y la histérica, que acudirá al analista, porque su cuerpo sano, pero dolorido, pide la palabra y exige la escucha. Ella busca a alguien que haya entendido bien la frase de Juvenal: “*Mens sana in corpore sano*”. Que la haya entendido bien supone que entienda que un cuerpo estará verdaderamente sano, si, y sólo si, se escucha lo que ocurre en su “cabeza”, o sea, en su

inconsciente, y allí lo que habita es... el deseo.

Mientras el organismo es asunto de biología, el cuerpo es asunto de deseo y de goce; mientras la medicina sea un saber sobre el organismo, la histeria será una reivindicación desde el cuerpo, y mientras la medicina entienda que su límite es el del saber –“No podemos hacer más porque no sabemos más”-, la histérica mostrará que, en su síntoma, ella guarda el enigma de su deseo y los secretos de su goce.

¿Es que acaso el clínico no ha sospechado que la angustia, la conversión histérica, no son ningún disfuncionamiento orgánico, sino necesidad para vivir?

No es en la espera de un saber absoluto –Hegel alojado en los laboratorios- que la medicina debe fundar sus esperanzas, sino en una ética que les advierta que lo inexplicable no es lo mismo que lo incurable, y que le lleve, pasando por el saber de su impotencia, a la impotencia del saber. La histeria muestra que hay en la vida mucho más que el saber del amo: “Entre el cielo y la tierra, hay mas cosas que en los libros de filosofía” (“Hamlet”, W. Schakespeare).

Es Lacan el que señala que la medicina está “tocada” mortalmente por el capitalismo. Dispone desde hace décadas de los psicotropos pero, si bien éstos se dirigen al organismo con sus innegables

Es por ello que, frente a la universalización del saber, a las histéricas hoy en día se las puede encontrar en los saberes esotéricos. En esto no han cambiado: videntes, quirománticas, sanadoras.

efectos de domesticación, el cuerpo y el sujeto son otra cosa. Además, la medicina trabaja bajo la espada de la urgencia: el acto médico hace coincidir el tiempo de ver y el de concluir, sin disponer a menudo del tiempo para comprender. Justo la razón por la que los análisis se prolongan en el tiempo, en tanto el síntoma y el deseo necesitan del despliegue de la palabra en el tiempo.

La ciencia elabora el saber, lo ordena taxonómicamente, y, obtenidos estos rótulos, rotula con el mismo rótulo a distintos sujetos. Contra esta homogeneización, se levanta la histérica para decir que ella es una en su diferencia. Esta histérica que antes se quejaba y ahora reivindica. Y es que la histérica de hoy, se queja menos y reivindica más. Reivindica contra esta extensión del saber del amo, reivindica contra este Leviathan universal del saber. Es por ello que, frente a la universalización del saber, a las histéricas hoy en día se las puede encontrar en los saberes esotéricos. En esto no han cambiado: videntes, quirománticas, sanadoras. Ellas, y sus clientas, representan el error producto de la necesidad: huyendo de la demasiada luz del presente insoportable, se refugian en la cegadora oscuridad del futuro adivinable.

La actualidad de la histeria

La histérica actual, reivindica y da respuestas: desde sus sorprendentes suicidios hasta sus metonimias de parejas, pasando por toxicomanías, bulimias, y, más tempranamente, diciéndole “no” a ese saber del amo, en escuelas, institutos y universidades.

La histeria ayer se lo pedía, hoy le grita al amo que la información no es la comunicación que importa, y que, al sí de las identificaciones imaginarias a los modelos propuestos por el amo, ella responde usando, como siempre, el cuerpo y el deseo.

La histérica muestra la verdad desnuda del amo. Un amo que, decíamos, no tiene tiempo para la cuestión del ser. El amo propone el mismo modelo y los mismos slogans. La histérica acepta identificándose a ellos pero, si las identificaciones satisfacen al deseo, no satisfacen a la pulsión.

También podemos decir que la histérica muestra cada vez más desnudamente su cuerpo al Otro: un look cambiante, ofrecido a la mirada tragona del Otro, hace que su cuerpo le devenga cada vez más extraño. Es su esfuerzo por captar la mirada de deseo del Otro, lo que hace que su cuerpo se convierta en superficie de inscripción –tatuajes, peircing: allí están hoy las histéricas- y de “cosméticas” cada más agresivas. Su cuerpo, cual tornasol, gira para capturar la cambiante mirada del deseo del Otro.

La histérica muestra la verdad desnuda del amo. Un amo que, decíamos, no tiene tiempo para la cuestión del ser. El amo propone el mismo modelo y los mismos slogans.

Podemos hacer aquí un paréntesis. Hay dos cosas que provocan a la histérica. Una es suscitar el deseo allí donde parece adormecido. Y otra, despegar a un hombre de aquello que lo apasiona –sea cosa o mujer. Si un hombre aparece a una histérica como un apasionado en relación a algo, es propio de la histérica comprometerse en una operación que saque a ese hombre de sus apasionantes ocupaciones, para meterlo en la cama, sin saber qué hacer después con él. Se trataba de medir la potencia a la hora de provocar el deseo.

Lacan ya señaló que la belleza era una barrera frente al horror. Lo que se puede observar en algunos casos de histeria es que la belleza no basta, que hay una fascinación por el horror, que en estos casos es su apuesta. Es lo que se observa en los jóvenes: huyendo de la confrontación a la castración, retorna en el seno de esos grupos esta castración en forma de horror encarnado por algunos de ellos. En

U.S.A. hay ya un movimiento que lleva a cabo en algunas chicas la extirpación de uno de los senos, la deformación de la boca, etc. Es lo que subyace trágicamente a lo que se llama la moda.

Trágicamente porque buscando su ser en la acomodación al deseo del Otro, puede quedar reducida al resto irreconocible e innombrable de esa operación. Buscando cazar el deseo del Otro, puede quedar cazada.

La estética no es inocente, porque en el fondo es una propuesta ética: querer tener un cuerpo bello, es una cuestión estética, reducir el cuerpo a su imagen, es una cuestión ética, porque no es lo mismo la tiranía del azogue que la servidumbre a la palabra. Y es ahí donde la histérica es capturada, en tanto la histeria es la placa sensible al deseo y el goce del Otro.

La riqueza de imágenes que el amo propone –predominio de lo escópico-, va en paralelo a la pobreza de sentido: ¡Todo para los sentidos, nada para el sentido! Deriva cada vez más feroz de unos sujetos que no encuentran una palabra que ordene una vida, una palabra que les de sentido a su vida, y que pare esa deriva. Es por ello que cada vez más vemos a sujetos que no encuentran parada sino cuando un límite emerge en lo real: un accidente, una ruptura, una enfermedad.

Querer tener un cuerpo bello, es una cuestión estética, reducir el cuerpo a su imagen, es una cuestión ética, porque no es lo mismo la tiranía del azogue que la servidumbre a la palabra.

Ya es hora de que remitamos todo este material a lo dicho al principio: la histeria es una estructura freudiana, estructura que no está desaparecida a pesar de sus mutaciones actuales.

En efecto, la histeria es una apuesta por el ser, una apuesta por la búsqueda del ser, porque la histeria es el dolor de la falta en ser. Si la histérica tachó el saber de aquél que se proponía como amo, fue para mostrarle que su saber era insuficiente y no para que renunciara a buscarlo. Ella estuvo interesada en el saber del Otro, para ver si obtenía unas migajas de saber sobre sí. Esa apuesta sigue incólume, pero lo que ha cambiado es que ahora es regla lo que antes era excepción: el ser se busca por medios cada vez más imaginarios, y si esto fracasa, quedará el recurso a lo real, resultando ella ese resto caído de la operación.

Lo simbólico está cada vez más desprestigiado, las identificaciones simbólicas son cada vez más precarias –hijo, mujer, estudiante, cada vez significan menos y cada vez resulta más difícil sostenerse en

ellas-. Ante el desprestigio de las identificaciones simbólicas, queda el recurso a la identidad de los goces y a un imaginario cambiante. Recurrir aquí y ahora a Aristóteles parece un despropósito, pero ya él distinguía entre la *recta ratio factibilium* –un saber sobre las cosas- y la *recta ratio agibilium* –un saber sobre los afectos, el carácter, etc., o sea, un saber sobre sí. Lo primero más podríamos llamarlo conocimiento, conocimiento útil, y que parece ser la apuesta actual del amo en relación al saber. No hay más que ver el incierto futuro de las Humanidades frente al esplendoroso porvenir de las Ciencias y las Técnicas.

Pues bien, las histéricas actuales parecen actuar en mimesis a este cambio operado en el saber por el amo. De la utilidad del saber al saber útil. Cuando la histérica se desorienta mucho se identifica a su título universitario y a su ejercicio profesional –mujeres autónomas, se les llama. Esto causa estragos. Aquí, el tener ha obturado la pregunta por el ser.

Hay una segunda posición histérica en relación al saber: aquella que sospecha que en el saber académico no está la solución. Son los sujetos del no, al modo del no del Bartleby de Melville: el fracaso escolar y universitario, es la punta de iceberg de un síntoma que dice la verdad de un rechazo al saber del Otro.

Pero aún podemos señalar otra posición histérica ante el saber: se llega al final de la carrera y no se ejerce profesionalmente. Al final de los estudios, el sujeto ha comprobado que la alienación a la demanda del Otro, vía su saber, se paga al precio de la depresión: son las depresiones por alienación, raras pero existentes y propias al final de la carrera. El sujeto dice no saber qué hacer, porque en realidad no sabe por qué estudió lo que estudió. No es imposible que estos sujetos no puedan ejercer un saber que responde al deseo del Otro, pero que es extraño al suyo.

Cuando la histérica se desorienta mucho se identifica a su título universitario y a su ejercicio profesional –mujeres autónomas, se les llama. Esto causa estragos.

La histérica frente al amor, al deseo y al goce

Pero, no sólo de pan vive el hombre, ni sólo en relación al saber vive la histérica. Están también las cuestiones del amor, el deseo y el goce.

La vida erótica que Freud describiera, en sus “Tres contribuciones sobre la psicología de la vida amorosa”, ha cambiado. La mujer no es aquél sujeto de “la pata quebrada y en casa”. No queda en casa,

sino que sale, y su vida amorosa se parece cada vez mas a la del hombre y, como éste, puede mantener amantes. Antes, a la privación de goce, respondía con el goce de la privación. A lo que asistimos hoy es a una precariedad de las parejas tanto del lado masculino como femenino: la metonimia parece ser la salida: una, otra, otra. Uno, otro, otro. Pero, y por esto es necesario conservar las estructuras freudianas, sorprendentemente, su queja es la misma: el goce del Otro es excesivo, el Otro goza en exceso, la usa, abusa de ella –esto constituye la constante de su queja y de su dolor. Pero, lo que la histérica reprocha ahora a su pareja es que goza demasiado... de otra cosa que no es ella. Es la queja por el tiempo que el hombre dedica a su trabajo, por el tiempo que pasa sola, etc.

Nadie como la histérica para hacer de portaestandarte de la verdad. De la verdad de su pareja, de la verdad del jefe, de la verdad de los hombres, etc. Verdad de la castración y del goce del Otro.

Denuncia y pide que el Otro cambie, pero lo que resulta menos evidente es que ella no se mueve, instalada como está en esa denuncia. Instalada, o sea, inmóvil, porque al denunciar el goce del Otro, resta para ella el goce de la denuncia. Ella puede protestar de la inhumanidad de su pareja, y más genéricamente, de la inhumanidad de su vida, pero ella no cambia su posición.

Pero, lo que la histérica reprocha ahora a su pareja es que goza demasiado... de otra cosa que no es ella. Es la queja por el tiempo que el hombre dedica a su trabajo, por el tiempo que pasa sola, etc.

Más no solo denuncia la verdad, sino la impotencia de la verdad. La verdad no cambia al mundo –eso siempre se supo-, pero lo que importa es extraer la impotencia de su verdad. De aquello que la histérica se dice impotente, de eso goza. ¡Cuánto goce hay en ella cuando denuncia lo malo que es su pareja con ella!

El analista la intentará llevar del goce de la verdad, a la verdad de su goce. Como dice J.-A. Miller: “Se trata de inspirar, estimular en el sujeto el deseo de decir, para cambiar en él su modo de gozar del inconsciente”(5).

Histeria y feminidad

Ella necesita del deseo masculino, aunque hoy parece tomar la iniciativa. Pero todo cambia cuando en su horizonte aparece una mujer que encarna, para ella, la función de la Otra, la detentadora del saber sobre la feminidad. Parará la metonimia, y esta histérica, decidida, acabará parada, y echando a su hombre en los brazos de la

Otra. Es el límite de su metonimia.

La mujer enigmática no es el enigma de la mujer. Para lo primero sirve y basta la distancia. Pero ese hacerse la enigmática no es más que un intento de situar el enigma en lo imaginario. El auténtico enigma de la mujer supone que, en su “ser de lejanías”, tal como la define J.-A. Miller(6), no hay palabras para decirla, sólo para maldecirla. Y aquí entregamos una diferencia radical entre histeria y mujer: la histérica querrá ser todo o nada para un hombre, mientras que la mujer aceptará ser Otra para el hombre y para ella misma. Ser Otra supone no caer en la homologación con lo masculino –detrás del imaginario unisex, está el sex-uno como goce único del falo. Pero el enigma femenino la histérica lo trampea de varias maneras. Una de ellas consiste en colocar a Otra como la que sabe, como la mujer, llegando a “facilitar” que su hombre conozca a otra mujer a la que pasa el testigo de provocar el deseo de su hombre. Por eso Lacan dirá: “La histérica se caracteriza por no tomarse por la mujer”(7). Eso le lleva a la intriga: busquen la intriga, encontrarán a la histérica y verán con qué facilidad se las encuentra metidas en medio de una pareja.

“Ser todo o nada”, escribíamos. Este “ser nada”, es otra maniobra histérica frente al enigma de la mujer. Frente a la imposibilidad de encontrar un significante, una palabra, que diga lo que es una mujer, lo que la vuelve Otra para ella misma.

¿Qué hace la histérica con esta imposibilidad que pide una respuesta? Responderá con el goce pulsional. Con frecuencia, recibimos en consulta a histéricas que vienen con la queja y el dolor de que los hombres solo la quieren para “eso” –lo que no les ha impedido participar en ello, aún sin saberlo. Son histéricas “caídas” como objeto, abandonadas por todos los hombres después de que estos “se cansan” de ellas.

Y aquí entregamos una diferencia radical entre histeria y mujer: la histérica querrá ser todo o nada para un hombre, mientras que la mujer aceptará ser Otra para el hombre y para ella misma.

La pulsión freudiana es sin sujeto, acéfala. Apunta a un vacío para, al final de su recorrido, que aquí llamamos final de una relación, reducir al sujeto al estatuto de un objeto sin valor para el Otro. Es la histérica de los fracasos en su relación de pareja –y con mujeres en su relación de amistad. Es la histérica desechada, la histérica reducida a nada, la histérica del drama del abandono repetido. Estas histéricas entran como sujeto en la relación, pero quedan como objeto –no hay, pues, realización subjetiva como mujer. En su círculo le aconsejan: ¡Deja a ese hombre, no ves lo que te esta

haciendo!, apuntando con ello a la reducción del sujeto a un objeto sin brillo, desvitalizado. Pasado un tiempo en ese mismo círculo se añade algo más que, sin saberlo, da las claves de la situación: ¡Cualquiera diría que te gusta lo que ese hombre hace contigo! En efecto, esa injusticia del Otro, que la histérica gusta en denunciar, oculta el consentimiento del sujeto desde el lugar desde donde goza. Ergo, busquen a las travestidas y encontrarán a las histéricas.

El goce pulsional se conecta a la escena primaria donde el sujeto histérico sería el objeto del goce del Otro –y de ahí obtiene su satisfacción, su excitación-, escena que, más allá de que en algunos casos haya ocurrido en la realidad, estará siempre sostenida por el fantasma. Freud lo dice: detrás de la escena de seducción, estará siempre el fantasma de seducción.

Que la escena haya ocurrido en la realidad, no quita que ella la haya fantasmaticado. Ese fantasma es una necesidad de estructura: que haya Otro del deseo. La histérica quiere un hombre del deseo, que es lo contrario de un hombre satisfecho. Y es por ello que Lacan dice que la histérica sostiene el deseo desde la insatisfacción, tanto la suya como la de la pareja. ¡Qué propio de la histérica es renunciar en el último momento a ese “caprichito”, por el que ha movilizado a todos los que sean necesarios!

La histérica quiere un hombre del deseo, que es lo contrario de un hombre satisfecho. Y es por ello que Lacan dice que la histérica sostiene el deseo desde la insatisfacción, tanto la suya como la de la pareja.

Lacan dice que la pregunta histérica fundamental es: ¿soy hombre o mujer?, pregunta que no se entiende si no distinguimos entre el sexo anatómico y el género –el idioma inglés dispone para ello de dos palabras diferenciadoras: sex y genre. Advertidos de esta diferencia, podemos encarar la siguiente afirmación lacaniana: la histérica hace el/al hombre. La ambigüedad de esta afirmación supone:

a.- que le muestra a su pareja que se puede ser hombre sin ser obsesivo, o sea, que se puede poner en juego la castración,

b.- que de su pareja, hace o pretende hacer un hombre, en tanto despega a ese sujeto de sus adherencias al tener: “Atrévete...”. Pero, ¿cuál puede ser la causa de estas dos afirmaciones? En 1908, Freud escribió un artículo titulado “Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad”. Con el término de “bisexualidad”, Freud da cuenta de algo extraño de esa indefinición hombre/mujer de la que habla Lacan, pero añade algo que va contra todas las técnicas de modificación de conducta: la conducta es una consecuencia de las fantasías inconscientes, la conducta es la respuesta en lo imaginario, a una fantasía, o sea, la escenificación,

la pantomima, de un guión que proporciona la fantasía.

En ese trabajo, Freud escribe: “Un síntoma histérico es expresión, por un lado, de una fantasía masculina y, por otro, de otra femenina, ambas sexuales e inconscientes”(8). Más adelante, añade: “Por último, también conocemos ciertos ataques histéricos en los que la enferma representa, simultáneamente, los papeles de los dos protagonistas de la fantasía sexual subyacente. Así, en un caso observado por mí, la enferma sujetaba con una mano sus vestidos contra su cuerpo (como la mujer objeto de una agresión sexual) y con la otra mano intentaba despojarse de ellos (como el hombre agresor)”(9).

¿Se puede expresar más claramente que esa escena de seducción –real, a veces- se escribe en la fantasía desde los dos polos del seductor y de la seducida. Y es desde aquí que podemos entender ese “hace el/al hombre” de la afirmación de Lacan: por mucho que se queje, en su fantasma, ella sostiene al hombre.

Es por ello necesario que el sujeto histérico atraviese el fantasma en un análisis. De esta manera, podrá variar las condiciones de su goce que con frecuencia le llevan a esa posición de objeto caído del Otro, o sea, a su propia ruina subjetiva.

Esto nos da un mejor panorama de lo que es el síntoma. El síntoma freudiano es una defensa frente a la imposibilidad de escribir la relación entre los sexos. De ahí que Freud se encontrara con la sorpresa de que algunos sujetos no quieren prescindir de sus síntomas –es lo que Lacan escribe como la necesidad o necesidad del síntoma.

Y, ¿qué es la histeria sino esa estructura donde lo imposible se traduce en fracasos de su vida amorosa, en avatares de sus relaciones, y en un cúmulo de desgracias en relación al Otro?

Este síntoma en la histeria mas que de conversión es, si se nos permite esta frivolidad, de conversación, de conversación, de relación con el Otro. Y, ¿qué es la histeria sino esa estructura donde lo imposible se traduce en fracasos de su vida amorosa, en avatares de sus relaciones, y en un cúmulo de desgracias en relación al Otro?

La soledad del sujeto histérico

¿En qué se traduce todo esto? En la soledad del sujeto histérico. Es necesario estar muy atentos para seguir la lógica que aquí esbozamos.

Primero.- La histérica intenta garantizar su ser suscitando el deseo del hombre, de ahí adquiere su valor y brillo fálico.

Segundo.- Algunas histéricas quieren ser el falo, ser deseadas, en tanto que ausencia –es decir, encarnar a esa mujer que se ausenta respecto al hombre. Hay aquí una precisión a hacer: la que está en la diferencia entre “ausencia” y “falta”.

Tercero.- Desde siempre se supo que la histérica podría “dar la espantada” en el último momento, y se usaron calificativos poco afortunados, y, sobre todo, equivocados para ello. Esta fuga no es otra cosa que la consecuencia lógica de apostar por ser la que falta a un hombre y no lo que falta a un hombre. Entre paréntesis: no es la única causa. Que una mujer sueñe con un hombre determinado, no excluye que si este hombre la reconoce como su mujer, ella se dé a la fuga: si la feminidad está culpabilizada inconscientemente, el sujeto no puede identificarse a esa posición. Un odio a la madre, por ejemplo, puede impedir la identificación femenina.

Cuarto.- La consecuencia de este razonamiento es que el sujeto se marcha... solo. Es la soledad fálica, el celibato respecto al falo.

El matrimonio de la histérica con la falta... en el otro

Entre paréntesis: no es la única causa. Que una mujer sueñe con un hombre determinado, no excluye que si este hombre la reconoce como su mujer, ella se dé a la fuga:

La histeria es la consecuencia de una desafortunada relación a la falta. Lacan se refiere, a la identificación histérica, en estos términos: “Esa identificación se refiere al deseo, es decir a la falta tomada como objeto, y no a la causa de la falta”(10). La histérica trata la falta como objeto, para no saber del objeto como falta, es decir, para no saber de su propia falta. Lo primero le permite desconocer lo segundo. La falta del otro, le sirve para desconocer la suya.

Esta sustitución, operada por la histérica en el campo del deseo, siempre está presente. La falta como objeto: samaritana, enfermera, maestra, cayado, o sus contrafiguras: militante, guerrillera, hacedora de hombres, etc. Todo con tal de no saber que más allá de la injusticia del mundo, más allá de la imperfección en los seres que lo pueblan, su posición está causada. Todo esto con tal de no saber de la función de tapón de la castración, que su posición conlleva.

Así, al intentar garantizar su ser, proponiéndose como objeto para la falta del Otro, exige la falta en el Otro. De aquí surge su agresividad frente a quién no muestre su falta, así como su ternura

ante quien presenta su castración. La histérica puede ser lo que haga falta. Esto es lo que le da, en ocasiones, ese aire de extravío, de no saber lo que ella quiere realmente, de sentirse carente de referencias claras, instalada en el sentimiento de vacío.

El mencionado rechazo, a saber que su posición está causada, hace de la histeria, más allá de una patología, un discurso. Un discurso que al verterse en el lenguaje hace lazo social. Y es un discurso de la denuncia, con las múltiples variantes que se pueden ordenar respecto a la clínica del falo y del objeto. Podemos pensar esto en cuatro variantes posibles, dos en relación al falo y dos en relación al objeto. En relación al falo encontramos la identificación al falo o la lucha encarnizada (seducción o rivalidad). Del lado del objeto, podemos encontrarla como objeto caído o seducido.

La histérica denuncia que hay falta en el mundo, que el mundo está mal hecho, que el Otro no es garante de nada, que hay un universal del semblante, y que la impostura es la regla. Pero, dedicada a esa denuncia, acaba “pagando las costas”. Coloca el sufrimiento como agente, pero guarda la causa verdadera.

Cualquier posición que toma al Uno como regidor del mundo y denuncia su impostura se aloja en el discurso histérico, y es por ello que sólo lleva a la insatisfacción y es por ello que conseguir insatisfacer de su insatisfacción a la histérica es cuestión a alcanzar en la dirección de la cura.

Es por ello que el analista bien hará en no encarnar el Uno del saber, pues todo saber, por muy acertado que fuera, mostrará al final su incompletud por haber dejado fuera esa pequeña nada que ella guarda.

Goce fálico y goce Otro

Más arriba, hablamos de la insatisfacción situándola del lado del deseo. Pero la insatisfacción no es sólo respecto al deseo. La insatisfacción, es también del goce.

Resulta necesaria una explicación de esto:

1°.- En los encuentros sexuales, la histérica comprueba que algo falta, incluso en los encuentros más satisfactorios –cuestión que parece no plantearse para el hombre. La repetición sólo lleva a comprobar cada vez que cada sexo obtiene un goce, sin llegar a alcanzar el goce Otro –el que el hombre se figura que obtiene la mujer, y al revés. La histérica comprueba que el falo tiene un límite,

La histérica denuncia que hay falta en el mundo, que el mundo está mal hecho, que el Otro no es garante de nada, que hay un universal del semblante, y que la impostura es la regla.

por lo que el Otro goce no es alcanzable, y el acto sexual se tiñe de insatisfacción para ella.

2°.- Mientras mantenga ese goce Otro en la lejanía le quedan dos opciones: o repite –y la insatisfacción queda de su lado, o se sustrae, y la falta queda del lado del partenaire, encarnando ella, en su fantasma, lo que le falta al Otro para su goce. Al encarnar la falta, ella no tiene que soportarla como insatisfacción, solo que quedará comprometida en encarnar el objeto inconquistable para el Otro.

Hemos pasado de la insatisfacción del goce, al goce de la insatisfacción. Pero, ¿no es esto actuar el fantasma histérico que dejaba la insatisfacción de su lado?

Esta solución es equivocada. Rechazar la sexualidad para encarnar el enigma para un hombre –y volvemos con esto a algo dicho anteriormente-, no es confrontarse al enigma de la mujer. No se trata de ser enigma para un hombre, sino para sí misma, como no se trata de solo ser “la mujer de”, sino “una mujer”. No se trata del enigma respecto al falo, como significante del deseo, sino el enigma respecto al hecho de que no hay significante que diga lo que es una mujer. Identificarse al falo en tanto ausente, no hace mas que aplazar el problema.

Rechazar la sexualidad para encarnar el enigma para un hombre –y volvemos con esto a algo dicho anteriormente-, no es confrontarse al enigma de la mujer. No se trata de ser enigma para un hombre

Una histérica puede conocer a varios hombres y entregarles su castración, la de ella, para el goce de ellos. Pero eso no es óbice para que en el encuentro con un hombre, ella se aleje para dejar al hombre “con la boca abierta” -ya que no es el amor ni el deseo lo que faltó. El sujeto histérico queda con esta operación en su soledad. Pero la soledad del sujeto no es la soledad del goce Otro, goce propiamente femenino.

Se necesita un paso mas para entender lo fallido de la operación histérica. La relación al falo, normalmente, supone la relación al hombre. Normalmente, porque en algunos pasajes al acto, la histérica puede acabar en la cama con otra mujer. Pero la relación a la falta estructural, es una relación desde la soledad del goce, del goce propiamente femenino. Es la soledad del goce, opuesta al goce de la soledad –que siempre estará en relación al falo.

Avancemos algo más en relación a este enigmático lugar de la falta estructural. ¿No es cierto que una mujer, por muy satisfecha que esté, o mejor, justo por estar satisfecha de su relación al falo, pide y

exige un espacio de privacidad? ¿No es cierto que en ese espacio ella no quiere que “entre” el hombre?

Podemos recurrir al conocido ejemplo de la mujer ante el espejo, recurso, ciertamente, imaginario, pero que presentifica el hecho de una mujer con ella misma en tanto Otra, una mujer confrontada al enigma femenino y al que pretende alcanzar por la imagen que toca y retoca. Cuándo sale del tocador, ¿no resulta desconocida hasta para ella misma?

Un espacio de privacidad, decíamos. Hay hombres que invaden ese espacio, hay hombres que impiden esa confrontación a la soledad de su goce por vía de una demasiada presencia. “No tengo un momento para mí”: expresión femenina que pide que ni el hombre, ni los hijos llenen todo momento.

Ese espacio está habitado por un goce, el goce Otro, goce más allá del falo que, en tanto fuera de sentido, es real, muy real. Goce que no se registra en ninguna parte del cuerpo, sino en el cuerpo como totalidad, goce fuera de la palabra –las mujeres dicen sentirlo.

En psicoanálisis no se trata ni de la experiencia directa de ese goce, al modo de la mística, ni de una poética fascinada por su enigma. El psicoanálisis es un artefacto que mediante un abordaje simbólico, o sea, por la palabra, permite delimitar, circunscribir ese goce. Para ello, una histérica habrá de atreverse a tomarse por una mujer, habrá de tachar el “mito” de que hay una (la mujer idealizada por ella) que es la que sabe lo que es una mujer. O sea, habrá de querer saber, lo que tendrá consecuencias en su saber querer.

Un espacio de privacidad, decíamos. Hay hombres que invaden ese espacio, hay hombres que impiden esa confrontación a la soledad de su goce por vía de una demasiada presencia

Notas

(1) *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1995.

(2) *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1.988.

(3) Remitimos, en relación con este tema, a un anterior trabajo: FERNÁNDEZ BLANCO, M.: “La posición anoréxica”, en GORALI, V. (compiladora): *Estudios de Anorexia y Bulimia*. Buenos Aires, ATÜEL-CAP, 2.000, pp. 51-61.

(4) FREUD, S.: “*Estudios sobre la histeria*”, en *Obras Completas*

- (9 tomos). Madrid, Biblioteca Nueva, 1.972. Tomo I, pp. 39-168.
- (5) MILLER, J.-A.: “Palabras de clausura”, *Pliegos Madrileños de Psicoanálisis*, 4, 1.994, p. 176.
- (6) MILLER, J.-A.: Curso 1.997-98, *Le partenaire-symphôme* (inédito).
- (7) LACAN, J.: *El Seminario, libro 16, De un otro al Otro* (inédito).
- (8) FREUD, S.: “Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad”, en *Obras Completas*, Tomo IV, p. 1.352.
- (9) Ibid. p. 1.353.
- (10) LACAN, J.: “Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los Escritos, *Uno por Uno*. *Revista Mundial de Psicoanálisis*, 42, 1.995, p. 13.

De la no-relación a la degradación de la vida erótica, la pareja imposible del hombre

Autor

Luciano González Anido

Psicoanalista. Miembro de la E.L.P. (Escuela Lacaniana de Psicoanálisis). Miembro de la AMP (Asociación Mundial de Psicoanálisis). Psiquiatra

Resumen

Lo que vamos a tratar es de lo sintomático en la pareja del hombre y de la patología residente en uno, o dos, de los miembros de la pareja que imposibilitan su constitución. Ambos casos llevados con sufrimiento al faltar la suplencia que pueda tornar lo imposible en posible. Suplencia que en la relación sexual es el amor, ya que si en lo real no es posible la relación sexual si lo es en lo imaginario.

Para que se establezca una satisfacción erótica normal, en la relación sexual, se funden el afecto de cariño, de amor y el objeto de deseo, surgiendo una degradación de la vida erótica.

El hombre, en su humanización, accedió al mundo del goce y del deseo. Deseo que hace presencia, constituyendo una falta, en el lugar de la pérdida de los objetos de satisfacción, allí donde el sujeto hace surgir el deseo, lugar donde se juega la relación sexual.

El sujeto, para ocupar un lugar en el deseo del Otro, quiere ser o tener aquello que pueda satisfacerle. Hay un algo inalcanzable que impide una relación sexual en complementariedad. El deseo en la relación sexual, para la satisfacción de la demanda de amor, instrumentaliza al otro como objeto, objeto de deseo. Se desvanece como sujeto para emerger como objeto causa de deseo. A quién se dirige la demanda de amor coincide con el objeto que causa el deseo. De ahí, que para que se establezca una satisfacción erótica normal, en la relación sexual, se funden el afecto de cariño, de amor y el objeto de deseo, surgiendo una degradación de la vida erótica en el patológico desdoblamiento entre el objeto de amor y el objeto de goce.

Summary:

What we are going to treat is of the symptomatic thing in the pair of the man and of the resident pathology in one, or two, of the members of the pair that disable their constitution. Both cases taken with suffering when lacking the substitute that can return the impossible thing in possible. Substitute that in the sexual relation is the love, since if in the real thing the sexual relation is not possible if it is in the imaginary thing. The man, in his become more human, acceded to the world of the enjoyment and desire. Desire that makes presence, constituting a lack, in the place of the loss of the satisfaction objects, there where the subject makes arise desire, place where the sexual relation gambles the subject, to occupy a place in the desire of the Other, wants to be or to have what it can satisfy him. There is a something unattainable that prevents a sexual relation in complementariness. Desire in the sexual relation, for the satisfaction of the demand of love, make use of to the other like object, object of desire. One vanishes as subject to emerge as object cause from desire. To whom one goes the demand of love agrees with the object that causes desire. Of there, that so that a normal satisfaction settles down erotic, on the sexual relation, is based the affection of affection, love and the object of desire, arising a degradation from the erotic life in the pathological deployment between the love object and the object of enjoyment.

En el título, “**La pareja imposible del hombre**”, se apunta la posibilidad de que el hombre pueda formar pareja, salvo en aquello a que apunta su imposibilidad, la imposibilidad de la relación sexual. Imposibilidad que, asumida en el sufrimiento de una persona, si abre una pregunta sobre su malestar, se conforma en un síntoma analítico.

El término imposible en Psicoanálisis, suele ir ligado al concepto de lo real, y en la lógica psicoanalítica, lo real expresa todo aquello que está fuera de nuestra realidad, si aceptamos que la realidad está conformada por una mezcla de lo simbólico y lo imaginario. Podemos decir que lo real representa a todo aquello que no puede ser simbolizado, lo que no podemos situar o explorar por estar fuera de toda simbolización. Según Lacan la realidad humana está conformada por lo real, lo simbólico, y lo imaginario.

Lo que vamos a tratar es de lo sintomático en la pareja del hombre. Sintomático en cuanto señal, o indicio de lo que sucede en la pareja, que se desarrolla dentro de esa franja que podemos considerar como normalidad, sometida a un real que marca su relación, sin olvidarnos de esas parejas sintomáticas producto de la patología de uno de sus miembros.

Patología puesta de manifiesto unas veces en su inicio no llegando a constituir la pareja, otras en su fin con su disolución, y otras en el sostén de un imposible. Todas ellas circunstancias

La imposibilidad de la relación sexual. Imposibilidad que, asumida en el sufrimiento de una persona, si abre una pregunta sobre su malestar, se conforma en un síntoma analítico.

penosas, llevadas con sufrimiento por faltarles una suplencia que consiga tornar lo imposible a lo posible. Suplencia que en la relación sexual es el amor.

El término hombre lleva en sí mismo un equívoco, ya que no es igual su uso como diferenciación de sexo, o si es en el ámbito de lo genérico englobando tanto al hombre como a la mujer.

Si damos sentido de diferenciación de género, cabe preguntarnos si puede existir la imposibilidad de pareja para la mujer, o si esta imposibilidad se queda solo en el hombre.

Como podemos ver, el título lleva en sí mismo un equívoco, equívoco inherente a la estructura del lenguaje, que va a depender del sentido que dé el que lee o escucha el título. Desde la lógica psicoanalítica la imposibilidad está en el hombre, el hombre como conjunto formado por hombres y mujeres, ya que La Mujer no forma conjunto por ser siempre una a una.

Comenzar con la presencia de un equívoco viene muy al caso, ya que es el equívoco lo que nos marca y diferencia como seres humanos. El equívoco viene de una pérdida que tuvimos que asumir en el paso a nuestra humanización, la pérdida de la univocidad en la comunicación que se aprecia entre aquellas especies que no han sufrido el fracaso de su animalidad. Pérdida que deriva de una ganancia, nosotros podemos hacer chistes, ellos no.

Desde la lógica psicoanalítica la imposibilidad está en el hombre, el hombre como conjunto formado por hombres y mujeres, ya que La Mujer no forma conjunto por ser siempre una a una.

En este paso, de lo animal a lo humano, el hombre toma conciencia de su existencia. Ya nada es igual una vez introducido el ser-para-la-muerte y la imposibilidad de la relación. Esta conciencia de la muerte como fin, objetivo y termino al mismo tiempo de su existencia, lejos de mostrar un defecto que apunta a la eliminación del sujeto, muestra lo más

propio e intransferible del sí mismo, ya que nadie puede ocupar el lugar del muerto, sino el propio muerto. Nadie puede gozar ni morir en el lugar de otro. Esto da lugar a una nueva apertura, abre la posibilidad de que para el hombre su fin sea, no solo el término de su existencia como ser biológico, sino bajo la forma de una nueva dignidad. Que en ello esté la intención de no morir solo como un ser vivo, como un animal.

Hablar de hombre y mujer es apuntar a lo biológico, a aquello que desde el punto de vista de la eficacia y de lo económico, para la especie, está bien diferenciado. En el macho y la hembra, con caracteres secundarios inequívocos y con funciones bien definidas

para su conservación como especie, es la satisfacción de la necesidad biológica lo que predomina.

Pero no es a esta pareja a lo que nos referimos, por no existir machos y hembras relacionándose, sino seres humanos posicionándose como masculinos o femeninos. Nos referimos a aquellos aspectos psicológicos en los que el sujeto se identifica como tal en la relación con el otro, aspectos de identificación que no tienen que ver con su semblante biológico, y que desde lo sociológico son reconocidos como femeninos o masculinos.

La pareja humana se rige por leyes distintas a las que la regían anteriormente. Las leyes de la naturaleza que imponían el apareamiento, con la intrusión del hombre en la cultura, se vieron influidas por leyes simbólicas inherentes a la inmersión del ser humano en el lenguaje, vetándose así objetos de satisfacción.

El hombre, en su humanización, accedió al mundo del goce y del deseo. Deseo que hace presencia constituyendo una falta en el lugar de la pérdida de los objetos de satisfacción. Se desea lo que falta, porque se tuvo y se perdió, o porque nunca se ha tenido.

El hombre, hombre y mujer, se esfuerza en su sistema de comunicación, en el intento de eliminar eso del equívoco que nos lleva al malentendido, en la pretensión de no reconocer que, desde su humanización, la univocidad en la comunicación, y por tanto en la relación de pareja, terminó. El instinto marcado por las leyes de la naturaleza tiene que pasar por la palabra, por lo simbólico, organizándose una trama lingüístico, social y cultural, donde se desarrolla el sujeto y sus relaciones con su semejante.

El hombre sufre una pérdida en este goce por falta de inscripción en el inconsciente de una relación sexual que va más allá del apareamiento para la conservación de la especie.

A diferencia de las especies de la escala biológica inferior, donde se puede decir que el goce sexual es absoluto, el hombre sufre una pérdida en este goce por falta de inscripción en el inconsciente de una relación sexual que va más allá del apareamiento para la conservación de la especie. El inconsciente carece de inscripción de lo masculino y lo femenino, por ser una diferencia simbólica y no biológica.

Desde la lógica psicoanalítica, en el inconsciente no existe nada a nivel de inscripción hombre o mujer, de masculino o femenino, no hay nada que le determine a uno u otro que debe hacer en su relación. Diríamos que cada uno debe apañárselas como pueda, ya que, al mediar la palabra, su relación se ve afectada por el equívoco

y el malentendido.

En el inconsciente sí hay lo pasivo y lo activo, y cada sujeto será determinado en su relación con el otro según una combinatoria en más o en menos de esta pareja. Pareja que representará en lo social lo masculino o lo femenino en cuanto a diferenciación sexual. La relación sexual siempre es con el otro sexo.

La posición sexual se establece independiente de la determinación biológica del sexo. El hombre, hombre y mujer, se va posicionando del lado femenino o masculino según un juego de identificaciones. La necesidad, para satisfacerla, tiene que pasar por la palabra transformándose en demanda, en pedido de lo que carece, surgiendo así el deseo.

Es la necesidad al pasar por la palabra, articulándose a la demanda, allí donde el sujeto se veta el acceso a los objetos de satisfacción, lo que hace surgir el deseo. De esta manera el trío necesidad, demanda y deseo se articulan en el campo de la palabra, como lugar donde se puede negar o dar acceso a la satisfacción de las necesidades, separándose los conceptos al surgir el sujeto de la demanda como consecuencia de la desaparición del sujeto de la necesidad

El hombre, hombre y mujer, se va posicionando del lado femenino o masculino según un juego de identificaciones. La necesidad, para satisfacerla, tiene que pasar por la palabra

Para el sujeto de la demanda, no es tan importante conseguir el objeto satisfacción de la necesidad como quién es ese Otro que lo satisface. Con la introducción de la palabra, la demanda siempre es demanda de otra cosa. Otra cosa en la que se juega lo que soy o represento para él (el niño pide algo a la madre y no consiente que se lo de otra persona; el pedido no es el objeto que esa persona escucha y le da, lo que desea está tras el pedido del objeto, la atención de la madre).

Vemos que lo que se pide está puesto, más allá de la consecución del objeto de la necesidad, en el que soy para ese Otro, que no es sino el lugar de su deseo. Lugar donde se juega la relación sexual

Lacan, en “La significación del falo”, pag. 671- Escritos II, dice: “que el sujeto, lo mismo que el Otro, para cada uno de los participantes en la relación, no pueden bastarse por ser sujetos de la necesidad, ni objetos de amor, sino que deben ocupar el lugar de causa del deseo”. El sujeto, para ocupar un lugar en el deseo del Otro, quiere ser o tener aquello que pueda satisfacerle.

A diferencia de los animales, que gozan del sexo sin intermediación

de la palabra, el hombre goza de ser o tener aquello que cree que es el deseo del Otro. En la lógica del ser y el tener se hace en referencia al significante del deseo.

Una paciente me decía: “mi marido es muy bueno, nos amamos, las relaciones sexuales son agradables..., pero algo falla en la relación, me besa... pero lo hace porque le gusta a él, me besa porque le gusta, me hace el amor porque le gusta...”.

Vemos como en esta paciente, el hecho de que la sexualidad la califique de satisfactoria no colma su pedido. Hay un algo inalcanzable que impide una relación sexual en complementariedad, pero también existe una suplencia, que es el amor, que permite esa relación en pareja, al caer en esa diferencia que se establece entre la necesidad y la demanda, el deseo. Vemos como esta paciente percibe una diferencia entre lo que pide y lo que recibe, expresa una diferencia entre la demanda de amor y el goce sexual. El deseo en la relación sexual, para la satisfacción de la demanda de amor, instrumentaliza al otro como objeto, objeto de deseo.

