

**SISO/SAUDE, N° 39- Otoño 2003**  
Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental  
Congrega, S.L.  
C/ Rosalía de Castro, 13. 1ª izda.  
15004 A Coruña

Correo electrónico: [congrega@agsm.es](mailto:congrega@agsm.es)  
<http://www.agsm.es>

---

**Portada**

Sin título  
Mark Rothkovich

---

**Diseño**

M y M. A Coruña.  
Tel. 659 81 85 69  
Correo electrónico: [montsepm2002@yahoo.es](mailto:montsepm2002@yahoo.es)

---

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

**Presidente**

L. Ferrer i Balsebre

**Vicepresidente**

G. Martinez Sande

**Secretaría**

F. Iglesias Gil de Bernabé

**Vicesecretario**

L. Vila Pillado

**Tesoureiro**

C. Castro Dono

**Directora de Publicacións**

Chus Gómez Rodríguez

**Vocais**

Sara Covadonga Granda Mariño

Ramón Area

Nuria García Gonzalo

Marina Albelda Martinez

**Comité de Publicacións**

**Directora**

Chus Gómez Rodríguez

**Vocais**

S. Lamas Crego

D. Simón Lorda

Fidel Vidal

Fe Lacruz 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 Psicoanálisis Aplicado**

**Coordinador**

J.R. Eiras

**Sección Infanto-Xuvenil**

**Coordinador**

J. Mazaira

**Sección de Rehabilitación**

**Coordinador**

E. Paz Silva

**Comisión de Docencia e Investigación**

**Coordinador**

Alexandre García Caballero

**Vocais**

María 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

**Vocais**

Belén Martínez Alonso

Mª José Veiga Candan

Mª Teresa González Barba



## *Sumario*

---

### *Editorial*

---

- 5 Ope hostil y otros  
Luis Ferrer i Balsebre, Gonzalo Martínez Sande

### *Originales y revisiones*

---

- 7 Utilización de la autopsia psicológica en el estudio  
de un caso de muerte por suicidio  
María Pereira Calviño, Delia Guitián Rodríguez
- 17 Cuidar al cuidador. Burnout entre los cuidadores de  
ancianos institucionalizados  
Anabel González Vázquez, Carlos Castro Dono
- 23 Trastornos disociativos  
Ana Isabel González Vázquez
- 31 Síndrome de la boca ardiente: una revisión  
Santiago Agra Romero
- 55 Lenguaje y esquizofrenia  
Area Carracedo, R; Vila Pillado, L; Recimil López, M.J.;  
García Caballero, X; García Lado, I; Somoza Vázquez, M.J.
- 71 Hipocampo, lóbulo frontal y memoria  
Santiago Lamas
- 77 Lo irracional y la modernidad  
Ana Hernández Merino

### *Psicoanálisis aplicado*

---

- 95 Principios básicos de la praxis psicoanalítica  
M<sup>a</sup> Antonia de Miguel
- 105 A propósito de las conversaciones Siso  
Chus Gómez

107 Ideas preparatorias para las primeras conversaciones Siso  
José R. Eiras

113 Elogio de la vergüenza  
E. Morilla

---

***A propósito de..***

123 Ikebanas II: Trazos de la clínica diaria  
Antón Seoane

127 El eterno femenino: A propósito de “El marido de la  
peluquera” de P. Leconte  
M<sup>a</sup> Antonia Muñoz Mella

133 Kafka e a clínica  
Antón Seoane

---

***Brétema***

135 Irrumpir con la fábula  
Antonio Domínguez

---

***Libros***

139 Jerry Fodor. La mente no funciona así....  
Luis Vila Pillado, Ramón Area Carracedo

155 Elzo, J. y otros (2003), drogas y escuela VI. Evolución del  
consumo de drogas en escolares donostiaras (1981-2002).  
Amando Vega Fuente

---

***Os eventos consuetudinarios que acontecen na rúa***

161 European Regional Meeting of the International  
Psychogeriatric Association. Ginebra, 1-3 abril 2003  
Raimundo Mateos Alvarez

---

165 ***Normas de publicación***

# *Editorial*

---

## *Ope hostil y otros*

### **Autores**

---

Luis Ferrer i Balsebre y Gonzalo Martínez Sande

Las deficiencias administrativas determinan que convocatorias como la reciente OPE se conviertan en una pesadilla para los directamente implicados. La AGSM ha estado representada en el tribunal que entendía de la prueba de los psiquiatras y, aparte de las tensiones propias de este tipo de procesos, ha procurado mantener la equidad respetando el espíritu y los criterios de la convocatoria, es decir, consolidar en sus puestos de trabajo a los compañeros que llevan años ejerciendo su labor en un mismo puesto de trabajo. A falta de las siguientes fases confiamos en haber cumplido nuestra labor dignamente aún a pesar de que algunos compañeros hayan podido sentirse perjudicados.