La paciente muestra su insatisfacción al percibir esa experiencia intransferible, a la que nos referíamos anteriormente, la imposibilidad de gozar en lugar del otro, goza para sí. Cada uno goza de su cuerpo.

Muestra su malestar al reconocer que su marido se relaciona, a través de ella, con la causa de su deseo: “... me besa porque le gusta, me hace el amor porque le gusta...”. Se desvanece como sujeto para emerger como objeto causa de deseo. Vive lo imaginario de la relación, al mismo tiempo que le surge la pregunta, ¿qué soy, que represento, para él?, al toparse con la incompletud de lo simbólico. No se puede decir todo, en la relación sexual tampoco. Esta vivencia de incompletud la confronta con un real, la imposibilidad de la complementariedad, la imposibilidad de gozar uno en el lugar del otro.

En la lógica del tener y el ser, muestra su deseo y el deseo del otro. “No sé si lo quiero porque me quiere, o me quiere porque lo quiero”. Es la dialéctica entre el deseante y la deseada, consentir o no al deseo del otro.

En esta paciente se expresan muy bien dos demandas, una que el otro puede satisfacer porque tiene y da (besos), y otra que no tiene, una prueba de amor. De ahí la frase de Lacan (Seminario V, “Las formaciones del inconsciente”; clase 11 del 29/I/58): “...amar es

En esta paciente se expresan muy bien dos demandas, una que el otro puede satisfacer porque tiene y da (besos), y otra que no tiene, una prueba de amor. De ahí la frase de Lacan

dar a alguien que el tiene o no tiene, lo que está en causa, pero seguramente dar lo que no se tiene”. La paciente se encontró con ese real que mencionábamos al principio, con esa imposibilidad propia de la estructura, y que Lacan (Seminario XX”; clase 20, del 13/II/73): “Aun la expresó diciendo que “Y qué, es verdad, que si la relación sexual no existe, no hay damas”. La paciente intuye que su partenaire no se relaciona con ella, salvo cuando toma función de objeto que le causa el deseo, siendo así reducida a objeto parcial, no sujeto. En palabras de Lacan “Yo te amo, pero inexplicablemente amo en ti algo más que a ti.” (Seminario XI “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”; clase 20 del 24/VI/64)

Freud en un artículo de 1.910 (Sobre un tipo especial de la elección de objeto en el hombre), nos dice que los poetas poseen una sensibilidad especial para percibir los secretos anímicos de los demás, pero que desde el conocimiento se ven limitados por la necesidad de producir un placer estético, limitándoles esto en expresar la realidad tal y como se le ofrece. Pero en ocasiones el poeta nos sorprende por la percepción de la realidad unido al placer estético. Miguel D’ors, un poeta nacido en Santiago de Compostela, en un poema nos dice;

La paciente intuye que su partenaire no se relaciona con ella, salvo cuando toma función de objeto que le causa el deseo, siendo así reducida a objeto parcial, no sujeto.

*“Con tu mirada tibia
alguien que no eres tú me está mirando: siento
confundido en el tuyo otro amor indecible.
Alguien me quiere en tus **te quiero**, alguien
acaricia mi vida con tus manos y pone
en cada beso tuyo su latido.
Alguien que está fuera del tiempo, siempre
detrás del invisible umbral del aire”.*

En su poema nos acerca a la realidad de todo sujeto. Como es marcado por la búsqueda de un objeto, causa de su deseo, que sin haberlo tenido es perdido de origen, y con quién se relaciona. “...amar es amar a un ser más allá de lo que parece ser”, Lacan, Seminario I “Los escritos técnicos”; clase 22 del 7/VII/54.

Un paciente que pasa largas temporadas sin relaciones sexuales con su pareja se queja: “No hay deseo, es una relación como de hermanos..., la sexualidad es frustrante, no hay deseo. Cuando salgo y ligo la sexualidad es satisfactoria, pero después me siento mal”.

Este paciente nos muestra la disfunción a que nos referíamos al

principio. Disfunción que al mismo tiempo que muestra la imposibilidad de la relación sexual, muestra una desarmonía propia de sujetos en los que: "...no han llegado a fundirse las dos corrientes cuya influencia asegura una conducta erótica plenamente normal: la corriente cariñosa y la corriente sensual". Freud artículo de 1.912 "Sobre la degradación más generalizada de la vida erótica".

A quién le dirige la demanda de amor no le consiente ser objeto de deseo sexual. Vemos como muestra lo discordante del sexo, o bien es excesivo o insuficiente. En este caso la discordancia cae del lado del objeto. A quién se dirige la demanda de amor no coincide con el objeto que causa el deseo. El paciente nos viene a decir que en la pareja no llega con que cada uno de sus miembros ocupen el lugar del objeto de amor, es necesario que devengan en objetos que ocupen el lugar de la causa del deseo, tienen que devenir en instrumentos y jugar el papel de objetos de deseo al mismo tiempo que se funden el afecto de cariño, de amor y el objeto de deseo. Este paciente nos muestra un desdoblamiento entre el objeto de amor y el objeto de goce.

Para obtener una sexualidad satisfactoria tiene que acceder a mujeres desligadas de afectividad amorosa, ya que la satisfacción sexual con aquellos objetos de su amor, implicaría su degradación.

Otro paciente soltero y en la edad de la cuarentena, en su análisis descubre que aquellas mujeres que han accedido a la maternidad le suponen un especial atractivo sexual. Tras tres parejas estables y una disfunción sexual de anorgasmia (psicoanestesia en el artículo de 1.912 de Freud) e imposibilidad para la eyaculación con todas ellas, al principio de una nueva relación parece que este síntoma ha desaparecido. Dice que su problema desapareció, y con vergüenza comenta que su pareja le pide que la insulte y la trate como a una de la calle. Estabilizada la relación deciden un próximo matrimonio, momento en que el síntoma retorna momentáneamente, hasta que se sorprende pensando en otra mujer durante el coito, permitiéndole esto su acceso al orgasmo con la desaparición del síntoma. Mecanismo que, desde su descubrimiento, emplea como regulador de goce.

En la pareja no llega con que cada uno de sus miembros ocupen el lugar del objeto de amor, es necesario que devengan en objetos que ocupen el lugar de la causa del deseo.

Los dos casos son semejantes, en los dos se necesita la degradación psíquica del objeto sexual. Por diversos mecanismos intentan separar el objeto de deseo de aquellos que pueden recordarle sus

primeros objetos de amor vedados por la ley del incesto, teniendo que separar goce de amor.

Una paciente, separada, que mantiene una pareja estable, desde hace años, con un hombre casado, se sorprende ante un encuentro. Acaba de reconocer que en su vida las parejas hacen serie en la característica de ser siempre hombres casados, salvo su marido del que se divorció al poco tiempo de casada. Aquí es el objeto prohibido, y no su degradación psíquica, lo que hace imposible la pareja.

La relación se torna problemática por no tener que ver la pulsión sexual con la supervivencia del individuo, sino con la supervivencia de la especie. Vemos una vez más como en este paso de la humanización desaparece el sujeto de la necesidad dando paso al sujeto de la demanda.

Es indudable que los seres humanos mantienen y disfrutan de las relaciones sexuales, de las que obtienen un goce parcial, al estar excluidos del goce sexual absoluto adjudicado al reino animal, por ser un goce excluido de la palabra. Goce parcial por existir una disimetría de goce entre los sexos al no concurrir relación de complementariedad entre lo masculino y lo femenino. Goce parcial marcado por la diferencia, entre necesidad, satisfacción de las necesidades, y el deseo y la demanda, que siempre es demanda de reconocimiento, demanda de amor, al pasar la necesidad por la palabra.

Como resumen podemos decir, que al instaurarse el deseo, su función instaura una falta. Solo se desea aquello de lo que se carece.

Como resumen podemos decir, que al instaurarse el deseo, su función instaura una falta. Solo se desea aquello de lo que se carece.

Hay goce aunque no sea de la relación. Hay goce de ese significante que representa al deseo, el falo. Hay un goce parcial que es el goce fálico, y otro goce que se escapa a ese goce fálico.

Esa imposibilidad en el haber relación sexual, se hace posible gracias a esa suplencia que llamamos amor, ya que si en lo real no es posible la relación sexual si lo es en lo imaginario.

¿Pero... es siempre así?. ¿Se ve el hombre imposibilitado para establecer una relación en la que pueda alcanzar ese goce que antes, de ser sujeto de la palabra, se supone que alcanzado?.

Freud ya lo apuntaba en ese artículo de 1.912 (Sobre la

degradación más generalizada de la vida erótica), y actualmente lo comprobamos en clínica en esa patología, tan al día, que se caracteriza por la formación de una pareja muy cohesionada, demasiado cohesionada por el goce que se deriva de una relación fuera de la palabra, me refiero al sujeto toxicómano y su partenaire, el objeto droga. Pareja que se establece al emerger el sujeto de la necesidad quedando prácticamente anulado el sujeto de la demanda. Goce directo, derivado de la satisfacción de una necesidad aliviada por la química, sin mediación de la palabra.

Bibliografía

Alain Juranville. “Lacan y la Filosofía” Editorial Nueva Visión.

Alemán. J; Barrera Sergio. “El inconsciente: Existencia y diferencia sexual”. Editorial Síntesis

Freud. “Freud total. Obras completas”. Ediciones Nueva Hécade

Lacan, J. “La significación del falo”. Escritos II. Edita Siglo XXI

Lacan. J. Seminario V “Las formaciones del inconsciente”. Editorial Paidós

Lacan. J. Seminario XI “Los cuatro conceptos fundamentales”. Editorial Paidós

Lacan. J. Seminario XX “Aun”Las formaciones del inconsciente”. Editorial Paidós

Varios autores. Antología consultada de la poesía española. El último tercio del siglo (1.968-1998) Colección Visor de Poesía

Atención pública versus atención privada, o, el precio de la cura

Autor

Ricardo Arranz Roig. Psicólogo-psicoanalista
Psicoanalista. Miembro de la E.L.P. (Escuela Lacaniana de Psicoanálisis). Miembro de la AMP (Asociación Mundial de Psicoanálisis). A.M.E. (Analista miembro de la Escuela)
Centro Área. Atención médica y psicológica. Vilanova de la Geltrú

*Así, sorprendente-
mente, hay para
quien, el siempre
hecho de mantener
una regularidad en
la asistencia a las
visitas, el cumplir
un horario o unas
normas es una ma-
nera de pagar, y, no
solo eso.*

He trabajado en servicios de atención de la red de asistencia pública en salud mental, y, también en lo que llamamos “consulta privada”. Considero que esta publicación me permite una breve reflexión sobre los efectos y diferencias ante estos dos tipos de servicios. Lo primero que creo importante considerar es la cuestión del diagnóstico, ya que considero que tiene sus particularidades. Dado mi orientación psicoanalítica Lacaniana, me voy a referir únicamente a los diagnósticos estructurales: neurosis, perversión y psicosis. La relación que se establece con el profesional en los dos casos tiene sus puntos en común y sus diferencias.

Para todos los diagnósticos, se trata de hablar con alguien que va a cobrar unos honorarios por su servicio, eso es común, y tiene sus efectos en la relación del “paciente” con su “enfermedad” o “síntoma”: Hay que pagar algo, perder algo, para poderse curar o mejorar. Lo cual da lugar a una predisposición al tratamiento que no está asegurado en los servicios de atención comunitarios, ¿o sí?

Esta fue una de las primeras preguntas que me planteé. Partía de la base de que si no pierdes algo, es decir, si no pagas las cosas no funcionan. Es lógico, partía de mi punto de vista, y yo podía pagar. Intenté, no obstante dejarme sorprender, y, debo decir que así fue. Creo, que hay una especie de selección natural, lo cual no excluye

al profesional de su responsabilidad. Así, sorprendentemente, hay para quien, el siempre hecho de mantener una regularidad en la asistencia a las visitas, el cumplir un horario o unas normas es una manera de pagar, y, no solo eso. En ocasiones, su vida es tan desordenada y desorganizada, que este simple hecho ya es un esfuerzo, por tanto, una pérdida de goce, y, tiene sus efectos “terapéuticos, si bien, eso no es suficiente para entender que en ello va la dirección de la cura. Habrá que ver si la respuesta a la demanda del terapeuta responde a un intento de modificación del goce, o a una acomodación del mismo, es decir, seguirá teniendo que resolverse el problema en el terreno de la transferencia.

Es verdad, no obstante, que no se trata de ser ingenuo y conformarse con esto, habrá que calcular si la demanda no encierra exclusivamente un “beneficio secundario” de la enfermedad, ya sea bajo la forma conseguir una baja, es decir, una confirmación como enfermo. O bajo la forma reclamar la atención de los familiares, amigos o pareja, que, en caso de ser consentida por el terapeuta, también comportaría una acomodación a cierto “beneficio secundario”. Hay, no obstante, una maniobra posible desde la consulta privada difícil de aplicar en la atención pública: negarse a aceptar el caso si no se dan determinadas condiciones.

La experiencia enseña, que este tipo de demandas se producen fundamentalmente en casos de neurosis, en la psicosis difícilmente se produce una solicitud de tratamiento que implique una “manipulación” de algún tipo. Esto se puede explicar por una articulación teórica, el psicótico considera que el otro (l’Autre para Lacan), es completo, lo cual quiere decir que no se le puede engañar. Si queremos, ese es justamente el problema del sujeto psicótico. Hay también un problema en entender si hay demanda en la psicosis.

la forma reclamar la atención de los familiares, amigos o pareja, que, en caso de ser consentida por el terapeuta, también comportaría una acomodación a cierto “beneficio secundario”.

Mi opinión es que si la puede haber, tal vez, demanda de imposibles, de que no ocurrió, de volver a ser como se era antes del desencadenamiento, pero, entiendo que una cosa es no poder responder a un imposible, y otra es que no haya demanda. Hay, por tanto, demandas de tratamiento del goce con lo real, especialmente en la atención pública. Demanda por lo demás tan válida como cualquier otra. Demanda, a la que el psicoanálisis no se puede conformar, pero ese es un asunto del profesional, no del “paciente”.

La particularidad de la atención en la psicosis, más allá de las dificultades en el manejo de la transferencia, consistirá en que nada garantiza que sea necesario en algún momento el recurso del

ingreso, o de la intervención de alguno de los dispositivos que posee la red de atención pública y no la consulta privada.

Otra particularidad en la atención en la psicosis es que nada garantiza tampoco un final, ya que no se puede hablar propiamente de un síntoma a la entrada de la demanda de tratamiento, sino más bien una desestructuración, o desencadenamiento de la realidad psíquica que puede comportar el paso de toda una vida a la consecución de su reequilibrio. Por tanto, el que acceda a esta demanda debe saber que se puede estar comprometiendo, el también, de por vida. Cambio importante respecto a “la pública”, donde hay jubilaciones, cambios en el lugar de trabajo, etc...

Para finalizar con la psicosis, un último aspecto a resaltar es el de los honorarios justamente. El sujeto psicótico, no tiene nunca claro del todo porque alguien le atiende y soporta sus angustias y malestar. Es fácil que se instale la duda si detrás hay una intención malvada de usarle como objeto, ya sea de investigación, ya sea de manipulación, de entrada en un complot, etc... En este sentido, el dinero tiene un valor importante ya que pone un freno a esta ideación. El sujeto sabe que el interés del terapeuta es el dinero que obtiene de él. Esto no impide que se pueda sentir mal tratado o utilizado, pero si sabe de que manera y por que medios, lo cual le deja un margen de maniobra (acudir o no, pedir reducir sesiones, pedir rebajas o incrementos de precio) que es muy difícil de tratar en la pública. No digo que sea imposible, uno siempre se puede manejar con eso, explicando por ejemplo que la institución es muy generosa con la nómina que le paga a uno (sea cierto o no), pero sin duda añade un punto de complejidad.

Es fácil que se instale la duda si detrás hay una intención malvada de usarle como objeto, ya sea de investigación, ya sea de manipulación, de entrada en un complot, etc...

En los casos de neurosis, considero que la problemática se plantea con abundantes diferencias. El neurótico sabe (o su inconsciente sabe) que al otro se le puede engañar, y, la forma que va a tomar más bien es la de que si engaño al terapeuta me engaño a mí mismo y en tal caso de poco va a servir el tratamiento.

Por supuesto que esta formulación no es sencilla de resolver, nos podemos preguntar si es posible no engañarse, incluso si es necesario engañarse un poco, pero esto ya va a depender de como se maneje con esto el profesional. Posiblemente la idea sería no dejarse engañar para permitir que el “paciente” se pudiese ir dando cuenta de que no puede decir toda la verdad, y, en el recorrido ir

produciendo la modificación de aquello que de entrada era sintomático.

La complejidad se va a situar nuevamente en el tema de la transferencia, así, agresiones más o menos veladas, supuestos fantasmas de abandono, de inhumanidad o incomprensión van a recaer sobre el terapeuta. Pero en neurosis esto siempre puede volver sobre uno mismo, y el sujeto siempre puede localizar (le cueste más o menos) el origen y las causa de dicha sensación, es decir, siempre las puede sentir como propias.

Finalmente, una pequeña reflexión sobre el final del tratamiento. Ya he dicho que en psicosis el tema es complejo, y habría que pensar si es posible un final como tal. También en neurosis el final tiene su lado difícil. No resulta tan evidente que sea el terapeuta el que de el “alta”, como en los servicios de atención pública, por el contrario todo apunta, a que debería ser el “paciente” el que se diese el alta cuando considerase que la demanda inicial ha sido satisfecha (o insatisfecha al descubrir que no se podía satisfacer). Ello debe incluir una desaparición de la transferencia, es decir, que el terapeuta ya no sea necesario para nada. Esto puede tomar muchas formas: Un sueño en el que el terapeuta aparece como un amigo: Final agradable no exento de posible continuación, o bien la expresión más franca donde este aparece directamente como un usurero: Final menos agradable, pero donde en último termino lo importante esta en juego, a saber, el profesional como un inútil.

Todo apunta, a que debería ser el “paciente” el que se diese el alta cuando considerase que la demanda inicial ha sido satisfecha (o insatisfecha al descubrir que no se podía satisfacer)

Diplomáticamente podemos decir que en ambos ámbitos: público y privado se puede hacer un buen trabajo, siempre y cuando se tengan en cuenta las condiciones particulares del lugar que se ocupa, y las características del “paciente”. Ambos ámbitos deben existir para que las elecciones sean posibles: Aquel que no dispone de recursos económicos o que necesita una atención institucional debe poder obtenerla, pero aquel que sí dispone de recursos, o que opta por un tipo concreto de atención también tiene que poder disponer de él.

No se le puede pedir que pague con dinero al que no tiene, habrá que inventarse algún modo de que pueda perder goce, necesario para modificar posiciones subjetivas. Pero tampoco al que esta dispuesto a pagar y a perder goce de ese modo, se le puede decir que no lo haga.

Reconozco que el terreno en el que tengo más dificultades es el del diagnóstico de perversión. Si entendemos por ello que el sujeto tiene clara una modalidad de goce, y, que todo caso su demanda consistirá en reubicar el goce de un modo beneficioso para él, difícilmente accederá a un trabajo con el inconsciente ya sea en un ámbito o en otro. En principio, tiendo a pensar que más bien se va a dirigir a la consulta privada, es una intuición de la que no puedo dar cuenta. Si, puedo decir que en los servicios públicos parece haber una tendencia a calificar como perverso a todo aquel que no responde a las expectativas del profesional y, por supuesto el diagnóstico de estructura es otra cosa. Más bien, habría que decir que el profesional que pone demasiadas expectativas puede estar muy cerca del “furor curandis”, lo cual no es más que una modalidad de goce más.

Las mujeres en la cura de un psicótico

Autor

José R. Eiras. Psiquiatra. Psicoanalista.
A.M.E^(*) de la E.L.P. (Escuela Lacaniana de Psicoanálisis). Miembro de la AMP (Asociación Mundial de Psicoanálisis).

(*)Analista Miembro de la Escuela

Se trata de un caso contado desde el final de la cura, a partir de los datos que existen después de que los síntomas se hayan transformado en problemas por medio de la palabra y de haber encontrado una solución, un “poder apañarse” con el síntoma, que el paciente resumió en una fórmula: *un poco de dos es mucho*, lo que califica su saber apañarse con el síntoma; en este caso cómo mantenerse alejado de la tentación de delirar.

A pesar de que la cura de este sujeto ya ha sido objeto de otro trabajo (El Psicoanálisis N° 1. Revista de la E.L.P.), no había sido puesta de manifiesto la particular relevancia que el amor y las mujeres habían tenido en la cura de este sujeto.

El esquema del presente trabajo es el siguiente:

1. La personalidad predelirante
2. La aspiración de una madre
3. Rosa rosa
4. La transferencia empezó a funcionar
5. Ahora existe el amor
6. La quinta mujer
7. El duelo por las mujeres
8. Un poco de dos es mucho

1. La personalidad predelirante

A lo largo de la cura, este paciente hace hincapié en la existencia de una personalidad previa al desencadenamiento de la psicosis, una personalidad predelirante que basa en lo peculiar la constelación familiar que dio lugar a una peculiar conformación psicológica. Una constelación familiar con una madre “excesivamente piadosa”;

un padre “que nunca se hizo responsable, del que nunca se podía adivinar su deseo, y que sólo sabía hacerme sentir culpable, sin que yo pudiera saber en qué podía molestarle. No tuve nunca una identificación, una seña de identidad, y por eso no podía atacarle”.

Es relevante señalar que nunca ha tenido una conversación con el padre, que la familia nunca recibía visitas, ni llamadas telefónicas, lo que permite hablar de una familia desierta de goce.

Su peculiar personalidad empieza a manifestarse desde muy temprano: siempre solitario, a los compañeros de clase los considera genéricamente “los otros enanitos”, y a los siete años recuerda que comenzaron los “rituales del espejo”: fascinación por los espejos, lectura al revés cuando iba por la calle, automáticamente leía los letreros de los comercios y los anuncios de los autobuses al revés, como el rótulo de las ambulancias.

Una inclinación a mirarse reflejado en los ojos de las otras personas y un placer particular en verse reflejado en los espejos deformantes de las ferias, juego que siempre debía acabarse ante el espejo normal, si no el juego se transformaba en angustioso.

Hay en su historia un largo silencio, que dura hasta cuando comienza sus estudios de posgrado, hasta el momento en que las mujeres aparecen en su vida, que el describe con precisión: “era entonces un brillante escolar; experimenté todo, desde la religión hasta la marihuana, y todo me parecía *demasiado bien*... hubo amigos, hubo éxito, hubo trabajos, hubo mujeres..., y hubo dos personas magnéticas en mi vida: David A. y David B., dos judíos.

David A. me inspiró agresividad y el deseo no solo de competir, sino de aniquilar al contrincante, algo que nunca había sentido conscientemente.

...entre eufórico y endiosado, hacía que mi inmadurez con las chicas provocase sentimientos de culpa. Tenía que elegir entre M, que me adoraba y A, con la que pasé una semana de vino y rosas.

Todo parecería normal si no fuera por el miedo que experimentaba ante la creatividad imaginaria del lenguaje: “ya entonces experimentaba un miedo terrible y un terrible placer a la creación imaginaria del lenguaje”.

El pedestal para el estrellato estaba levantado, y entonces pacté conmigo mismo: escribiré el proyecto, iré a la mili y me casaré con M”.

2. La aspiración de una madre

Ser enviado a una universidad extranjera para escribir su proyecto de fin de carrera, va a suponer un desastre, el desencadenamiento de una psicosis. El escenario del desencadenamiento es muy preciso: la discusión con la tutora, la señora W, con la que está en desacuerdo sobre la orientación de su trabajo, provoca una gran incertidumbre: "... La primera entrevista con la señora W, mi tutora, fue desastrosa. Me preguntó sobre lo que quería hacer. Le di mi proyecto. No estuvo de acuerdo... Fue un periodo de trabajo intensísimo en el que trataba al tiempo de acercarme y de superar lo que decía la señora W. El resultado fue un desastre.

Al final, un día, en plena exaltación, me fui a hablar con Mr. Smith, el director del proyecto. Me quejé diciendo que la teoría de W era deficiente. Él, amable, me dio la razón y me propuso concederme una entrevista con Anthony Gidens.

Al tiempo que le entregaba la llave de la biblioteca, le animaba a continuar su trabajo, a pesar de la opinión de la señora W.

Biblioteca y llave encarnan un enigma que en sólo unos segundos se transforma en una certeza que se instala en su cabeza: *yo soy un economista genial*. "En cierto modo había ganado... y fue entonces cuando "all heaven broke loose": mi certidumbre en mi genialidad dio paso a una genialidad herida. Por un lado era mejor que todos ellos, por otro lado no sabía nada... y el tiempo apremiaba".

"...inmediatamente me embargó un sentimiento de pánico y persecución: todo lo que oía, leía y veía tenía que ver con la conspiración: era un genio y tenía algo genial que escribir, y no me acordaba absolutamente de nada. Oía voces, los libros me hablaban, seguía instrucciones que creía percibir en todo el mundo, seguía las clases y no me enteraba de nada. Y por primera vez tuve la idea de ser un judío".

Los límites de lo simbólico y lo real se habían borrado, o, como dice Lacan, "todo lo simbólico es real", así, una palabra escrita mientras leía el periódico, "glastnost", se transformaba, por una torsión fónica, en una palabra impuesta: "glass/not", que quería decir "no bebas", traducción favorecida por el hecho de estar leyendo un periódico en una lengua extranjera.

Este borramiento de los límites entre lo simbólico y lo real es descrito con rigor psicótico: "era libre para elegir el sentido, pero no podía distinguir la verdad de la realidad, porque podía decir toros

rojos y existían”.

Había ganado, pero su “éxito” evitó que se convirtiera en profesor de economía, la aspiración de su madre, aspiración en el doble sentido, a lo que se aspira y lo que te aspira, como ideal y como agujero, que él sólo puede tapar con un delirio, y que de forma repetitiva durante los cinco años siguientes, hicieron aparecer nuevas crisis, cinco brotes, y que le impedían finalizar el proyecto.

Cuando, a pesar de todo y con grandes esfuerzos, logra terminar la redacción del proyecto “... el delirio alcanzó la realidad... escribía el proyecto a salto de mata; terminé la redacción y el delirio poco a poco se fue apoderando de mí, y fue entonces cuando al entrar en mi apartamento, la llave, se convirtió en Yahvé, y tuve entonces la certeza de que Dios me había escuchado y de que era un *judío genial* [...] Diseñé un campo de batalla mesiánico en el que yo, ayudado por Yahvé, el dios judío luchaba contra el diablo...”.

Sin que se diera cuenta, su conducta y su apariencia comenzaron a ser estafalarias, y fue necesario que su familia le obligase a reanudar su tratamiento psiquiátrico, lo que solamente hizo después de haber denunciado en el juzgado a su padre por malos tratos, acto que comentaría más tarde en la cura. “Denuncié a mi padre y entonces fui obligado a recibir un tratamiento psiquiátrico. Ya no era un castigo por la transgresión, sino por la ley, que se ponía de parte de mi padre... era castigado por mi padre”.

El desastre se había completado.

“... mi relación con M -con la que había planeado casarse- se convirtió en un universo morboso y cerrado en el que ella trataba de desmontarme una y otra vez todas las obsesiones que pasaban por mi cabeza. Me sentí humillado ante ella. De ser el dios que la había subyugado pasé a ser un niño dependiente de su cariño. M me dijo que quería dejarlo. Me dijo: quiero ser feliz. Lo entendí perfectamente, demasiado perfectamente. Me quedé solo”.

3. Rosa rosa

Reanuda entonces el tratamiento psiquiátrico, que duró unas pocas semanas, y que fue exitoso: “comenzó a ser tratado con medicación neuroléptica, con lo que se pudo objetivar una remisión, progresiva, de la actividad psicótica, así como una mejor adaptación a la realidad. En este retorno a la normalidad aparecieron ciertos sentimientos depresivos, que se manifiestan como vergüenza, inseguridad, sentimiento de insuficiencia o incapacidad y que representan la primera referencia crítica del sentimiento agudo psicótico y el inicio de la posibilidad de su elaboración. Mantiene

su alta capacidad verbal y de abstracción que le permiten tanto defenderse de su organización psicótica como al mismo tiempo encubrir su patología, dada su elevada capacidad de análisis y de pensamiento deductivo-hipotético” –consideraciones que llevaron al psiquiatra a darlo de alta y a recomendar un análisis.

La vergüenza, inseguridad, sentimiento de insuficiencia e incapacidad, y el humor depresivo, eran en realidad el resultado del abandono del delirio, su identificación como objeto de desecho, ya no deliraba, pero se describe “soy una mierda en el centro del mundo... soy una pura negatividad, un hombre sin atributos –en donde la relación imaginaria se desliza– siento mi piel como si fuera una gabardina, soy un hombre-gabardina. Ya no deliro, pero siento que todo se refiere a mí”.

La decisión de dejar de delirar: lo que psiquiátricamente se presenta como una mejor adaptación a la realidad, gracias a la medicación, aparece en su análisis como una decisión enigmática, la decisión de dejar de delirar, apoyado en el nombre de una mujer: Rosa, la única a quien había confiado los detalles de su tipología delirante, y que en su delirio era rosa, color que distinguía a los que salvaba en su delirio mesiánico.

Señala este momento que esta decisión la tomó cuando se equivocó con el apellido, y entregó una carta a un amigo, quien le indicó que Rosa no se apellidaba Gómez, sino Pérez: “Esta equivocación, sobre la única persona que conocía mi delirio, me hizo pensar...”

“... y además estaba cansado del trabajo que suponía hacer que el delirio coincidiera en todo momento con la realidad ... y tomé la decisión de dejar de delirar”.

4. La transferencia empezó a funcionar

Dos años más tarde, una maniobra en la transferencia –la insistencia por parte del analista de que sus crisis no son cíclicas-, como postulaba su primer psiquiatra, y que él había tomado como una teoría válida sobre su enfermedad, produce un viraje en la transferencia: el analista que hasta entonces oscilaba entre la posición de terapeuta, en continuidad con la de psiquiatra, y la de un oráculo al que había que obedecer, cambia de lugar, “la transferencia empezó a funcionar”: que se manifiesta en tres niveles: deja de visitar al psiquiatra y decide dejar de tomar neurolépticos, las mujeres vuelven a entrar en su vida y comienza a entregarle al psicoanalista sus escritos, escritura que a partir de

entonces va a doblar los momentos cruciales de la cura, en un hacer que soporta su pensamiento, escritos que cesarán cuando la cura alcance su final.

En este primer momento son tres escritos, el primero, autobiográfico, es un relato riguroso de las etapas de la psicosis; un segundo, un pequeño ensayo joyciano donde trata de mostrar, cómo puede manejar el goce de la lengua, y un tercero, un cuento erótico cuya belleza y calidad literaria pone de manifiesto una restitución de la función fálica.

Este viraje de la transferencia coloca al analista en el rango de las mujeres; las mujeres, a las únicas a las que hasta entonces había revelado los secretos de su delirio. Igualmente, los escritos, hechos con brillantez y dominio del lenguaje, tratan de causar admiración; hacerse admirar y, a través de esa admiración, hacerse amar, modo de su acercamiento a las mujeres, es ahora dirigido al analista.

5. Ahora existe el amor

Las circunstancias han cambiado de forma notoria, ha ganado las oposiciones que por fin le permiten alcanzar la aspiración de su madre, ser profesor de economía, esta vez sin tener que delirar. Es profesor de economía y en el análisis cambian las circunstancias: surge el amor.

La aparición de una nueva mujer en su vida se manifiesta rápidamente en la cura: el sistema delirante, su delirio mesiánico, es resignificado; hace un ajuste de cuentas simbólico contra todos los que de una manera u otra pensaba que le habían agredido y relata en un escrito, con su rigor habitual, el papel que esta mujer juega en este trabajo:

...N puede ocupar el lugar del otro en el espejo como mi alter ego, con lo que no necesito la disgregación bajo Otro que mira benévolo. Mi triunfo con ella es un acto de justicia, porque aquel hombre le hacía daño. Con N reconstruyo mi espejo y me considero triunfador: es una imagen gemela: ella me domina a mí y yo la domino a ella (jardín del Edén), produciendo en mi ego cohesión... No es una relación amorosa estándar. Nunca lo podrá ser por mi parte. Por otro lado ella sabe sacar ventaja a mi especificidad... Mi imposibilidad de ejercer una posición de dominio egoísta (evidentemente soy egoísta de otra manera) la hace sentirse libre... El "poseer" a una mujer es esta vez algo bueno y de justicia... frente a otras veces donde fue motivo de remordimiento. El Otro acepta. N me hace perder miedo al Otro porque tengo una funcionalidad en esta vida. He encontrado mi alter-ego.

El delirio llega a su fin cuando, por cansancio y por convencimiento, mando al otro al otro lado del espejo. Tomo por primera vez conciencia de mi disociación. El otro soy yo mismo. El diablo era el loco, el enanito era el loco, el que me comía era yo mismo. Sé ahora que el diálogo, en guerra o en persuasión con el otro del espejo, es la locura.

El delirio ya no es una tentación, es un psicótico, pero ya no está loco.

6. La quinta mujer

Pero las tentaciones no faltan.

Una quinta mujer, como quintacolumnista, se asoma en su vida. Flirtea con María y María le acosa sexualmente. Esto dura varios meses, al mismo tiempo que la relación con N, y hace que su cuerpo se presentifique en lo real: las alucinaciones retornan, siente un sabor de sangre en la boca cuando está comiendo o un olor a excrementos. Otras veces, la imagen alucinada de su padre mezclada con una mancha blanca: “es como una sombra blanca, una mancha blanca, lo inmundo, lo informe, lo irremediable, de donde la única salida puede ser el suicidio o el asesinato ritual. Cualquier nombre sería una metáfora; darle nombre sería volver a delirar”, cosa que no hace; en lugar de delirar, se analiza.

Estos episodios aparecen a lo largo de varios meses, hasta que un sueño señala su final, el nacimiento de un hombre “nuevo”. “Fue un parto negro: soy cagado, ensangrentado, despellejado...”.

7. El duelo por las mujeres

Es una historia de amor que dura tres años, pero la historia de amor se acaba, ella se marcha y él comienza un largo duelo que una vez más hace con el soporte de la escritura. Es un largo trabajo, un largo trabajo de duelo y un largo trabajo de escritura, en donde, con rigurosa lógica, este escrito “es planteado como una interpretación en donde las conclusiones se desprenden de una forma deductiva”.

Este escrito —el último que entrega al analista— es una interpretación psicoanalítica, lacanianiana de un texto literario, que relee con las categorías lacanianas al tiempo que reinterpreta su propio análisis, y que parece un largo comentario de las palabras de Lacan: “para el hombre, a menos que haya castración, algo que dice no a la función fálica, no existe ninguna posibilidad de que el goce del cuerpo de la mujer, en otras palabras, de que haga el amor [...], lo cual no impide que el hombre pueda desear a la mujer de todas las maneras,

aun cuando esta condición no se cumpla. No sólo la desea, también le hace toda suerte de cosas que se parecen asombrosamente al amor” (Seminario de Lacan N° 20. Aun. Capítulo VI: *Dios y el goce de la mujer*).

Identificándose al protagonista, muestra cómo una historia de amor se convierte, por medio de esta interpretación de una lectura, en una historia de un fracaso necesario, y en donde el protagonista sólo existe por el esfuerzo de la voluntad del lector, es decir, que exige un desciframiento.

Así, la religiosidad del personaje aparece por medio de este análisis como un delirio, como un delirio religioso, un sistema delirante como necesidad de rebeldía simbólica frente a la impostura de un padre que se adjudica la función de legislador; y, ante este fraude, el personaje central de esta historia necesita buscar un interlocutor.

Esta secuencia causal es dramatizada en el texto como un hijo que ante una agresión, un castigo inapropiado y desproporcionado del padre no siente rencor o venganza, sino que produce una actitud de increencia, y que en su adolescencia hará del delirio una solución definitiva, sin posible marcha atrás, una solución forcluida, una vez que se ha traspasado el umbral.

Construye así un sistema sobre la certeza de que Dios le habla y le envía signos que le permiten construir una interpretación del mundo que le permita controlar el azar.

Así, el encuentro con una mujer, lo que parecería una atracción física y una pasión, es en realidad la relación que el protagonista construye a través de un esfuerzo deductivo, de su teología.

Detecta su superioridad lingüística, una capacidad de poner en palabras los sentimientos de ella, y que conquista a la dama porque es capaz de poner palabras a sus fantasías. Él es capaz de identificar y describir con palabras los objetos del deseo de ella. Su condición delirante le confiere la capacidad de dar sentido al amor de ella por el padre y su deseo de rebelión contra él.

Su capacidad interpretativa es a su vez descifrada por ella como una seducción, cuando en realidad hay una incapacidad insalvable de abordar la vida y las relaciones humanas de la misma manera.

Es un amor que los dos intuyen como imposible, pero que no dejan de intentar, y la historia se resuelve de forma trágica, ya que para

ella supone la ruina y el fracaso. Para él, la demanda de convertirse en un simple hombre, lo aniquila.

Es un largo análisis, un largo escrito, una reinterpretación que le permite sacar una consecuencia, una nueva posición subjetiva: el celibato.

8. Un poco de dos es mucho

Ser un profesor es, a modo de Nombre del Padre, lo que permite sostener su nueva posición subjetiva.

Un poco de dos es mucho es su modo de decir, de señalar el esfuerzo suplementario que necesita para arreglárselas con el síntoma, su dificultad para establecer un lazo social: el celibato supone al mismo tiempo un reordenamiento de su posición familiar, la reconstrucción, siempre inacabada, de la novela familiar, hecha a modo de un palimpsesto al revés, de un intento de reescribir de nuevo allí donde sólo hay huellas: “En un psicótico, no sólo no existe la novela familiar, sino que ha sido borrada por el delirio... busco fotografías, pequeños objetos, recuerdos que estaban en el fondo de los armarios...”. Es su manera –as if– de establecer un lazo social le permite obtener un *plus de goce* en vez de una *jouissance* (son sus palabras).

“Los seres humanos tienen intuiciones y viven. Yo reflexiono para poder ser normal, para poder hacer lo que hacen los seres humanos”.

José Rodríguez Eiras
Vigo, 6 de enero de 2002

Trabajo presentado en las Jornadas del Instituto del Campo Freudiano: El amor en la psicosis. Barcelona. Febrero 2002

Originales y revisiones

Interconsulta y Paidopsiquiatría de enlace en Salud Mental y Comunitaria

Autor

Federico Menéndez Osorio. Psiquiatra. Unidad Salud Mental Infante Juvenil. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña.

Resumen

Partiendo de la casuística de nuestro servicio en los últimos 4 años de Interconsulta y Enlace en salud mental infantil comunitario vamos a exponer el tipo de intervenciones y demandas más frecuentes, así como las distintas actuaciones realizadas en estos años con los distintos servicios pediátricos. Hacemos una reflexión sobre las formas de intervención y diversas modalidades de interconsulta y enlace en Paidopsiquiatría, terminando con unas reflexiones acerca del lugar que ocupa la interconsulta y enlace en Salud Mental Infantil y la significación del síntoma corporal y los trastornos de expresión somática en lo psíquico infantil.

Hacemos una reflexión sobre las formas de intervención y modalidades de interconsulta y enlace en Paidopsiquiatría, terminando con unas reflexiones acerca del lugar que ocupa la interconsulta

Palabras clave: Interconsulta y enlace en Salud Mental Infantil Comunitaria. La expresión somática en Paidopsiquiatría. Tipo de intervención y demanda.

Introducción y material

Voy a recoger nuestra experiencia desarrollada en la Unidad de Salud Mental del Área sanitaria. Realizamos funciones asistenciales con niños hasta 16 años que pertenecen a nuestra Zona Sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como de interconsulta e ingreso hospitalario en dicho hospital materno infantil. Vamos a tomar como muestra la casuística recogida en las interconsultas realizadas durante los años 1996-97-99 y 2000 (Ver cuadros 1 y 2).

Describiremos muy resumida y esquemáticamente el tipo de demanda y el modo de intervención de las interconsultas realizadas en los diversos servicios del hospital materno infantil.

Servicio de Neonatología

Tipo de demanda: niños recién nacidos de alto riesgo, o bien con malformaciones o enfermedades genético metabólicas o degenerativas; elaboración del duelo en los padres de niños fallecidos; diversas patologías con trastorno del vínculo e interrelación; cuadros deprivativos y carenciales, así como problemáticas socio sanitarias graves.

Tipo de Intervención: Basada en lo que denominamos programa padres/niño que se desarrolla en varias actuaciones: Observación de bebés; apoyo psicoterapéutico a los padres; apoyo institucional al personal del servicio; maternaje terapéutico y técnicas de atención precoz, coordinando actuaciones con el equipo de estimulación precoz del servicio de Rehabilitación Infantil.

Servicio de Lactantes

Tipo de demanda: Trastorno de la conducta alimentaria; cuadros deprivativos y afectivos; trastornos del vínculo e interrelación; síntomas somáticos; problemas sociosanitarios...

Tipo de Intervención: Programas padres/niño; psicoterapia e intervenciones de dinámica familiar; apoyo institucional y supervisión del personal de servicios escolares, guarderías o sociales del área...

Servicio de escolares (niño de 4 a 14 años)

Tipo de demanda: Trastornos de somatización y conversión; cuadros afectivos, ansiedad, depresión...; trastornos conducta alimenticia; trastornos disociales, caracteriales o de personalidad; trastornos psicóticos; otros cuadros

Tipo de Intervención: psicoterapia individual, farmacoterapia; intervenciones de psicoterapia familiar; apoyo institucional y supervisiones.

Observación de bebés; apoyo psicoterapéutico a los padres; apoyo institucional al personal del servicio; maternaje terapéutico y técnicas de atención precoz coordinando actuaciones

Servicio de cirugía infantil

Tipo de demanda: Trastornos de somatización y conversión; cuadros adaptativos; preparación al proceso quirúrgico (pre u postoperatorio; ...)

Tipo de intervención: protocolo de hospitalización quirúrgica; psicoterapia y apoyo institucional y familiar.

Servicio UCI-Pediátrica

Tipo de demanda: tentativas de suicidio; trastornos adaptativo y estrés-postraumático; duelo y elaboración de la pérdida o sucesos traumáticos; trasplantes o intervenciones de gravedad o alto riesgo..
Tipo de intervención: psicoterapia; intervención en crisis; psicoterapia familiar; apoyo y supervisión institucional del personal de servicio, ...

Con otros Servicios también realizamos interconsultas como Hematología, cardiología etc, que no vamos a describir aquí, para no hacer muy extensa la exposición.

Dentro del trabajo realizado con los distintos servicios, es de destacar la elaboración de protocolos ante ciertos cuadros o síntomas que pueda presentarse: Niño agitado; encopresis; hospitalización; trasplante; trastorno conducta alimenticia; malformaciones craneoencefálicas, etc.

Criterios de actuación en interconsulta y enlace

El escaso desarrollo y experiencia en la interconsulta paidopsiquiátrica -máxime comunitaria- nos hace comenzar por señalar algunas consideraciones, para impedir la perversión en el funcionamiento de interconsulta en Salud Mental Infantil. La

La interconsulta no debe convertirse en una prueba complementaria mas, o petición de test, o cuando no se encuentra nada, son "nervios", o como último recurso que suponga dar por concluido el caso.

interconsulta no debe convertirse en una prueba complementaria mas, o petición de test, o cuando no se encuentra nada, son "nervios", o como último recurso que suponga dar por concluido el caso y formas de resolución de altas solapadas por derivación. Ni peticiones de consulta a la "deriva", sin datos, informes, ni motivos de consulta y sin preparación del paciente y los padres.

No debe ser tampoco la derivación de problemáticas sociales, escolares o sociofamiliares, utilizando salud mental como tapadera de la falta de otros recursos no existentes, o problemáticas ajenas (separaciones, procesos escolares, diferencias de criterios, etc). Asimismo, no debe ser una forma de actuación del tipo de trabajo a la cadena, donde al niño se le piden consultas sin coordinación de actuaciones, ni seguimiento, ni continuidad de criterios, ni relación entre atención primaria o servicio especializado y Salud Mental Infantil.

En cambio, si podemos señalar algunos puntos de cómo nos parece debe realizarse un trabajo de interconsulta y enlace en Paidopsiquiatría: Una forma de trabajo interdisciplinar y en equipo que permita la continuidad asistencial, el seguimiento y la

coordinación de recursos y actuaciones. La derivación a interconsulta será un recurso necesario, basado en necesidades objetivas y clínicas, específico y necesario para el caso. Un trabajo adecuado en este sentido permitirá asumir la formación continuada y los intercambios de saberes, así como la utilización racional de los recursos y una atención adecuada y eficiente a la problemática infantil. De esta forma se equipara el trabajo en salud Mental Infantil al de cualquier otra especialidad clínica, con su estatuto y marco referencial específico y propio, terminando así con el desconocimiento y la marginación que viene padeciendo hasta ahora la atención en Salud Mental dentro de la asistencia pediátrica y general.

Otros puntos más concretos merecen la pena ser señalados en este apartado respecto a como, tanto la demanda y la intervención, no deben hacerse de forma automática, generalizada y sistemática, de tal modo que pueda convertirse en una forma solapada de psiquiatrizar o psicopatologizar la vida cotidiana, el sufrimiento y las adversidades o los avatares de la propia vida y realidad.

Por el contrario, no debemos subestimar ni despreciar las necesidades asistenciales del niño en salud mental ni su sufrimiento psíquico. Hemos de estar atentos a los signos y expresiones de su malestar y de cómo se presenta la psicopatología infantil, sabiendo que en ocasiones será preciso promover y sensibilizar o aportar los conocimientos necesarios para que las demandas no queden sin realizarse o puedan pasar desapercibidas.

Se equipara el trabajo en salud Mental Infantil al de cualquier otra especialidad clínica, con su estatuto y marco referencial específico y propio, terminando así con el desconocimiento y la marginación.

Es muy importante en toda interconsulta, priorizar las intervenciones que permitan la continuidad de cuidados y la coordinación de actuaciones entre los equipos de atención primaria y especializada, para que no haya rupturas en el tratamiento y en la visión bio-psico-social de todo proceso. Evitaremos así informaciones sesgadas, puentes o desconocimientos y fracturas del proceso terapéutico y de la historia clínica del niño y su medio.

Modalidades de intervención

El tipo de intervenciones vendrán siempre dadas por las necesidades de cada caso y el tipo de trastorno que presenta. De forma global y genérica podemos señalar algunos puntos concretos de nuestra actuación: previa la valoración del caso y las necesidades asistenciales derivadas de esta valoración, será el equipo de Salud Mental Infantil quien por el tipo de patología y necesidades

terapéuticas lleve directamente las actuaciones clínicas y la dirección de la cura. Puede darse el caso, que se requiera que el propio equipo del servicio que solicita la interconsulta sea quien debe llevar la dirección de la cura, siguiendo las pautas y supervisión del equipo de salud mental. Se permite así una integración del proceso, sin atomizar ni escotomizar las problemáticas y dando mayor confianza y seguridad al niño y a su familia, al ser el mismo terapeuta quien lleve su proceso global.

Pueden existir también formas mixtas de intervención en las cuales se pase de llevar la dirección de la cura el equipo de salud mental, a que sea el especialista o el equipo de atención primaria, quien con la supervisión y apoyo de Salud Mental, dirija y unifique las actuaciones, con un intercambio dinámico y flexible de actuaciones en todo momento y a lo largo del proceso.

Intervención institucional

Por lo general toda intervención en S.M.I. supone tener en cuenta y actuar sobre el propio niño, la familia y el personal institucional que se ocupa de los cuidados terapéuticos (médicos, enfermeras, auxiliares, etc).

Se permite así una integración del proceso, sin atomizar ni escotomizar las problemáticas y dando mayor confianza y seguridad al niño y a su familia, al ser el mismo terapeuta quien lleve su proceso global.

Estas actuaciones sobre el medio de vida del niño mientras está hospitalizado tiene la particularidad de que es doble: por un lado, el niño está atendido y cuidado por el personal hospitalario que se ocupa de sus cuidados y terapia; de otro, su familia, que dependiendo del cuadro clínico está mas o menos presente, pero que por lo general acompaña al niño.

Lo cierto es que durante el tiempo de hospitalización, es el personal institucional quienes van a formar parte activa y recrear los roles e intercambios equivalentes a la propia familia en su hogar. Aquí toma toda su importancia el modelo de enfoque que nos aporta la visión de la psicoterapia institucional de Tosquelles, para entender las relaciones transferenciales y los mecanismos psíquicos que se dan en estas circunstancias, y así poder entender y manejar tal realidad, que no se reduce a lo aparente y a lo pedagógico o sociológico y psicológico al uso. Entra en juego aquí, todas las vivencias e intercambios afectivos, que constituyen el mundo inconsciente y simbólico de todo ser humano, y que en el niño, van a evidenciarse en la conducta desplegada en el tiempo de su hospitalización, con las características propias de lo particular e individual de cada caso.

De todo lo expuesto, se deduce que no hay actuaciones fijas y rígidas que se puedan formular como recetas determinantes. Cada caso es particular y específico, así como las vivencias y expresiones de su sufrimiento y de su realidad que vienen condicionadas por la historia familiar y personal de cada niño.

Aunque con todo diagnóstico intentamos buscar formulaciones generalizables y respuestas terapéuticas, según la enfermedad o trastorno psicopatológico subyacente debemos entender que en lo psíquico, esta dimensión diagnóstica y terapéutica, tiene su especificidad y subjetividad, que hace particular el abordaje y la clínica del caso a caso, sin que por esto se presuponga menor científicidad ni rigor, que cualquier otro campo del saber, o de otra especialidad. De aquí la necesidad de intervenciones rigurosas, que se basen en las actuaciones dinámicas y flexibles de cada caso y de los elementos psicopatológicos que interactúan en cada problemática, así como la dimensión biopsicosocial propia a toda conducta humana.

En esta línea de intervenciones es igualmente muy importante tener en cuenta, que al alta del enfermo, se debe contactar, además del informe que reciba, con su pediatra o equipo de atención primaria para facilitar y permitir la coordinación y seguimiento o continuidad de cuidados, máxime, si el cuadro clínico requiere revisiones periódicas y un control continuado e interdisciplinar.

En este sentido, autores como Graham y Sartorius, después de muchos años de trabajo con niños, han llegado a la conclusión de que los servicios de salud Mental infantil deben modificar la distribución de su tiempo y el tipo de trabajo a desarrollar, en el sentido de dar más dedicación a las tareas de coordinación y trabajo con los servicios de atención primaria, sin que las tareas asistenciales acaparen toda la actividad, excluyendo de otras tareas, como las de coordinación y enlace. En esta misma línea entre nosotros el Dr. Pedreira ha mostrado igualmente tal necesidad. Planificación de trabajo, que sea dicho de paso, se recoge en los planes de salud Mental Infantil de los distintos decretos y modelos, pero que no se llevan a efecto en la práctica, en casi ninguna administración, interesados como están, por el fetiche del asistencialismo y las estadísticas cuantitativas y numéricas.

Cada caso es particular y específico, así como las vivencias y expresiones de su sufrimiento y de su realidad que vienen condicionadas por la historia familiar y personal de cada niño.

Conclusión y reflexiones

1º. - El lugar que ocupa la interconsulta en S.M.I. es equivalente y

debe tener unos planteamientos como el de cualquier otra especialidad. Pero al igual que estos, debemos buscar nuestra especificidad que nos dé un estatuto y forma de actuación mas apropiadas al óptimo desarrollo de nuestra práctica clínica y de nuestra propia entidad.

2º. - La reflexión de lo que supone nuestra entidad y nuestro quehacer lleva a plantearnos el estatuto del síntoma en Salud Mental Infantil, no tomado este, como un falso mimetismo pseudo científico del síntoma orgánico.

Reivindicamos la científicidad médica, en el sentido de que no siga considerándose el síntoma psíquico como una totalidad, donde se confunde la parte por el todo, lo aparente por la realidad, los efectos por las causas, el propio síntoma por la enfermedad etc, etc, convirtiéndose así en caza síntomas y renunciando al principio elemental de saber discernir los aspectos esenciales del acto clínico y de la sicopatología.

3º. - El ser humano y el niño como tal, no se agotan en el cuerpo como algo exclusivamente reducido a su cuerpo máquina, sino que nos remite a una interrelación e interconexión de fenómenos

Reivindicamos la científicidad médica, en el sentido de que no siga considerándose el síntoma psíquico como una totalidad, donde se confunde la parte por el todo, lo aparente por la realidad.

biopsicosociales. Desde esta óptica debemos tener en cuenta la expresión del cuerpo, el síntoma, el dolor, el malestar, etc, lo inseparable de los fenómenos neurobioquímicos, genéticos... y de lo que constituye el orden simbólico y lo subjetivo en tanto ser social, entronizado en la cultura y el lenguaje, en el sentido que lo da Levi-Strauss. Dar por tanto cuenta del orden simbólico en tanto ser de lenguaje, es parte constitutiva de lo que suponen los fenómenos mentales y la conducta.

4º. - La ínterconsulta no se reduce a los trastornos psicósomáticos o somatizaciones, problemáticas que vienen expresadas por lo “orgánico”, sino que nos remite a las distintas formas de expresión de la psicopatología infantil, como hemos expresado ya en nuestra casuística referida anteriormente. Existe una mayor incidencia de las demandas como expresión somática, dadas las características de la ínter-consulta hospitalaria, condicionada por patologías orgánicas y por lo tanto el cuerpo como expresión y lugar de registro del trastorno. El cuerpo se convierte así en un lugar para “leer” la significación de un malestar, no reduciendo el órgano a mero organismo, sino a ese lugar “privilegiado” de expresión de un sufrimiento, un conflicto, etc.

5°. - el “no tiene nada”; “son nervios”; “es algo funcional”,... donde lo objetivo, visible, cuantificable, o medible, no nos muestra alteraciones, no significa que no tenga “algo”. Este tener “algo” remite al significante en juego como única y posible forma de expresar el sufrimiento, dolor, malestar, o lo insoportable de una situación.

Es desde esta significación como adquiere todo su valor (intrínseco y de intercambios) el síntoma psíquico, máxime en el niño, donde, su queja, su dolor, su malestar adquiere en el cuerpo una dimensión privilegiada. Cuerpo que tiene un sentido para quien le quiere, le cuida, le protege, le privilegia, le da valor... a veces es ese malestar, su síntoma, lo único que un niño puede ofrecer en el mercado de los intercambios afectivos y en la bolsa de valores del tener algo para quien le quiere.

6°. - Además de la realidad neurobioquímica y material del síntoma, este tiene en el niño, al igual que en todo acto humano, una dimensión de intercambios y de mensaje dirigido al adulto, que le quiere y le pertenece. Es un signo que se interpreta desde el que le observa y lo recibe. Es desde el otro, privilegiado por el niño (padres, etc) quien sobredimensiona, sobrecarga... o no tiene en cuenta y no se entera... en una palabra, quien resignifica en el niño su síntoma.

Tener algo, es lo que va a significar para quien me quiere y para quien soy alguien. Esto no supone que no haya o se niegue lo objetivo del existir del síntoma, sino que por el contrario, lo abrimos a una dimensión mas amplia que el mero quedarnos en lo aparente y en el reduccionismo de lo explícito. De este forma podrá devolverse al niño y trabajar con el, lo que su síntoma supone y representa para su curación.

Su queja, su dolor, su malestar adquiere en el cuerpo una dimensión privilegiada. Cuerpo que tiene un sentido para quien le quiere, le cuida, le protege, le privilegia, le da valor...

Bibliografía

Fritz K. Consultation-Liaison in child Psychiatric and the evolution of pediatría Psychiatry. Psychomomatic 1990, 31.1; 85-90

Graham Ph. Child psychiatry in relation to primary Health Care. Soc. Psychiatry 1982, 17; 109-116.

Matot J.P.; Appelboom, J. Pediatrie et Pedopsychiatrie L'avenir d'une liaison, Neuropsychiatrie Enfance Adolesce 1996, 44,12; 655-657

Mazet Ph. Bebés et jeunes enfants malades: aspects actueles de la collaboration entre psychiatres d'enfants, pediatres et membres de leurs equipes. Neuropsychiatr. Enfance Adolesc. 1997, 45, 4-5; 169-171

Mira.V. suposición del sujeto en el psicoanálisis de niños. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría 1985, 14: 322-329

Pedreira J.L. Interconsulta y enlace entre Paidopsiquiatría y Atención primaria pediátrica. Psiquis 1995,16,10; 405-420

Pedreira J.L.Menéendez F. El síntoma psicossomático en la infancia: valoración psicodinámica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 1981, I,O; 81-93.

Pedreira J.L. Protocolos de salud Mental Infantil para Atención Primaria. Ed. Ela-Aran. Madrid. 1995.

Sartorius N. Grahan Ph. Salud Mental Infantil: Experiencia en ocho países. Crónica de la O.M.S. 1984, 38,5; 213-217

Tosquelles F. Estructura y reeducación terapéutica. Ed. Fundamentos. Madrid 1973.

Cuadro 1

Consultas por servicios (casos nuevos)				
Servicios	Año 96	Año 97	Año 99	Año 00
Escolares	36	28	26	22
UCI –Pediátrica	8	11	10	10
Lactantes	8	4	5	4
Neonatología	11	6	5	6
Cirugía P.	8	7	5	5
Hematología	4	6	3	4
Rehabilitación A.Temprana	8	7	5	7
Gastroenterología	4	3	5	3
Urgencias	3	3	4	2
Otros	5	6	6	7

TRASPLANTES:5

Cuadro 2

Consultas totales (nuevos + revisiones)

AÑO 96:	372
AÑO 97:	285
AÑO 98:	364
AÑO 99:	388
AÑO 00:	461

La utilización del cine como método psicoterapéutico en las unidades de agudos

Autores

Vila Pillado L*. ,Area Carracedo R*., García Caballero A*., Gómez Pérez I*. Somoza MJ**, García Cancio, G. ***

(*) Psiquiatra, Complejo Hospitalario Xeral-Calde.

(**) Psicólogo, Complejo Hospitalario Xeral-Calde.

(***) P.I.R., Complejo Hospitalario Xeral-Calde

El auténtico viaje del descubrimiento no consiste en ver nuevos paisajes sino en saber mirar
(Marcel Proust)

La característica de “temporalidad limitada” de la hospitalización es un factor determinante que impide plantearse objetivos terapéuticos no alcanzables en un tiempo limitado

En las Unidades de Agudos de los Hospitales Generales los profesionales que partimos de planteamientos no reduccionistas biologicistas nos movemos con la contradicción de lo difícil que resulta aplicar técnicas psicoterapéuticas a pacientes con los cuales vamos a tener un contacto muy puntual. González de Chávez, al que cita Gómez Calle, hablaba de Programas y terapias combinadas, sin que esto suponga, como nos aclara este último, que estemos ante “popurrís terapéuticos” y eclecticismos acríticos. Para Gómez Calle, en su ya clásico trabajo, la característica de “temporalidad limitada” de la hospitalización es un factor determinante que impide plantearse objetivos terapéuticos no alcanzables en un tiempo limitado, lo que obliga a cuestionar el sobre “que” se trabaja y el “como” de dicho trabajo, de modo que dicho autor se decanta hacia técnicas más de “apoyo” que “profundas”.

Para nosotros, las técnicas de psicoterapia breve o de emergencia (Bellack) muy focalizadas o intervenciones de tipo estratégico, o las basadas en el modelo narrativo, nos parece que podrían estar

indicadas, si bien, a veces por dificultades reales y en otras ocasiones por la inercia de recurrir sólo a la medicación, no siempre se llevan a cabo.

La distinción que el Dr. Lamas hizo en su momento entre psiquiatras exploradores y colonizadores, y que nosotros extendemos al resto de los profesionales de nuestro campo, identificándonos claramente con los primeros, así como la circunstancia de coincidir en un momento dado varios profesionales aficionados al cine, hizo que con estos planteamientos en un momento pensásemos que dado que nos movemos en una cultura fundamentalmente visual, las técnicas narrativas en nuestro medio pueden trabajarse más fácilmente con películas. El film nos planteamos que nos podría servir en primer lugar como un test proyectivo y en segundo lugar como un medio terapéutico que facilite una reescritura de la narración del paciente.

A otro nivel, Walter Benjamin afirmaba que el cine había enriquecido el campo de la percepción humana y profundizado en la conciencia crítica de la realidad, pareciéndole el arte más social y colectivo de todos. Otros autores, sin embargo, no fueron tan optimistas a este respecto. Así Adorno y Horkheimer señalaban como las sociedades capitalistas liberales facilitaban nuevas formas de dominación, con una industria que dicta y canaliza el deseo público a través de los nuevos medios de comunicación y las nuevas formas culturales. En el cine, aún así, salvaban a Chaplin y a una parte del anárquico cine mudo, antes de que “se racionalizase”. También, y ya en 1926, Herbert Jhering advertía que el cine americano era más peligroso que el militarismo prusiano, puesto que “incita a millones de personas a participar del gusto americano; se las iguala, se las uniformiza”. Guattari, por su parte se preguntaba si el cine podría ser “el diván de los pobres”.

...Con un tono afectivo adecuado. Asimismo tratamos de encontrar los pacientes más susceptibles tanto por su patología como por su nivel sociocultural y sus aficiones a nuestra técnica.

Tratamos de localizar varias películas, de momento tal vez no las más adecuadas (hay que considerar como factor decisivo la accesibilidad de las mismas) que de un modo más o menos tangencial pudieran tocar argumentos narrativos frecuentes en nuestros pacientes, o que pudieran actuar de un modo metafórico y con un tono afectivo adecuado. Asimismo tratamos de encontrar los pacientes más susceptibles tanto por su patología como por su nivel sociocultural y sus aficiones a nuestra técnica. Como modo de acercamiento tras la visión de la película pensamos en preguntas del tipo:

- ¿Qué le parece la película?
- ¿Cómo le caen los personajes? ¿Hacia quién siente más simpatía?
- ¿Hacia quién siente menos?
- ¿Cómo actuaría usted en la situación de cada uno de los protagonistas?
- ¿Qué puntos encuentra en común entre la película y su situación personal?

Por último, tratamos de revisar aquellos fundamentos teóricos que nos pudiesen ayudar a fundamentar nuestra técnica y/o a rectificar aquellos planteamientos que no resultasen operativos. En dicho sentido y sin pretensiones de integrar lo no integrable, nos pareció que la obra de Milton Erickson y las ideas constructivistas y del modelo narrativo, las aportaciones del psicoanálisis, del psicodrama, los estudios sobre el cine y la semiótica aplicada al cine, así como algunos de los trabajos de Paul Ricoeur y de Roland Barthes podrían tener interés para nosotros, mientras realizábamos nuestra exploración.

Milton Erickson

En la obra de Milton Erickson la palabra “hipnosis” no alude a un ritual, sino a un tipo de comunicación entre la gente. El trance hipnótico para él sería un tipo especial de intercambio entre dos

La situación del cine en cierto modo nos podría recordar la de trance hipnótico tal y como la concibe Erickson. De hecho, Barthes en su artículo “Salir del cine” habla de ese momento que vive como mágico

personas y no el estado de una de ellas. Esto nos lleva a pensar la hipnosis en términos más amplios y ver que está presente en una amplia variedad de situaciones, especialmente en las intensas involucraciones terapéuticas. La situación del cine en cierto modo nos podría recordar la de trance hipnótico tal y como la concibe Erickson. De hecho, Barthes en su artículo “Salir del cine” habla de ese momento que vive como mágico, en el que guardamos silencio, caminamos por la calle, abstraídos todavía por la ficción y con dificultades para reinsertarnos en la vida práctica y en la conversación, tras ese estado de ensueño prehipnótico, de difuso erotismo en el acomodo en la butaca, en la naturaleza cautivadora del propio ensueño, y tras esos momentos compartidos con otros espectadores, de los que nada sabemos, pero que sienten cerca de nosotros. Desgraciadamente los espacios físicos y las condiciones en las que nos podemos mover en las Unidades de Agudos para que los pacientes vean las películas no se corresponden con la descripción de Barthes.

En este estado Erickson utilizaba sus relatos didácticos, relatos que tenían un sentido teatral, orquestados de manera muy vivida.

Erickson además va a utilizar ampliamente las metáforas. Así en sujetos que se resisten a las directivas, el problema se puede encarar en términos de metáfora. Haley cita como ejemplo que si una pareja con conflicto respecto a sus relaciones sexuales no está dispuesta a discutirlo abiertamente, el enfoque ericksoniano puede consistir en hacerles hablar de cuando comen juntos, explorar sus preferencias en la comida, etc. En sus relatos buscaba la comunicación en más de un solo plano. Su idea es que si el paciente puede comunicarse en varios niveles, el terapeuta también lo puede utilizar y de hecho lo hará continuamente.

El poder de las narraciones no debe extrañarnos. Burns señala el poder de las mismas para provocar emociones, para la disciplina, para inspirar soluciones, para ayudar a cambiar y en general para curar.

Para Rennie (1992) en el proceso de contar una historia se dan distintas funciones cognitivas importantes: tratar la tensión asociada con acontecimientos pasados; reexperimentar y entender la emoción real; ventilar dichas emociones, generar ideas que puedan contribuir al entendimiento personal; desarrollar una sensación de control; y examinar la operación de procesos privados.

Constructivismo

El constructivismo ha servido también de base al modelo narrativo. Este sistema de pensamiento lleva a perder la fe en un universo objetivamente cognoscible y en la noción de un sí mismo esencial, como un locus de elección, acción y autovaloración racional. Desde este punto de vista el lenguaje constituye realmente la estructura de la realidad social, requiriendo el cultivo de nuevos enfoques (hermenéutico, narrativo, deconstruccionista, retórico y discursivo) apropiados para analizar el “texto” de la experiencia humana en su contexto social.

Dentro de este sistema de pensamiento casi todos los modelos de psicoterapia pueden ser un recurso legítimo para el profesional, mientras se interpreten como un conjunto de metáforas y directrices provisionales limitadas histórica y culturalmente y no como una ciencia aplicada que exige cierta conceptualización del problema y sólo acepta una forma aprobada de intervención.

Al mantener su conceptualización de los seres humanos como teóricos incipientes (Kelly, 1955) o narradores de su experiencia (Howard, 1991), los constructivistas imaginan el objeto básico de la

Tratar la tensión asociada con acontecimientos pasados; reexperimentar y entender la emoción real; ventilar dichas emociones, generar ideas que puedan contribuir al entendimiento personal

terapia como la promoción de esta actividad de creación de significado más que como la “corrección” de supuestas disfunciones o déficit en el pensamiento, emociones o conducta del paciente. Se concentrarían en identificar y finalmente reformular las metáforas centrales que constituyen la narrativa personal del cliente así como en los sistemas de significado personales y compartidos que resultan impermeables frente a las experiencias nuevas.

La terapia se puede entender de modo metafórico como reconstrucción narrativa, la “reescritura biográfica” de las historias vitales que se han vuelto limitadoras o incoherentes y requieren una corrección o elaboración significativa. Desde el psicoanálisis Lacan en el Seminario 1 ya había señalado lo que sigue: “Yo diría a fin de cuentas que de lo que se trata es menos de recordar que de rescribir la historia”.

El significado de nuestras vidas está dictado por las historias que vivimos y que contamos (Mair, 1989), es decir, por la manera en que asociamos los acontecimientos en secuencias significativas (Vogel, 1994) que nos aportan una sensación de ser nosotros mismos los protagonistas de nuestra propia autobiografía. La terapia puede buscarse cuando hay una “narrativa dominante” que resulta incapacitante o delimita o niega su persona. A diferencia de los

La terapia puede entenderse como un marco hipotético de ensayo para la construcción y desconstrucción de historias. Además la vida es una narrativa sin un claro corte de principio ni final.

terapeutas cognitivos que intentarían dismantelar los pensamientos automáticos o distorsionados, aquí se intentaría articular el subtexto temático que subyace al argumento de la vida del cliente y ayudarle a experimentar con argumentos nuevos que abren posibilidades para nuevos capítulos.

La vida es una narrativa y los seres humanos son inherentemente narradores, contadores de historias y, por tanto, participantes de sus propios argumentos. La terapia puede entenderse como un marco hipotético de ensayo para la construcción y desconstrucción de historias. Además la vida es una narrativa sin un claro corte de principio ni final. El significado y la estructura de esta narrativa cambia continuamente a través de extrañas y recursivas series de bucles y círculos creativos. La capacidad que nuestro cerebro nos da para contar historias transmite a los humanos sus cualidades distintivas. En el proceso de la narración humana, la persona es a la vez el escritor, lo escrito y el crítico literario, en un proceso continuo, inacabable y, de algún modo, impredecible.

En etapas tempranas de la vida la identidad posee una

permeabilidad que luego pierde. Sin embargo, la narrativa mantiene casi inalterada su capacidad de modificarse sin perder su condición de espacio flexible, abierto a toda clase de transacciones.

La identidad es el espacio donde el individuo se reconoce a sí mismo y, como tal, es extraordinariamente resistente al cambio. Las narrativas, sin embargo, resultan ampliamente negociables. Sujetos que, sintiendo atacada su identidad, la defienden encarnizadamente en batallas que ponen en juego su propia supervivencia, pueden aceptar transacciones importantes si la confrontación se traslada al plano narrativo.

Montárselo, ir de algo, película... son expresiones que denotan una intuición narrativa. El sujeto no es esclavo de una identidad inamovible, sino que puede organizar sus guiones con cierta dosis de arbitrariedad.

El significado que se atribuye a determinados hechos es lo que determina el comportamiento, y es significativo cómo las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados, a veces de ese modo perpetuando los problemas.

Podemos comparar la interacción de las personas con la interacción de los lectores respecto de ciertos textos. Y cada nueva lectura de un texto es una nueva interpretación de éste, y por tanto, una nueva forma de escribirlo.

La experiencia de una persona puede ser problemática por situarla en relatos que otros tienen acerca de ella y de sus relaciones, y que estos relatos son dominantes en la medida en que no dejan espacio suficiente para la representación de los relatos preferidos por la persona. O podemos suponer que la persona participa activamente en la representación de unos relatos que encuentra inútiles, insatisfactorios y cerrados. Un buen resultado terapéutico puede ser la generación de relatos alternativos abiertos a posibilidades más deseables y con final abierto.

Sujetos que, sintiendo atacada su identidad, la defienden encarnizadamente en batallas que ponen en juego su propia supervivencia, pueden aceptar transacciones importantes

Cine y psicoanálisis

Los estudios sobre el cine y el psicoanálisis pueden agruparse en tres tipos:

- 1) Estudios sobre la personalidad de algunos creadores.
- 2) Estudios que analizan el desarrollo mismo del film, su textura, el entrelazarse de sus imágenes y sonidos (Raymond Bellour, Thierry Kuntzel...).
- 3) Estudios sobre el mismo cine como institución social, arte,

nueva forma de expresión. Sería el estudio psicoanalítico de un tipo específico de significante imaginario, con sus rasgos característicos: imágenes dotadas de movimiento y secuencialidad, sometidas al montaje, etc. (Metz).

Esta última perspectiva debería articularse con otras dos:

- a) La de la semiología, que aborda al cine como una totalidad significante atendiendo a sus códigos, sus efectos de sentido no codificados, sus configuraciones semánticas.

- b) La de no perder de vista el arraigamiento sociohistórico de la máquina-cine. En este sentido no hay que olvidar que depende de una tecnología inseparable de la civilización moderna, que moviliza unos capitales que hacen de ella una industria sometida a objetivos de rentabilidad.

Metz utiliza el término imaginario de tres modos. El primero como “ficcional” o “ficticio” y así las películas son imaginarias, representadas por objetos y personas ausentes. En segundo lugar haciendo referencia a la naturaleza “imaginaria” del significante cinematográfico, de modo que dichas imágenes son de gran riqueza perceptual, pero normalmente marcadas profundamente por la irrealidad. El tercer significado tiene más que ver con el imaginario lacaniano. Metz evita caracterizar al cine como exclusivamente imaginario, afirmando que estará constantemente preocupado por la articulación de este imaginario que se ramifica íntimamente con las hazañas del significante, con la huella semiótica de la ley, aquí los códigos cinematográficos, y que también marca lo inconsciente. Es decir que para él, el cine sería al mismo tiempo un sistema simbólico y una operación imaginaria.

Si el significado es siempre producido para un sujeto, la preocupación de la teoría psicoanalítica del cine abarca a su vez el significado del mismo texto fílmico (el enunciado) y la producción del mismo texto fílmico

Para la teoría psicoanalítica del cine habría una equivalencia entre el espectador de la película y el que sueña. El poder de la analogía cine-sueño vendría de cómo el cine hace de su espectador un soñador semidespierto. El énfasis de la teoría psicoanalítica del cine sobre la subjetividad como un proceso de construcción implica que nunca puede existir un reino del significado fijado e independiente de una cadena significativa en la que el sujeto se halla insertado. Si el significado es siempre producido para un sujeto, la preocupación de la teoría psicoanalítica del cine abarca a su vez el significado del mismo texto fílmico (el enunciado) y la producción del mismo texto fílmico (la enunciación), considerando tanto al realizador como al

espectador como fuentes de dicha producción.

El espectador del cine es un espectador deseante, y tanto la construcción que lleva a cabo como el texto filmico en sí mismo podríamos considerar que movilizan las estructuras de la fantasía inconsciente. Cuando vemos una película estamos de algún modo soñándola; nuestros deseos inconscientes trabajan en tándem con aquellos que generan la película sueño. Hay que entender la fantasía como una formación de compromiso en el que las ideas reprimidas encuentran su expresión mediante la censura y la distorsión. Habría un compromiso entre el deseo y la ley.

La teoría psicoanalítica ve al espectador como un constructor artificial, producido y activado por el aparato cinemático. El espectador es concebido al mismo tiempo como un “espacio” “productivo” y “vacío”. Habría varios factores entrecruzados en la construcción psicoanalítica del espectador: 1) el estado de regresión que se produce, 2) la situación de creencia, 3) los mecanismos de identificación primaria y secundarios, 4) la puesta en juego de fantasías tales como la novela familiar, y 5) el hecho de ocultarse las “marcas de la enunciación” que sellan a la película con la autoría. Comentaremos algunos de ellos.

La posición del espectador como espectador crédulo, que coincide con un espectador incrédulo, habiendo un continuo juego entre estas dos posiciones mientras dura la película. Se produciría una escisión en la conciencia del espectador, un “yo sé... pero sin embargo...”, similar a la estructura del fetichismo en el psicoanálisis.

Cuando vemos una película estamos de algún modo soñándola; nuestros deseos inconscientes trabajan en tándem con aquellos que generan la película sueño.

Lacan llamó al ego “mezcolanza de identificaciones”.

Metz define una identificación cinemática primaria como la identificación del espectador con el acto de mirar, “el espectador se identifica consigo mismo”, lo que tendría su semejanza con el estadio del espejo.

Barthes también señala la correlación entre ver cine y la identificación narcisista. Sobre esta identificación primaria se constituirían las identificaciones cinemáticas secundarias, por ejemplo con los personajes del film. Se puede definir el concepto de “posicionamiento del espectador” como el modo en que este es “situado” en (y por) el texto y se le hace asumir papeles basados en la participación identificatoria.

Una película puede tener mayor o menor potencial para romper posiciones fijadas de identificación y coherencia del estado unificado del sujeto.

Metz también señala como el cine puede significar la ruptura de la

soledad. Las películas superficialmente desagradables paradójicamente pueden tener un efecto tranquilizador, según este autor, al dar forma material a nuestros temores, recordándonos que no estamos solos.

Por último, relaciona el hecho de ir al cine con el placer de mirar, con el “espiar” a los demás, con la escopofilia.

Estudios sobre cine

Edgar Morin señala como el espectador no se limita a contemplar una película, sino que la vive con neurótica intensidad y como una forma de regresión socialmente aprobada. De este modo, el cine implica a los espectadores en sus estratos más profundos.

Para Julio Cabrera, al menos ciertas dimensiones fundamentales de la realidad no pueden simplemente ser dichas y articuladas lógicamente para ser plenamente entendidas, sino que tienen que ser presentadas sensiblemente, a través de una comprensión racional y afectiva al mismo tiempo. Esta presentación sensible debe producir algún tipo de impacto en quien establece un contacto con ella.

Un concepto-imagen se instaura y funciona dentro del contexto de una experiencia que hace falta tener para poder entender y analizar ese concepto. La racionalidad logopática (racional y afectiva) del cine cambia la estructura habitualmente aceptada del saber, en cuanto definido sólo lógicamente o intelectualmente. Sería dejarse afectar por alguna cosa desde dentro de ella misma.

Algunas unidades menores del film vehiculizan también conceptos-imagen. Muchos filmes representan situaciones posibles, personas posibles, algo que pudiera ocurrirle a cualquiera

Los conceptos-imagen del cine buscan producir en alguien un impacto emocional que, al mismo tiempo, le diga algo acerca del mundo, que tenga un valor cognitivo, persuasivo y argumentativo a través de su componente emocional, que no debemos confundir con “efecto dramático”.

François Truffaut dijo que toda buena película debería poder resumirse en una sola palabra. Un film entero puede considerarse como el concepto-imagen de alguna noción o de varias. Algunas unidades menores del film vehiculizan también conceptos-imagen. Muchos filmes representan situaciones posibles, personas posibles, algo que pudiera ocurrirle a cualquiera en el plano conceptual del sentido, aunque no pudiera ocurrirle nunca en el plano empírico (por ejemplo, transformarse en mosca o viajar a la velocidad de la luz).

El lenguaje del cine es inevitablemente metafórico, inclusive cuando parece ser totalmente literal, como en los “filmes realistas”. Como ejemplos podríamos decir que “Los pájaros” de Hitchcock dice algo sobre la fragilidad de la existencia humana, o “El ángel azul” sobre la caída.

Los conceptos-imagen no son categorías estéticas ni determinan si un film es bueno o no. Tampoco son privativos del cine y pueden ser utilizados por la filosofía o la literatura. Lo que diferencia los del cine del resto es la técnica utilizada. Por otro lado, el cine puede potenciar estas posibilidades conceptuales, al conseguir aumentar colosalmente la “impresión de realidad”.

La casi infinita capacidad del cine para manipular tiempos y espacios y la capacidad de puntuación, de conectar cada imagen con la anterior dan pie a una especie de ilimitado de los puntos de vista, encontrándose más allá de la subjetividad y de la objetividad, siendo las dos cosas al mismo tiempo, y consiguiendo articular de modo particular lo literal y lo metafórico.

Por otro lado los conceptos-imagen propician soluciones lógicas, epistémica y moralmente abiertas y problematizantes de los temas abordados, de modo que aunque el director se propusiera “cerrar” alguna solución de manera definitiva, el lenguaje de la imagen se opondría a ello (Ej: “La semilla del diablo”). El cine no confirma nunca. Vuelve a abrir lo que parecía aceptado y estabilizador.

¿Qué es la verdad del cine? Fellini se ha

autodenominado varias veces “un gran mentiroso”.

¿Cómo este lenguaje malabar puede tener algo que ver con la verdad?

Los conceptos-imagen no son categorías estéticas ni determinan si un film es bueno o no. Tampoco son privativos del cine y pueden ser utilizados por la filosofía o la literatura.

Considerando los grandes temas cinematográficos, Balló y Pérez señalan una serie de motivos argumentales que se repiten en el cine y que nos pueden servir de guía:

- A la busca del tesoro o Jasón y los argonautas: Las minas del rey Salomón, En busca del arca perdida, Easy rider, Fitzcarraldo, Solaris.
- El retorno al hogar o La Odisea: Ivanhoe, El regreso, Paris Texas
- La fundación de una nueva patria o La Eneida: Los diez mandamientos, América América, Horizontes lejanos.
- El intruso benefactor o El Mesías: Rey de reyes, Jesucristo Superstar, Espartaco, Malcom X, Nazarín, Teorema.

- El intruso destructor o El Maligno: Drácula, Tiburón, La semilla del diablo, El diablo es mujer.
- La venganza o la Orestíada: Los sobornados, El regreso de Jesse James, Mad Max, Angel de venganza, Encubridora, El padrino
- La mártir y el tirano o Antígona: La pasión de Juana de Arco, Johnny guitar
- Lo viejo y lo nuevo o El Jardín de los cerezos: El gatopardo, El crepúsculo de los dioses, Lo que el viento se llevó.
- El amor voluble y cambiante o El sueño de una noche de verano: Historias de Filadelfia, El rayo verde, Corazonada.
- El amor redentor o La Bella y la Bestia: El fantasma de la Ópera, King Kong, La parada de los monstruos (transformación de la Bella en Bestia), Eduardo Manostijeras.
- El amor prohibido o Romeo y Julieta: West side story, Cumbres borrascosas.
- La mujer adúltera o Madame Bovary: La hija de Ryan, El piano
- El seductor infatigable o Don Juan: Casanova, Las amistades peligrosas
- La ascensión por el amor o La Cenicienta: Pretty woman, Armas de mujer.
- El ansia de poder o Macbeth: El padrino, Fuego en el cuerpo.
- El pacto con el demonio o Fausto: La caída de los dioses, -
 - Extraños en un tren.
 - El ser desdoblado o Jeckyll y Hyde: El profesor chiflado, El beso de la pantera, Irma la dulce.
 - El conocimiento de sí mismo o Edipo: El planeta de los simios, La estrategia de la araña
 - En el interior del laberinto o El Castillo: El proceso, Carretera asfaltada en doble dirección, Blow up.
 - La creación de vida artificial o Prometeo y Pigmalión: Frankenstein,, Jennie.
 - El descenso al infierno u Orfeo: Orfeo negro, Frenético, Fellini 8 1/2

Una elección posible entre dos métodos excesivos por igual: o plantear un real completamente permeable a la historia, e ideologizar; o bien, por el contrario, plantear un real finalmente impenetrable,

Eco habla de dos tipos de maestros: aquellos que como Chomsky o Greimas construyen modelos teóricos que pueden luego ser discutidos y aplicados, y aquellos como Barthes que ofrecieron su vida y su actividad como modelo, siendo difícilmente aplicables o imitables. En esto radica la dificultad de explicar los desarrollos de Barthes sobre el cine.

Barthes plantea en sus Mitologías que no existe más que una elección posible entre dos métodos excesivos por igual: o plantear un real completamente permeable a la historia, e ideologizar; o bien, por el contrario, plantear un real finalmente impenetrable,

irreductible, y en ese caso, poetizar. Dice que “en una palabra, no veo síntesis entre la ideología y la poesía” entendiendo por poesía, de una manera muy general, la búsqueda del sentido inalienable de las cosas.

El principal de sus sentidos lo denominará como obtuso, precisamente dicho sobre la esencia de lo fílmico en los fotogramas de Eisenstein. Es cuando la imagen no se deja descomponer y no es sólo significación, sino principalmente significancia. El sentido obtuso fundaría el lenguaje fílmico.

Habría como tres grandes líneas en su aportación:

a) El cine como fenómeno cultural a través del cual se puede trazar un análisis de lo social. Barthes revelaba siempre lo cultural y lo ideológico que había tras cada expresión, subrayando su convencionalismo y se lamentaba de que el cine hubiese sido durante muy poco tiempo un arte primitivo y de su rápida culturización, de modo que fuese rápidamente absorbido por los lenguajes culturales y por el sistema de valores que definían (expresionismo, existencialismo, neo-realismo, etc. El cine nunca fue huérfano, sino una criatura protegida, lo cual en cierto modo acarrió la pérdida de la autonomía de la mirada, la condición cultural de esa mirada, de modo que una película debía ser vista siempre de un modo.