Otra cosa bien distinta han sido las convocatorias de otros colectivos, y muy especialmente la concerniente a los psicólogos que, a nuestro juicio, ha sido un despropósito desde su inicio. La formalización inadecuada de la convocatoria, hecha desde el desconocimiento de la situación de la profesión (en ese momento en el proceso de acreditación como especialistas), trasladando el modelo/patrón de las diversas especialidades médicas pero aplicado a un grupo profesional que está en una categoría NO SANITARIA, puede dar origen a fenómenos curiosos como la entrada en juego de la promoción interna (con el posible resultado curioso desde la racionalidad de la gestión de que la administración pueda encontrarse con personal estatutario que tenga dificultades para cumplir los criterios de acreditación como especialista en Psicología Clínica). Aunque parece que este tipo de problemas pueden estar presentes en otras categorías profesionales también incluidas en NO SANITARIOS. En la convocatoria de psicólogos tampoco parece estar claro el valor que pueden tener un PIR o la necesaria

experiencia para cumplir con las funciones a desempeñar en un puesto asistencial; si a esto sumamos la composición del tribunal en el que la presencia de los psicólogos es accidentalmente minoritaria, puede entenderse el malestar que se palpa entre los profesionales. Una vez más los psicólogos se sienten una vez más maltratados, ninguneados...por una administración que se ha mostrado cicatera en una ocasión en la que podría haber dado alguna muestra de generosidad hacia ese colectivo profesional. Todas estas deficiencias parecen orientadas a determinar que sean los tribunales locales los que tengan que aplicar los criterios de sensatez que en la primera fase han sido eludidos, sin que ésta debiera ser su función. La AGSM no tiene representación en el tribunal que ha juzgado la primera fase, pero confiamos en que no sólo la nuestra sino otras asociaciones y colectivos, como el Colegio de Psicólogos, hagan valer sus razones a la hora de resolver para bien esta “desfeita”.

En otro orden de cosas, la AGSM se ha sumado, dentro de la Plataforma para la defensa de la Sanidad Pública, en la denuncia de la LOGSA en cuanto que esta Ley puede llevar a un deterioro (aún mayor) de la asistencia sanitaria pública frente a las entidades privadas. Sin satanizar lo privado sí debe exigirse claridad en los criterios de derivación y de calidad, de modo que no sea posible la financiación con dinero público de entidades cuya calidad asistencial es, en muchos casos, más que cuestionable.

Y ya con sabor de castañas y setas en los labios y las pupilas tintadas de cepas nazarenas, saludamos al señor Otoño que se despierta con el Día Mundial de la Salud Mental, este año dedicado a los Trastornos de la Infancia y la Adolescencia, lamentablemente de ruidosa actualidad, a tenor de recientes sucesos y juicios aparecidos en los media con adolescentes como protagonistas.

## *Originales y revisiones*

---

### *Utilización de la autopsia psicológica en el estudio de un caso de muerte por suicidio*

#### *The use of psychological autopsy in the study of a case of suicidal death*

#### **Autoras**

---

María Pereira Calviño.  
Psicóloga. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. *pereira@correo.cop.es*

Delia Guitián Rodríguez.  
P.I.R. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. *d.guitian@correo.cop.es*  
Ronda Xosé Castiñeiras, N° 15-5° B. 27002 LUGO.

*El objetivo último consiste en tratar de comprender y explicar la conducta homicida y suicida del sujeto en su contexto vital y psicopatológico.*

#### **Resumen**

---

En este artículo se lleva a cabo una revisión bibliográfica respecto a la autopsia psicológica, para, a continuación, presentar un caso clínico en el que se ha empleado dicha metodología.

La revisión aborda desde el origen y la definición del concepto de la autopsia psicológica, hasta las cuestiones éticas sobre las que es preciso reflexionar, pasando por aspectos metodológicos.