Para Barthes el código de la connotación no es ni natural ni artificial, sino histórico. Sus análisis de películas concretas van dirigidos a mostrar los sistemas de significación secundarios o “culturizaciones”, los elementos retóricos o connotativos sobreimpuestos a la representación analógica de la realidad. Sus críticas van desde la forma al sentido, desde el signo al mito o desde lo que significa a lo que notifica respecto a la geografía moral, histórica y social de cada momento.

Barthes revelaba siempre lo cultural y lo ideológico que había tras cada expresión, subrayando su convencionalismo y se lamentaba de que el cine hubiese sido durante muy poco tiempo un arte primitivo

b) La semiología cinematográfica, con su distinción entre imagen connotada y denotada, y con su estudio sobre el problema de la articulación en unidades del texto fílmico y su proyección narrativa. En todas las artes de la imagen hay un mensaje denotado, que es el propio analogon, y un mensaje connotado, que es el modo como la sociedad ofrece al lector su opinión sobre él. El “estilo de reproducción” de la realidad no es solamente un contenido virtual que se incorpora o no a la interpretación, esto es, un sistema de signos digamos universal, sino también una retórica de época.

Va a distinguir una triple connotación en la imagen: la perceptiva, la cognoscitiva y la ideológica. Lo difícil con la imagen es describir el sentido enmascarado.

El segundo problema es la articulación en unidades. Las unidades semánticas del lenguaje natural son discontinuas, mientras que las del código cinematográfico son analógicas. ¿Cómo hacer una descripción semántica del sistema de signos cinematográficos, cuando su código es analógico, continuo y, sin embargo el código metalingüístico es discontinuo? ¿Qué significantes corresponden a los significados? ¿Cómo fragmentarlos si su visión es continua, no discreta?

Para Barthes, esta no es una civilización de la imagen, sino una civilización de las palabras. Los objetos significan a través del habla, a través de lo que de ellos se dice (por ej.: la ropa que está de moda). En el cine, una imagen significa lo que pueda decirse de ella. Por tanto, el problema es la no homología entre dos códigos (uno analógico de imágenes y otro lingüístico, discontinuo y discreto).

c) Su idea del sentido obtuso o tercer sentido, como nivel analítico, muy en relación con el concepto de punctum (pinchazo, pequeña mancha o corte, que despunta, que pincha al observador, que le

Para Barthes, esta no es una civilización de la imagen, sino una civilización de las palabras. Los objetos significan a través del habla, a través de lo que de ellos se dice (por ej.: la ropa que está de moda).

hiere) fotográfico. En un fotograma de Iván el terrible, distingue tres niveles: a) el de la comunicación: el mensaje denotado por la anécdota, la historia contada, b) el simbólico al que esas imágenes remiten (el oro: riqueza, poder...) y c) el tercer sentido, muy difícil de describir, que se impone al espectador, reclamando su atención por medio de la compacidad del maquillaje, el carácter pesado del peinado postizo, es un estar ahí de la teatralidad, que excede a la necesidad referencial. Barthes le llama significancia. Mientras que el segundo nivel es intencional y procede de un léxico de los símbolos, intercambiable, compartido por

una comunidad, y va delante de nosotros, es decir, es un sentido obvio, el tercer nivel impone un sentido obtuso, huidizo, resbaladizo, que no se consigue describir por medio de un metalenguaje crítico, porque en rigor es la propiedad de la imagen de ser sólo imagen. Curiosamente la especificidad de lo fílmico radicaría en este tercer sentido.

Lo fílmico estaría perceptible en los fotogramas de Eisenstein, el expresionismo de Dreyer o los excesos visuales de Fellini. Cada fotograma es absolutamente significativo, sin que haya que esperar al siguiente. Esto enlaza con su idea de “significado en suspenso”,

que busca en “El ángel exterminador”.

Trascendiendo el argumento

No es posible saber si un hombre fue feliz hasta que murió.

Proverbio antiguo.

Cuando nos enfrentamos a la posibilidad de emplear la narración como parte de la actividad psicoterapéutica, nos encontramos con la necesidad de una búsqueda de marcos conceptuales. Esto es así tanto para fundamentar la intervención en sí como para trazar las líneas de conexión entre la narración del paciente y el argumento de la película. Nos preguntamos si sería posible la elección de una determinada película, no tanto a partir de su contenido sino teniendo en cuenta también su posible estructura.

Repasaremos, en las siguientes líneas, dos teorías diferentes, el estructuralismo y la fenomenología, enfrentadas ante el problema de las narraciones. Como veremos, ambas, aunque a través de presupuestos diferentes, tratan de conseguir una universalidad al fenómeno de las narraciones, que trascienda la subjetividad. Si bien para el modelo estructuralista, esto resulta un tanto obvio (la estructura es un universal que subyace), no lo es tanto para la fenomenología, por lo que recorreremos las similitudes entre el relato histórico y el relato científico, a fin de determinar lo común a la narratividad.

Para introducir el tema de estructuralismo y narración, comenzaremos repasando en análisis que el formalista V. Propp sobre el cuento ruso. Este autor rechaza clasificar los cuentos a partir de su tema o su motivo, delimitando como elemento estable en el relato lo que él llama función, y que define como la acción de un personaje definido desde el punto de vista de su significado en el desarrollo de la trama.

El número de funciones que contiene el cuento ruso es limitado, asunto común para los formalistas y los estructuralistas, ya que esto implica un número de fenómenos innumerable, mientras que las estructuras subyacentes son finitas.

Propp introduce otro postulado al establecer una especie de lógica del relato. Este postulado nos dice que el orden de las funciones no puede ser arbitrario, produciéndose conforme a una serie de conexiones típicas.

Hay pues una serie limitada de funciones –treinta y una exactamente según Propp- que pueden designarse como ausencia, prohibición, reconocimiento, violación, fraude, liberación... La

Ambas, tratan de conseguir una universalidad al fenómeno de las narraciones, que trascienda la subjetividad. Si bien para el modelo estructuralista, esto resulta un tanto obvio

acción se vincula a una función que Propp denomina mala acción y que es la que proporciona al cuento su movilidad. Esta mala acción define la situación inicial, y la acción solo termina cuando se restablece la situación inicial. Las funciones al vincularse entre sí, dan lugar a los cambios de la trama, como la petición de socorro, el auxilio, la partida del héroe o la revelación del mal, poniendo en movimiento al protagonista en su búsqueda. Hay una lógica de la acción y del encadenamiento, pero también una necesidad estética. El paso de las funciones a los personajes se produce a través del concepto esfera de la acción (villano, proveedor, colaborador, la persona buscada, quien envía al héroe, éste último y el falso héroe), que además puede repartirse entre varios personajes.

Tomado así, lo que tendríamos es una protoforma del cuento ruso, lo cual es más formalista que estructuralista, al referirse a estructuras superficiales más que profundas. Los siguientes estudios, lo que han perseguido es elaborar un modelo que dependiera menos del orden cronológico.

El modelo de Greimas persigue el elaborar una sintaxis de las relaciones mutuas que pueden establecerse entre los papeles típicos de los personajes en el plano de las estructuras profundas. Además, trata de trascender el problema de la secuencia cronológica del

Las funciones al vincularse entre sí, dan lugar a los cambios de la trama, como la petición de socorro, el auxilio, la partida del héroe o la revelación del mal, poniendo en movimiento al protagonista

relato, con demasiado peso en el encadenamiento de las funciones de Propp, a fin de dar paso a una estructura acrónica, es decir, formada por relaciones no sucesivas.

Greimas parte de los agentes y de sus esferas de acción, tomado como punto de partida clave las oposiciones binarias (X versus Y). Surge así el llamado modelo actancial.

La primera categoría actancial opone el sujeto al objeto, y posee una base sintáctica del tipo A desea a B (que se correspondería en el inventario de Propp

con: el héroe comienza a buscar a la persona que desea encontrar).

La segunda categoría actancial se basa en una acción comunicativa, formada por la relación que existe entre el remitente y el destinatario (según Propp, nos encontraríamos con la persona, un rey o un mandatario, por ejemplo, que envía al héroe).

El tercer eje actancial es pragmático, y conlleva una oposición entre colaborador y oponente.

En el modelo se combinan tres tipos de relaciones: desiderativas, comunicativas y activas, que se basan a su vez, en una oposición binaria. Para ver como funciona, un ejemplo: el filósofo clásico es el sujeto que afronta el mundo como un objeto; dicho mundo, el

objeto comunicado por Dios a la humanidad; el espíritu, el elemento colaborador y la materia, el oponente.

El modelo fenomenológico toma otro punto de partida, también atrayente en la aplicación de las narrativas, en general, y el cine, en particular, a la psicoterapia.

Mediante el relato, reflexionamos sobre los acontecimientos, al volverlos a contar y a escribir.

Ricoeur, al tratar el problema de las estructuras del relato y de las relaciones entre trama y cronología, señala que la temporalidad es una estructura de la existencia que accede al lenguaje mediante la narratividad, mientras que ésta es la estructura lingüística que tiene como último referente dicha temporalidad.

A través del análisis del relato, se pueden ver las diferencias establecidas por Heidegger entre intratemporalidad, la historicidad y la temporalidad en cuanto a tal.

El estructuralismo, no se interesa en absoluto por el propio aspecto temporal de los relatos que trata de reconstruir a partir de sus modelos descronologizados. Parece dar por hecho que el tiempo consiste en una especie de extensión cronológica, en un tiempo lineal definido por una sucesión de instantes. Como sus ejemplos suelen ser relatos de búsqueda épica, parece en efecto que todo se desarrolle como una mera sucesión de segmentos narrativos. Otorga pues dos únicas posibilidades al tiempo en el relato: el acronismo del código o la cronología lineal del mensaje.

El filósofo clásico es el sujeto que afronta el mundo como un objeto; dicho mundo, el objeto comunicado por Dios a la humanidad; el espíritu, el elemento colaborador y la materia, el oponente

Para Ricoeur, lo fundamental reside en la capacidad de seguir y de contar una historia. En primer lugar, para poner de relieve los rasgos temporales de la actividad narrativa, hay que fijarse en su correlato, la trama, que incorpora a la noción de acontecimiento, su carácter histórico. Un acontecimiento, para ser histórico, ha de definirse conforme a su participación activa en el desarrollo de una trama.

El desarrollo de la historia, nos impele a seguir adelante y respondemos a dicho impulso creándonos expectativas sobre el comienzo y el final del todo el proceso. El final de la historia, en este sentido, es el polo de atracción de todo el proceso, pero este final narrativo no puede ni deducirse ni predecirse. Es este punto el que resulta crucial para el proceso de identificación (necesario en la aplicación al campo de las psicoterapias), ya que estas características temporales de la narración (su historicidad) permiten

abrir la propia historicidad del paciente y considerar narraciones vitales más abiertas. No puede existir una historia sin que nuestra atención esté en vilo debido a numerosas contingencias, por lo que un final más que previsible, lo que ha de resultar es aceptable.

Muchas de las narraciones de los pacientes se vuelven patológicas en este punto, en anclar los finales a lo previsible más que a lo aceptable; es de esta forma una de las maneras en las que se manifiesta la rigidez de las narraciones patológicas.

Al mirar hacia atrás, hacia los episodios que dan lugar a ese final, hemos de poder constatar que éste requería que se produjeran esos acontecimientos y ese encadenamiento de la acción. A su vez, esa mirada retrospectiva, es posible debido al movimiento teleológicamente orientado por nuestras expectativas cuando seguimos una historia.

Resulta pues evidente que el acto de contar sitúa el relato en el tiempo, pero no es un modo de reflexionar sobre el tiempo, sino que lo asume como algo evidente. Situación que se corresponde con la intratemporalidad de Heidegger.

El tiempo del relato pone además de relieve, otro aspecto del estar en el tiempo. Se refiere a la primacía del presente en la

El relato, incita a llevar a cabo una reinterpretación del decir presente. Esto se ve de manera clara para toda una categoría de relatos, aquellos que Propp y Greimas sitúan en los relatos de búsqueda,

preocupación. Decir ahora, consiste en interpretar el hacer presente que la preocupación privilegia, a expensas de la expectativa y de la retención. El relato, incita a llevar a cabo una reinterpretación del decir presente. Esto se ve de manera clara para toda una categoría de relatos, aquellos que Propp y Greimas sitúan en los relatos de búsqueda, en los que la actividad narrativa es la expresión discursiva privilegiada de la preocupación y de su hacer presente.

Por un lado, el hacer presente del relato, es el instante de la acción, el momento en que el actante, una vez que posee un conocimiento no representativo sobre lo que ha de hacer, actúa. Sin embargo, en el momento de la acción en el que el agente se hace cargo de sus circunstancias y añade su actividad al curso de las cosas, las indicaciones temporales suministradas por la cadena significativa de los objetos manipulables tienden a subrayar la primacía del tiempo del mundo sobre el de la acción. El fenómeno de la intervención, por lo tanto, en el que se vinculan el orden del mundo y nuestro poder hacer, da lugar a lo que podríamos llamar la estructura de la intersección característica de la intratemporalidad, que oscila entre el tiempo vulgar y la verdadera historicidad.

Todo relato, combina dos dimensiones: la episódica y la configurativa.

La dimensión episódica se pone de manifiesto al seguir las contingencias que afectan al relato. Pero al mismo tiempo, se elaboran totalidades significativas, de forma que el arte de contar no consiste solo en añadir unos episodios a otros.

Por lo tanto, contar y seguir una historia, requiere que seamos capaces de obtener una configuración a partir de una sucesión. Ahora bien, esta estructura tan paradójica implica que todo relato pueda concebirse como un enfrentamiento entre su dimensión episódica y su dimensión configurativa, entre la secuencia y la figura.

El tiempo del relato, en su dimensión episódica, tiende a representarse linealmente, como un tiempo vulgar: los episodios se disponen conforme a un orden irreversible propio de los acontecimientos humanos y físicos.

La disposición configurativa convierte la serie de acontecimientos en una totalidad significativa que depende del hecho de considerar conjuntamente. Gracias a éste, la trama puede abarcarse con un solo pensamiento, como sucede con el *mythos* de la tragedia, el *maschal* hebraico o la parábola bíblica. Es esta disposición configurativa la que se ha remarcado en la aplicación de las narraciones a la psicoterapia, pero sin considerar, primero, el aspecto temporal y segundo, la propia capacidad de narrar y de seguir una historia por parte del paciente. Es más, parece como si la capacidad metafórica que se utiliza en los relatos terapéuticos dependiese en última instancia de la consideración del tiempo como historicidad, ya que solo así se puede fundamentar una dimensión configurativa. El tiempo lineal, solo permite alcanzar una dimensión episódica.

Es más, parece como si la capacidad metafórica que se utiliza en los relatos terapéuticos dependiese en última instancia de la consideración del tiempo como historicidad.

La configuración de la trama nos permite retomar y comprender la serie de acontecimientos a partir del final de la historia. Esto aproxima a la idea de la repetición, que es la clave de la idea de historicidad.

Mientras que el aspecto episódico señala la estrecha similitud conceptual que existe entre el estar en el tiempo y el tiempo abstracto, el aspecto configurativo pone de relieve la afinidad que existe entre la intratemporalidad y el nivel más profundo de la temporalización, la historicidad.

La repetición ha sido señalada por el propio Heidegger como la experiencia fundamental mediante la que la extensión temporal (una de las tres características principales de la historicidad) se encuentra arraigada en la unidad profunda del tiempo. Dice Heidegger: cada uno se acepta como destino en la repetición de su herencia transmitida y recibida. La repetición es la tradición expresa o, dicho de otro modo, el retroceso a las posibilidades del Dasein sido. El vínculo que existe entre el destino y la repetición constituye, por tanto, el núcleo de la noción de historicidad. La repetición consiste en que cada uno se repita a sí mismo.

Frente al análisis de Propp, quién supeditó lo cronológico a lo lógico a través de la segmentación y la concatenación de funciones, la propia búsqueda es un mero residuo diacrónico, una especie de retraso o de suspensión de la epifanía del orden. La alternativa a la descronologización es la repetición. Repetición como señal de historicidad podría constituirse en una especie de marcador sobre la posibilidad de elegir un foco en una psicoterapia o la necesidad de realizar un trabajo sobre los aspectos del desarrollo y la infancia del paciente.

En muchos cuentos, se relata un episodio inicial que no introduce solamente la mala acción que ha de ser eliminada, sino que sitúan al héroe en un espacio y un tiempo primordiales que se parecen más al ámbito del sueño que de la acción (ej. cuando Caperucita se pierde en el bosque). De esta forma, logran vincularse dos cualidades del tiempo, la circularidad del viaje imaginario y el carácter lineal de la búsqueda en cuanto a tal. La repetición, en aquellos otros relatos de viaje, tiende a convertirse en el elemento primordial, cuando este viaje toma la forma de un retorno al origen (ej. Ulises). Por último, la propia historicidad puede encontrarse en aquellos relatos en los que el regreso al origen no es una fase preparatoria del relato principal ni requiere el duplicado de un viaje circular, en esos relatos la repetición constituye la propia forma temporal (Ej. Las confesiones de San Agustín). La búsqueda aquí ha sido asimilada por el propio movimiento que llevó al héroe a convertirse en lo que es. La memoria ya no es el relato de una serie a aventuras externas que se prolongan a lo largo del tiempo, sino el movimiento en forma de espiral, que iguala el presente al pasado, lo efectivo a lo potencial. Se trata de apreciar lo que puedo ser en lo que he sido, por lo tanto no es una repetición onírica sino decidida a afrontar el futuro.

El vínculo que existe entre el destino y la repetición constituye, por tanto, el núcleo de la noción de historicidad. La repetición consiste en que cada uno se repita a sí mismo.

Bajo estos presupuestos, es posible considerar la llamada identidad narrativa. El primer lugar habría que precisar que el término identidad se corresponde con dos raíces latinas, ipse e idem. Idéntico es lo inmutable, lo que no cambia con el tiempo. El segundo sentido, ipse, se refiere a lo propio y su opuesto no es diferente, sino otro, extraño.

Las tres grandes posiciones respecto a la identidad, pueden resumirse del siguiente modo. En primer lugar, la teoría de la acción, considera que el sí mismo se designa como agente. En la teoría de los actos de habla el sí mismo se designa como hablante. Por último, en la teoría de la imputación moral, el sí mismo se designa como sujeto responsable. En el relato, la identidad es una identidad dinámica, al ser forjada a través de la historia. En la historia contada, debido a su carácter unitario y completo que le confiere la operación de elaborar la trama, el personaje muestra una identidad correlativa a la de la propia historia.

Afín al problema de la identidad narrativa, se sitúa el de la apropiación que lleva a cabo el sujeto real –por ejemplo, el lector– de los significados vinculados al héroe ficticio de una acción en sí misma ficticia.

Esta refiguración, según Ricoeur, no surge de un modo inmediato sino indirectamente, por la mediatización simbólica de la acción. Es el carácter figurativo del personaje el que se pone en juego en esta apropiación.

Existe otro referente conceptual en el problema de la identificación narrativa, el psicodrama.

Cine y psicodrama

El psicodrama nace cuando J. L. Moreno decide crear “un juego para salvar el mundo”; este juego no es otra cosa que el teatro llevado al terreno del psiquismo de cada uno, de su modo de vivenciar, de sus vivencias, de sus emociones, de sus encuentros y desencuentros. En el psicodrama la unidad de dramatización es la escena, escena que nos trae el protagonista, el sujeto que necesita en ese momento dramatizar; su escena que a la vez, al presentarse en estado naciente durante el proceso de dramatización trae a colación las escenas de la historia de cada uno de los agonistas, antagonistas, espectadores y del propio psicodramatista; escena que mediante técnicas como el doblaje, el espejo, el intercambio de roles, el soliloquio o la escultura puede verse modificada, llevando así a la

La memoria ya no es el relato de una serie a aventuras externas que se prolongan a lo largo del tiempo, sino el movimiento en forma de espiral, que iguala el presente al pasado, lo efectivo a lo potencial.

catarsis del sujeto que escenifica y de todo el grupo por medio de la catarsis de abreación y de la catarsis de integración.

Y ¿qué es una película sino una sucesión de escenas?. Cada escena tiene distinto número de personajes reales o imaginarios (por ejemplo un mar embravecido) frente a los que el protagonista se va desenvolviendo en medio de una trama. Muchas veces nos sucede no recordar nítidamente el argumento de una película y tan sólo nos vienen a la memoria unas pocas escenas muy concretas; tal vez por su fuerza, por su dramatismo, por su comicidad... escenas que impactan, que tienen que ver con lo nuestro; las escenas maestras, como la escena de la ducha en “Psicosis” o como cuando Víctor Laslow pone en pie el cabaret de Rick haciendo tocar la Marsellesa en “Casablanca” logran “enganchar” – esto es, conectar con una determinada escena íntima – de gran número de espectadores. Se salta de miedo o saltan las lágrimas por la emoción, es igual, toca nuestra escena profunda y hace liberar un sentimiento.

Como viene a postular Población Knappe (1989), nuestro inconsciente estaría escrito en escenas, escenas que salen engarzadas como cerezas de una cesta cuando se tira de la primera; no es raro que durante la dramatización de una escena salga a

Nos sucede no recordar nítidamente el argumento de una película y tan sólo nos vienen a la memoria unas pocas escenas muy concretas; tal vez por su fuerza, por su dramatismo, por su comicidad...

colación una escena del protagonista más antigua en el tiempo que, a su vez, engarza con otra escena anterior. Cabe la posibilidad de que tocando una de las escenas se llegue a modificar en nuestro interior una escena más profunda, tal vez hasta llegar a esa “escena primigenia” que postula este notable autor y psicodramatista.

El público se suele identificar, en general, con el protagonista, sea o no del mismo sexo, lo que nos puede permitir explorar, sin darnos cuenta, nuestra masculinidad o feminidad, según el caso; también es posible la identificación con agonistas o, más raramente, con antagonistas (en general “el malo”), lo que nos lleva, de algún modo, a remover nuestras propias escenas, a través de los personajes (léase nuestros roles) que llevamos dentro.

En una sesión de psicodrama es imprescindible un buen caldeamiento, tanto del grupo, como del protagonista, como de los demás actores que vayan a dramatizar la escena; de lo contrario, se dramatizaría “en frío”, resultando, en general, un fracaso al no poder entrar en escena: no es auténtico ni espontáneo. En el cine este caldeamiento suele correr a cargo de la música; esa arma que

muchas veces pasa desapercibido, embebidos en lo que sucede en la pantalla, despertando sentimientos, coherentemente conectado con la imagen. Al igual que sucede durante el caldeamiento, la conciencia parece crepuscularizarse, cambia la percepción del espacio y del tiempo... uno se “mete” en la escena y la vive. ¿quién no ha gastado la broma en una película de miedo, en un momento de máxima tensión de tocar a nuestro amigo o pareja haciéndole dar un bote en la butaca?. Para él es totalmente real en ese momento, Drácula le acaba de coger la rodilla....

De ahí la maestría del equipo cinematográfico cuando es capaz de arrastrar al público a la escena, coordinar acción, ambiente y música, efectos especiales...; y el fracaso cuando esa escena se ofrece “en frío”, sin preparación, desenfocada o desencuadrada, o con música demasiado estridente... o de un modo totalmente previsible según el paranoidismo del propio espectador.

Una película podrá tener o no efecto catártico en función de su capacidad para caldear al espectador, traer a colación sus escenas y, finalmente, dar alguna pista para que pueda darlas un nuevo enfoque, que pueda también identificarse con los otros roles (antagonista, agonista...) realizando así su integración. Esto puede explicar cómo lo muy explícito puede no decir nada al sujeto, mientras que aquello que se insinúa y que requiere una participación más activa del espectador para captarlo puede resultar mucho más catártico.

En el cine este caldeamiento suele correr a cargo de la música; esa arma que muchas veces pasa desapercibido, embebidos en lo que sucede en la pantalla, despertando sentimientos.

Pasamos ahora a describir los casos, en los que aplicamos nuestro procedimiento.

Caso E

Paciente de 41 años. Casada hace 3 años. Con 1 hija de poco más de dos años. Es la mayor de 4 hermanos y procede del sur de España, donde aún reside su familia. Hace algo menos de dos años viene a vivir con su marido, militar al que trasladan, a nuestra ciudad. Aquí casi no conoce a gente. Debido a este traslado, abandona su actividad laboral previa como auxiliar administrativa.

Entre sus antecedentes destaca que hace unos 8 años tuvo un intento de suicidio y una “depresión” que tardó “más de año y medio en superar” tras fallarle una relación sentimental que tenía.

Consulta en nuestra Unidad en el mes de Febrero de 2001 tras expresar sus quejas al no sentirse bien atendida por el psiquiatra de la USM que le corresponde. Aún así sigue acudiendo a las citas que tiene programadas con la psicóloga de la misma.

En esa primera entrevista narra como entró a trabajar en una empresa aquí en Lugo, pero como las cosas se fueron deteriorando, “tragué lo que no está escrito”, “me humilló y ridiculizó delante de gente”, refiriéndose a su jefe, “el mismo trabajo me lo mandaba hacer varias veces”. Los síntomas que relata son de llanto, ansiedad, sentimientos de inutilidad, cambios de humor, rechazo hacia su hija, desinterés hacia la casa, astenia, clinofilia, deseos de muerte y amenazas de suicidio. Se pauta medicación antidepressiva y ansiolítica y se cita a revisiones de frecuencia mensual, continuando con sus entrevistas con su psicóloga.

En la primera revisión refiere encontrarse regular, lo que choca con lo bien arreglada que acude a la consulta. A partir de dicha revisión siempre dirá encontrarse mal o muy mal. En Mayo cambia de psicóloga, yendo a una consulta privada. En estas entrevistas se aprecia como la relación con su esposo se va deteriorando (¿hablaba de él sin saberlo cuando se refería a su jefe?), insistiendo ella en que se le explique a él como la medicación y la depresión la afectan para no querer tener relaciones sexuales, cosa que él dice saber y asumir, sin que nosotros digamos nada en ese sentido. En Junio es vista en Urgencias por lo que es valorada por el psiquiatra que la atiende como un parasuicidio, tras una discusión con su pareja. Tras

Los síntomas que relata son de llanto, ansiedad, sentimientos de inutilidad, cambios de humor, rechazo hacia su hija, desinterés hacia la casa, astenia, clinofilia, deseos de muerte y amenazas de suicidio.

esto sus demandas parecen dispararse y los enfrentamientos con su marido se suceden cada vez con más frecuencia. Se le plantea que de seguir así la situación tal vez la alternativa pase por una hospitalización que la pueda aislar temporalmente de su familia, cosa que rechaza.

Durante mis vacaciones, se van a su ciudad de origen, y nada más incorporarme, me llama por teléfono desde allí para decirme que estuvo ingresada por un intento de suicidio y que se encuentra muy mal, por lo que quiere saber si la puedo recibir al día siguiente si consigo ya hoy billete de avión. Acordamos que me llame cuando esté en Lugo y fijaremos entonces la cita.

Al día siguiente me llama un psiquiatra de dicha ciudad para decirme que está con ella, tras acudir sola a dicho hospital para pedirle unas recetas de psicofármacos, pero que él no se atreve a dárselas debido a que hace unos días estuvo en el Servicio de Urgencias y luego varias horas ingresada en observación por una sobreingesta de fármacos voluntaria, aunque no llegó a ingresar en la Unidad de Psiquiatría. Por cierto, aprovecha para preguntarme si

conozco un texto determinado de Psiquiatría Forense y saber que opino del mismo.

A los dos días tanto la paciente como su marido me llaman demandando para esa misma mañana una entrevista pues ya están en Lugo y “está muy mal”. Me parece conveniente posponer la entrevista para el día siguiente y les indico que si la situación es tan grave deben acudir a Urgencias y allí se valorará su posible ingreso. Se comenta la situación con el psiquiatra que está ese día de guardia, que además es otro de los autores de este texto y que había quedado encargado de atender a la paciente durante mis vacaciones si había alguna demanda en ese sentido.

Al día siguiente acuden a la cita programada que tenían y la actitud de la paciente es de llanto continuo, con quejas de ansiedad, amenazas de suicidio, reproches mutuos con su esposo y quejas de que no se le está dando el fármaco adecuado, de que su psicóloga está de vacaciones y de que no puede seguir así. Se la plantea que debería procederse a un ingreso en el que se la aislase temporalmente de su situación, sin visitas ni llamadas, de cara a que pudiera reflexionar sobre lo que ocurre sin ningún tipo de presiones. Lo acepta con una gran dosis de dramatismo.

Al día siguiente relata las escaladas de pareja que mantienen. Su marido, nos dice, le echa en cara su dedicación a “las manualidades” y el “poco caso que le hago a él y a la niña”. “Cuando se enfada se pone de muy mal humor, entonces yo me pongo muy nerviosa, le entro al trapo y aún es peor”. “Luego, pienso que ya no me quiere y hace eso para que yo me vaya, para deshacerse de mí”. Otras frases a destacar son: “La niña quiere estar junto a él, pero él piensa que yo se la mando al despacho, para que a mí no me dé la lata”. “La autoestima la tengo muy baja. Según mi marido no valgo como madre ni como mujer, al menos ahora. Yo quiero curarme para demostrarle...”

Se la plantea que debería procederse a un ingreso en el que se la aislase temporalmente de su situación, sin visitas ni llamadas, de cara a que pudiera reflexionar sobre lo que ocurre sin ningún tipo de presiones.

Posteriormente la paciente se queja de aburrimiento y de echar en falta visitas. Le preguntamos si le gusta el cine y al afirmar que sí, se la da la película “El jeque blanco” de Federico Fellini. Mientras la ve, hace comentarios del estilo: “Esta película es un rollo”, “Yo no sé porque el médico me manda ver esto, cuando lo que necesito es ver a mi marido”, “Cada vez entiendo menos al médico”.

“El jeque blanco” cuenta la historia de unos recién casados que

llegan a Roma en viaje de novios. La protagonista es una joven muy sentimental, que ha vivido siempre en el pueblo, cuya mayor ilusión sería conocer en persona al romántico protagonista de su serie favorita de fotonovelas, el jeque blanco. Su marido es mayor, y su gran interés está en presentar a su joven esposa a todos sus familiares y en acudir al Vaticano, donde serán recibidos por el Papa. Al saber que los estudios donde se realizan las fotonovelas están cerca del hotel, nuestra protagonista finge ducharse y se dirige hacia allí, donde ve a su jeque; pero montan en vehículos para rodar exteriores y al ser requerida sube en uno de ellos, totalmente prendada de su idealizado personaje, quien resulta no ser tan romántico en la vida real, sino todo lo contrario, si bien fingiendo serlo, consigue seducir a la protagonista, quien al darse cuenta de la verdad, tiene un amago suicida, para acabar su esposo recogiénola en un hospital, después de haber ido sorteando durante todo el tiempo las preguntas de sus familiares. Nos parece una magnífica descripción del mundo romántico, sentimental, impresionable dedicado a los ensueños y con la idealización del objeto de amor romántico y su posterior caída, en el que vive la persona de estilo histérico (Shapiro).

A la mañana siguiente en la entrevista me dice que no le gustó nada la película, “era de Federico Fellini, y además muy antigua”. “A mí

Pensamos que no está de más recordar algunas observaciones de Metz respecto al placer y el displacer en el cine, cuando señala cómo algunas películas pueden generar displacer en el espectador.

me gustan más las de acción, ciencia-ficción y sobre todo las románticas”. A este respecto, pensamos que no está de más recordar algunas observaciones de Metz respecto al placer y el displacer en el cine, cuando señala cómo algunas películas pueden generar displacer en el espectador, por acercarse demasiado a sus deseos reprimidos, activando una reacción defensiva.

Se le pregunta acerca de las simpatías y rechazos que le crean los protagonistas y su primer comentario es de rechazo absoluto hacia la protagonista “por pueblerina e ingenua”. En cuanto al marido “es el que más sufre por el comportamiento de su mujer” y cree que actúa del modo adecuado al intentar por todos los medios que la situación de su esposa no trascienda, “intenta tajarla y que no se entere el resto de la familia”. El personaje del jeque blanco le parece un creído, que se las da de conquistar a todas las mujeres que quiere y al final “aún encima es dominado totalmente por su esposa”.

Le pregunto cómo actuaría ella puesta en la situación de cada uno de los protagonistas del film. En primer lugar dice que si ella fuese

el marido actuaría exactamente igual. La posibilidad de ponerse en el sitio de la protagonista le parece imposible, puesto que “no tengo absolutamente nada que ver con ella”. Sin embargo, al seguir hablando, cuenta como la protagonista, de la cual y a diferencia de los demás personajes no es capaz de recordar el nombre, es una mujer de “ideas fijas”, que “sacrifica y llega a poner en peligro su situación personal” por una de esas ideas “que se le meten en la cabeza” y que “además no vale la pena en absoluto”. En este punto le sugiero que tal vez ella también es una persona con facilidad para que se le metan esas ideas fijas de las que habla. La paciente efectivamente reconoce la similitud y lo “testaruda” que puede llegar a ser cuando se “empeña en algo”, reflejando que también la protagonista de la historia se quiere suicidar y se tira al agua y va a caer en un sitio en el que sólo hay dos palmos de profundidad. Al señalarle el uso del “también” es capaz de reírse y la entrevista continúa viendo como tanto una como la otra efectivamente viven estas situaciones con especial dramatismo. Este dramatismo aunque más controlado vuelve cuando habla de cómo sufre el marido de la protagonista y como se la lleva del hospital procurando tapar la situación. Ve el parecido con su marido en que intenta ocultar lo que está pasando ella al resto de la familia.

Continúa ante nuestras preguntas diciendo que su “jeque blanco” ha sido la limpieza de la casa y posteriormente las manualidades que inició por recomendación de la psicóloga que la trataba y en las que se metió de tal modo que “abandonaba a mi marido y a mi hija” por hacer estas cosas.

Al señalarle el uso del “también” es capaz de reírse y la entrevista continúa viendo como tanto una como la otra efectivamente viven estas situaciones con especial dramatismo.

Le sugiero que le ponga, dado que no recuerda el verdadero nombre a la protagonista, y en principio se le ocurre “Laura, como mi hija”, pero al decirle si le parece que corresponde con ese nombre, lo cambia inmediatamente por “Teresa”, añadiendo que ella nació el día de Santa Teresa. A continuación le propongo “ganarse el alta” en los próximos días si es capaz de identificar a “la Teresa” que hay dentro de ella, tanto en el pasado como en el presente y el futuro y ver como se la puede manejar de modo que garanticemos que el alta tenga posibilidades de ser exitosa. Le pido que lo escriba y lo acepta con gusto. En términos más dinámicos podríamos decir que intento pasarla de una posición dual de “herida narcisista” a una triangular de “noción de conflicto”, favoreciendo la aparición de un yo observador y de un mayor distanciamiento y desdramatización de su situación.

Al día siguiente trae escritos varios folios en los que relata los momentos de su vida en que aparece esa “Teresa” con la que ahora dice querer acabar. Me cuenta como “siempre creí que la persona que tenía una idea, tenía que defenderla hasta la muerte sin pensar si estaba acertada o errónea. Si no lo hacía así era por ser débil o no haber defendido su idea”.

Le señalo como me sorprende que no le encuentre ningún defecto al marido de la protagonista y me insiste en que cree que actuó correctamente, aunque tras pensarlo lo pueda ver como un hombre que planifica todo demasiado y él solo y por su cuenta. Cuando pasamos a hablar de su marido, me dice que es distinto. En la casa hablan absolutamente de todos los temas y deciden entre ambos. El mayor defecto que él tiene “es que es igual a mí, muy mandón”, lo que fácilmente puede llevar a que choquen “si no hablamos mucho”. Cuando le pregunto por el entendimiento que hay en el área sexual, me dice que hasta la depresión era “total”. Luego “yo me bloqueaba y no sentía nada, me era imposible”, pero “la psicóloga nos dijo que era la medicación”. Dice que si hay en estos temas alguna dificultad la hablan y se resuelve. Al preguntarle si es que entonces las hubo, me dice que “sí, pero de tan poca importancia que ya ni me acuerdo”. Insiste en que sus planteamientos actuales son de cambiar radicalmente sus actitudes,

Le pido que lo escriba y lo acepta con gusto. En términos más dinámicos podríamos decir que intento pasarla de una posición dual de “herida narcisista” a una triangular de “noción de conflicto”

lo cual nos parece positivo si lo comparamos con la situación de la semana pasada de total pasividad buscando el medicamento que le solucionase totalmente su malestar.

Al día siguiente trae nuevos comentarios sobre la película. Dice que se ha centrado más en el personaje del marido, del que recuerda que se llama Iván, y cree que en parte es culpable de lo que sucede por programar todas las actividades sin contar con ella.

Aún así dice identificarse más con él que con ella, por la forma en que salva la situación delante de la familia. Dice sentirse muy contenta por irse al día siguiente de alta y cree que las cosas van a seguir bien en la casa.

Evidentemente no se ha producido un cambio en la estructura de la personalidad de la paciente ni los conflictos tanto internos como relacionales se han desvelado totalmente y mucho menos resuelto, pero pensamos que en los nueve días que dura el ingreso sí se ha producido una cierta reorganización defensiva y un cambio de actitudes importante, así como un marcado alivio del sufrimiento que la situación conllevaba.

En las siguientes revisiones tras su alta, sigue encontrándose bien,

se va rebajando la medicación y en Febrero de 2002 nos cuenta que por su cuenta dejó de tomar la medicación hace un mes. Tiene sólo dos problemas: nulo apetito sexual y “eso no puede seguir así, pues mi marido... ya llevamos tres años así” y “unas ganas imparables de comer”. Continúa tratamiento psicológico.

Caso M

Paciente de 35 años de edad, soltero, vive con sus padres, y desde tres meses antes de su primer ingreso trabaja como viajante. Previamente tuvo un estanco, pero no fue bien. Ingresó en nuestro Servicio por primera vez en Marzo de 2001 enviado por su psiquiatra con diagnóstico de “Trastorno bipolar, fase depresiva”. Refiere como único antecedente de interés cefaleas en racimos, por las cuales toma Tegretol durante temporadas. Según relata presenta un cuadro de 10 años de evolución con supuestas fases depresivas y otras de supuesta euforia, sin que quede claro el curso de las mismas.

Refiere que “cuando tengo un trabajo me vuelco tanto que me olvido de todo”. Fue tratado con litio, pero sin éxito. Cuenta que al empezar a trabajar, comenzó a dormir mal, y a asustarse ante la posibilidad de tener un accidente por dicho motivo. En relación con el tema de despertarse a tiempo para trabajar refiere escuchar por las noches la voz de una mujer, aunque sin juicio de realidad positivo. Quejas de anorexia, afecto depresivo, irritabilidad, ideas autolíticas y autolesiones golpeándose en mano derecha. Llama la atención que una vez ingresado, está notablemente mejor y ahora habla de que veía a la señora que le hablaba, si bien ahora sabe que no es real. Se sigue golpeando la mano cuando recibe mínimas frustraciones. Tras su alta pasa a Hospital de día, pensado como forma intermedia, antes de volver a situación externa, que le sigue creando angustia. En los meses siguientes acude varias veces a Servicio de Urgencias y reingresa cuatro veces en la Unidad, siempre en relación a autolesiones en la misma mano o a ideas de suicidio.

Quejas de anorexia, afecto depresivo, irritabilidad, ideas autolíticas y autolesiones golpeándose en mano derecha. Llama la atención que una vez ingresado, está notablemente mejor

En último ingreso, cuenta que el fin de semana le murió un amigo en accidente de tráfico, y que esto le afectó mucho. Se intenta cambiar su discurso, centrado en medicación y dosis, y especialmente al ir comprobando psicogénesis y rentismo, que parece evidente, y surgen varias muertes más de amigos, pero también la de su hermana pequeña, que se le “soltó de la mano” cuando él tenía 5 años y la atropelló un camión.

Se le pone la película “Recuerda” de Hitchcock, la cual pensamos no es necesario relatar por ser muy conocida, y sin ninguna dificultad, pero también con muy poco impacto emocional, relaciona sus autolesiones en la mano derecha con que su hermana se le soltase de dicha mano. Eso sí, nos permite hablar de los miedos que sentía, y cuenta como durante mucho tiempo cogía la foto de su hermana y le hablaba.

Cuenta que la película le sugiere como “algo que pasa en la infancia, puede marcar toda la vida de una persona” “Me siento algo (aunque no tan exagerado) identificado con el protagonista, pues a mi me murió una hermana de accidente del cual me siento culpable”. “Este hecho marcó mi vida, aún hoy”. Continúa con como “la culpabilidad de un hecho ocurrido hace muchos años puede hacer a una persona sentirse culpable toda la vida de hechos que no tienen nada que ver”. Por último, piensa que la película sugiere como el amor puede hacer más llevaderos estos problemas, puede “ayudar, no a olvidar, pero si a convivir con los problemas del pasado”.

Todo esto, junto con el desvelamiento cuidadoso y parcial de su rentismo, ayuda a reenfocar el caso ante el paciente y su familia hacia un tratamiento psicoterapéutico. Aún así, en algún momento vuelve por Urgencias, según nos consta.

Por último, piensa que la película sugiere como el amor puede hacer más llevaderos estos problemas, puede “ayudar, no a olvidar, pero si a convivir con los problemas del pasado”.

Caso M. P.

Ingresa por primera vez en nuestro Servicio en Abril del 99. Entonces tiene 24 años y refiere clínica de unos cinco años de evolución de carácter depresivoansioso. Unos meses antes intento autolítico, definido por el psiquiatra que la valora en Urgencias como de carácter parasuicida, tras cortar relación con novio. Tras esto, empeoramiento, que se agrava en días previos a su ingreso, al negarse a comer y a tomar la medicación, volviendo a referir ideas de suicidio. Vive con sus padres. Tiene una hermana casada. Su padre es carpintero y refiere buena relación con él. Con madre, parece que las cosas no van tan bien. La paciente que ha hecho F.P. es la encargada de cuidar las vacas que tienen.

Cuenta que tiene un amigo que fue su primer novio y al que sí le puede contar “todo”. Lo dejaron porque “se acabó el amor”, aunque siguieron siendo amigos íntimos.

“Tal vez sea rara, si se me mete algo en la cabeza, nadie me lo desmonta. Mi madre dice que soy muy terca. Tal vez”. Cuenta que no tiene ningún proyecto en su vida. “Tal vez ya sea demasiado mayor para salir”.

A los pocos días se encuentra mejor y solicita el alta, animada al llamarla de nuevo de una gran superficie comercial para trabajo. En Noviembre de 2001 reingresa, tras haber estado todo este tiempo en seguimiento con un psiquiatra particular. El motivo de ingreso es que de nuevo se ha encerrado en su habitación y se pasa el día en cama, llorando, sin comer y sin tomar el tratamiento. En la entrevista cuenta que todo ha ido regular hasta que le dieron Anafranil intramuscular y luego oral. Cuenta que pasó una buena temporada hasta ahora. Relata muchas broncas con sus padres en la casa, de donde se quiere marchar, pero por otro lado le da miedo, por lo que lo mejor es “dejarme ir”. En entrevista con hermana nos cuenta que en realidad los conflictos vienen tras iniciar relación sentimental con un hombre divorciado de 50 años, lo que sus padres no admiten. Durante 4 meses se ven a escondidas y ella dice sentirse feliz, es “como una nueva familia”, aunque la vida en la casa sea “un infierno”. A su primer novio es a quien puede seguir contando todos sus problemas.

Se proyecta “El jeque blanco”. Sobre la película comenta que para ella hay dos personajes importantes, la mujer y el marido. Al “gran jeker” lo considera como menos importante.

Sobre el marido dice que el típico machista, que sólo se preocupa por cumplir con la sociedad y que sólo se interesa por lo que diga la gente y el honor de la familia. Lo identifica con su padre, pues “prefiere la infelicidad de los suyos antes de verse criticado por la gente”. En estos momentos para su padre lo importante es que la gente no se entere de que ella está ingresada aquí, dice.

En cuanto a la mujer opina que su papel es el de la “casada con un hombre que no la permite ser ella misma. Ella piensa que con el gran jeker alcanzará la felicidad. Llega un día en que se arriesga y se lanza a buscarlo, pasa mucho para encontrarlo y cuando lo encuentra alcanza la felicidad, pero esta sólo dura unos instantes. La felicidad que le había proporcionado gran jeker era disfrazada, no era real, él la había engañado y ella se derrumba. Decide volver con su marido, puesto que éste no la engañará. También el marido cuando le falta en todo el día, se da cuenta de que la quiere mucho”. Dice identificarse parcialmente con ella, pues la protagonista se

Lo identifica con su padre, pues “prefiere la infelicidad de los suyos antes de verse criticado por la gente”. En estos momentos para su padre lo importante es que la gente no se entere de que ella está ingresada aquí.

arriesga por alcanzar la felicidad y lo deja todo, cosa que “yo no me creo capaz de hacerlo” pues sentiría “remordimientos” y siempre estaría pensando en si sus padres la necesitan. Por otro lado la frena el saber que esa felicidad podría durar “un día, una semana, ... pero no siempre”. Así se ve como más cobarde pero más realista que la protagonista. No sabe si la protagonista vuelve con el marido porque le quiere o por no tener otro remedio. Le gustaría que acabase sola buscando la vida, empezando de nuevo. Al marido “le estaría bien que no volviese con él”, a pesar de ser partidaria de segundas oportunidades, pero “le sirvió de escarmiento, que se diese cuenta de lo que tenía de verdad y no lo valorara”.

El impacto de la película, tal vez por un excesivo parecido entre la protagonista y nuestra paciente, parece ser muy poco. Su alta y su deseo de seguir el tratamiento con el psiquiatra privado que la atendía, nos impiden seguir trabajando en relación a la película y conocer su evolución.

Caso I.

I. es una paciente con varios ingresos hace años en el Servicio, siempre por clínica conversiva, disociativa y características marcadamente histriónicas de la personalidad. Sus conflictos en dichos momentos estaban en la relación con su marido. En el mes

Llega un día en que se arriesga y se lanza a buscarlo, pasa mucho para encontrarlo y cuando lo encuentra alcanza la felicidad, pero esta sólo dura unos instantes.

de Noviembre ingresa de nuevo, tras un intento de características parasuicidas muy claras y que parece “dedicado” a sus padres, los cuales no viven en el mismo pueblo. En estos años su situación personal ha cambiado tras separación matrimonial e inicio de una nueva relación de pareja que define como satisfactoria. Ya desde Urgencias se controla la situación tratando de quitar ganancia secundaria al síntoma y se redefine la situación de modo que se acepta el ingreso, pero se recomienda que no se le dé ninguna publicidad al mismo, de modo que ni los padres de la paciente se enteren. Asimismo se pacta que no tendrá visitas para poder recapacitar sobre su situación. A los dos días la clínica “depresiva” ha desaparecido, lo mismo que las ideas de suicidio. I., nos dice que si su psiquiatra le hubiese cambiado la medicación como hicimos nosotros no se hubiera puesto mal ni ingresado. Todo continúa bien hasta Enero en que su hermano muere de modo súbito. I. de nuevo toma pastillas y avisa a su marido para despedirse de él, llegando éste en seguida y llevándola al Hospital. De nuevo ingresa en nuestro Servicio. Aquí nos cuenta que su hermano era la persona más importante para ella, a pesar de que estaba institucionalizado en otra provincia y hacía años que no lo

veía. Sin embargo, nos dice que hablaba con él por teléfono, a pesar de que dicho hermano apenas había desarrollado lenguaje (retraso mental). Decidimos mantener la misma pauta que en ingreso anterior, si bien pasan los días y la paciente persiste en decirnos que nada más salir se quitará la vida, por lo que está deseando irse de alta para reunirse con su hermano. Cuando le pregunto como cree que se sentirán su pareja o su hija tras su suicidio, me dice que no lo sabe dado que al no verlos no les puede preguntar si es importante para ellos. Le planteo que si cree que eso le puede ayudar, tal vez con mucho cuidado se podría proceder a una visita, pero que no estoy muy seguro que sea positivo, pues tal vez le traigan más preocupaciones y recuerdos, pero que de todos modos podemos probar. Tras dos días de contacto con pareja e hija, dice sentirse ya perfectamente. Me cuenta que está muy dolida porque sus padres dijeron que el hermano estaba mejor muerto que vivo y la madre no se puso luto. Ahora piensa que dado que su hermano está acompañado en el otro mundo, y en cambio aquí sólo la tiene a ella “es mejor seguir aquí para defender su memoria”. Su deseo es irse pronto de alta y vestir luto. Si le hubiésemos puesto una película con tema similar a Antígona hubiésemos...

Bibliografía

Adorno, T. W.: *Minima moralia: Reflections from a damaged life*. London, 1978 (trad. cast.: *Minima moralia*, Taurus, 1998)

Adorno, T.W., Eisler, H.: *Composing for the films*. New York, 1969 (trad. cast.: *El cine y la música*. Ed. Fundamentos, 1981)

Balló, Jordi y Pérez, Xavier: *La semilla inmortal. Los argumentos universales del cine*. Ed. Anagrama, 1995

Barthes, R. : *Mitologías*. Ed. Siglo XXI, 1980

Baudry, J.L.: *L'effet cinéma*, Paris, Albatros, 1978

Burns, George W.: *101 healing stories. Using metaphors in therapy*, 2001

Ahora piensa que dado que su hermano está acompañado en el otro mundo, y en cambio aquí sólo la tiene a ella “es mejor seguir aquí para defender su memoria”.

- Casetti, F., di Chio, F.: *Analisi del film*, Milan 1990 (trad. cast.: *Cómo analizar un film*, Paidós, 1991)
- Cesarman, F. : *El ojo de Buñuel. Psicoanálisis desde una butaca*. Ed. Anagrama, 1976
- Eco, U.: *La struttura assente*, 1968 (trad. cast.: *La estructura ausente. Introducción a la semiótica* . Lumen, 1999)
- Eco, U.: *Semiotica e filosofia del linguaggio*, 1984 (trad. cast.: *Semiótica y filosofía del lenguaje*. Lumen, 1998)
- Gabbard, G.O., Gabbard, K.: *Psychiatry and the cinema*. American Psychiatric Press, 1999
- Grande, Maurizio: *Ocupaciones de la mirada. Aparatos metafóricos y dispositivos simbólicos*. Ed. E písteme, 1996
- Gómez Calle, A.: *Unidades de Salud Mental en el Hospital General*. Monografía Siso Saúde, 1991
- Haley, Jay: *Uncommon therapy: the psychiatric techniques of Milton H. Erickson*, 1973 (Trad. cast.: *Terapia no convencional*, Amorrortu Editores, 1980)
- Linares, Juan Luis: *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Ed. Paidós, 1996
- Metz, C. : *Essais sur la signification au cinéma*, Paris, 1972 (trad. cast.: *Ensayos sobre la significación en el cine*. Paidós, 2001).
- Metz, C. : *El significante imaginario. Psicoanálisis y cine*. Paidós, 2001)
- Morin, E.: *Le cinéma ou l'homme imaginaire: essai d'anthropologie*, Paris, 1958 (trad. cast.: *El cine o el hombre imaginario*, Paidós, 2001)
- Pozuelo Yvancos, J.M. : *Barthes y el cine*. Ed. Epísteme, 1997
- Ricoeur, Paul: *Historia y narratividad*. Ed. Paidós, 1999
- Shapiro, D. : *Neurotic styles. Basic books* (trad. cast.: *Los estilos neuróticos*. Ed. Psique, 1986)

Stam, R. , Burgoyne, R. & Flitterman-Lewis, S.: *New vocabularies in film semiotics*, 1992 (trad. cast.: *Nuevos conceptos de la teoría del cine*. Ed. Paidós, 1999)

Stam, R. : *Film theory*, 2000 (trad. cast.: *Teorías del cine*, Paidós, 2001)

Vila, S. : *Jekyll/Hyde. Literatura, cine y psicoanálisis*. Ed. Epísteme, 1996

Zeig, Jeffrey K.: *A teaching seminar with Milton H. Erickson*, 1980 (trad. cast.: *Un seminario didáctico con Milton H. Erickson*, Amorrortu Editores, 1985)

White, M. & Epston, D.: *Narrative means to therapeutics ends*, 1980 (trad. cast.: *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Ed. Paidós, 1993)

P. Picoeur. *Historia y narratividad*. Paidós, 1999.

V. Propp, *Morfología del cuento*, Madrid, Fundamentos, 1981.

La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España

Autores

Olga Villasante Armas (Psiquiatra. Instituto Psiquiátrico-Servicios de Salud Mental “José Germain”. Leganés- Madrid).

*Trabajo presentado en el Congreso Nacional de Historia de la Medicina, Albacete, 2002.

Introducción

La aplicación de la malarioterapia al tratamiento de la parálisis general progresiva –sífilis parenquimatosa cerebral¹ - le distinguió a Wagner von Jauregg (1857-1940) con el premio Nobel de Medicina en el año 1927. Basándose en el supuesto beneficio que las enfermedades infecciosas provocaban en algunos trastornos mentales, el psiquiatra austríaco indujo un paludismo artificial (terciana benigna)², en los pacientes diagnosticados de demencia sífilítica. La constatación de una buena evolución de los pacientes tratados con este método, llevó a la rápida propagación del método, primero, por Europa y, posteriormente, por América. La experiencia de Jauregg, recogida en el año 1818-1819, fue

La constatación de una buena evolución de los pacientes tratados con este método, llevó a la rápida propagación del método, primero, por Europa y, posteriormente, por América.

10/09/02

¹ Esta enfermedad, que constituye el último estadio de la sífilis y clínicamente se distingue porque se halla afectado el cerebro fue descrita por A. L. J. Bayle en 1922, y, desde entonces generó una numerosísima bibliografía imposible de abarcar en este trabajo. Se debería citar, BROWN, E. M. (1994), y la monografía española VALENCIANO GAYÁ (1978). En una muy reciente aportación se recoge una amplia bibliografía sobre el tema y introducción de dicho concepto en España, VILLASANTE (2000).

² El paludismo es una infección causada por un protozoo intracelular del género Plasmodium. Es transmitida por el mosquito Anopheles y se calcula que unos 1600 millones de seres humanos se hallan en zonas endémicas. De las más de 100 especies, sólo hay cuatro con repercusión en el hombre: P. Vivax P. Ovale provocan F. Terciana y tienden a quedarse latentes en el hígado; P. Falciparum, provoca una forma maligna con posible encefalopatía, hipoglucemia, acidosis láctica, edema de pulmón. y P. Malarie, provoca una fiebre benigna cuartana. Sobre aspectos generales de la enfermedad palúdica, se ha consultado Harrison's principles of internal Medicine (1986), Décima edición, pp. 1655-1663.

tempranamente recibida por Gonzalo Roríguez Lafora (1887-1971), que fue el primer psiquiatra en aportar su propia casuística.

El objeto de este breve trabajo es recoger las experiencias pioneras sobre impaludación realizadas en España. A. Vallejo Nájera (1888-1960), junto a R. González Pinto, recoge en *Nuestra experiencia Clínica sobre la malarioterapia* (1927), el estudio más amplio publicado en nuestro país, sobre dicha terapéutica, durante los años veinte. En el análisis de los resultados, ambos psiquiatras destacan la diferencia de respuesta entre los casos tratados en el Sanatorio de Ciempozuelos y en la práctica privada de sendos clínicos. Si bien un gran optimismo terapéutico rodeó, al principio, este polémico tratamiento, no parece que la malarioterapia se generalizara, como tratamiento de elección de los paralíticos, en las diversas instituciones psiquiátricas del país.

De Hipócrates a Wagner von Jauregg

Aunque clásicamente se le atribuye el mérito de la introducción de la piretoterapia, y más en concreto de la malarioterapia, a Wagner von Jauregg existen algunos precedentes históricos a considerar. Ya desde tiempos de Hipócrates (n. en el año 460 a. de C.) se había señalado el efecto de la fiebre sobre las enfermedades mentales, atribuyéndosele a dicho autor la máxima *Quartana epilepsiae vindex*. La acción favorable de los procesos febriles sobre las psicosis, fue confirmada por los griegos Areteo de Capadocia, Claudio Galeno (130-210), quien menciona un caso de melancolía curado después de un paludismo, o el romano Celio Aureliano.³

Si bien un gran optimismo terapéutico rodeó, al principio, este polémico tratamiento, no parece que la malarioterapia se generalizara, como tratamiento de elección de los paralíticos.

El médico e historiador Agustín Cabanés (1862-1928) describe que Luis XI de Francia pedía a Dios la gracia de una quartana, por ser el único remedio que, según los médicos de la época podía curar los ataques epilépticos que padecía el rey. Esta idea que se ha mantenido más o menos latente entre los médicos a lo largo de la historia, ha llevado a observaciones de este tipo en numerosos autores como el inglés Thomas Sydenham (1624-1689), que indicó la provechosa influencia de la fiebre en las enfermedades mentales, o los holandeses Hermann Boerhaave (1668-1738) o L. Schröder Van der Kolk (1797-1862). A los pocos años de ser descrita la parálisis

10/09/02

³ WHITROW (1990)

general por Antoine L. J. Bayle (1799-1858), en 1822, empezaron a aparecer también algunas comunicaciones sobre remisiones consecutivas de la enfermedad paralítica a una enfermedad febril.

El propio Wagner-Jauregg recoge, en un artículo escrito en sus últimos años de vida y publicado póstumamente⁴, las aportaciones de algunos de sus contemporáneos, para quienes se reivindicaba, desde sus respectivos países, el honor de haber introducido el tratamiento por la fiebre en los enfermos mentales. Así, por ejemplo, se ha señalado a Raggi como aquél que primero sugirió, en 1876, el tratamiento por impaludación, sin embargo, según refiere Wagner-Jauregg, este autor nunca puso su idea en práctica⁵. Del mismo modo, el ruso Rosenblum, permitió que un bacteriólogo del mismo hospital estudiara la transmisibilidad de la fiebre recurrente en algunos pacientes mentales, observando una recuperación de las psicosis, si bien estas experiencias tampoco fueron estudiadas de un modo sistemático. El psiquiatra austriaco era, asimismo, conocedor de la obra del francés Emil Legrain, que escribió *Traité clinique des fièvres des pays chauds* (1913). Este psiquiatra, ignorado por los propios franceses, no fue tenido en cuenta dada la extravagancia de sus ideas en otras cuestiones psiquiátricas⁶.

se ha señalado a Raggi como el primero que sugirió, en 1876, el tratamiento por impaludación, sin embargo, según Wagner-Jauregg, nunca puso su idea en práctica

El primer trabajo de Wagner Von Jauregg, en el que planteaba la licitud de provocar enfermedades febriles en los enfermos mentales, fue publicado, en 1887⁷. Entre 1900 a 1917, éste buscó la enfermedad infecciosa que resultase más eficaz como forma de inducir fiebre en los enfermos psiquiátricos - ensayos con tuberculina (1909), toxinas bacterianas (1912), vacuna estafilocócica (1913)...⁸ -. A partir del 14 de

10/09/02

⁴ WAGNER-JAUREGG (1946)

⁵ En 1876, Raggi cuestiona, en un trabajo, sino sería lícito provocar un proceso febril que determinase una "beneficiosa reacción de la naturaleza". Raggi era conocedor de las prácticas habituales de su compatriota Galloni, director del Manicomio de Reggio Emilia, quien solía retardar la quinización de los alienados que habían contraído paludismo espontáneo, por haber observado que la afectación mental mejoraba cuando habían sufrido varios accesos.

⁶ Rosenblum, director del Hospital de Odessa, señaló en su obra (1876) la influencia positiva que ejercieron varios casos de paludismo, fiebre tifoidea y fiebre recurrente sobre el alivio o curación de algunas psicosis-. Si bien había sugerido a sus colaboradores la idea de inocular una infección a alienados crónicos, no hay constancia que realizase experiencias con cierta continuidad. Véase WAGNER-JAUREGG (1945)

⁷ El primer trabajo de Wagner, citado siempre como referencia, es WAGNER-JAUREGG, J. (1887), *Ueber die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen*, *Jb. Psychiat.Neurol.*, 7, 94-131 (Sobre la acción de las enfermedades febriles en el curso de las psicosis).

⁸ A lo largo de las primeras décadas del siglo XX, se ensayaron multitud de métodos piroterápicos: nucleinato de sosa (Lepine, 1910), leche (galactoterapia), peptona, phlogetan..., tuberculina (Pilez, 1909), vacuna antitífica (Friedlander, 1913), vacuna antichancrosa de Nicolle (Dmelcos), vacuna antivariólica; preparados microbianos (Pyrifer y saprovitan); abscesos de fijación, fiebre recurrente (Plaut y Seiner). sodoku, sulfosín, (inyección supraparietal previo calentamiento) o métodos físicos como la balneoterapia, el baño de luz o la picadura cerebral.

junio de 1917, momento en el que inculcó nueve pacientes diagnosticados de parálisis general con sangre tomada de un paciente afectado de malaria por *plasmodium vivax*⁹, el psiquiatra austríaco mantendría sus investigaciones en dicho sentido. Sólo dos años después de esta experiencia, se practicaron impaludaciones a gran escala en los frenocomios de Viena y Hamburgo, propagándose, especialmente, por Alemania, Austria y Polonia y, posteriormente, al resto de Europa y América.

La malarioterapia: una esperanza para la elevada mortalidad paralítica

La historia del tratamiento de la parálisis general progresiva, tal como describe Valenciano Gayá¹⁰, puede dividirse en tres épocas: la de la quimioterapia específica, la de la malarioterapia y la de la penicilina. Esta entidad neuropsiquiátrica, que constituye el último estadio de la sífilis y se distingue clínicamente por la instauración de una demencia progresiva y un estado de parálisis global, fue considerada modelo paradigmático de la locura decimonónica¹¹. A pesar de que, a lo largo del siglo XIX, se habían ensayado diversos tratamientos morales¹², que habían ido perdiendo hegemonía a medida que avanzaba el siglo, y otro tipo de remedios propios del pobre arsenal terapéutico decimonónico¹³, en las primeras décadas del siglo XX, la quimioterapia específica era la más aceptada entre los galenos de la época. El tratamiento a base de metales pesados -como el mercurio o el

A pesar de que a lo largo del siglo XIX, se habían ensayado diversos tratamientos morales, que habían ido perdiendo hegemonía a medida que avanzaba el siglo

10/09/02

9 Otro de los trabajos originales, en alemán, clásicamente nombrado es WAGNER JAUREGG, J. (1918-1919), Ueber Einwirkung der Malaria auf progressive Paralyse, *Psychol. Neurol. Wochenschr.*; citado en RODRÍGUEZ LAFORA (1920), p. 152.

10 VALENCIANO GAYÁ (1978).

11 Desde su descripción por Bayle, la enfermedad se presentaba como una entidad con uncorrelato anatomopatológico, que entraba en los presupuestos de la mentalidad anatómo-clínica. VILLASANTE (2000).

12 Durante el siglo XIX, no se pueden obviar los remedios morales, cuyo pilar principal era la reclusión manicomial, Giné, maestro de la escuela catalana del último tercio del XIX, propuso, el aislamiento manicomial como medio para someter al enfermo a la medicación adecuada y como modo de "apartarle de los estímulos que exciten su sistema nervioso"; GINÉ Y PARTAGAS (1876), p. 545. Sobre este maestro de la escuela psiquiátrica catalana del siglo XIX, merece la pena la interesante aportación de DIEGUEZ (1998). Por otra parte, Jaime Vera, autor de *La Parálisis General de los alienados*, considerada la primera monografía en español sobre la entidad neuropsiquiátrica- sostenía que, una vez realizado el diagnóstico precoz, era preciso mantener al paciente en una "atmósfera moral" que fuese "agradable, serena y tranquila"; VERA (1880), p. 83. Giné, propuso, además, la posibilidad de baños tibios prolongados con afusiones o fomentos fríos en el cráneo en algunos de los síntomas. Esta indicación es la que más le diferenciaba de Vera, que adscribiéndose a la enseñanza de su maestro Esquerdo, reafirmó que "La locura no es soluble en agua"; VERA (1880), p.87.

13 Giné indica los purgantes solos o asociados a tónicos ferruginosos, aceite de hígado de bacalao, iodo, arsénico y quina. Jaime Vera, por su parte, consideraba la posibilidad de algunos agentes farmacológico como la oleoglucónina, arseniato de sosa, yoduro potásico, bromuro potásico o la digital. Ambos autores coincidían en considerar el opio y otros narcóticos perjudiciales para la PGP. (GINÉ, 1876, p. 546 y VERA, 1880, p. 84)

bismuto- y derivados arsenicales –Salvarsán y Neosalvarsán- estaba muy extendido para la enfermedad paralítica¹⁴, cuando la malarioterapia irrumpió en los psiquiátricos. Dado que los resultados con la administración de los medicamentos antisifilíticos, no habían sido lo suficientemente optimistas, en 1912, Swift y Ellis introdujeron la terapia intrarraquidea. En España, Gonzalo R. Lafora practicó dicha técnica, aunque rápidamente la abandonó a favor de la malarioterapia¹⁵. Sin embargo, a pesar de la sofisticación en las vías de administración de los derivados arsenicales, la mortalidad, atribuida a la demencia paralítica, en los años veinte, aún era cercana al 90% y los casos de curación se publicaban por su rareza. Raynor describe que, de los 1004 pacientes admitidos a su hospital, entre 1911 y 1918, murieron el 87%, falleciendo 78% durante la primera hospitalización. Considerando esta elevadísima mortalidad, la introducción de la piretoterapia, supuso una esperanza para los miles de paralíticos que se hacían en los psiquiátricos, muchas veces abandonados y estigmatizados, sin ningún tipo de tratamiento¹⁶.

Si bien con el tiempo, esta nueva forma de piretoterapia, se restringió al tratamiento de la parálisis general progresiva, se describieron experiencias terapéuticas en otro tipo de psicosis no luéticas: PMD, esquizofrenia, psicosis post-encefálica, psicosis epilépticas, manía aguda, oligofrenia...¹⁷. En España, desde la publicación de Lafora de dos casos de esquizofrenia, aparecieron los trabajos, entre otros, de Germain Cebrián, Guija Morales, Rodríguez y Balmes, Álvarez Nouvillas,

La mortalidad, atribuida a la demencia paralítica, en los años veinte, aún era cercana al 90% y los casos de curación se publicaban por su rareza.

10/09/02

¹⁴ En 1909, Paul Ehrlich descubrió el salvarsán (arsphenamine), que fue suplantando al mercurio utilizado desde el siglo XVII, y posteriormente introdujo el arsenical trivalente más eficaz para sífilis: el neosalvarsán. Para más información sobre este arsenical conocido en el mundo sajón como "magic bullet", se puede consultar BROWN (2000).

¹⁵ En RODRIGUEZ LAFORA (1921), el autor proponía el tratamiento intrarraquideo con auto-suero salvarsanizado con la idea de aprovechar localmente las subsustancias defensivas (espiroqueticidas), que supuestamente existían en la sangre de los enfermos tratados por vía endovenosa. Para ello se preparaba al paciente con varias inyecciones intravenosas, la última de las cuales se administraba el mismo día, o el día anterior, a la intrarraquidea; posteriormente, se introducía en el LCR suero neosalvarsanizado, que provocaba una reacción linfocitaria, que, además, parecía favorecer la permeabilidad de los medicamentos inyectados posteriormente por vía endovenosa.

¹⁶ BRASLOW (1995)

¹⁷ LEVI BIANCHINI, NARDI, 1932, los autores presentan el resultado definitivo de la observación y experimentación clínica de la malarioterapia en las psicosis no luéticas. Estas fueron iniciadas, en junio de 1927, y continuadas ininterrumpidamente, durante cinco años, hasta final de mayo de 1932 en los hospitales psiquiátricos de Teramo (Abruzzi) y Nocera Inferiore (Salerno). Los casos de psicosis no luéticas tratadas con malarioterapia en el decenio 1923-1932 recogidos eran, en total 1574, de los que 465 fueron tratados por Bianchini y Nardi, es decir, un tercio del total.

Vallejo Nájera y González Pinto¹⁸. Es interesante la tesis doctoral de José Pérez L-Villamil, profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Santiago y médico del Manicomio de Conxo¹⁹, investigación en la que presenta el tratamiento con piretoterapia de 43 esquizofrénicos (vacuna antitífica-paratífica, vacuna antichancrosa, preparados microbianos..)²⁰.

Los resultados fueron, sin embargo, mucho más espectaculares en la parálisis general que en las otras patologías psiquiátricas y, por otra parte, los problemas éticos que rodeaban la impaludación artificial²¹, no exenta de muertes, parecían más justificables en una entidad como la parálisis en la que la muerte, a corto plazo, era el pronóstico más seguro. Aunque, ya desde 1920, en la Escuela de Viena se llegó a emplear la impaludación de forma masiva, utilizándola, incluso, en los casos recientes de sífilis, sin manifestaciones neurológicas, clínicas o humorales, la mayoría de los autores aceptaban la malarioterapia para los casos de neurosífilis, algunas tabes o como preventivo, cuando existían precozmente alteraciones en el LCR o síntomas nerviosos, por insignificantes que fuesen. Los pioneros de la técnica referían remisiones completas en un 30% de los pacientes y remisiones parciales en aproximadamente el 20%, lo que provocó una rápida difusión del nuevo método terapéutico. En 1921, el tratamiento fue introducido en Holanda y América del Sur; en 1922, en Inglaterra, Italia y Checoslovaquia, y, en 1923, en U.S.A, Rusia, Dinamarca y Francia²². En general, la mayor parte de los autores utilizaban el tratamiento en todos los casos de neurosífilis, salvo en las contraindicaciones recogidas por los esposos Mc Intre (mal estado general, anemia, desórdenes renales diagnosticados por nitrogemia y nitrogenuria, trastornos cardíacos por degeneración de miocardio,

En la Escuela de Viena se llegó a emplear la impaludación de forma masiva, utilizándola, incluso, en los casos recientes de sífilis, sin manifestaciones neurológicas, clínicas o humorales

10/09/02

¹⁸ En 1927, Germain Cebrian describe 5 casos de Esquizofrenia tratados con piretoterapia, Guija Morales, en 1929, 5 casos de esquizofrenia; Rodríguez y Balmes, en 1929, 16 de esquizofrenia; 12 epilepsias y 7 de melancolía presentil y psicosis arterioesclerótica y, en 1930, Vallejo Nájera y González Pinto describen el tratamiento de 12 epilepsias. Véase, por ejemplo, VALLEJO NÁGERA, NOUVILLAS ALVAREZ (1928), que describen el tratamiento de la alucinosis esquizofrénica.

¹⁹ Este psiquiatra sostuvo una lucha con la dirección del Manicomio de Conxo, del que salió en 1932, en la que dejó clara una postura progresista. Sobre dicha institución gallega, es de obligada referencia, GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (1977) y GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, SIMÓN LORDA (1995), y sobre el significativo psiquiatra asturiano-gallego formado, posteriormente, con Sanchís-Banús en Madrid, y catedrático de Medicina Legal en Salamanca, puede verse ANGOSTO, T. (1985).

²⁰ En PÉREZ L-VILLAMIL, J. (1931), el autor presenta, además, el estudio histológico del cerebro de siete conejos en los que, después de administrar agentes piroterápicos diversos, estudia las reacciones de la microglia.)

²¹ AUSTIN, STOLLEY, LASKY (1992)

²² WHITROW (1990).

foco purulento oculto, lesiones meningovasculares de la neurosífilis)²³.

Provocar malaria artificialmente: ¿Un problema de salud pública? La inoculación del germen patógeno del paludismo, tipo terciana benigna, tomado de la sangre de un enfermo de malaria (cepa de *Plasmodium vivax*), le pareció el método menos peligroso para inducir fiebre terapéutica, ya que la quinina podía controlar los accesos. Dicha toma de sangre convenía hacerla antes, o en el momento, de comenzar el escalofrío inicial del acceso, ya que el hematozoario habitaba la sangre periférica y garantizaba el éxito de la inoculación. La técnica consistía en la extracción de 10-15 c.c. de sangre venosa del "paciente expendedor"²⁴, se desfibrinaba y se inyectaba 2 c.c. endovenosamente o 5 a 8 c.c. de forma subcutánea o intramuscular²⁵, al enfermo susceptible de ser tratado. La inoculación intramuscular (músculos infrapleomiosos o región glútea), que se practicaba con aguja larga en varias direcciones para desgarrar pequeños vasos y facilitar la entrada de los parásitos en el torrente circulatorio- era la más frecuente y la inoculación venosa (venas de brazo), por el peligro de choques proteínicos graves, se realizaba más raramente²⁶. La vía de inoculación influía en el tiempo que duraba la incubación del paludismo, pero no sobre su curso ulterior²⁷.

Dicha toma de sangre convenía hacerla antes, o en el momento, de comenzar el escalofrío inicial del acceso, ya que el hematozoario habitaba la sangre periférica

Los accesos febriles se desarrollaban como los de una terciana típica, aumentando progresivamente la temperatura, para alcanzar su fastigio hacia el quinto o sexto acceso y descender progresivamente, obteniéndose la desaparición brusca y definitiva mediante la administración de quinina²⁸. Wagner-

10/09/02

²³ Mc INTRE, H., A. (1926), Malaria inoculation in the treatment of general paralysis. Results in forty-two cases, Arch. of Neurol. & Psychiatry, 16, citado por VALLEJO (1929), p. 104-106.

²⁴ Era preciso que el "donante" infectado con *Plasmodium* no hubiese recibido quinina, ya que, en dicho caso, se podría inocular una raza quininoresistente. A medida que la malarioterapia se fue introduciendo como forma de tratamiento, los autores recomendaban pedir "la semilla" sangre que, en sucesivos pases de un enfermo a otro, parecía disminuir el riesgo de contagio a través de mosquito- a un Instituto de Parasitología o Clínica para enfermedades mentales donde se practicara el método.

²⁵ En algunas clínicas se asegura la inoculación practicando, simultáneamente, ambas inoculaciones, aunque estos autores consideran dicho método peligroso al existir la posibilidad de originar dos ciclos de parásitos.

²⁶ La técnica es ampliamente descrita en VALLEJO NÁGERA (1929), p. 106-109.

²⁷ El período de incubación suele ser entre 8 y 30 días, algo más corto para el *P. Falciparum* y algo más corto para el *P. Malariae*.

²⁸ Algunos autores describen la transformación de los accesos de terciana en fiebre de tipo cotidiano, sin que ello significase que el paludismo presentase ningún carácter especial de malignidad. Esta apreciación es realizada por Bejarano, en contestación a la intervención de Vallejo Nágera y González Pinto, que había observado dicha evolución en los trabajos realizados junto a Covisa, ANALES (1927), p.206.

Jauregg permitía a los pacientes 8 ó 9 accesos, aunque posteriormente, la mayoría de los autores recomendaban que el paciente sufriera 10 accesos por encima de 39°, ya que con mayor número tampoco se conseguía mayor efectividad²⁹.

El mecanismo de acción fue una de las cuestiones ampliamente discutidas durante la época y no existía una teoría uniforme, ni que explicara claramente los efectos de la impaludación. Se barajaba que la propia hiperpirexia tenía efecto letal sobre los espiroquetes, un efecto movilizador del treponema haciéndolo más accesible a los espiroquetidas, un aumento del poder fagocítico o de la leucogénesis³⁰, sin embargo, el verdadero mecanismo de acción aún no está conocido claramente en la actualidad³¹. En cualquier caso, parecía que la fiebre activaba la reacción defensiva del organismo contra los espiroquetes, ya que los pacientes mejoraban significativamente de los síntomas psiquiátricos después de los accesos febriles. Una vez obtenido el número suficiente de picos febriles, se administraba 0.5 gr. de bisulfato de quinina, dos veces al día, durante tres días y, después, 0.5 gr., una vez al día, durante 14 días³².

Sin embargo, este controvertido método no estuvo exento de críticas que iban desde las consideraciones legales, que implicaba provocar malaria artificialmente en un paciente³³, hasta problemas de salud pública al contemplarse la posibilidad de inducir una epidemia de paludismo. El temor a la producción de un contagio por la malaria inoculada había sido advertida, desde que había comenzado la utilización del método, dando lugar a diversas prescripciones oficiales. Así, en Alemania el Ministerio de Sanidad de Prusia, en decreto del 4 de febrero de 1924, y el Ministerio del Interior del Reich,

Se barajaba que la propia hiperpirexia tenía efecto letal sobre los espiroquetes, un efecto movilizador del treponema haciéndolo más accesible a los espiroquetidas

10/09/02

²⁹ Algunos autores como Annibale Puca permitían hasta 30 accesos, llegando al límite máximo de la resistencia orgánica. Véase VALLEJO NÁGERA, GONZÁLEZ PINTO (1927), p.17

³⁰ VALLEJO NÁGERA (1929), pp. 90-96.

³¹ HEIMLICH (1993).

³² Dicha pauta fue la referida por el profesor Wagner-Jauregg (WAGNER-JAUREGG, 1922, p. 373). En general, los autores referían que era suficiente con la administración oral de un gramo diario en dos dosis durante tres días. En Ciempozuelos se tenía por norma de administrar 1 gramo de clorhidrosulfato de quinina diario, durante dos semanas, y medio gramo también repartido, en dos dosis, durante quince días más. En la clínica militar y la clínica privada se comenzaba al tercer día con un tratamiento arsenical; VALLEJO NÁGERA (1929), p. 115.

³³ En 1918, Wagner-Jauregg demostró uno de los peligros inherentes a la malarioterapia, tras un trágico incidente en el que varios pacientes fallecieron, a pesar del tratamiento con quinina y neosalvarsán. En dichos casos se había producido una inoculación de *Plasmodium falciparum*, que desarrolló una forma maligna de la enfermedad.

en decreto de 17 de abril de 1924, señalaron de la posibilidad de transmisión del paludismo terapéutico por medio del anófeles demandando a los médicos la notificación de los casos observados. En Inglaterra, fue nombrada una Comisión que emitió una circular, el 27 de febrero de 1924, que estableció las normas para la impaludación³⁴. Asimismo, se tomaron medidas en Finlandia, en Suecia (Upsala) y en Dinamarca, donde se concentraron todos los tratamientos en el Manicomio de Copenhague. Por otra parte, en España, a pesar de que el anofelismo se hallaba muy extendido, en las fuentes documentales manejadas, no se ha encontrado ninguna disposición oficial al respecto.

A pesar de no existir una comunicación oficial de enfermedad palúdica inducida por la utilización de la malarioterapia, en Huesca, se registró un polémico incidente. Valenciano y Sempau, después de estudiar los casos recogidos en la literatura extranjera, analizaron la coincidencia cronológica de la paludización terapéutica con una epidemia de paludismo iniciada en el Departamento Psiquiátrico de Huesca³⁵. Previamente Montañés y Carderera, del Instituto Provincial de Higiene, habían dado cuenta, desde el punto de vista epidemiológico, de dicha coincidencia, señalando que, en Huesca, no se habían conocido casos de paludismo hasta 1934³⁶. Los

En Inglaterra, fue nombrada una Comisión que emitió una circular, el 27 de febrero de 1924, que estableció las normas para la impaludación

higienistas concluyeron que, el análisis de los datos, no permitía ninguna afirmación categórica, ni en el sentido de afirmar, ni el de negar rotundamente, que hubiera sido simplemente la raza de malaria inoculada (sometida ya a un gran número de pases), la que, transmitida por el anófeles, produjera la epidemia. La

10/09/02

³⁴ El Board of Central England and Wales and the malarial treatment of General Paralysis estableció unas instrucciones cuyos puntos más importantes fueron los siguientes: 1. Organización adecuada de los hospitales donde se practicara y existencia de un laboratorio para investigar diariamente la sangre de los enfermos tratados con malaria provocada artificialmente; 2. El médico encargado del laboratorio debía tener práctica suficiente en Parasitología; 3. El médico debía, además, tener experiencia en paludismo y controlar, clínicamente y analíticamente, la marcha de la malaria para conducirla o interrumpirla del modo adecuado; 4. Desde abril al 30 de octubre, los enfermos debían ser colocados en una sala defendida contra el mosquito y utilizar mosquitera individual, mientras existieran en la sangre del enfermo parásitos de la malaria; 5. La práctica sólo se podría realizar en los hospitales que pudiesen cumplir las anteriores normas; 6. Si el enfermo salía del establecimiento al poco tiempo de practicar la malarioterapia debía informarse al médico del distrito.

³⁵ SEMPÁU, VALENCIANO (1935). Este trabajo fue presentado como comunicación a la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Madrid en la sesión del 21 de diciembre de 1934.

³⁶ En 1934, Montañés y Carderera, aunque no habían establecido una conexión directa, en sus conclusiones fueron muy severos respecto a las medidas a tomar en la práctica de la malarioterapia, ya que en el término de Tierz y Quicena, en donde se hallaba instalado el Departamento Psiquiátrico, "no se conocía ningún caso de paludismo hasta 1934".

hipótesis más plausible parecía la reactivación por el paludismo inoculado de una malaria antigua.

La introducción del método en España

Ya hemos comentado la temprana recepción del método por Lafora, que en su libro, *Diagnóstico y Tratamiento de la Neurosífilis* (1920), cita tanto la experiencia de Jauregg como la de Plaut y Steiner³⁷. Este célebre psiquiatra comenzó a utilizar la impaludación en el año 1924³⁸, y en el año 1927, contaba en su experiencia con 50 casos de parálisis general y 12 enfermos de tabes tratados con malarioterapia. Lafora, director del laboratorio de Fisiología Experimental del Sistema Nervioso del Instituto Cajal de Neurobiología, ya había trabajado sobre investigación básica neuropatológica o neurofisiológica -polioencefalitis hemorrágica, encefalitis malárica, senilidad, parálisis general progresiva..- durante toda la década previa³⁹. Sin embargo, en una sesión científica celebrada el 12 de diciembre de 1927, con otros colegas entre los que destacaban Vallejo Nágera, Sainz de Aja o Covisa, el propio Lafora admitió que su entusiasmo por la técnica había disminuido⁴⁰.

En este primer quinquenio de la década de los veinte, Martín Salazar publicó un caso⁴¹, y según Vallejo, la técnica también había sido utilizada también por Chabás Bordehore, aunque, en el rastreo documental, no se ha podido localizar ninguna publicación de este médico valenciano sobre la malarioterapia⁴². Los trabajos más exhaustivos publicados son, como veremos, los de Vallejo Nágera que, en colaboración con González Pinto, provocó inoculaciones masivas en la Clínica Psiquiátrica Militar y manicomio de Ciempozuelos⁴³.

La técnica había sido utilizada también por Chabás Bordehore, aunque, en el rastreo documental, no se ha podido localizar ninguna publicación

10/09/02

³⁷ En diciembre de 1919, Plaut y Steiner publican, asimismo, seis casos tratados con espirilos de la fiebre recurrente africana-espiroquete Duttoni; PLAUT, STEINER (1919), *Rekurrenzinfektionen bei Paralytiker*, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. U. Psych., diciembre de 1919; citado en RODRIGUEZ LAFORA (1920), p. 152.

³⁸ En RODRIGUEZ LAFORA (1925), se presenta la evolución de los pacientes durante un año.

³⁹ En octubre de 1912, G. R. Lafora, previo paso por Munich, Berlín..., regresó de Washington, donde había trabajado como histopatólogo. Este prolífico autor había publicado, sólo en la década 1912-1922, 81 trabajos, de los cuales 35 se ocupaban de investigación básica. Sobre al autor no podemos olvidar la mención del estudio de VALENCIANO GAYÁ (1977), donde se recogen las numerosas publicaciones del autor. Es de obligada cita, además, la recopilación de trabajos recogidos en HUERTAS, ROMERO, ALVAREZ (1987), con motivo de un homenaje realizado a este afamado psiquiatra.

⁴⁰ ANALES (1928)

⁴¹ MARTÍN SALAZAR (1924).

⁴² CHABÁS BERGÓN (1970)

Vallejo Nágera y González Pinto presentan la experiencia de un centenar de casos en "Treinta meses de experiencia en malarioterapia", comunicada en la sexta sesión científica del curso académico de 1927 a 1928 ANALES (1928), pp. 184-221.