El caso clínico que se presenta, es el resultado de la utilización de la metodología de la autopsia psicológica. Así, se lleva a cabo una reconstrucción de la vida y la muerte de un paciente, haciendo especial hincapié en los aspectos clínicos y psicopatológicos. El objetivo último consiste en tratar de comprender y explicar la conducta homicida y suicida del sujeto en su contexto vital y psicopatológico.

**Palabras clave:** Autopsia psicológica. Suicidio. Supervivientes de suicidio.

**Summary**

*The authors make a bibliographical review about psychological autopsy and then they present a clinical case in which this methodology is used.*

*The review deals with aspects ranging from the origin and definition of the concept of psychological autopsy, to ethical questions which need to be reflected upon, taking into account some methodological implications of this procedure.*

*The clinical case presented is the result of the use of the psychological autopsy procedure. A patient's life and death is reconstructed, stressing the importance of the clinical and psychopathological aspects. The final goal consists of being able to understand and account for the individual's homicidal and suicidal behaviour, considered within his vital and psychopathological context.*

**Key words**

*Psychological autopsy. Suicide. Suicidal survivor.*

**Utilización de la autopsia psicológica en el estudio de un caso de muerte por suicidio**

El término autopsia psicológica fue acuñado en 1961 por Shneidman y Farberow (Shneidman<sup>1</sup>, 1981) del Centro de Prevención del Suicidio de Los Angeles, al referirse a ella como un procedimiento para clarificar la causa de las muertes en situaciones dudosas de suicidio, accidente u homicidio. Dependiendo del contexto específico en el que se ha utilizado la autopsia psicológica, se ha ido matizando su definición por parte de diferentes autores. Así, Beskow<sup>2</sup> y colaboradores (1991) se centran en los casos claros de suicidio, y consideran la autopsia psicológica como el método científico que les permite reconstruir la muerte a través de entrevistas con las personas más allegadas al fallecido o *supervivientes del suicidio*, como se les ha venido denominando en la literatura anglosajona. El propio Shneidman<sup>3</sup> (1993) señala que la autopsia psicológica pretende determinar de forma razonable qué había en la mente del difunto al enfrentarse a su propia muerte.

*Este procedimiento no sólo es útil para la investigación, sino que también se emplea como instrumento terapéutico, especialmente con supervivientes del suicidio, y su uso con esta finalidad está bien documentado*

Este procedimiento no sólo es útil para la investigación, sino que también se emplea como instrumento terapéutico, especialmente con supervivientes del suicidio, y su uso con esta finalidad está bien documentado (Sanborn y Sanborn<sup>4</sup>, 1976; Terroba y Saltijeral<sup>5</sup>, 1983; Young<sup>6</sup>, 1992).

En definitiva, estamos hablando de realizar una reconstrucción de la biografía del sujeto, de su estilo de vida y de responder a preguntas como ¿por qué la muerte ocurrió en ese momento?, ¿qué sucesos psicológicos precipitaron la muerte?, ¿cómo podemos entender mejor esa muerte?. En esta tarea la fuente de información por excelencia son los familiares y amigos cercanos al sujeto. Otras fuentes a las que habitualmente se accede son los historiales médicos y los informes judiciales aunque, dependiendo de cada caso en particular, las fuentes disponibles varían en cantidad y calidad. En general, se tiende a buscar información a partir de los datos que los familiares y amigos aportan en las entrevistas. En el cuadro I se recogen las fuentes de información propuestas por Shneidman (1981), que son las más ampliamente utilizadas.

### **Áreas de recogida de información**

- Identificación del sujeto: edad, estado civil, trabajo, prácticas religiosas.
- Detalles de la muerte.
- Resumen de la historia del sujeto, señalando intentos autolíticos previos.
- Historia de muertes en la familia: historia de suicidio en la familia y trastornos afectivos.
- Descripción de la personalidad y del estilo de vida.
- Patrón típico de reacción al estrés, problemas emocionales y períodos de desequilibrio.
- Estresores recientes, tensiones o anticipaciones de problemas.
- Papel del consumo de alcohol y otras sustancias en el estilo de vida y en su muerte.
- Naturaleza de las relaciones interpersonales.
- Cambios en hábitos y rutinas antes de la muerte.
- Información sobre otros aspectos de la vida del sujeto. Éxitos, planes...
- Evaluación de la intención.
- Tasa de letalidad

Cuadro I. Shneidman, 1981

La búsqueda de la información necesaria para realizar una autopsia psicológica implica necesariamente el contacto con los familiares y



amigos, y esto suscita problemas éticos: ¿daña a terceras personas nuestra investigación?, y si es así ¿está justificado ese daño?, ¿podría evitarse?.