Esta práctica, que no se circunscribió a los psiquiatras, va a ser practicada en España por sifiliólogos e internistas, que, en la mayoría de los casos, tomaron la "semilla del plasmodium" de Ciempozuelos. Entre estos autores podría citarse a Covisa o Sáinz de Aja en el Hospital de San Juan de Dios⁴⁴, García del Real y Carrasco Martínez en la Facultad de Medicina⁴⁵, Marañón en el Hospital General de Madrid, Rodríguez Arias en Barcelona o Güija Morales en el Manicomio de Plasencia.

En 1926, Vallejo, que ocupaba el cargo de segundo Jefe de la Clínica Mental Militar de Ciempozuelos y Jefe de la consulta de Neuropsiquiatría del Sexto Dispensario de la Cruz Roja⁴⁶, publicó *Malarioterapia y pronóstico de la parálisis general progresiva*, un pequeño libro de 52 páginas dividido en cinco partes, en el que incluía los primeros estudios publicados sobre la malarioterapia. En primer lugar hace referencia a las posibilidades de curación anatómica y clínica de la demencia paralítica, y, posteriormente, recoge la duración media de los pacientes tratados con malarioterapia. Según el autor, la cantidad y la calidad de las remisiones provocadas por la malaria superan a las conseguidas por otros tratamientos, y las clasifica en grupos, tal como habían realizado otros autores, conforme a la calidad de la remisión:

Según el autor, la cantidad y la calidad de las remisiones provocadas por la malaria superan a las conseguidas por otros tratamientos, y las clasifica en grupos

GRUPO A. Remisiones completas; GRUPO B, Buenas remisiones o remisiones sociales; GRUPO C o Remisiones incompletas; GRUPO D, Fracasos y GRUPO E, Defunciones. De acuerdo a dichos grupos, recoge los estudios más importantes publicados hasta dicho momento, entre los que se incluyen los seis casos publicados por Lafora. Según Vallejo, que conoció el método personalmente del propio Wagner⁴⁷ residía más en la profilaxis de la parálisis general, que en la curación. Al año siguiente, este médico militar,

10/09/02

⁴⁴ Ibidem, p. 204-205; en la discusión mantenida en la Academia tras la intervención de Vallejo y González, Covisa (sifiliógrafo) se refirió a 25 casos de PGP y sífilis nerviosa. De este autor, además, se puede consultar COVISA (1928).

⁴⁵ García del Real y Carrasco Martínez, en 1928, también informan de dos casos tratados con malarioterapia, ANALES (1928), pp. 584-600.

⁴⁶ Este psiquiatra, que prosperó en su carrera militar llegando a ocupar la Jefatura de los Servicios Psiquiátricos del Ejército Nacional durante la guerra civil, ocupó también la dirección del Manicomio de San José de Ciempozuelos. En HUERTAS (1998) se realiza un análisis crítico sobre la contribución de este psiquiatra, desde su labor clínica, a la difusión de la ideología del nacional-catolicismo.

⁴⁷ Sobre el autor, BLAZQUEZ (1986)

en colaboración con González Pinto -médico interno del Sanatorio de San José y médico auxiliar de la Clínica Psiquiátrica Militar-, recogía su propia experiencia en pacientes tratados en la Clínica Psiquiátrica Militar de Ciempozuelos y del Sanatorio de San José para enfermos mentales⁴⁸. Según refieren los autores, aprovechando un caso de terciana espontánea (*plasmodium vivax*) en el pueblo de Ciempozuelos, tomaron la semilla para utilizarla en los Servicios del Manicomio⁴⁹. Este trabajo recoge 64 casos que agrupan, para su exposición en los cinco grupos de respuesta referidos previamente: A, 9.53%, B, 19.05%; C, 14.28%; D, 44.44%; E, 12.69%; siendo los tres primeros grupos (A,B,C), o sea el 42.86% de los pacientes, aquellos que obtienen beneficio. Los autores plantean que los fracasos del método eran, la mayor parte de las veces, enfermos que, como casos desesperados, se habían enviado al sanatorio para morir; a diferencia de aquellos pacientes de la práctica privada, donde se inducía la fiebre palúdica poco tiempo después de iniciada la enfermedad. Además afirmaban que, en el Manicomio de Ciempozuelos no se realizaba el tratamiento específico (derivados arsenicales) recomendado por Wagner von Jauregg porque mejoraba significativamente la evolución, mientras que, en la Clínica Militar, sí se utilizaba dicho tratamiento⁵⁰. Así pues, el inicio del tratamiento precoz y la salvarsánterapia postpalúdica, era para ambos psiquiatras castrenses, la causa de los mejores resultados obtenidos en la Clínica Militar.

A modo de epílogo

Dada la importante laguna historiográfica existente, en nuestro país, sobre los tratamientos aplicados en las instituciones psiquiátricas⁵¹, es difícil estimar realmente el alcance de la malarioterapia como forma de tratamiento en España. Aunque trasciende en gran medida este trabajo y podría ser objeto de próximas investigaciones, sería interesante poder obtener los

Los autores plantean que los fracasos del método eran, la mayor parte de las veces, enfermos que, como casos desesperados, se habían enviado al sanatorio para morir

10/09/02

⁴⁸ VALLEJO NÁGERA, GONZÁLEZ PINTO (1927), publicado, así mismo, en *El Siglo Médico*, números 3860, 3861, 3862 y 3863.

⁴⁹ El hematozoario se ha conservado por pases sucesivos en el hombre, pues esto tiene la ventaja de que el hematozoario pierde sus formas de resistencia y se vuelve muy sensible a la quinina.

⁵⁰ VALLEJO (1929), p. 62

⁵¹ Tal como refleja Huertas, la investigación institucional basada en fuentes clínicas es bastante escasa, HUERTAS, R. (2001), pp. 22-27.

datos de los diversos departamentos u hospitales psiquiátricos y analizar los factores que influyeron en la mayor o menor utilización de dicha terapéutica. Podemos afirmar, sin embargo, sin temor a equivocarnos, que las impaludaciones no fueron masivas como en los manicomios vieneses. Por citar algún ejemplo, en el Manicomio Nacional de Leganés, llamado a ser Modelo⁵², y muy próximo a un Sanatorio donde se estaba practicando de modo habitual como Ciempozuelos, su aplicación fue realmente escasa⁵³. Es más que probable que las propias deficiencias asistenciales de la época, en las instituciones públicas, jugasen un papel importante en esta escasa penetración del tratamiento. El ya citado José Pérez L-Villamil, médico del Manicomio de Conxo, conocedor de la comprobada eficacia de la malarioterapia, refirió que diversas dificultades, no matizadas, le impidieron aplicar dicha terapéutica⁵⁴.

A partir del año 1943, cuando Mahoney, Arnold y Harris dieron cuenta de los primeros casos de tratamiento con penicilina en sífilis recientes, se fue introduciendo un tratamiento combinado malaria-penicilina inyectada intramuscularmente o en LCR.

Progresivamente se redujo la utilización de la malarioterapia en favor del tratamiento antibiótico, ya que, en 1951 la American

Es más que probable que las propias deficiencias asistenciales de la época, en las instituciones públicas, jugasen un papel importante en esta escasa penetración del tratamiento

Academy of Dermatology propuso que 6-12 millones de Unidades de penicilina era un método efectivo en el tratamiento de todo tipo de neurosífilis y, en 1952, Dattner, Martin y Green lo calificaron como “método de elección”.

En España nos ha quedado el vivo testimonio de Valenciano Gayá, que trabajó, antes y después de la introducción de este controvertido método terapéutico:

”Entre 1927-1936 colaboré con el Dr. Lafora, uno de los mejores conocedores del tema en todos sus aspectos y el primero que utilizó la malarioterapia en España. Viví el auge y el dramatismo de ese tratamiento arriesgado pero lleno de esperanza, que inició un cierto optimismo en la terapéutica psiquiátrica⁵⁵”.

10/09/02

⁵² VILLASANTE (E.p)

⁵³ En las historias clínicas de dicha Institución, que se encuentran en el Archivo Histórico del Hospital, se puede observar como, de 190 diagnósticos de PGP registrados hasta el año 1936 (168 como primer diagnóstico, 21 como 2º diagnóstico y 1 como tercer diagnóstico), sólo cuatro fueron tratadas con piroterapia y de ellas sólo dos con impaludación

⁵⁴ PÉREZ LÓPEZ-VILLAMIL, J. (1931).

⁵⁵ VALENCIANO GAYÁ (1978), p. 9. En dicha monografía recogen las cifras de los tratamientos entre 1936-1969; a/ específico, 43 tratados; b/ paludismo, 86; c/ penicilina, 28- 23 no tratados de 180 casos-, con un resultado favorable en 20,9%, 56,9% y 75%.

Fuentes

ALVAREZ-NOUVILLAS, P., VALLEJO NAGERA, A. (1928) Piretoterapia en la alucinosis esquizofrénica, Archivos de Neurobiología, 273-288

ANALES de la Academia Médico-Quirúrgica Española (1928), 15 (Curso Académico de 1927-1928), Madrid, Imp. Gráfica Universal, pp. 84-221, pp. 584-611.

COVISA, J. S. (1928), La paludización en la tabes, Actas Dermo-Sifiliográficas, 5, 449-452.

GINÉ Y PARTAGÁS, J. (1876), Tratado Teórico-Práctico de Frenopatología o Estudio de las enfermedades mentales, Madrid, Moya y Plaza Editores.

LEVI BIANCHINI, M., NARDI, J. (1932), Malarioterapia en las psicosis no luéticas, Archivos de Neurobiología, pp. 427-446 y pp. 585-629.

RODRIGUEZ LAFORA, G. (1921), Progresos recientes en el tratamiento intrarraquideo de la neurosífilis, Archivos de Neurobiología, tomo 2, marzo, 1, pp. 56-70.

RODRIGUEZ-LAFORA, G. (1924), Investigaciones experimentales recientes sobre la sífilis neurotrópica y el problema de la parálisis general, Archivos de Neurobiología, 4, pp. 54-70

RODRIGUEZ LAFORA, G. (1925), Sobre el tratamiento de la parálisis general por el paludismo y la fiebre recurrente, Archivos de Neurobiología, 5, 101-128.

PÉREZ LÓPEZ-VILLAMIL, J. (1931), Esquizofrenia. La piretoterapia o malárica en diversas formas de Esquizofrenia y estudio de las reacciones de la microglia a variados agentes piretoterápicos, Santiago, Establecimiento tipográfico Faro de Vigo

MARTIN SALAZAR (1924), Tratamiento de la parálisis general por la inoculación artificial del paludismo, El Siglo Médico, 73, 3678, 561-562.

SEMPAU, J. A., VALENCIANO, L. (1935), El problema del contagio natural de la malaria inoculada, Archivos de Neurobiología, 15, 213-249. Este trabajo fue presentado como comunicación a la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Madrid

en la sesión del 21 de diciembre de 1934

VALLEJO-NÁGERA, A. (1926), *Malarioterapia y pronóstico de la parálisis progresiva*, Madrid, Imprenta del sucesor de Enrique Teodoro.

VALLEJO NÁGERA, A. (1929), *El tratamiento de la parálisis general y otrasneurosífilis*, Barcelona, Editorial Labor.

VALLEJO-NÁGERA, A., GONZALEZ PINTO, R.(1927) *Nuestra experiencia clínica sobre la malarioterapia en la Parálisis General Progresiva*, Madrid, Imprenta del sucesor de Enrique Teodoro
VERA, J (1880), *Estudio clínico de la parálisis general progresiva de los enajenados*, Madrid, Moya y Plaza Ed.

WAGNER-JAUREGG, J.(1922), *The treatment of general paresis by inoculation of malaria*, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 55, 5, 369-375

WAGNER-JAUREGG, J.(1946), *The history of the malaria treatment of general paralysis*, *American Journal of Psychiatry*, 102, 577-582 (Comment and Translation from the german Walter L. Bruetsch).

Bibliografía secundaria

ANGOSTO, T. (1985), D. José Pérez López Villamil o la pasión por el recuerdo, *Revista A.E.N.*, 5, 15, 484-492

AUSTIN, S. C., STOLLEY, P.D., LASKY, T. (1992), *The History of Malariotherapy for Neurosyphilis: Modern Parallels*, *JAMA*, 268, 4, 516-519.

BLAZQUEZ (1986), Antonio Vallejo-Nágera, *Archivos de Neurobiología*, 49, 3, 161-177

BRASLOW, J. T.(1995), *Effect of Therapeutic Innovation on Perception of Disease and the Doctor-Patient Relationship: A History of General Paralysis of the Insane and Malaria Fever Therapy, 1910-1950*, *American Journal of Psychiatry* 152, 5, 660-665.

BROWN, E. M. (1994), *French Psychiatry's Initial Reception of Bayle's Discovery of General Paresis*, *Bulletin of the History of Medicine*, 68, 235-253.

BROWN, E. M.(2000), Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for General Paresis of the Insane, *History of Psychiatry*, 11, 371-382.

CHABÁS BERGÓN, E. (1970), Un médico e historiador valenciano: José Chabás Bordehore, *Actes I congrès Internacional d'Historia de la Medicina Catalana*, 2, barcelona Montpellier, 102-115.

DIEGUEZ, A. (1988), El problema de la nosografía en la obra psiquiátrica de J. Giné y Partagás, *Asclepio*, 50, 1, 199-222.

GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E. (1977), *A Siquiatría galega e Conxo*, Madrid, Ed. do Ruego.

GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E, SIMÓN LORDA, D. (1995), La respuesta a la locura gallega en el siglo XIX: Peregrinación, Periferia, Pecado, *I Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría de la A.E.N*, Oviedo

HEIMLICH, H. J. (1993), Malaria Therapy: The value of the Randomized Controlled Trial, *JAMA*, 269, 2, 211-212.

HUERTAS, R., ROMERO, A. I., ALVAREZ, R. (1987), *Perspectivas psiquiátricas*, Madrid, CSIC.

HUERTAS, R. (1998), Una nueva inquisición para un nuevo estado: Psiquiatría y orden social en la obra de Antonio Vallejo Nágera. En: HUERTAS, R., ORTIZ, C.(eds.), *Ciencia y fascismo*, Madrid, Doce calles, 97-109.

HUERTAS, R. (2001), Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría, *Frenia*, 1, 2, 7-31.

RODRIGUEZ LÓPEZ, A. (1999) Historia de la psiquiatría Académica gallega. En: ANGOSTO SAURA, T., RODRIGUEZ LÓPEZ, A., SIMÓN LORDA, D. Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría gallega (1924-1999), Ourense, AEN-AGSM, pp. 183-192.

VALENCIANO GAYÁ (1977), *El Doctor Lafora y su época*, Madrid, Ediciones Morata

VALENCIANO GAYÁ (1978), *Parálisis general Progresiva. Acme, declinación y riesgo*. Psicopatología, Murcia, Diputación Provincial

VILLASANTE, O. (1999), Parálisis General Progresiva en España en el último tercio del siglo XIX. En: ROMERO, A.I., CASCO, J., FUENTENEbro, F., HUERTAS, R. (eds.), *Cultura y Psiquiatría del 98 en España*, Madrid, Necodisne ediciones

VILLASANTE, O. (2000), La introducción del concepto de "parálisis general progresiva" en la psiquiatría decimonónica española, *Asclepiò*, 52, 1, 53, 72.

VILLASANTE, O. (E.p), The frustrated project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1850-1900), *History of Psychiatry*.

WHITROW, M. (1990), Wagner-Jauregg and Fever Therapy, *Medical History*, 34, 294-310

Una experiencia de consultoría de enfermería de salud mental en atención primaria

An experience of consultancy of mental health nursery in primary attention

Autores

Ana García Laborda
Enfermera, especialista en Salud Mental. Socióloga.
Centro de Salud Mental de Parla
Profesora de la Escuela Universitaria de la
Universidad Alfonso X, el Sabio Madrid

J. Carlos Rodríguez Rodríguez
Sociólogo. Antropólogo

Correspondencia Ana García Laborda
C/ Sirena 18
28290 Las Matas (Madrid) España
Tef. 916300367
Email: anag28@enfermundi.com

Resumen

En febrero de 1998, toda la enfermería del área sanitaria 10 del Insalud de Madrid, comenzó a trabajar con metodología diagnóstica, según el modelo Orem, produciéndose dificultades en los diagnósticos relacionados con la Salud Mental por parte de las enfermeras generalistas. Ante los obstáculos observados se puso en marcha una Consultaría de Salud Mental para Atención Primaria con objeto de prestar apoyo a las enfermeras generalistas y aumentar los conocimientos y repertorio de habilidades para atender problemas de Salud Mental. Esta experiencia es la que presentamos en el siguiente artículo.

Palabras clave: Consultaría. Salud mental. Atención primaria. Enfermería.

Summary

In February of 1998, the sanitary area 10 of the Insalud of Madrid began to work with diagnosis methodology, according to the Orem model, coming across some difficulties in the diagnoses related to Mental Health on the part of the General nurses. Given the observed obstacles a Consulting of Mental Health for Primary Attention was started. Its main goals were the support of the General Nurses and the increase of the knowledge and repertoire of abilities to assist problems of Mental Health. This experience is presented in the following article.

Key Words: Consulting. Mental health. Primary attention. Infirmary. El presente artículo describe una experiencia poco o nada desarrollada en España: la figura de enfermera consultora, que con su apoyo y asesoría permite a las enfermeras de Atención Primaria aumentar su repertorio de habilidades, en la atención en Salud Mental.

En febrero de 1998, toda la enfermería de Atención Primaria del Área 10 del Insalud de Madrid empieza a trabajar con metodología diagnóstica según el modelo de Orem. Dadas las dificultades observadas empíricamente en las áreas psicosociales, se elaboró un Programa de Consultaría de Enfermería en Salud Mental para Enfermería de Atención Primaria. En un primer periodo de aplicación se observó un gran número de diagnósticos en las áreas relacionadas con lo más orgánico, y un déficit importante en las áreas psicosociales.

Ante esta dificultad, se preparó un plan piloto en forma de programa de consultaría de enfermería en Salud Mental, dirigido a las enfermeras de Atención Primaria, inicialmente en la localidad de Parla, incluyéndose posteriormente a Pinto y la zona básica de Griñón, en total siete Centros de Salud, con un total de 67 enfermeras.

Dadas las dificultades observadas empíricamente en las áreas psicosociales, se elaboró un Programa de Consultaría de Enfermería en Salud Mental para Enfermería de Atención Primaria

Parla, Pinto y los pueblos de la zona básica de Griñón son municipios situados en la zona sur de la Comunidad de Madrid, cuentan con una población de unos 140.000 habitantes según el padrón municipal de 1999. Se trata de una población de origen inmigrante procedente del propio Estado, que se asentó en estas poblaciones en las décadas de los años 60 y 70, durante el boom industrial, a través de los distintos cinturones de expansión de Madrid. Demográficamente la población es de tipo intermedio, con

tendencia al envejecimiento, siendo sus mayores efectivos de población los comprendidos entre los 15 y 19 años y de los 40 a 44 años. Además en los últimos diez años ha habido un fuerte incremento de población procedente de la inmigración de origen extranjero.

El diseño del programa se ideó como un proyecto de investigación-acción, tratando de aunar dos tendencias que han demostrado utilidad para acercarse de manera eficiente desde el sistema sanitario a los procesos de salud-enfermedad. El primer aspecto es elegir como sistema de abordaje, un proyecto de mejora inscrito en la filosofía de Gestión de Calidad Total, para racionalizar todos y cada uno de los pasos del proceso de actuación como profesionales sanitarios. El segundo aspecto igualmente relevante, es utilizar como instrumento de comprensión y realización de la actividad de cuidar, un modelo genuinamente enfermero, que permite dar cuenta de todo el proceso.

Aunque inicialmente el programa de Consultoría de enfermería nació para desarrollar el diagnóstico de autoconcepto, se produjo rápidamente una demanda creciente de los profesionales de enfermería de Atención Primaria, para tratar otros aspectos acuciantes en sus consultas, especialmente temas de duelo, dificultades en el manejo de la alimentación, y temas referidos a la familia y a las redes sociales.

El diseño del programa se ideó como proyecto de investigación-acción, tratando de aunar dos tendencias para acercarse desde el sistema sanitario a los procesos de salud-enfermedad.

El programa se realizó con unos medios extremadamente prudentes, pues se ha contado solamente con una enfermera especialista en Salud Mental, actuando como consultora, para toda el área descrita.

A continuación se describe el programa tal y como se expuso a todas las enfermeras generalistas.

Coordinación entre enfermería de salud mental y enfermería de E.A.P. Actividades de apoyo

I. Objetivos.

1.- Mejorar las capacidades de los profesionales de enfermería de los E.A.P. del distrito de Parla, Pinto y zona básica Griñón, para la detección y tratamiento de problemas de autoconcepto en la población a la que prestan sus servicios.

2.- Apoyar a los profesionales enfermeros de los E.A.P. en el

establecimiento y seguimiento de los planes de cuidados específicos en los problemas de autoconcepto.

3.- Favorecer el abordaje integral de la persona desde sus aspectos físicos y mentales.

II. Actividades.

1.- Interconsulta a petición de la enfermera/o de Atención Primaria, para evaluación del caso objeto de consulta y orientación de las actividades.

2.- Seguimiento conjunto del plan de cuidados.

3.- Sesiones de enfermería en el E.A.P. referidas a temas relacionados con los planes de cuidados enfermeros y a la discusión de casos. Las sesiones tendrán una periodicidad mínima mensual. Cada E.A.P. elaborará un calendario anual, en coordinación con la enfermera especialista en salud mental de Parla.

III. Circuito de derivación.

La solicitud de interconsulta se realizará telefónicamente, contactando con la enfermera especialista en salud mental de la localidad de Parla.

El teléfono de contacto: Ana García Laborda
91.6056903 los lunes y los viernes de 14 a 15 horas.

No obstante, se pueden utilizar otros sistemas de comunicación como el FAX 91- 6054512 o el correo interno: Centro de Salud Mental de Parla.

IV. Sistema de registro

La enfermera de salud mental registrará las interconsultas realizadas y las sesiones efectuadas.

Las sesiones se incluirán en el plan de formación de cada E.A.P. como sesiones de enfermería.

Hasta aquí el programa presentado a las enfermeras, que se concretó en las siguientes actuaciones:

- Teléfono de consulta inmediata.
- Reuniones periódicas. El contenido de estas fue:
- Análisis de casos.
- Descripción y evaluación de líneas generales de actuación, tanto en prevención como en asistencia.

Las sesiones tendrán una periodicidad mínima mensual. Cada E.A.P. elaborará un calendario anual, en coordinación con la enfermera especialista en salud mental de Parla.

- Estudio de casos paradigmáticos de problemas de Salud Mental prevalentes.
- Indicaciones de derivación a Salud Mental por Atención Primaria.
- Sesiones de enfermería.

Desarrollo de la consultoría

La consultora inicialmente siguió un programa basado en el diagnóstico de autoconcepto, que era lo inicialmente programado. Desde junio de 1998 hasta julio de 2001, periodo que lleva en marcha el programa, se realizaron solo 29 consultas relacionadas con el autoconcepto, pero se produjo demanda de otras cuestiones, principalmente relacionadas con la alimentación y el peso, procesos de duelo, problemática familiar y/o conyugal y alcoholismo. También se produjeron un número crecido de consultas de los profesionales de Atención Primaria, sobre cuestiones psicológicas personales, no tabuladas en el computo de interconsultas, lo cual hace pensar a la consultora en la falta de apoyo personal, institucional y profesional de los enfermeros, ante la presión asistencial en sus centros.

La consultora ante esta demanda profesional, cambió el tipo de oferta inicialmente basada en temas de autoconcepto, a temas generales de Salud Mental, con lo cual la complejidad de la consultaría aumento radicalmente. Dada la falta de preparación especializada en Salud Mental de las enfermeras generalistas, se intentó relativizar estas dificultades, mediante la realización de sesiones clínicas de enfermería basadas en la puesta en escena de casos paradigmáticos, que les sirvieran de pautas en el diagnóstico y abordaje precoz de problemas de Salud Mental. Estos casos paradigmáticos se eligieron para contemplar los temas de mayor prevalencia en las consultas de enfermería, y así dotar de mejor bagaje

Se produjeron un número crecido de consultas de los profesionales de Atención Primaria, sobre cuestiones psicológicas personales, no tabuladas en el computo de interconsultas.

teórico y practico a las enfermeras de Atención Primaria. Paralelamente, y como apoyo, se iniciaron en el área sanitaria distintos cursos especializados, inicialmente sobre temas de autoconcepto, y posteriormente sobre otros temas relacionados con la Salud Mental.

Se debe destacar la puesta a disposición de las enfermeras de Atención Primaria de un teléfono de consulta rápida de la enfermera de Salud Mental, para consulta y apoyo tanto en los casos habituales como en los casos críticos.

Es importante señalar que el proyecto no habría sido posible sin el

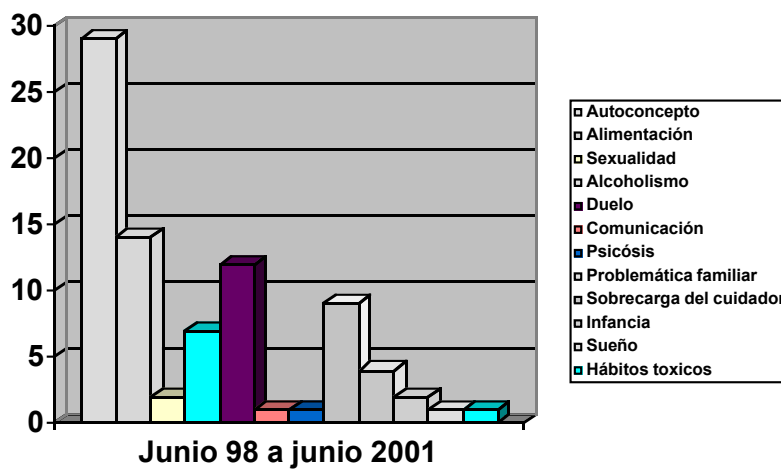
apoyo y estímulo de Dirección de Enfermería, que no solo lo impulsó desde el primer momento sino que con el objetivo de institucionalizar la consultaría, esta se ofertó dentro del programa de docencia para enfermería, ya que dada la gran presión asistencial que sufre Atención Primaria, el dedicar un tiempo a las sesiones de enfermería en Salud Mental requiere un sobre esfuerzo de todo el equipo de Atención Primaria.

<i>Motivos de interconsulta</i>	<i>Junio 98 a junio 2001</i>
Autoconcepto	29
Alimentación	14
Duelo	12
Problemática familiar / conyugal	9
Alcoholismo	7
Sobrecarga del cuidador	4
Sexualidad	2
Infancia	2
Comunicación	1
Psicosis	1
Sueño	1
Hábitos tóxicos	1

Tabla1 Resultados de demanda profesional

A continuación, se presenta en forma de gráfico la demanda que por parte de los profesionales, se produjo en el programa de consultaría

Gráfico 1. Demanda profesional



Dificultades y resistencias

Se constatan diversas dificultades en la implantación de la consultoría de enfermería en Salud Mental, basadas en las siguientes causas:

- La presión asistencial, que tiene relación con dos variables, la presión de la demanda y la presión de otros profesionales sanitarios, lo que hace que se disponga de poco tiempo.
- Producto de este primer factor se suele priorizar los diagnósticos más orgánicos por estar habituadas las enfermeras en su historia profesional a manejarlos y ser susceptibles de abordarlos con criterios más técnicos.
- Los diagnósticos relacionados con la Salud Mental son actuaciones difíciles de protocolizar, es complicado basarlos en casos paradigmáticos y extrapolables a la generalidad, pues cada caso concreto tiene sus propias características específicas.

Conclusiones

La consultoría ha demostrado éxito, principalmente en el abordaje por parte de las enfermeras generalistas de los temas de autoconcepto, y otros temas de salud mental como los de alimentación y duelo.

La consultoría ha demostrado éxito, principalmente en el abordaje por parte de las enfermeras de los temas de autoconcepto, y salud mental como los de alimentación y duelo.

Teniendo en cuenta, que las enfermeras de Atención Primaria se ven requeridas por los pacientes sobre temáticas de salud mental o relacionadas con esta, se ven en la necesidad de aumentar, tanto los conocimientos como las habilidades en salud mental, lo que implica una mayor presencia de la enfermera consultora de Salud Mental, en los equipos de enfermería de Atención Primaria.

Referencias

- Área 10. Atención Primaria del Insalud de Madrid. (2000) *Protocolo asistencial. Catalogo de Diagnóstico de Enfermería y Manual de Planes de Cuidados*. "Manual Interno". Insalud, Madrid.
- Área 10. Atención Primaria del Insalud de Madrid. (2000) *Memoria 1999*. Gerencia del Área 10 del Insalud, Madrid.

- Badger F, Nolan P. (1999) General practitioners' perceptions of community psychiatric nurses in primary care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 453-459.
- Cavanagh, S.J. (1993) *Modelo de Orem. Aplicación práctica*. Masson-Salval, Madrid.
- Facultad de Medicina. (1998) *Documentación del curso "Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud"* (No publicado). Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Murcia.
- Secker J, Pidd F y Parham A. (1999) Mental health training needs of primary health nurses. *Journal of Clinical Nursing* 8, 643-652.
- Lupiani Gimenez, M.; Marín Toro, J.M.; Gala León, F.J. (1994) Presentación de un instrumento de recogida de datos y de un método de análisis, para valorar las necesidades de cuidado según D. Orem. *Enfermería Científica* 142-143, 75-80.
- Orem, D. (1993) *Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica*. Masson-Salvat, Madrid.

A velas vir

Tomates, organización y márketing

Autor

Jorge García Fernández
Albores. Monforte de Lemos

1. Introducción

Poco a poco se van diluyendo los pocos compartimentos estancos que quedaban dejando como escombros un amasijo difuso de intenciones y dudas que pocas veces como buen miope consigo sólo adivinar a lo lejos, quizá más fruto de una intuición que ayudado por el contexto. Me explico. Es como remar de espaldas (modo habitual de hacerlo) con un punto de referencia a lo lejos y que únicamente se hace visible mirando hacia atrás, lo cual suele

Es como remar de espaldas con un punto de referencia a lo lejos y que únicamente se hace visible mirando hacia atrás, lo cual suele provocar un movimiento de torsión que hace que un remo se hunda más que otro

provocar un movimiento de torsión que hace que un remo se hunda más que otro y la chalana gire algunos grados desviándose del rumbo. Cuanto más miras, más te desvías y más veces hay que corregir el rumbo. Claro que no hacerlo sería mucho peor y las probabilidades de acabar con tu foto en un *reality show* de la tele serían extremadamente altas. Me explico. Si las dudas superan las intenciones con toda seguridad la ruta será larga y tortuosa. Pero las intenciones rígidas y firmes exentas de dudas pueden ser extremadamente peligrosas sobre todo para un

remero poco experimentado. Claro que si uno es miope y hay niebla, la cosa se complica. Me explico. La ruta más corta no es necesariamente la línea recta y es posible que el camino más corto de Ferrol a Coruña sea ir bordeando la ría y disponer de un punto de vista lateral constantemente.

2. Tomates

Entenderemos aquí por *tomate* todo producto tangible elaborado por una persona aparentemente desaventajada para tal tarea (por ejemplo afectada de esquizofrenia) y que provoca la admiración y regocijo de propios y extraños por entender que es mejor esa que se aburra o dé la lata en casa.

Sin duda es más tangible cualquier tipo de *tomate* que otros indicadores de calidad relacionados con cuestiones “invisibles” y sin dudar que los tomates pueden contener muchos agentes etéreos beneficiosos, puede que no sea justificable gastar tanto en potenciar “la parte buena” con *fertimón*. Desafortunadamente pocas cosas son tan apetecibles que un *tomate* brillante y carnoso fruto de un gran esfuerzo constante y más aún cuando la historia de dicho vegetal ha comenzado hace dos meses en un manual de autoayuda para horticultores. Me explico. Si en el horizonte ponemos únicamente un *tomate*, éste deberá ser tan grande como para poder verlo de reojo y no perder mucho el rumbo. De ese modo es posible que lleguemos a un puerto muy concurrido y con una gran banda de música como recibimiento. Un *tomate* de oro en la vitrina pondrá fin a la travesía.

3. Organización

Es posible que la organización en sus diferentes niveles entienda más de *tomates* que de otra cosa. Puede incluso que cegada por el resplandor dirija sus pasos hacia la única luz que percibe a lo lejos. Es más, la organización (más próxima o lejana) puede que tenga vendidos los *tomates* antes de plantarlos lo cual, si bien para una cooperativa agrícola puede ser hartamente interesante, no es así para una organización que trate de responder a otras necesidades ajenas a la mera producción. De esta forma la producción, casi ya explotación en su modalidad más *light*, enmascara aquel cuento de hadas donde todos vivían felices y lo convierte todo en un lustroso *tomate* envenenado sin más moraleja que el premio al mejor *tomate* del año. Claro que muchos y afortunadamente los de más cerca (que llamaremos compañeros de cuento), se fijan en otras cuestiones también relevantes para la salud. Por supuesto que es de gran ayuda contar con algún viejo lobo de mar... Me explico. Si la niebla no deja ver los tomates puede que sea mejor dar algunas vueltas esperando que el *tomate* se pudra antes que se levante la niebla. Entonces llegaremos a un puerto sin música porque no hay con qué pagarla y no podremos volver a zarpar por falta de víveres.

Sin duda es más tangible cualquier tipo de tomate que otros indicadores de calidad relacionados con cuestiones “invisibles” y sin dudar que los tomates pueden contener muchos agentes etéreos beneficiosos

4. Marketing

Todos gustaríamos de tener en nuestro comedor un bonito *tomate* de madera, de cerámica, de papel maché o hasta de mosaicos, aunque pocos (yo mismo tampoco) pondríamos una foto de nuestro crónico menos desaliñado. Da la impresión de estar viendo un anuncio de esos con un coche de cuatro ruedas y un volante pero que conduce

Claudia Schiffer. Desde luego parece más rentable vender *tomates* que rehabilitación. Esta chorrada tan evidente que hasta da pudor escribirla parece no estar escrita en ninguna parte, pero sí se refleja constantemente en todos y cada uno de los miembros de la mega-organización (o sea, la gente). Puede que sea más barato desarrollar objetivos vendiendo rifas por la calle con tipos raros repartiendo papeletas ó puede incluso que resulte más rentable revender *tomates* de otros... Pero una cosa está clara, valen más 10 fotos de *tomates* que un *tomate*. Nada más útil que ofrecer una imagen de competencia y utilidad y nada más negativo que tratar de hacerlo con *tomates* cutres a precio de saldo. Puede que tengamos que justificar la existencia y empezar a ser *buenos* desde el principio. Puede que demasiadas veces estemos haciendo de un medio un fin... Me explico. Al remar mar adentro hacia una pequeña isla puede que la gente de la orilla disfrute indicándote el camino e incluso compre unas coca-colas en tu chiringuito de la playa si hace calor. Ellos se lo pasan bien y tú no llegas porque la isla está muy lejos y no llevas cocas.

5. Resumen y conclusiones

Resulta evidente que fabricar *tomates* tiene su utilidad en forma de autoestima, estructuración del tiempo, desarrollo cognitivo, creación de contextos de relación social, servir de pretexto para intervenir sobre problemas de conducta, distraer a los delirios, posibilitar la realización de exposiciones públicas para mejorar la imagen social, etc. Pero también es hartamente interesante porque ahorra trabajo unifica los tratamientos, simplifica las cosas y universaliza la intervención. Sin embargo resulta atrayente la posibilidad de crecer sin *tomates* y montar un “ghetto” donde nada salga hacia el exterior de forma claramente tangible. La nueva expedición hacia Marte, es nuestra actual esperanza.

ahorra trabajo unifica el tratamiento, simplifica las cosas y universaliza la intervención. Sin embargo resulta atrayente la posibilidad de crecer sin tomates

De momento y afortunadamente, aparecen problemas de personas que tenemos que tratar de resolver mientras se paraliza la valiosa producción. En fin, mientras podamos y, por si acaso, nosotros “regalamos” nuestros *tomates* pero esa es una historia a comentar otro día. Me explico. Si hay que remar se rema pero con GPS mejor.

Drogas. Qué política para qué prevención *Editorial Gakoa. Donostia-San Sebastián, 2002*

Autores

Amando Vega (coord.); Gregor Burkhart; Iñaki Markez; Xavier Arana; Rosa Del Olmo; Jose Luis De la Cuesta; Cees Goos; Kontxi Gabantxo; Mónica Póo; Isidoro Blanco.

ISBN: 84-87303-66-8

La política vigente en relación con las drogas cada día está más cuestionada entre la población mundial. Y, en este sentido, cada día es mayor el número de personas que piden una reflexión abierta en la cuestión de las drogas. Se entiende que el denominado “problema de las drogas” esta cargado no sólo de contradicciones, de tópicos y de intereses ocultos como de injusticias, exclusiones y sufrimientos de todo tipo.

se comprende la necesidad de revisar las políticas vigentes, más centradas en las medidas represivas que en una política que contemple el fenómeno de las drogas en toda su complejidad

Desde este planteamiento, se comprende la necesidad de revisar las políticas vigentes, más centradas en las medidas represivas que en una política ambiciosa que contemple el fenómeno de las drogas en toda su complejidad, capaz de ofertar respuestas acordes con las necesidades de las personas y de la sociedad.

Las drogas constituyen hoy un fenómeno complejo que no se puede comprender con visiones parciales como las que ofrecen las diferentes disciplinas. Como tampoco los problemas relacionados con las drogas se pueden solucionar con políticas prohibicionistas que sólo contemplan el consumo de determinadas drogas, al margen de la complejidad del fenómeno que implica el consumo de sustancias en el mundo actual, donde las drogas se ha convertido en moneda cambio en una sociedad globalizada. Reducir el “problema de las drogas” al consumo de los individuos no es más que un reduccionismo que dificulta, cuando no impide, la comprensión del fenómeno de las drogas. No se puede simplificar lo que por sí mismo es complejo.

Como resulta fácil de entender, del mismo modo que existen diferentes interpretaciones del fenómeno de las drogas, surgen diferentes planteamientos a la hora de concretar las estrategias de intervención ante este fenómeno, lo que significa que se pueden desarrollar diferentes políticas ante las cuestión de las drogas. Se comprende, pues, la existencia de diferentes visiones políticas del fenómeno de las drogas, lo que provoca debates constantes en torno al tema, sin que falten posiciones contrapuestas. Así sucede con la despenalización del consumo de drogas, cuestión recurrente en Europa y motivo de considerable controversia entre posiciones muy definidas. De fondo, existen otras cuestiones a plantearse como las propuestas por Husak (2001): ¿tiene el Estado autoridad legítima para castigar a los adultos que se droguen con propósitos recreativos? Si es así, ¿por qué? ¿Puede el Estado castigar a las personas por consumir cualquier droga con fines recreativos? ¿Qué propiedades debe poseer una droga para que el Estado tenga la autoridad de prohibirla?.

Por otra parte, la política occidental frente a estos cultivos ha estado más dirigida a un solo objetivo: eliminarlos completamente, sin conseguirlo. Esta política, al no distinguir entre productor de materia prima y narcotraficante, aboca a no pocos individuos a la miseria. En los últimos años, miles de campesinos empobrecidos en Colombia, Perú y Bolivia, por citar tan sólo el área andina productora de hoja de coca, han sido el blanco de operaciones militares, violaciones de derechos humanos, erradicaciones con métodos que provocan daños al medio ambiente, etc. Mientras tanto, los actuales precios de sus productos lícitos, les dan pocas opciones para sobrevivir.

Así sucede con la despenalización del consumo de drogas, cuestión recurrente en Europa y motivo de considerable controversia entre posiciones muy definidas.

Estas y otras cuestiones invitan a reflexionar sobre la relación entre política y droga. Pero “la droga” no existe como tampoco existe “la política”, a no ser que utilicemos estos términos como abstracciones para aludir a esos fenómenos sociales cargados de complejidad relativos, en el primer caso, a las sustancias que consideramos drogas y, en segundo lugar, al “arte, doctrina u opinión” relativa a las respuestas a dar a la cuestión de las drogas. Así como existen diferentes sustancias que consideramos drogas, cuyo consumo, en determinadas situaciones y contextos, pueden provocar una serie de problemas personales y sociales, existen políticas, que pueden aportar soluciones como también pueden provocar problemas.

Tras el consumo y el abuso de drogas, se pueden encontrar siempre

una serie de elementos sociopolíticos que, en cierto modo, marcan el devenir del consumo de las diferentes sustancias. La cuestión de las drogas es ante todo un fenómeno social de profundas raíces socioculturales, económicas y políticas, donde no se puede confundir la historia con la naturaleza, la contingencia con la necesidad. Si no se puede hablar ya de educación, de desarrollo, de cultura ni de políticas institucionales sin hablar de drogas tampoco se puede hablar de drogas sin tener en cuenta todos aquellos elementos, incluidos los políticos, que contribuyen a que unas personas determinadas consuman o trafiquen con esas sustancias que llamamos drogas.

Este planteamiento, sin embargo, no suele estar bien mirado desde las propias instancias políticas, al cuestionar sus propias raíces, como recuerda Platón en Las leyes, cuando el Ateniense dice a Cicias: " Suponiendo que tengáis leyes bastante buenas, una de las mejores será la que prohíbe a los jóvenes preguntar cuáles de ellas son justas y cuáles no" . Esta es la cuestión: preguntar a la Ley, poner en cuestión la Ley, comenta Ibañez (1994). El orden social sólo funciona si es inconsciente. La sociedad es un sistema hiperreflexivo, un sistema reflexivo con elementos reflexivos (los individuos). Y este mismo autor recuerda a Deutsch cuando afirma

La cuestión de las drogas es ante todo un fenómeno social de profundas raíces socioculturales, económicas y políticas, donde no se puede confundir la historia con la naturaleza

que el único juego de estrategia posible en ciencias sociales es el juego de croquet de Alicia: "Cuando Alicia lograba por fin enderezar el largo cuello de flamenco y se disponía a dar un buen golpe con la cabeza del pájaro al erizo, le daba al flamenco por retorcerse y mirarla con una expresión de tanta extrañeza que Alicia no podía contener la risa, y cuando, a pesar de todo, lograba colocarle la cabeza de nuevo, se encontraba con que el erizo se había desenroscado y se arrastraba alejándose”.

¿Qué política para qué prevención?, ha sido la pregunta que un grupo de trabajo, preocupado por las drogas, se ha planteado para desarrollar un trabajo conjunto que se recoge en este libro. Los diferentes capítulos de este texto aportan un material de gran interés para la reflexión necesaria antes de cualquier respuesta. Detrás de cada exposición esta un profesional con años de compromiso personal en instituciones muy diversas pertenecientes a diferentes países.

Tras presentar Amando VEGA de la Universidad del País Vasco, el fenómeno de las drogas como una cuestión política, Iñaki MARKEZ y Mónica PÓO, de Ekimen, analizan los discursos y las

políticas de intervención sobre las drogas y las drogodependencias, mientras que Xavier ARANA (Asociación Derecho y Sociedad) cuestiona la prevención del uso indebido y usos indebidos de la prevención.

Gregor BURKHART, desde el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, ofrece trabajos de gran interés sobre las posibilidades y límites de las políticas europeas, las intervenciones en la primera infancia dentro de Europa y los métodos y recursos para la evaluación de estrategias y programas de prevención. Cees GOOS, por su parte y desde la Organización Mundial de la Salud, centra su escrito en las políticas europeas ante el tabaco y el alcohol

¿Es posible la normalización de las drogas desde la perspectiva jurídica-penal?, plantean Jose Luis DE LA CUESTA (Universidad del País Vasco), e Isidoro BLANCO (Universidad de Vigo), con aportaciones de gran fuerza en defensa de la normalización.

Precisamente, la normalización constituye unos de los principios asumidos por la ley de drogodependencias del País Vasco, ley analizada por Kontxi GABANTXO, Secretaria de Drogodependencias del Gobierno Vasco. De todas formas, la puesta en práctica de estos planteamientos no resulta fácil, como puede verse en el capítulo dedicado a la educación en los centros escolares, desarrollado por Amando VEGA, bajo el título “Entre leyes y programas escolares: ¿dónde queda la educación?”.

El libro acaba con un precioso trabajo de Rosa DEL OLMO (Venezuela) titulado “La legislación en el contexto de las intervenciones globales sobre drogas” y unas reflexiones finales relativas a la legislación sobre las drogas de Iñaki MARKEZ.

Precisamente, la normalización constituye unos de los principios asumidos por la ley de drogodependencias del País Vasco, ley analizada por Kontxi GABANTXO

Este conjunto de aportaciones recogidas en este libro ayudan a disponer de una visión amplia y profunda sobre la cuestión de las drogas. De esta forma, cuanto más reflexivos seamos, menos certeros serán los golpes del jugador, es decir, menos manipulados seremos en todo lo relacionado con las drogas.

Sobre Alzheimer

Autor

A. García Caballero

1. Sobre Alzheimer

Para cualquiera que trabaje en unidades de hospitalización la siguiente historia le resultará familiar:

Paciente con demencia mixta en estadio leve- moderado, presenta “alteraciones de conducta”. El paciente vive con una de sus hijas desde hace menos de un año, al día siguiente del ingreso ésta precisa que “no está dispuesta llevárselo a casa” y que se le busque residencia, “que para eso ha pagado sus impuestos toda la vida y tiene el mismo derecho que los demás”.

Paciente con demencia mixta en estadio leve- moderado, presenta “alteraciones de conducta”. El paciente vive con una de sus hijas desde hace menos de un año

Las alteraciones de conducta del paciente consistían en que a pesar de sus dificultades de movimiento y presentando en ocasiones cierto grado de desorientación, el paciente cogía el camino de la taberna todos los días para ir a jugar la partida. Es obvio que esto conllevaba unos riesgos importantes por el peligro de caídas o de que fuese atropellado, pero como se demostró tras la exploración cognitiva, su empeño en salir de casa no era tanto función de su mal estado mental como de su tozudez, y resultaba un motivo cuando menos chocante para un ingreso urgente en una unidad psiquiátrica.

La historia del señor sin embargo permitía vislumbrar el porqué de aquella actitud de las hijas: graves problemas familiares previos motivados por su personalidad premórbida habían provocado que nadie quisiera hacerse cargo de él. Al tiempo, sin embargo, los familiares se oponían a la utilización de sus bienes (pensión, pisos, etc..) para ingresarlo en una residencia privada, al menos mientras no le concedían una plaza en una residencia pública, asumiendo que éste era un problema del “estado” encarnado en este caso en el psiquiatra.

Muchos de los problemas tanto de relación como de comprensión mutuos de las dificultades a afrontar, podrían haberse evitado si hubiéramos dispuesto en aquel momento del excelente **“The 36-hour day”** (Warner Books, 1999) [existe traducción española: **36 horas al día. Guía para los familiares de los pacientes de Alzheimer. Ed. Áncora. Barcelona**] de Nancy L. Mace y Peter V. Rabbins. Este libro originalmente publicado en 1981 y del que existe revisión y actualización del 99, es un exhaustivo texto de divulgación y autoayuda para familiares del que se han impreso ya más de 500.000 ejemplares en EE.UU. Orientado hacia los problemas prácticos que tiene que abordar cualquier cuidador de un paciente demenciado, abarca temas que van desde la incontinencia, los falsos reconocimientos, el parkinsonismo, los problemas de movilidad, la desorientación, la apraxia del vestir o los problemas alimentarios; proporcionando trucos recogidos fundamentalmente en entrevistas y reuniones de grupos de autoayuda. Como es lógico muchas de estas recetas son lugares comunes y otras no serán aplicables más que a una pequeña minoría de los casos pero no me cabe duda de que serán igualmente bien recibidas por los destinatarios del texto.

Curioso para el profesional europeo resulta especialmente el capítulo 16 dedicado a las *nursing homes* (residencias) y el funcionamiento de los seguros *Medicaid* y *Medicare* (éste último análogo a la “beneficiencia”). El coste de una residencia en EE.UU se calcula en 30-40.000 dólares (o euros) al año. Los seguros privados de enfermedad no cubren este gasto sino parcialmente y por un tiempo limitado, por lo que normalmente las familias de clase media se ven obligadas a agotar sus ahorros y propiedades para finalmente (cuando ya carecen de recursos) poder optar a *Medicaid*, que cubrirá los gastos residenciales allí donde la pensión o el resto de los bienes del paciente no puedan hacer frente.

la inmensa mayoría de nuestros pacientes son atendidos durante años en su medio por familias que anteponen el bienestar del enfermo a cualquier otra consideración,

Casos como el que encabeza este texto son excepcionales y como comprobamos a diario en las consultas o en otras instituciones como la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer, la inmensa mayoría de nuestros pacientes son atendidos durante años en su medio por familias que anteponen el bienestar del enfermo a cualquier otra consideración, en ocasiones durante muchos años de extenuante trabajo. Para ellos el libro que recomendamos puede ser una ayuda.

Un texto diferente aunque también de divulgación es **“678 monjas y un científico”** de D. Snowdon (Planeta- divulgación, 2002). El autor ha dedicado su carrera científica al ya famoso “estudio de la monjas” (cfr. www.nunstudy.org) y mezcla la peripecia científica con la autobiografía en un ejemplo más de literatura de divulgación de muy alta calidad. El estudio de las monjas lleva años desarrollándose y ha contado con la participación de las Hermanas de Nôtre Dame, congregación católica cuyas integrantes han aceptado ser estudiadas durante años tanto desde el punto de vista físico como neuropsicológico, donando postmortem su cerebro para estudio anatómo- patológico.

Entre sus hallazgos destaca:

La baja frecuencia de D. Vascular “real”, existen numerosos casos de lesiones isquémicas en s. blanca con clínica vascular (Hachinski+) que en realidad son E. Alzheimer desde el punto de vista histológico. Las pequeñas lesiones vasculares no hacen sino desenmascarar los cambios subyacentes.

El estudio se ha realizado en una población “modelo”: no fuman, no beben, hacen ejercicio, todas tienen una dieta similar, pero, sobre todo, un alto porcentaje tienen estudios universitarios (es una orden dedicada a la enseñanza).

La baja frecuencia de D. Vascular “real”, existen numerosos casos de lesiones isquémicas en s. blanca con clínica vascular (Hachinski+) que en realidad son E. Alzheimer desde el punto de vista histológico

El resultado más polémico del estudio tiene que ver con esto y parece señalar que el nivel educativo correlaciona con una menor probabilidad de desarrollar clínicamente la enfermedad.

Más interesante todavía es el hecho de que en el momento de profesar, hacia el final de la adolescencia, se solicitaba a las novicias que hicieran un relato autobiográfico de unas 2- 3 páginas, señalando además los motivos que las llevaban a hacer los votos.

El análisis textual de estas redacciones ha revelado que tanto el número de expresiones de contenido emocional como la complejidad de las frases (el número de oraciones subordinadas y frases largas, frente a una redacción con sentencias más simples) correlaciona negativamente con la E. Alzheimer. Este descubrimiento resulta muy interesante por sus posibles implicaciones de cara a la detección de grupos de riesgo, y quizá también por la posible aplicabilidad de esta metodología al estudio de la esquizofrenia.

Unos comentarios finales sobre esta misma patología entresacados del **nº 15 de 2002 de *Current Opinion***:

Con inhibidores de la acetilcolinesterasa la puntuación del MEC o MMSE es probable que se mantenga durante el primer año, por lo que si el diagnóstico de Alzheimer está en suspenso, las evaluaciones a 12 meses no tienen por qué demostrar la caída típica de 2 puntos (op. cit. Pág. 403).

Las retiradas de medicación para comprobar si siguen siendo eficaces deben ser cortas (probablemente no mayores de 3 semanas) pues se pierde el efecto beneficioso de la terapia inicial (idem 404).

Los pacientes con E. A. rápidamente progresivo se benefician más de la terapia con inhibidores que aquellos con evolución más tórpida. El genotipo Apo E no predice la respuesta (idem 405).

En demencia por cuerpos de Lewy la mejoría con inhibidores es muy importante, llegando a mejorar el rendimiento por encima de la línea de base a los 3 y 6 meses, volviendo a ella a los 9. Al contrario, en la parálisis supranuclear progresiva los inhibidores parecen empeorar la situación.

Como era de esperar se dispondrá en breve de resultados sobre la eficacia de estos fármacos en demencia vascular, y en delirium (idem 405).

2. Cambiando de tema, acabo de recibir **Unity of Knowledge. The convergence of natural and human science** (Ann. N. Y. Acad. Sci. vol. 935), el texto corresponde a unas conferencias celebradas en junio de 2000 y es editado entre otros por A. Damasio.

Desde el punto de vista psiquiátrico o psicológico los capítulos más interesantes corresponden en mi opinión al artículo de R. J. Davidson "Towards a biology of personality and emotion" que resume en unas cuantas páginas los trabajos de LeDoux y otros autores sobre la amígdala o de Damasio sobre la corteza prefrontal y el de Eric Kandel y Larry Squire titulado "Breaking down scientific barriers to the study of brain and mind" que expone de forma esquemática la historia de los avances en neurociencias desde Cajal hasta la LTP.

Las mesas redondas de la conferencia en las que se mezclan científicos cognitivos con expertos en disciplinas humanísticas (literatura, antropología, historia de la ciencia..) o el artículo final sobre la enseñanza de las ciencias y como potenciar las "vocaciones" (de 15 millones de alumnos de secundaria/ año sólo 10.000 se doctoran) resultan una bocanada de aire fresco y

Las retiradas de medicación para comprobar si siguen siendo eficaces deben ser cortas (probablemente no mayores de 3 semanas) pues se pierde el efecto beneficioso de la terapia inicial (idem 404).

demuestran que iniciativas como nuestras jornadas de Trasalba, en su modesta medida no van mal orientadas.

3. “..Simplifiquemos desafortadamente una vida: imaginemos que la integran trece mil hechos. Una de las hipotéticas biografías registraría la serie 11, 22, 33....; otra la serie 9, 13, 17, 21...; otra la serie 3. 12, 21, 30, 39.”¹, este texto de Borges cuya cita debo a Lamas, resume por una parte el trabajo en psicoterapia al menos tal y como yo lo entiendo, y por otra los problemas teóricos y técnicos que plantea. Cambiemos el orden de la secuencia, alteremos la selección y la narración obtenida será otra. De alguna forma encontramos esta idea también en V. Propp en su análisis de cuentos populares rusos, en el que intenta establecer unas unidades mínimas que agrupadas de formas diversas permitan la construcción de cualquier cuento, una idea muy borgiana, muy cabalística.

Valga este prólogo para presentar el artículo de **Emilio Gutiérrez, La familia: ¿quejas o problemas?** (En: **La familia: realidad y mito. José Antonio Ríos** (coord.) Centro de estudios Ramón Areces. Madrid, 1998) que desvela lo arbitrario de cada selección, la siempre presente óptica desde la que enfocamos y traducimos la queja en problema, el proceso de negociación ulterior y los posibles escenarios shazerianos en los que podemos encontrarnos. Aunque ya del año 96, este artículo del Profesor Emilio Gutierrez, sigue resultando esclarecedor y contundente.

encontramos esta idea en V. Propp en su análisis de cuentos populares rusos, en el que intenta establecer unas unidades mínimas que agrupadas de formas diversas permitan la construcción de cualquier cuento

¹ Sobre el *Vathek* de William Beckford. En: Otras Inquisiciones. O. C. II. J. L. Borges

Autor

S.L.C.

FACE AND MIND. A.W.Young. Oxford Cognitive Science. 1998.

THE COGNITIVE NEUROSCIENCE OF FACE PROCESSING. Edited for Nancy Kanwisher and Morris Moscovicht. A special issue of the journal Cognitive Psychology.Psychology Press.2000.

Los dos libros son antologías de artículos no siempre fáciles de conseguir sobre el procesamiento de las caras, los modelos teóricos y neurobiológicos propuestos hasta la fecha y sus patologías

Los dos libros son antologías de artículos no siempre fáciles de conseguir sobre el procesamiento de las caras, los modelos teóricos y neurobiológicos propuestos hasta la fecha y sus patologías asociadas

asociadas (Prosopagnosia, Capgras, Síndromes de Identificación Errónea etc). Están los autores que tienen que estar, es decir, Bruce, Young, Ellis, Breen, Kanwisher etc y están los problemas que hay que abordar desde todos los posibles puntos de vista y de las técnicas de neuroimagen actuales. El modelo explicativo propuesto para los Síndromes Delirantes de Identificación Errónea guarda dentro de sí interesantes aplicaciones a otras patologías psiquiátricas. El artículo crítico de Breen y col. es en este sentido de sumo interés.

S.L.C

IN THE EYE OF THE BEHOLDER. The science of face perception.Vicki Bruce and Andy Young.Oxford University Press.2000.

Aplicación por dos de los autores de “Face and Mind” de sus conocimientos científicos a la pintura, el atractivo,el procesamiento normal de las caras y sus fundamentos neurobiológicos o las diferencias en las caras entre hombres y mujeres.Confucio escribió hace siglos que los hombres sabios se sorprenden de los hechos

triviales y los necios de los extraordinarios. Un hecho banal donde los haya, reconocer de modo instantáneo y automático si una cara pertenece a un hombre o a una mujer incluso en la condición experimental de fotografías en las que solo se aprecia el óvalo de la cara sin el cabello, exige unos niveles de procesamiento sumamente complejos en los que al menos 16 características de las que no somos conscientes son evaluadas en milisegundos. De cosas como estas trata este libro hermosamente ilustrado y de lectura amena incluso para los no interesados en la neurobiología “dura”. S.L.C

MADNESS AND MODERNISM. Louis Sass. Harvard University Press. 1998.

Libro citado con reiteración por colegas que consideramos referentes importantes del oficio, es un libro “lento” en el que no existen algoritmos y si reflexión pausada. Su pretensión es considerar la escasamente comprendida enfermedad conocida como Esquizofrenia a la luz de la sensibilidad y estructuras de la conciencia que se encuentran en el arte y la literatura mas avanzadas del siglo XX, la época de la modernidad y de la postmodernidad. El propósito es sin embargo, considerar mas las afinidades que las influencias y mostrar como mucho de lo que ha sido considerado en la esquizofrenia deterioro o primitivismo es mucho mas complejo e interesante de lo que habitualmente se reconoce.

“El loco - escribe Sass en la primera página de este libro- es una figura proteiforme en la imaginación occidental ..con todo hay una cierta monotonía en muchas de sus máscaras”. A lo largo de la historia ha sido considerado un salvaje, una bestia, un soñador despierto, un profeta poseído por fuerzas demoniacas, un visionario lleno de vitalidad pero también un ciego al que acompaña la enfermedad y la muerte. Se le ha tratado con desprecio o temor reverencial con benevolencia o con crudeza. En todas estas oscilaciones siempre ha sido considerado como alguien desposeído de la razón, como la figura representativa de la irracionalidad y casi sin excepciones, como el resultado de algun deficit, de una carencia: disminución de la capacidad lógica de inferencia, dificultades para establecer una secuencia correcta de ideas, incapacidad para el pensamiento reflexivo o autoconciencia o fracaso del pensamiento simbólico. Según los tiempos así el deficit. A su lado algunos escritores destacaban el lado dionisiaco de plenitud, apasionamiento, de fuerzas vitales sin freno: “casi en todas partes la locura es la que

considerar la escasamente comprendida enfermedad conocida como Esquizofrenia a la luz de la sensibilidad y estructuras de la conciencia que se encuentran en el arte y la literatura mas avanzadas del siglo XX

allana el camino de la idea nueva, la que rompe la barrera de una costumbre, de una superstición venerada” escribió Nietzsche en Aurora.

Las visiones no son excluyentes y con frecuencia aparecen combinadas en las figuras del soñador despierto o del sonámbulo. Para Sass hay otra vision alternativa. Sass piensa que la locura es apolínea, surge de un exceso de razón, de una hiper-reflexividad. La hiper-reflexividad es un tipo de tema principal capaz de abarcar algunos aspectos específicos de la conciencia esquizofrénica y organizar nuestro cuadro general del síndrome. Esto no quiere decir que sea la única cuestión significativa para tales individuos o negar que hay otros aspectos importantes que pueden ser mejor entendidos desde otros puntos de vista. La locura no sería un defecto, un deterioro una caída de la conciencia sino el resultado de una elevacion, de una excesiva conciencia de si y tampoco sería el resultado de una alienación de la razón sino de las emociones instintos y del cuerpo. Para expresarlo con una metáfora un tanto tosca de la que Sass no es responsable. Si imaginamos la atención como un foco de luz situado en la frente de todos nosotros que ilumina aspectos del ambiente, el esquizofrénico tendría ese foco orientado de modo casi permanente hacia su interior, concentrado en

La locura no sería un defecto, un deterioro una caída de la conciencia sino el resultado de una elevacion, de una excesiva conciencia de si y tampoco sería el resultado de una alienación de la razón

el murmullo de su lenguaje interior, en sus sensaciones cenestésicas, que así se ven primero amplificadas y después por la escisión del que ve y lo visto, consideradas ajenas. A diferencia del esquizofrénico, los sujetos normales cambian el foco; lo dirigen hacia su interior y hacia su exterior con naturalidad.

Es sorprendente lo que esta tosca metáfora puede dar de si cuando interrogamos a los pacientes en los que sospechamos un momento inicial psicótico. El corolario de esta metáfora es que todos los programas de tratamiento o rehabilitación deberán ir destinados a dirigir el foco hacia afuera.

No solo habría una excesiva atención hacia si mismo. A poco que nos detengamos en la escucha del paciente en el inicio de su brote esquizofrénico, en el Trema, (Sass es de los pocos americanos que ha leído a Conrad), el paciente se siente atrapado por una especie de “hiperintencionalidad”- “una rigidez compulsiva y ansiosa franqueza (directness) de conducta que podría ser descrita como involucrando una intensificación marcada de las facultades voluntarias normales de atención, control muscular y en un nivel diferente, de resolución. Es una especie de “cadáver insomne”. El

paciente parece atormentado, no por una conciencia disminuída o por su capacidad para concentrarse, sino por una hiperconciencia, una necesidad compulsiva y constante para ejercitar su propia conciencia”. Tal concentración intensa interrumpe el flujo normal de la actividad física o mental al alterar los procesos automáticos o espontáneos del flujo de pensamiento. Estos pacientes parecen estar condenados a una especie de deliberación compulsiva sin pausa, a una hiperconciencia que no descansa y en muchas ocasiones esta deliberación sin tregua se confunde con un proceso obsesivo.. Este libro puede leerse de dos maneras. En todos sus capítulos hay una primera parte psicopatológica donde se resumen y se refinan minuciosamente la descripción de los síntomas esquizofrénicos. Es una lectura de Bleuler, de Jaspers, de Conrad, de Minkowsky, del humor delirante, del *trema*, del *stimung*, de la apofanía, de la irrealidad, del lenguaje esquizofrénico, lo bastante detallada como para que las diferencias con las descripciones tan escuetas como falsas hoy habituales en los manuales sean lo bastante relevantes como para despertar el deseo de volver a releer a estos “clásicos” (o de leerlos por vez primera en muchos casos)... Desde ahí Sass pasa a la pintura y la literatura moderna. El mero ser de las cosas del inicio esquizofrénico, escribe, está en el *Roquentin* de de “La Nausea” de Sartre; la irrealidad, la extrañeza del humor delirante en la pintura de De Chirico; la excentricidad del lenguaje esquizofrénico en Beckett, en Ionesco. Los resultados de estas comparaciones son sorprendentes.

Un libro como este cercano a las 600 páginas no puede ser resumido y apenas puede ser reseñado. Baste señalar que en él se analizan los delirios, las alucinaciones o el trastorno formal del pensamiento, pero también esos curiosos signos hoy desdeñados de la “doble contabilidad” delirante (el paciente por ejemplo, vive su vida cotidiana sin tomar en cuenta que es “el rey de Dinamarca”) o la “sonrisa” del esquizofrénico al narrar sus ideas delirantes. Es un libro que vale la pena el esfuerzo que exige.

Es una lectura de Bleuler, de Jaspers, de Conrad, de Minkowsky, del humor delirante, del tremma, del stimung, de la apofanía, de la irrealidad, del lenguaje esquizofrénico

A veces me pregunto, al leer esa no despreciable cantidad de artículos que llena hoy las revistas de la especialidad metodológicamente tan impecables como vacíos, sino tendría razón Nietzsche cuando escribió en “La Voluntad de Poder”: “Lo que caracteriza al sigloXIX no es la victoria de la ciencia sino la victoria de los métodos científicos sobre la ciencia”.
S.L.C

AN INTRODUCTION TO NEURAL NETWORKS.

J.A.Anderson. A Bradford Book. 1996.

NEURAL NETWORKS AND PSYCHOPATHOLOGY. D.J.

Stein and J. Ludik. (Eds).

Cambridge University press. 1998.

THE MIND WITHIN THE NET. Models of learning, thinking and acting. Manfred Spitzer. A Bradford Book. 1999,

Tres libros sobre redes neuronales de los que el primero muestra un título engañoso "An Introduction.". Introducción peculiar, al menos si no se dispone como es mi caso, de conocimientos matemáticos de cierto nivel. Queda mencionado por recomendación de algunos de los autores de los otros dos libros para colegas mas dispuestos y dotados.

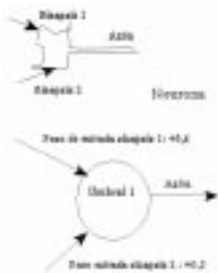
El libro de Spitzer, no confundir con el responsable de los DSMs, si es una excelente introducción a los problemas teóricos y clínicos y a las ayudas para la comprensión de los fenomenos psicopatológicos que proporcionan hoy en día los modelos de redes neuronales. El libro de Stein y Ludik cumple idénticas tareas aunque es obra de varios autores entre los que están el propio Spitzer, Berrios o Hasselmo y estudia buena parte de los síndromes que nos ocupan en la clínica diaria desde el autismo o el delirio , incluso a la psicoterapia, desde la perspectiva de las redes neuronales.

El libro de Spitzer, si es una excelente introducción a los problemas teóricos y clínicos y a las ayudas para la comprensión de los fenomenos psicopatológicos

Los modelos de redes neuronales son una herramienta útil para intentar comprender el funcionamiento cerebral. Durante años las neuronas fueron consideradas dispositivos de procesamiento de energía. Fueron McCulloch y Pitts los que cambiaron esta visión al demostrar que eran dispositivos de computación capaces de llevar a cabo operaciones lógicas. La neurona pasó así a considerarse un dispositivo para manipular información a la que podían aplicarse las reglas y proposiciones lógicas que Frege había propuesto muchos años antes . Las neuronas podían utilizar los operadores lógicos "y", "o" o "no" y de modo mas general podían procesar cualquier proposición compleja siguiendo estas reglas lógicas. Aunque las neuronas no funcionan exactamente asi y no son chips, esta visión abrió un nuevo campo, el de las simulaciones con redes neuronales que se reveló fuctífero. Actualmente las redes neuronales se aplican cuando hay un problema complejo definido vagamente que no puede ser resuelto mediante un algoritmo definido paso a paso y son justamente este tipo de problemas los que son habituales en

nuestro oficio. El fundamento de estos modelos es la consideración de la neurona como una unidad de procesamiento que transforma las numerosas señales de entrada en una única señal de salida, es decir, suma o resta las señales procedentes de las 1.000 o 10.000 sinapsis que pueden terminar en sus dendritas o cuerpo neuronal y según esa computación emite una única respuesta: se dispara o permanece inactiva.

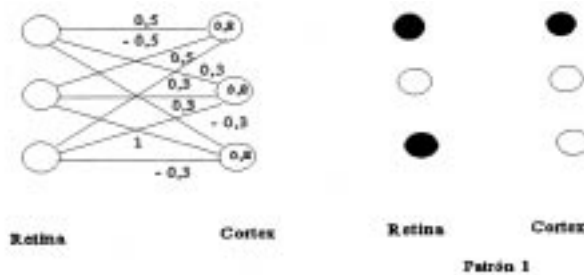
En los modelos de redes neuronales las señales entrantes se describen con un número: 1 si está activada y 0 si no lo está. La fuerza, el “peso” de la conexión con la neurona a la que está unida, se describe también con un número que puede ser negativo si es inhibitoria o positivo si es activadora. El peso varía entre -1 y +1. La neurona de salida tiene un umbral propio que también se describe con un número. Si la suma de las señales de entrada rebasa el umbral se dispara; si está por debajo permanece inactiva.



La “neurona” dibujada en la parte inferior del dibujo por ejemplo, necesita para dispararse que las dos señales entrantes estén activas (0,6+0,5). Si es así rebasan el umbral “1” de la neurona postsináptica que se activará.

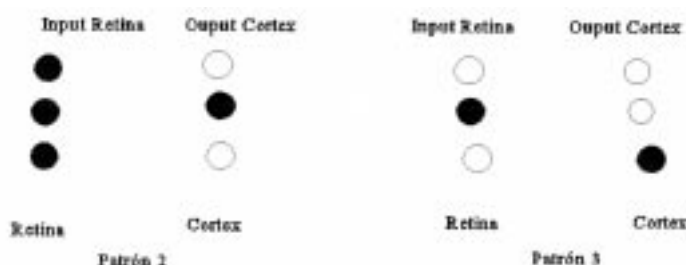
En los ejemplos siguientes se muestra un modelo sencillo de una red neuronal de una sola capa formada por tres neuronas de input y tres de output y con los pesos de las conexiones positivos y negativos ya establecidos. Se trata de que la red aprenda a producir el output deseado cada vez que se le presente el input de la izquierda representado por “neuronas” (círculos) activas o inactivas. Ese input puede ser “agua”, “alimento” o “peligro” en la vida real y será procesado por redes de muchísima mas amplitud y mas capas intermedias que el ejemplo elemental que aquí se muestra.

Si el input de entrada es el del Patrón 1, las neuronas del cortex se activarán del modo que muestra el dibujo ya que : la neurona 1 del



cortex recibe $1 \times 0,5 = 0,5$ de la primera neurona del input ; $0 \times -0,5$ de la segunda neurona del input que no está activa = 0 y $1 \times 0,5$ de la tercera neurona de input = 0,5, es decir en total 1 que rebasa el umbral de 0,8 necesario para que se dispare. El input de las otras dos neuronas del cortex no alcanza a superar el umbral del 0,8 por lo que no se activarán.

Es fácil realizar los mismos cálculos en las dos siguientes muestras de input y output teniendo en cuenta los pesos propuestos:



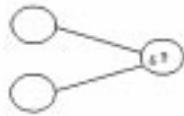
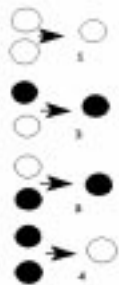
¿Cómo se produce la modificación de las conexiones en una red de neuronas reales? ¿Cómo corrige una red neural los pesos a medida que progresa su entrenamiento?. Del mismo modo que los pesos sinápticos en las neuronas no se heredan ni están predeterminados tampoco se fijan anticipadamente en los modelos de redes neuronales. Las redes deben ser entrenadas mediante la presentación de los estímulos a la capa de input y los output obtenidos son comparados con los output deseados. Es durante este proceso de entrenamiento cuando los pesos se modifican, bien a través de un proceso de auto-organización o a través de aprendizaje supervisado. El primer modo no necesita entrenador externo. El segundo si y para ello el procedimiento mas habitual es la regla Delta, un sistema de feed-back que compara la modificación producida por el input con el output deseado y envía hacia atrás una instrucción para que el peso de la conexión se modifique ligeramente, paso a paso, hacia el output deseado, lo que significa que algunas conexiones incrementan su peso y otras lo reducen para aproximarse al output que se pretende. Esta “propagación retroactiva del error” fue diseñado por Rumelhart y sus colaboradores y es según Johnson -Laird , un programa muy facil de hacer que apenas ocupa mas de 200 líneas del lenguaje de programación LISP. El cambio de peso podría hacerse de modo mas rápido pero eso provocaría oscilaciones en la red que destruirían lo ya aprendido. Los cambios lentos permiten a medida que progresa el entrenamiento, la generalización, la obtención de patrones a partir

de la repetición de acontecimientos simples. Como escribe Spitzer, hemos visto miles y miles de nubes pero no recordamos (con la excepción del Funes de Borges) cada una de ellas sino un patrón general de como es una nube.

Una red de solo dos capas no puede realizar determinadas funciones importantes. Un reflejo como el rotuliano solo necesita dos neuronas, una de input y otra de output. Este tipo de reflejo es el que rige en muchos de los seres vivos mas simples. En los animales superiores aparecieron evolutivamente capas intermedias entre las de entrada y salida (capas ocultas), lo que permitió el surgimiento de representaciones internas del mundo exterior además de hacer posible una solución a situaciones o-o. Supongamos una puerta que por razones de seguridad o de homofobia solo se abre de modo automático si se presenta ante ella un hombre solo o una mujer sola, pero no lo hace si lo hacen dos hombres o dos mujeres. El círculo blanco representa la puerta cerrada y el relleno la puerta abierta. La situación deseada sería la siguiente :

El patrón 1, dos hombres presentes no abren la puerta.

El patrón 2, una mujer presente, abre la puerta.



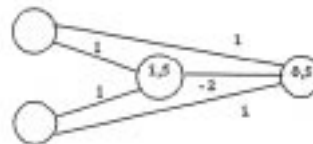
El patrón 3 un hombre presente abre la puerta.

El patrón 4, dos mujeres presentes no abren la puerta.

No hay solución posible para este problema en este modelo de dos

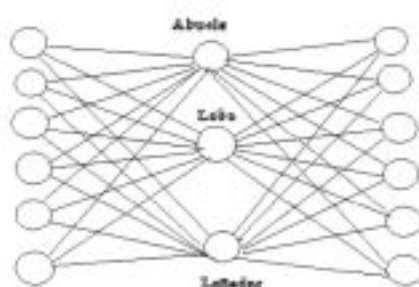
capas. No hay posibilidad de asignar unos pesos que permitan la realización de esta función disyuntiva.

La solución exige introducir una capa intermedia escondida con una neurona suplementaria del modo que muestra el siguiente dibujo:



Si las dos neuronas del input se activan (las dos personas están presentes) y no existiera la neurona intermedia, la neurona del output (la puerta) se activaría pues su umbral 0,5 es inferior a los pesos $1+1$ de las dos neuronas del input. Al introducir la neurona oculta, esta se activa porque recibe $1+1$ de las dos neuronas del input y solo

necesita 1,5 para activarse pero al estar activa a su vez con su peso de -2 que la conecta a la neurona del output es capaz de inactivar a esta ya que su peso -2 es superior a la suma de los pesos $1+1 = 2$ de las dos neuronas del input.

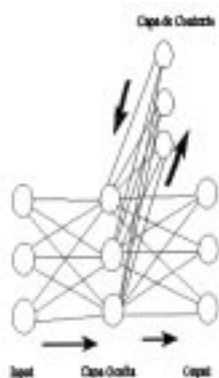


Una red como ésta de tres capas, una de ellas oculta, tiene además otras propiedades sobre todo en el caso de que las neuronas de la capa oculta sean pocas. Estas neuronas ocultas sintonizan sus pesos sinápticos de un modo que generalizan a partir de los patrones de entrada para formar representaciones relevantes para un cierto output, es decir, son

capaces de formar categorías, lo que no ocurre si las neuronas ocultas son muchas. Si ese es el caso, la red es capaz de reconocer un número elevado de aspectos individuales pero no de generalizar.

El ejemplo tomado de Spitzer como los anteriores, muestra como una red de estas características es capaz de establecer las categorías de lobo, abuela y cazador cuando es entrenada para que los identifique a partir de ciertos rasgos ejemplares.

Las neuronas del input corresponden a: orejas grandes, dientes grandes, ojos grandes, piel arrugada, amigo etc y los output a escapar, gritar, buscar al leñador, aproximarse, ofrecer comida etc que corresponden a los output deseados según se trate del lobo, abuela o leñador y que deben ser aprendidos a partir de las entradas del input.



Las simulaciones en redes neuronales como estas han permitido reconocer que estas redes de al menos tres capas pueden generalizar y formar categorías. Cabe pensar que la aparición en la evolución de estas capas intermedias ocultas han permitido de modo análogo la generalización en los seres humanos.

Las Redes de Elman son un tipo especial de redes neuronales capaces de representar el tiempo, las secuencias ordenadas de los inputs entrantes. Una

red de este tipo tiene una nueva capa, la capa de contexto, conectada unicamente con la capa oculta y con igual número de neuronas que esta:

El único patrón que recibe la capa de contexto es el que viene de la capa oculta. Lo que hace la capa de contexto es devolver hacia la capa oculta este patrón cuando la capa oculta recibe a su vez el siguiente patrón desde la capa de input. De este modo la capa oculta recibe al mismo tiempo dos patrones: desde la capa de input el nuevo patrón entrante; desde la capa de contexto, una copia del patrón anterior. Por medio de este diseño la capa oculta no sólo puede formar representaciones internas a partir de los patrones del input sino que será también capaz de representar el orden temporal de los patrones entrantes y también el contexto. En una red de Elman una palabra como “banco” por ejemplo, no es procesada en si misma sino teniendo en cuenta el contexto formado por las palabras presentadas anteriormente. “Banco” tendrá un significado u otro si desde la capa de contexto se le devuelve a la capa oculta el patrón anterior “dinero”, o el patrón anterior “jardín”. Los efectos del contexto solo pueden ser simulados en redes de tipo Elman como éstas.

En términos psicológicos, la capa extra de contexto de una red de Elman, puede ser interpretada como Memoria de Trabajo debido a que mantiene el contexto inmediato de un ítem en línea con el sistema y puede estar relacionada con el “sentido común”.

La cuestión de cómo puede aprender una red neuronal sin entrenador externo, es decir, cómo aprende el cerebro, es más complicada que la de los modelos de redes neuronales. El problema es que en un modelo artificial los pesos se modifican cuando se produce un error a través de la comparación con el resultado esperado y deseado fijado previamente por el programador externo pero ese programador no existe para un cerebro humano. Lo que es posible que ocurra, es que las respuestas “correctas” ante los estímulos que llegan al cerebro sean corregidas por los estados corporales en su nivel más básico y desde ahí se constituyen las nuevas respuestas de nivel más elevado y abstracto. Las respuestas equivocadas se traducen en estados de disestesia como “sed”, “hambre”, “frío”, que actúan como una especie de Regla Delta. Sobre estas metas básicas mediante procesamiento en paralelo controlado por el cortex prefrontal se constituyen las metas más abstractas.

la capa oculta no sólo puede formar representaciones internas a partir de los patrones del input sino que será también capaz de representar el orden temporal de los patrones entrantes y también el contexto

En neuronas reales los cambios en los “pesos” ocurren por supuesto de otro modo. Existen como es sabido, dos tipos de receptores para el Glutamato, el NMDA y los no-NMDA. Si la transmisión sináptica glutamatérgica ocurre en una neurona que no está activa, solo se activan los receptores no-NMDA. En esta situación los receptores NMDA permanecen inactivos bloqueados por el Mg. Si la neurona es alcanzada por otro input excitatorio cuando ya está activada, el Mg es expulsado y el receptor NMDA se desbloquea. El glutamato es entonces capaz de afectar los receptores NMDA que cambian y como resultado se produce un incremento en la eficacia de la sinapsis, es decir, el equivalente a una modificación del peso en los modelos de redes neuronales.

Los receptores NMDA están especialmente adaptados para activarse cuando dos cosas ocurren al mismo tiempo:

- a.- La neurona post-sináptica está activada.
- b.- Hay un nuevo input entrando.

Estos receptores tienen los rasgos necesarios para producir LPT (potenciación a largo plazo): son detectores moleculares de sucesos coincidentes.

El glutamato es capaz de afectar los receptores NMDA y como resultado se produce un incremento en la eficacia de la sinapsis, es decir, el equivalente a una modificación del peso en los modelos de redes neuronales.

Lo importante de todas estas redes es que han permitido hacer modelos de las diversas entidades psicopatológicas y “lesionarlas” para ver que es lo que ocurre. En estos libros se describen esas experiencias y no es nada desaconsejable frecuentarlos como también es conveniente la lectura crítica que desde el campo de la Psicología Evolutiva se hace a estos modelos de redes*.

*.- Véase por ejemplo “Como funciona la mente” de Steve Pinker en Destino2000 o el libro de Llinás reseñado en este mismo número.

S.L.C

I OF THE VORTEX. From neurons to self. Rodolfo R. Llinás. A Bradford Book.MIT. 2001.

Colombiano en USA Llinás ha escrito este ambicioso libro que desde su portada anuncia su pretensión: De las neuronas al Yo (Self). Recorrido y pretensión semejante han resistido durante siglos

los intentos, primero de los filósofos, después de los neurocientíficos, sin que pueda decirse que se haya alcanzado una comprensión razonable de como de la actividad de unas células simples trabajando en común, puede surgir ese evanescente Yo que nos define. Llinás es un especialista en neuronas aisladas. El mismo se encarga de advertir de las dificultades de su tarea. Las neuronas se observan sin problemas bajo un microscopio convencional. Dos órdenes de magnitud mas abajo, lo que exige un buen microscopio, estamos en el nivel de la transmisión sináptica; dos mas allá, con el microscopio electrónico, estamos en el reino de los canales iónicos. Subiendo desde la neurona dos magnitudes estamos en el orden de los centímetros y dos mas en el nivel de la motricidad y la cognición típica de los humanos. Llinás avisa: la mayoría de los neurocientíficos piensan que proponer teorías que vayan más de dos órdenes de magnitud por encima y debajo del foco central (la neurona en su caso) es un horizonte suficiente y que intentar cuatro órdenes arriba y abajo, (su pretensión), es temerario. Su justificación es sin embargo de agradecer: “el riesgo es el precio de la síntesis sin la que solo hay campos de partes sin relación entre ellas”.

Como es habitual desde hace años en buena parte de los textos de neurobiología, el libro adopta un enfoque evolutivo, es decir, aplica las ideas de Darwin sobre la selección natural a sus propuestas afirmando que la mente consiste en una serie de habilidades especializadas surgidas para resolver problemas planteados por el entorno en el curso de la evolución y que es la selección natural la responsable del complejo diseño de mente/cerebro. No faltan científicos críticos hacia este enfoque pero hay que reconocer que ha proporcionado a la neurociencia algunas herramientas de utilidad.

el libro adopta un enfoque evolutivo, es decir, aplica las ideas de Darwin sobre la selección natural a sus propuestas afirmando que la mente consiste en una serie de habilidades especializadas

Llinás desde esta perspectiva nos recuerda que existen unos curiosos y primitivos animales marinos, las Ascidiás, a las que los mejilloneros gallegos llaman al parecer “Mexonas”, que presentan unas características lo bastante extraordinarias como para que Llinás fundamente en ellos su “vuelo” sintético que inicia con una pregunta: “¿Es necesario un sistema nervioso para todo tipo de vida organizada mas allá de las células simples?”. Las Ascidiás-Mexonas tienen dos estados. En su estado de larva, es un organismo semejante a un renacuajo que se mueve libremente y que dispone de un sistema nervioso rudimentario en forma de ganglio que contiene unas 300 células. Este sistema nervioso primitivo recibe

información del entorno a través de un órgano del equilibrio, una mancha en la piel sensible a la luz y una médula espinal primitiva lo que le permite recibir los estímulos del exterior y adaptarse a las situaciones cambiantes del entorno dentro del que nada y en consecuencia sobrevivir. Este periodo de larva de apenas unos días es seguido por el estado adulto en el que el animal se fija al fondo marino o entre las cuerdas colgantes de las mejlloneras. En ese estado digiere completamente su sistema nervioso, su cola y su musculatura, ahora inservibles para las tareas de su única actividad de filtrado del agua marina que le permite sobrevivir a la manera de una ostra. Para Llinás la lección de este animal es clara: el desarrollo evolutivo de un sistema nervioso es una propiedad exclusiva de las criaturas que se mueven de modo activo, y su función principal es “predecir”, conclusión que llevará mucho más lejos: “Desde mi punto de vista la mente es la internalización del movimiento”.

Reseñar los pasos intermedios que fundamentan esta afirmación es más complicado. Hay que manejar conceptos como “el cerebro como un sistema cerrado en el que el input sensorial “modula” más que informa“, la oscilación, resonancia y coherencia como propiedades de las neuronas que suponen el fundamento de todo lo

Si quieren sobrevivir los animales que se mueven deben anticipar el resultado de un determinado movimiento a partir de los estímulos entrantes

demás, los FAPS, patrones de acción determinados fijos”, esquemas predeterminados que cuando se encienden producen series de movimientos coordinados y bien definidos, sus ideas acerca de los “qualia”, (sensaciones subjetivas) y el “I”. Predecir es una función crítica en el reino animal. Si quieren sobrevivir los animales que se mueven deben anticipar el resultado de un determinado movimiento a partir de los estímulos entrantes y eso lo consigue comparando las propiedades del mundo externo suministradas por el input sensorial con una representación sensorio-motora interna y separada generada a partir de las propiedades antes mencionadas de la oscilación, coherencia y resonancia de las neuronas. Pero debe haber un sólo órgano predictivo ya que no tendría sentido que la cola predijera una cosa y la cabeza otra. En consecuencia, el dispositivo de predicción debe estar centralizado, y para Llinás el Yo (self) es ese necesario centro de predicción y depende en buena medida del sistema tálamo-cortical que muestra propiedades de actividad neuronal coherente a 40 Hz. El Yo sería como el “Tío Sam“, una entidad que sólo existe como símbolo, una categoría vacía sin elementos; existe dentro del sistema nervioso central cerrado como un atractor, un vórtice sin verdadera existencia y con

la función de unir partes no relacionados de otro modo. Es un organizador, un lazo que une las percepciones externas e internas. Para Llinás es el diálogo entre el tálamo y el cortex el que genera la subjetividad en los humanos y vertebrados superiores.

Su polémica con los partidarios de la “tabula rasa” en su versión dura pero también blanda (incluye en ella a los defensores de las redes neuronales) se basa en argumentos que por obvios y familiares no son reconocidos. Un documental de Televisión muy popular, muestra a un rebaño de Ñus pastando en la sabana de Tanzania. Una hembra del rebaño está en medio de su trabajo de parto. Escondidos entre la hierba hay un grupo de leones que siguen la escena. El ternero recién nacido se revuelve en el suelo. Se pone en pie todavía vacilante. En ese momento ataca un león. El ternero lo “ve”, escapa corriendo aunque vacilando, elude un par de veces con quiebros al león hasta que al final éste lo atrapa. ¿Cómo es esto posible? ¿Bastan tres minutos dice Llinás, para que el ternero “aprenda” a caminar, ver, reconocer la silueta del león como peligrosa, sentir la emoción del miedo, escapar corriendo, hacer quiebros, no tropezar con los obstáculos...?. Una observación más cercana: un patito rompe el huevo y se mete en el agua y nada. Nada de tábula rasa. Nada de “redes” que aprenden tan súbitamente. Gran parte de lo que hacemos está prederminado, incluso el mapa de algunos aspectos del entorno. Ese conocimiento es filogenético no ontogenético.

Lo que somos viene determinado según Llinás por la relación que se establece entre lo generado internamente por el sistema nervioso cerrado y en gran parte predeterminado y el input sensorial

Lo que somos viene determinado según Llinás por la relación que se establece entre lo generado internamente por el sistema nervioso cerrado y en gran parte predeterminado y el input sensorial pero queda el milagro de los “qualia” y la conciencia y aquí hay que hacer algunas precisiones. Chalmers diferencia entre el problema “fácil” de la conciencia y el problema “duro”. El problema fácil procura responder a preguntas sobre el modo que tiene el cerebro de realizar algo como distinguir entre estímulos, o reconocer una cara. El problema duro es explicar por qué la ejecución de esas tareas se acompaña de la experiencia consciente, es decir, de los qualia, de las experiencias subjetivas de cualquier tipo generadas por el sistema nervioso (Llinás), cómo a partir de la actividad de unas células simples o de unos microtúbulos como piensa Penrose se genera la “sentiencia” y para qué. Crick y Koch han establecido al menos lo que debemos buscar si queremos enfrentarnos a este problema. Una de estas búsquedas debe centrarse en el hecho de que un objeto percibido se disemina por muchas regiones cerebrales lo que exige la existencia

de un mecanismo que una los datos que se hallan dispersos. Para estos autores como para Llinás, este mecanismo parece ser la sincronización neuronal sobre todo de las conexiones cortico-talámicas a 40 Hz. Llinás concreta más y lo hace a partir de algo en apariencia trivial. Si estimulamos un dedo podemos registrar esa activación en la corteza sensitiva y el paciente al mismo tiempo refiere la experiencia subjetiva de ser estimulado. Si anestesiáramos el nervio el paciente no refiere esa sensación ni se registra la actividad eléctrica esperada en la corteza sensitiva. En consecuencia los qualia son generados por la actividad eléctrica cerebral pero no por cualquier actividad eléctrica sino la de una frecuencia particular. Aquí reaparecen los famosos 40 Hz. Sabemos que en un EEG el sueño profundo se manifiesta por una actividad (Delta) a 3-4 Hz; el adormecimiento por un ritmo Theta a 5-7Hz; la vigilia relajada con ojos cerrados por ritmo a 9-12 Hz (Alfa) y la atención vigilante con ojos abiertos por un ritmo Beta hasta 30 Hz. Es decir: a mayor atención y vigilancia, mayor “conciencia” lo que implica que las actividades por encima de los 30 Hz, es decir, la de 40 Hz sería una especie de conciencia consciente. El problema es que esta actividad a 40 Hz puede y de hecho así lo hace, aparecer en pacientes en coma. Las explicaciones propuestas para dar cuenta de este fenómeno son variadas y no excluyen necesariamente la ausencia de

La interconsulta no debe convertirse en una prueba complementaria mas, o petición de test, o cuando no se encuentra nada, son “nervios”, o como último recurso que suponga dar por concluido el caso.

conciencia en estas situaciones pero la mas probable es que esta actividad a 40 Hz es el marcador de una etapa previa por la que pasarían todas las representaciones que podrían volverse conscientes si fueran necesarias. Como se comprende facilmente lo que queda por resolver es mucho más de lo que se ha conseguido avanzar así que “further investigations are need ..”

Libro que hay que leer sentado y con paciencia. Evolutivo, ambicioso, criticable y con todo de agradecer*.

*.- Sobre el problema de los qualia y la conciencia la bibliografía de los últimos 10 años llega a las 10.000 entradas. El libro reciente de Rita Carter, “Exploring Consciousness”, University of California Press, 2002, (autora también del premiado “El nuevo mapa del cerebro”, Ed. Integral, 1998,) facilita el acercamiento a este complejo problema para los interesados en él y es una buena guía para conocer las diferentes posiciones filosóficas y neurocientíficas, de autores como Chalmers, Edelman, Damasio, Frith, Searle, Dennett o Penrose que además han publicado obras que en su mayoría están traducidas al castellano.
S.L.C

AZUL COBALTO. Biografía posible del Marqués de Sargadelos. Alfredo Conde.Edhasa. 2001.

Hace años que perdí el hábito de leer novelas, no sé si por compartir la afirmación de Josep Pla para quien, todo el que después de los cuarenta mantenía esa costumbre, merecía cierta desconfianza a propósito de sus luces. No sé si se refería a que a esa altura de la vida más que leer historias hay que contarlas. Siempre hay excepciones sin embargo y lo que escriben los amigos, (y a veces los enemigos), entran en ese capítulo reducido. A Alfredo lo sigo desde “Mencer de Luas”. Por entonces no dominaba en Galicia como en otras partes, eso que Borges llamó mucho antes, la “tradicción pandillera de la cultura parisina”: “A Paris -escribía Borges- le interesa menos el arte que la política del arte; mírese la tradición pandillera de su literatura y su pintura siempre dirigidas por comités y con sus dialectos políticos: uno parlamentario que habla de izquierdas y de derechas; otro militar que habla de vanguardias y retaguardias”.

He leído en algunos suplementos culturales de la prensa diaria, críticas tan feroces como injustas de alguna de las novelas de Alfredo, al lado de elogios entusiastas de novelas sólo apropiadas para algunos insomnios irredentos. Estos rencores y preferencias que substituyen a la crítica, sólo se explican desde esta prepotente tradición pandillera. Es sabido que la iconoclastia, el gusto por la invectiva y la masturbación, son deportes juveniles que a veces se prolongan a la espera de una medida adulta que no llega. Paciencia pues...

A Alfredo lo sigo desde “Mencer de Luas”. Por entonces no dominaba en Galicia como en otras partes, eso que Borges llamó mucho antes, la “tradicción pandillera de la cultura parisina”

Equipados con tales dialectos no es fácil decir si, “Azul Cobalto”, una suerte de biografía posible del Marqués de Sargadelos, es progresista o reaccionaria como tampoco lo es afirmar algo parecido de Antonio Raimundo Ibáñez, futuro Marqués de Sargadelos. La novela escribió Kundera, un reaccionario para algunos escritores gallegos, “no examina la realidad sino la existencia y la existencia no es lo que ya ha ocurrido sino el campo de las posibilidades humanas, todo lo que el hombre puede llegar a ser, todo aquello de que es capaz”.

Este “Azul Cobalto” es el intento de dar cuenta de una existencia de cuya vida real no sabemos demasiado. Creo que el resultado está a la altura de una vida, que como la novela, desafía los toscos esquemas clasificatorios pandilleros. Redactada en cuatro largos

capítulos y un pequeño prólogo de intenciones que acoge también los agradecimientos a todos los que ayudaron con textos, informes o exploraciones, se inicia con un Ibáñez refugiado en Oscos después de huir del motín en el que sus trabajadores han destruido los primeros hornos de colada continua del país. Este primer capítulo se demora en un prosa melancólica que acompaña las meditaciones y autoreproches de un Ibáñez que interroga a su retrato pintado por Goya buscando en él, ese lado oscuro que tal vez, le han dicho sus próximos, asoma en ese gesto áspero y desdeñoso que Goya había desvelado. En los capítulos que siguen el estilo se vuelve ligero. Es el tiempo de la juventud y la madurez, de la vida en Ribadeo en situación ambigua entre criado y acompañante al lado de Bernardo, heredero de la casa de Guimarán que le cederá la gestión de su fortuna que Ibáñez multiplicará con fidelidad al mismo tiempo que hace la suya. Bernardo era un rentista; Ibáñez quería construir un mundo. Caso tal vez único donde un rentista cede a un amigo juvenil al que lo une un pacto testicular, ya sabrán al leer la novela lo que se quiere decir, su capital para hacer ese mundo que se siente incapaz de traer por sí mismo.

Los cuatro capítulos siguen realmente una lógica estacional: otoño para el huido en Oscos; primavera para el joven en Ribadeo; Verano para el maduro industrial e invierno de agonía y muerte. La prosa de cada uno se conforma a lo narrado.

Es el tiempo de la juventud y la madurez, de la vida en Ribadeo en situación ambigua entre criado y acompañante al lado de Bernardo, heredero de la casa de Guimarán

En “Os camiños da Vida” Otero Pedrayo contaba la historia de la decadencia de la fidalguía de dos Pazos vecinos y de su previsible paso a manos de los comerciantes maragatos que a finales del XVIII y principio del XIX avanzaban Galicia adelante a medida que lo hacía la carretera. Esta fidalguía de “nugalláns amorriñados” acostumbrados a foros y privilegios e incapaces de adaptarse a tiempos ilustrados, merece

en la trilogía de Don Ramón un desprecio no menos enfático que el que le dirige a los nuevos propietarios forasteros, capaces de convertir el mostrador de sus tiendas en algo de mayor respeto que el portalón blasonado de un Pazo ribeirán. En la Galicia del XVIII el 80 % de las tierras de cultivo están en manos de la iglesia, la aristocracia absentista y de los medianeros, señores que se encargan de cobrar los foros y que a su vez se apropian de los subforos de las tierras eclesiásticas y aristocráticas. Los medianeros formarán la pequeña aristocracia rural que va a invertir sus beneficios en la construcción de Pazos. La iglesia invertirá los suyos en las fachadas barrocas de las iglesias y monasterios que hoy nos asombran. Poco

de este dinero excedentario se dirige a inversiones industriales. El interés de estas capas sociales es el mantenimiento de sus privilegios y son las villas costeras no implicadas en el cultivo de la tierra, abiertas a otras influencias, las que verán surgir intentos de ese tipo. Coruña, Ferrol, también Ribadeo son islas en medio de un territorio foral controlado por medianeros y eclesiásticos con los que tendrán que enfrentarse gentes como el Marqués de Sargadelos.

Esta novela es la crónica de este enfrentamiento pero a Antonio Raimundo Ibáñez, hijo de un escribano fidalgo de Oscos en la raya asturiana con Lugo que se mueve en una sociedad parecida, hay que reservarle otro espacio que el que Otero dedica a sus fidalgos. De ahí que esta novela complete y prosiga, aunque se inicia unos años antes, la trilogía “Os camiños da Vida” de Otero Pedrayo porque Otero cuenta la decadencia de dos pazos vecinos y también la de los monasterios golpeados por la desamortización de Mendizábal, pero en su relato no hay espacio para un camino, para una alternativa como la de el Marqués de Sargadelos. La fidalguía de Otero era la de la Galicia interior; la de Conde, la de las ciudades costeras libres y abiertas a la ilustración.

No sé si esto es una novela, que lo es, o una biografía posible que también lo es, pero es al mismo tiempo una crónica política, una historia de la vida cotidiana en la Galicia de finales del XVIII que incluye usos amorosos, familiares, comerciales y religiosos, notas sobre el comercio del lino, sobre las rutas de navegación y los diversos tipos de buques que hacían esas rutas, el surgimiento de la nada de la ciudad del Ferrol, que al amparo de la construcción de su arsenal por encomienda del Marqués de la Ensenada, ve crecer su población en muy pocos años hasta los 40.000 hbs entre los que abundan los militares españoles y extranjeros, americanos, franceses, ingleses, irlandeses, miles de trabajadores, de espías de esclavos. Es un Ferrol el de esos años, que cuenta con compañía de Opera, y que ve pasear por sus calles a John Adams y su hijo J.Quincy Adams segundo y sexto presidentes de USA a los que Conde reúne en un posible encuentro con un Ibáñez juvenil.

es al mismo tiempo una crónica política, una historia de la vida cotidiana en la Galicia de finales del XVIII que incluye usos amorosos, familiares, comerciales y religiosos

Lo que asombra en ella, es la erudición histórica, social, de mentalidades, ensamblada en el relato biográfico sin forzamientos. El autor dice en el prólogo que lo ha leído “casi todo”, y ese “casi todo” se incluye en el texto con naturalidad, aunque la precisión casi obsesiva de personajes y lugares o la erudición a veces

aplastante no siempre sea del agrado de algunos críticos que preferirían trazos más gruesos. Es dudoso que personaje tan complejo se beneficiara de una mayor concisión, por eso Ibáñez no sube a bordo de un barco; se embarca en un bergantín polcra de 130 toneladas cántabras; no dirige su mirada a un valle sino que sabe que tiene ante sus ojos la Braña Vella, la Leira Grande, la Pena Nova. No sale de la ría, bordea la Isla Pancha y la Punta de Penas Brancas; se dan noticias de los libros leídos y del modo de construir los hornos. Incluso se dan detalles precisos del pasadizo (nunca construido pero vivo en la tradición popular) que unía el Pazo familiar de Ribadeo con la casa de Lucinda, amante imaginaria pero existencialmente posible, y se detallan también los “coitos tristes” (que expresión más terrible) a través del redondel del camisón de su esposa o la desnudez alegre del cuerpo de su amante al otro lado del pasadizo.

No es este un relato demagógico. Ibáñez tenía sus lados oscuros. Sus métodos no eran inocuos. Algunos de los gallegos que escribieron sobre él, reticentes, enfatizan su origen asturiano y su despotismo. Otros su carácter ilustrado, emprendedor y gallego. Pero en la novela se relata lo compleja que puede ser una situación como la que le tocó vivir: “se intentaba una vez más, ahora también en Sargadelos, acaso infructuosamente, el ensamblaje entre la tradición y la modernidad”.

Es dudoso que personaje tan complejo se beneficiara de una mayor concisión, por eso Ibáñez no sube a bordo de un barco; se embarca en un bergantín polcra de 130 toneladas cántabras;

Levantar unos hornos siderúrgicos exige por ejemplo, disponer de leña abundante y eso significa que los montes comunales deben ser esquilados y esta leña ser transportada hasta la fundición. Ibáñez lo sabe pero propone repoblar lo talado y de hecho así lo hace, pero la tala deja sin recursos a muchos vecinos : las rederas necesitaban las cortezas de los sauces para teñir sus redes, los cuberos los avellanos para los arcos de sus toneles, los cesteros patelas, todos ellos combustible, tojo... Al mismo tiempo mediante el pago del transporte los campesinos aforados mejoran sus rentas y adquieren cierta autonomía sobre los señores medianeros que además deben permitir que se construyan caminos en sus tierras para el transporte hacia el puerto y que además los caminos sean de peaje por lo que incluso ellos mismos, deban pagar por su uso.

Ibáñez instala un cepo en la propia fábrica; castiga en el los incumplimientos de estos trabajadores que no forman parte de ninguno de los viejos gremios feudales que todavía mantienen su poder en villas y ciudades... Este equilibrio de fuerzas apenas

sostenido por los beneficios que el trabajo pagado proporcionaba, se vendrá abajo cuando con la guerra por medio, el acarreo mal pagado deba ser hecho para el rey sin percibir salario alguno por ello.

Para unos déspota, para otros ilustrado, la novela de Conde no elude ninguna de estas oscilaciones. Fue tanto lo uno como lo otro. No sé si estas breves notas permiten hacerse una idea de lo que guarda esta novela dentro de sí. Es esta visión compleja de Ibáñez y sus relaciones con campesinos, medianeros, curas y autoridades, franceses e ingleses, lo que hace que esta biografía posible nos parezca verdadera en todos sus puntos. El final del Marqués es todavía hoy digno de la maldición que el autor dedica a sus verdugos: golpeado, castrado, ensartado por las bayonetas de un ejército “liberador” que lo acusa de apoyar a los franceses, es enterrado por manos piadosas para ser desenterrado a las pocas horas por un populacho incitado por curas y fidalgos que no le perdonan su amenaza al viejo orden, y que abandonará sus restos descuartizados nunca recuperados por las calles de Ribadeo. Estamos ante un déspota ilustrado. Uno se pregunta a pesar de todo, sino es esto mejor que los déspotas iletrados que ahora nos gobiernan de modo más sutil y con mucho menos coraje. En resumen: una novela atractiva y compleja como la vida del Marqués de Sargadelos.
S.L.C.

Os Eventos consuetudinarios que acontecen na rúa

Necrolóxica: Adiós, Antonio

Autor

Raimundo Mateos Alvarez
Psiquiatra

Te fuiste y no acabo de creérmelo. Hasta para esto fuiste callado (¡te dije más de una vez que te pasas en eso del silencio!), sencillo, discreto... Claro que resulta coherente con tu vida, pero a los que nos quedamos nos dejas tiritando, sin saber qué decir... Y encima lo haces cuando estoy tan lejos que no pude verte ir... y me obligas a creer a los demás que así ha sido (¡cuánto nos cuesta creer lo que no vemos!)... ¿No podías haber compartido algo más de información?... ¿cómo, que a ti tampoco te la habían dado,... tampoco ahora...?.

Te fuiste y no acabo de creérmelo. Hasta para esto fuiste callado (¡te dije más de una vez que te pasas en eso del silencio!), sencillo, discreto... Claro que resulta coherente con tu vida

Y sobre todo, tú que tanto sopesabas las cosas, ¿por qué tanta prisa para para esto?. Ahora que ya nos habíamos acostumbrado a verte “bien” de salud, a ver como volvías a anotar temas / proyectos pendientes de realizar... De acuerdo, para el que emprende el último viaje, la despedida, si breve, dos veces buena, pero para los que nos quedamos a pie de vía...

Ahora me vas a permitir un turno de crítica (porque no sé si te acuerdas cuando nos diste la bienvenida a los tres alumnos de mi hornada en el Departamento, cuando aún eras joven (nosotros infinitamente más), y nos espetaste, aquello de que “lo que más valoramos aquí es la capacidad de crítica”); yo nunca lo olvidé, (¿cómo olvidar aquello en el apogeo de la fase española del 68 y estertores de la dictadura?). Y se me ocurren reproches de médico: ¿no podías haberte cuidado algo más?, haberte hecho más chequeos?, más ejercicio / comido menos grasas / bebido menos alcohol / fumado menos.... ¡Ah, menos mal, te ríes!... ¿qué dices?... ¿que poco más, sensato, podías haber hecho al respecto?... bueno,

pues yo que sé, ...haber delegado más tareas, pasado más de los que no valoraban tus esfuerzos, haberte enfadado más (más hacia fuera en vez de acumular decepciones profesionales y personales en tu corazón). Si hubieras sido diferente, el final a lo mejor habría sido diferente... ¿cómo dices? ¿que si hubieras sido diferente estaríamos llorando a otro?... Pues no te falta razón, ..¡no hay manera de atacarte!... Entonces, ¿quién tiene la culpa?... ¿que nadie?... ¡qué difícil lo pones!... con lo cómodo que resulta tener a mano un culpable...

Bueno, y ahora qué... ¿que es nuestro turno?... ¡Hombre no sé qué juego te traes, que admite tan pocas manos, que no caben las que empujaron tus proyectos!. Yo creo que leíste mal el reglamento, según yo lo entiendo, tú podrías seguir jugando, pero a menos palos, y entonces cabrían más en la partida... ¿qué ya estabas cansado de jugar?... ¿que es duro jugar sin hacer trampas, barajar siempre limpiamente el mazo y tener que callarse mientras otros marcan las cartas?. Eso puedo entenderlo,...tú seguiste barajando y lo intentaste una y otra y otra vez... tantas que claro, ahora nos parece que lo “normal” era que Antonio siguiera... ¿Que esto es egoísmo? ...vaya, contraatacas, ¡así tenías que haberlo hecho antes, hombre, en vez de callarte las cosas!... Bueno tal vez no te falte algo de razón, pero admitirás el cariño que hay en el deseo de seguirte viendo, aunque de otra manera, tomando distancia de la obligación cotidiana, (de esa dura obligación que tú te marcaste de “arrimar el hombro” para mejorar la Psiquiatría de tu tierra -“ó Catedrático de Santiago ó dimito”-), barajando distendido, con menos carga en la apuesta, ...terminando cosas importantes para las que lo urgente nunca te dejó tiempo...(¡esa Memoria de Cátedra nunca publicada!)... eso que llaman vejez saludable, viendo a los nietos encaramarse al árbol que plantaste... pero no, tú has preferido caer con las botas puestas,... ¿qué,..que genio y figura hasta la sepultura? ¡Ay hombre, sigues siendo igual de testarudo!.

Si te pones así, solo me resta decirte dos cosas... ¡gracias por todo, Antonio!... gracias al médico (por estar siempre del lado del más débil, el enfermo mental), al profesor

Si te pones así, solo me resta decirte dos cosas... ¡gracias por todo, Antonio!... gracias al médico (por estar siempre del lado del más débil, el enfermo mental), al profesor (capaz de pedir perdón solemne y públicamente por la (de)formación impartida en las Facultades de Medicina), al científico (capaz de aseverar contra viento y marea que el mayor adelanto de la Psiquiatría Española del siglo XX ha sido el esfuerzo de algunas comunidades por haber mejorado la asistencia prestada a los enfermos mentales), al hombre

con espíritu renacentista capaz de hilvanar ciencia y arte y en un santiamén confeccionar un mágico tapiz (¡ese discurso de entrada en la Academia de Medicina de Galicia!), al maestro (perdón, sé que no te gusta el título, pero mal que te pese, lo has sido para muchos, en estas y otras rarezas), al amigo....y...¡adiós, Antonio!....adiós, (esa palabra cuyo significado se vuelve tanto más misterioso cuanto mayor es el afecto que se profesa al que se dirige, porque sabemos que la distancia de su cuerpo no hace más que avivar su presencia en nuestro corazón).

Fuiste hombre de paz, sé que te vas en paz, sé que te gustaría que quedáramos en paz...

¡Adiós, ...hasta siempre, Antonio!

Raimundo Mateos Alvarez
Psiquiatra

Nota

El Área de Psiquiatría de la Universidad de Santiago publicará un documento “In Memoriam” en la próxima edición de Siso-Saúde.

Necrológica Antonio Rodríguez López Catedrático de Psiquiatría de Compostela (1933-2002)

Fue un entierro laico y sereno como correspondía al modo de vivir del compañero al que despedíamos. Tal vez no fuera un azar el que lo acogieran las tierras del corazón de Galicia, esas discretas ondulaciones de Escairón que prolongan las tierras llanas de Monforte lejos de las crispaciones geológicas de nuestras sierras del oriente y de los sobresaltos de un Atlántico no siempre medido.

Antonio creo yo, era así, discreto y sereno en un tiempo en que las gentes buscan a los que seguir o combatir y no colegas apacibles con los que conversar y discutir. Hace años, demasiados años ya, en la Compostela de los 60 en aquellas reuniones y asambleas disfrazadas de Cine Clubs o de Conferencias sobre no importa qué, había un momento en que desde el público surgía una pregunta aguda, valiente, ingeniosa que ponía en aprietos la complicidad del conferenciante: era la de Antonio. Esta agudeza de Antonio, era desconocida para los colegas que lo conocieron en sus años profesoriales pero seguía ahí, en voz baja, para oyentes atentos, todavía no colonizados por el griterío y arrogancia de los catedráticos tradicionales.

Antonio creo yo, era así, discreto y sereno en un tiempo en que las gentes buscan a los que seguir o combatir y no colegas apacibles con los que conversar y discutir.

Dedicó algunos años a la ingeniería pero sospecho que esa primera vocación por una mecánica fría de cálculos y proyectos era un error de juventud que abandonó por otra ingeniería, la humana, más complicada pero más confortable para quien como él, se sentía cómodo entre sus gentes de Escairón sus pacientes y sus alumnos de Psiquiatría.

Una enfermedad mental puede entenderse como una anomalía cerebral o como una posibilidad existencial. Decir que una visión

no excluye a la otra es algo trivial pero a los psiquiatras nos separan los diferentes énfasis que concedemos a una de estas dos posibilidades. Para Antonio la psiquiatría comprendía tanto la biología molecular como la antropología o la literatura y en tiempos reduccionistas una amplitud tal era a veces incomprendida y a veces desdeñada porque su tendencia natural era existencial, antropológica mas que molecular. Su tiempo como el mío, tal vez ha pasado ya, pero una ley psicoanalítica misteriosamente aun vigente, afirma que lo reprimido, o lo desdeñado, tiene asegurado un inevitable retorno y hoy las Ciencias Cognitivas incluyen no sólo lo neurobiológico sino la filosofía, la lingüística y la antropología como disciplinas científicas con el mismo estatuto que sus compañeras más duras y tampoco desdeñan la literatura como estudio de las posibilidades existenciales del hombre como le gustaba decir a Kundera.

Fue el primer catedrático “gallego” de Psiquiatría. Villamil y Cabaleiro que lo precedieron, ejercieron otras cátedras complementarias o les fue negada su titularidad. Después durante años, Compostela tuvo profesores de paso camino de otros ámbitos más familiares. Con Antonio se detuvo este tránsito profesoral y los problemas de los gallegos se convirtieron en su territorio de trabajo: la emigración, el alcoholismo, los métodos tradicionales de enfrentar lo psicopatológico, las actitudes sociales hacia las enfermedades mentales pero también y al mismo tiempo, la literatura o el teatro (fundó un grupo en su pueblo natal), lo ocuparon en estos años de profesorado.

Para Antonio la psiquiatría comprendía tanto la biología molecular como la antropología o la literatura y en tiempos reduccionistas una amplitud tal era a veces incomprendida y a veces desdeñada

Sus excesos fueron virtuosos: demasiado sencillo, demasiado amable, demasiado comprensivo. En tiempos como los de hoy estas virtudes infrecuentes no le ayudaron mucho en sus demandas ante gerentes y rectores pero sus amigos, sus compañeros de trabajo y los que escribíamos una Tesis que él dirigía supimos apreciarlas y sabremos recordarlas.

En su entierro creí percibir ciertas ausencias. Me equivocaba. Estábamos todos y no faltaba “nadie”, al menos nadie que merezca el reproche de que nos preguntemos por su ausencia.

De la Pintura psicopatológica al arte como terapia (Un Proyecto de Exposición)

Autor

Ana Hernández Merino
Centro Salud Mental F. S. Luís
Valencia

Estamos reuniendo documentación gráfica sobre obras pictóricas de enfermos mentales procedentes de los antiguos hospitales psiquiátricos con el objeto de realizar una exposición que muestre una actividad artística que se llevó a cabo hasta los años 70 aproximadamente y que no tuvo la repercusión que, a nuestro modo de ver, le correspondía en la vida artística y cultural de nuestro país. Nuestro proyecto surge como consecuencia de una investigación que hemos realizado en torno a la evolución de la pintura psiquiátrica en España durante el siglo XX y del conocimiento del gran interés que ha despertado esta actividad en distintos países europeos en los que podemos visitar interesantes museos de art brut. Haciendo un breve resumen, podemos decir que la emergencia de las vanguardias artísticas en las primeras décadas del siglo XX posibilitó que la pintura psiquiátrica se proyectara fuera de los muros manicomiales. Los locos, que podían ser artistas, mostraron su obra no sólo como un reflejo de sus procesos morbosos, sino también como obras de arte capaces de conmover por la originalidad de sus formas y de sus contenidos. Obras que muchas veces diluían los límites entre la creación de artistas sanos o enfermos, erigiéndose como un hecho cultural más allá de las etiquetas, a menudo peyorativas, que imponían los diagnósticos psiquiátricos.

Estamos reuniendo documentación gráfica sobre obras pictóricas de enfermos mentales procedentes de los antiguos hospitales psiquiátricos con el objeto de realizar una exposición

En España hemos podido contemplar exposiciones de pintura

marginal como la de “Visiones Paralelas” en el Museo Reina Sofía de Madrid en el año 1992. En ella se mostraba las confluencias de perspectivas entre la pintura de artistas que habían realizado la mayor parte de su obra recluidos en un manicomio y la de artistas de vanguardia. Cruces de miradas que iban más allá de influencias formales y que planteaban al espectador y a los investigadores que colaboraron en el catálogo múltiples interrogantes acerca del arte, de la locura, de los movimientos de vanguardia, de la psiquiatría o simplemente sobre la angustia, el dolor, el sufrimiento psíquico que trascendía a la belleza de las obras expuestas.

Hace aproximadamente un año, también pudimos contemplar en el MACBA de Barcelona una muestra sobre la Colección Prinzhorn, de la Clínica Psiquiátrica de Heidelberg. Esta es quizás la más importante en su género por su número de obras y por su antigüedad; ya que se inició en 1919 y también por los avatares que sufrió durante el nazismo. Una parte de esta colección se incluyó en la exposición Entartete Kunst en 1937, que el régimen utilizó para atacar el arte moderno y hacer propaganda de sus teorías sobre la eugenesia.

En ambas exhibiciones, la de Madrid y la de Barcelona, la procedencia de las obras era generalmente europea, en ningún caso había trabajos pictóricos de artistas enfermos de nuestro país y tampoco formó parte del debate, cuál ha sido la consideración en España de la pintura psiquiátrica. Estos hechos podrían llevarnos a la precipitada conclusión de que no ha habido ninguna experiencia y que en los hospitales psiquiátricos de nuestro país no se pintaba o no se coleccionaba pintura, cuando no ha sido así. La hubo, ya que sin ser una preocupación preferente para los psiquiatras, se coleccionó por su interés artístico y se analizó por su interés psicopatológico. Por poner algunos ejemplos, y con la certeza de que algunas experiencias de interés para nuestro proyecto permanecen en el anonimato, diremos que se organizaron exposiciones en el Casón del Buen Retiro de Madrid en el año 1966, con motivo del IV Congreso Mundial de Psiquiatría, con más de setecientas obras. Hubo museos, hoy en día desaparecidos como el del Instituto Pere Mata de Reus o como el que actualmente se conserva en el Hospital de Ciempozuelos, un museo que por el entusiasmo de algunos profesionales va rescatando poco a poco unos valiosos documentos gráficos para la historiografía psiquiátrica.

artistas que habían realizado la mayor parte de su obra recluidos en un manicomio y la de artistas de vanguardia. Cruces de miradas que iban más allá de influencias formales

Pero, desgraciadamente, el material está disperso y algunas obras ya han desaparecido. A nuestro modo de ver, corremos el peligro, si no se rescatan del olvido y si no se muestran con la dignidad debida, de perder las obras que aún se conservan. Nuestra propuesta es mostrar aquellas, que por su interés estético, merecen formar parte de la exposición que se realizaría bajo la subvención de una Fundación Cultural que daría el soporte necesario para que esta experiencia tuviera el eco que se merece en el ámbito artístico de nuestro país.

Las personas que puedan ofrecer algún tipo de información pueden ponerse en contacto con

Ana Hernández Merino
Centro Salud Mental F.S.Luís
C/ Arabista Ambrosio Huici, 30
46013 Valencia
Tel: 961972811
e-mail: ana.hernandez@sanidad.m400.gva.es

Normas de publicación

Información para los autores

SISO/SAUDE considerará para su publicación trabajos en castellano y/o gallego relacionados directamente con la Psiquiatría, la Psicología Clínica y los de disciplinas afines que sean relevantes para aquella, no aceptándose manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para publicación en otra revista. Las normas siguen las recomendaciones generales del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

Tipos de artículo

1. Editorial. Artículo breve, generalmente encargado por el Consejo Editorial, en el que la Revista toma una posición (informa, comenta, critica o discrepa) acerca de un tema científico de actualidad. Las editoriales irán firmadas por su autor pero se entiende que el Consejo Editorial está de acuerdo con su publicación.

2. Originales. Trabajos de investigación que han de cumplir dos requisitos básicos (además de los usuales de formato, redacción, orden y presentación de datos, etc.): aportar algo nuevo a un aspecto concreto del conocimiento psicopatológico o psiquiátrico y ser dicha aportación de suficiente relevancia. Su extensión no será superior a las 5.000 palabras incluyendo resumen, tablas, gráficos y bibliografía y, como regla general, se recomienda que el número de firmantes no sea superior a seis.

3. Revisiones. Artículos que abordan en profundidad la puesta al día crítica de un tema monográfico, redactado por un especialista en el mismo. Las revisiones se hacen a veces por encargo. Su extensión no deberá superar las 7.500 palabras.

4. Artículos especiales. Sección “A propósito de...”, “A Velas vir”, “Os eventos...”. Trabajos de interés sobre temas psiquiátricos o de disciplinas afines que por sus características no encajan como originales ni como revisiones. Salvo casos excepcionales se realizarán también por encargo a la Revista y podrán organizarse como “Series” que serán oportunamente presentadas.

5. Casos clínicos/Comunicaciones breves. Presentaciones concisas, de extensión total no superior a 1.500 palabras, que anticipan resultados de una investigación en curso o plantean casos clínicos de interés.

6. Cartas al Director. Sección en la que se recogen observaciones, respuestas y críticas a trabajos publicados, observaciones metodológicas, casos clínicos atípicos, observaciones clínicas o terapéuticas, efectos adversos de tratamientos no referidos o excepcionales, etc. Su extensión total no superará las 500 palabras.

7. Crítica de libros. Los libros para reseña serán remitidos al Redactor Jefe de la Revista, quien solicitará su revisión a algún miembro del Comité de Expertos o a quien considere oportuno. Todos los trabajos serán revisados de manera anónima por dos miembros del Comité de Expertos de la Revista (Lectores anónimos) que informarán al Comité de Publicaciones sobre la conveniencia o no de su publicación, de acuerdo con los criterios establecidos por éste para cada sección. El Comité de Publicaciones se reserva el derecho de publicar o no un original, así

como el momento de hacerlo; también se reserva el derecho a realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación. Que quedarán como propiedad permanente de **SISO/SAUDE** y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso escrito de la misma.

En los trabajos realizados con pacientes los autores tomarán las medidas necesarias para preservar su anonimato e intimidad. Si se trata de trabajos experimentales es necesario incluir de manera explícita que se ha obtenido el consentimiento informado de los sujetos o sus tutores legales tras la explicación de los procedimientos que se van a utilizar.

Requisitos de los manuscritos

Se enviarán al Director de Publicaciones de SISO/SAUDE, 3 copias mecanografiadas a doble espacio en hojas DIN A4 (210 x 297 mm) numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho, acompañada de una versión en diskette 3.5" empleando un procesador de texto en versión compatible IBM o Macintosh.

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

1. Primera página, que incluirá por orden los siguientes datos: títulos del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el centro de trabajo; dirección para correspondencia, y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. La Revista considera que el autor de un trabajo es quien haya tenido una participación relevante en el diseño, realización del trabajo, redacción y aprobación final del mismo. Los restantes participantes se harán constar, previo acuerdo por escrito de los interesados, en el apartado de Agradecimientos.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (Fundamento, Métodos, Resultados y Conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave para la indexación en los repertorios bibliográficos. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema: Originales; Introducción; Observación clínica (o Métodos y Resultados), y Discusión.

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

5. Referencias bibliográficas. Se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. Podrá ir acompañado del nombre del autor o autores si son uno o dos, debiendo mencionarse el primero seguido de la expresión et al, si son más. La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas en los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una "comunicación personal". Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión "(en prensa)" tras el nombre de la publicación. Los nombres de las publicaciones se abreviarán según el estilo empleado en el Index Medicus; en caso de tratarse de una publicación no incluida

en dicho repertorio se pondrá su nombre completo. Se hará constar el nombre de todos los autores y se seguirá el estilo de los siguientes ejemplos:

Ejemplo 1: Artículo de revista

Sacristán JM, Germain J. Rodríguez Arias B. Psiquiatría práctica e higiene mental. Archivos de Neurobiología 1930; 10(4); 325-415. (La indicación del nº entre paréntesis es opcional en aquellas revistas que lleven paginación correlativa a lo largo de todo el volumen; en caso de ser varios autores se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número se añadirá et al., poniendo el (los) apellidos seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto al final, antes de pasar al título).

Ejemplo 2: libro

Mira y López E. Manual de Psiquiatría. Barcelona: Salvat, 1935

Ejemplo 3: Capítulo de libro

Valenciano L. La tesis de la psicosis única en la actualidad. En: Llopis B. Introducción dialéctica a la psicopatología. Madrid; Morata, 1970; 113-59.

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

Los manuscritos irán acompañados de una carta de presentación en la que se incluirá la dirección, teléfono y fax de contacto para los temas relativos a la publicación. En la misma se expondrá también la existencia de intereses en la financiación del trabajo (patrocinio por entidades públicas o privadas, laboratorios, etc), quedando a criterio del Comité de Publicaciones la decisión sobre la conveniencia de su publicación. No se devuelven originales ni se mantiene correspondencia sobre los trabajos no aceptados por el Comité de Publicaciones. Para una información más detallada, consulten Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas. Med. Clin (Barc) 1991; 181-6 o Puerta López-Cózar JL, Mauri Más A. Manual para la redacción, traducción y publicación de textos médicos. Barcelona: Masson, 1995: 1-15.

El comité de redacción de la revista no se hace responsable de los puntos de vista y afirmaciones expresadas por los autores en sus artículos.

Envío trabajos:

Chús Gómez
C. Salud Mental-Avda. Galicia, 77.
Monforte-Lugo CP 27400
Tfno: 982 404 611. Fax: 982 411 200
mariajesus.gomez.rodriguez@sergas.es

o bien a

Revista SISO/SAUDE.
Congrega, S.L.
C/ Rosalía de Castro, 13. 1º izda.
15004 A Coruña



Solicitud de inscripción na AGSM

Apelidos-----
Nome -----N.I.F. -----
Profesión ----- Cargo -----

Enderezo profesional -----

Teléfono profesional -----Fax profesional -----
Enderezo particular-----

Teléfono particular----- Fax particular-----
Correo electrónico-----

Socios que avalan a solicitude:

1. Nome, apelidos e firma -----

2. Nome, apelidos e firma -----

Declaración:

Comprométome a aceptar e respectar os estatutos da Asociación Galega de Saude Mental.

Data _____

Sinatura do solicitante



(Nome e apelidos do/a titular da c/c)

(domicilio)

-----de -----de 200-----

Sr./a Director/a do Banco-----

Axencia-----Dirección postal-----

CP-----Población-----

Solicítolle dispoña o necesario para que a partir da data presente se abonen co cargo a miña (1)

c/c-----ou Cartilla de Aforros-----

nesa Entidade Bancaria os recibos de Asociado/a de D./Dña -----

da Asociación Galega de Saude Mental.

Agradecéndolle a súa atención saúdalle atentamente

(firma do/a titular da c/c)

(1) Táchese o que non proceda

Nº asociado/a

(Nome e apelidos do/a titular da c/c)

(domicilio)

-----de -----de 200-----

Sr./a Director/a do Banco-----

Axencia-----Dirección postal-----

CP-----Población-----

Solicítolle dispoña o necesario para que a partir da data presente se abonen co cargo a miña (1)

c/c-----ou Cartilla de Aforros-----

nesa Entidade Bancaria os recibos de Asociado/a de D./Dña -----

da Asociación Galega de Saude Mental.

Agradecéndolle a súa atención saúdalle atentamente

(firma do/a titular da c/c)

(1) Táchese o que non proceda

Nº asociado/a