Para que las entrevistas sirvan de ayuda a los informadores y no les infrinjan ningún tipo de perjuicio, deben ser diseñadas en función de las necesidades de éstos y no de los intereses de los investigadores. Con este objetivo se han propuesto una serie de orientaciones (Hawton<sup>7</sup> et al., 1998; Beskow et al., 1991). En general, se considera que el momento de realizar la entrevista debe ser entre uno y tres meses después del fallecimiento, realizando siempre un contacto previo por correo y/o teléfono. Los entrevistadores deben tener experiencia clínica y habilidad para empatizar sin involucrarse emocionalmente con el sujeto. La entrevista debe ser semiestructurada, lo suficientemente flexible como para ajustarse a las necesidades psicológicas del informante. Es muy importante respetar la integridad del difunto y la opinión que el entrevistado tiene acerca de si fue o no un suicidio. Por último, se debe ofrecer asistencia especializada en aquellos casos en que el entrevistador lo considere necesario.

Beskow y colaboradores (1991) estudiaron los efectos que la entrevista tenía sobre los supervivientes de suicidio entrevistados. El 47% de ellos decían sentirse peor inmediatamente después de la entrevista. Sin embargo, dos semanas más tarde, ninguno de los entrevistados decía sentirse peor que antes de haber sido entrevistado; es más, el 58% se sentía mejor y el 42% se sentía igual que antes de la entrevista. Por otro lado, como se señaló anteriormente, la autopsia psicológica ha sido utilizada como herramienta terapéutica con supervivientes del suicidio, lo que viene a apoyar la idea de que es más beneficiosa que perjudicial para los sujetos entrevistados.

*En general, se considera que el momento de realizar la entrevista debe ser entre uno y tres meses después del fallecimiento, realizando siempre un contacto previo por correo y/o teléfono.*

Otra de las cuestiones que se suscitan en el ámbito de la autopsia psicológica es el de las limitaciones metodológicas que tiene este procedimiento por ser básicamente de tipo retrospectivo. La fiabilidad se ve afectada por los sesgos que ocasionan los procesos de memoria y olvido en los entrevistados, y la validez va a depender en cada caso de las áreas de información a las que tengamos acceso. Todo esto dificulta la utilización de un procedimiento estandarizado de obtención de la información.

Pero, además de estas limitaciones, hay que considerar algunos

aspectos característicos de la autopsia psicológica. Los informadores son, en su mayoría, personas cercanas al fallecido, por lo que hay que tener en cuenta el estado de ánimo característico de una situación de duelo. En general, se pueden detectar dos procesos que sesgan la información, la idealización y la culpabilización (Hawton et al., 1998; Jacobs y Klein-Benheim<sup>8</sup>, 1995). El primero de ellos implica un recuerdo selectivo de las características positivas del fallecido, dando así una imagen idealizada en la que la sintomatología psiquiátrica que pudiera estar presente ha desaparecido o está minimizada. Con el proceso de culpabilización se justifica o explica la conducta del sujeto en base a situaciones o factores incontrolables, de modo que es frecuente que la sintomatología psiquiátrica destaque especialmente y esté maximizada.

A pesar de todas estas limitaciones de la autopsia psicológica, hay datos que apoyan su fiabilidad. Terroba y Saltijeral (1983) analizaron las consistencias e inconsistencias entre las distintas fuentes de información y, en general, el grado de concordancia entre los informadores fue alto (80%). La información en la que se observó mayor discrepancia fue la relativa a los acontecimientos previos al suicidio (25% de inconsistencias); la explicación de los autores es que estas discrepancias están relacionadas con la involucración emocional de los informadores del suicidio.

*Con el proceso de culpabilización se justifica o explica la conducta del sujeto en base a situaciones o factores incontrolables, de modo que es frecuente que la sintomatología psiquiátrica destaque especialmente y esté maximizada.*

En el caso que presentamos a continuación no existen dudas respecto a la muerte por suicidio del sujeto. En este caso el objetivo fue comprender y explicar la conducta homicida y suicida en su contexto vital y psicopatológico. Para ello se utilizaron las siguientes fuentes de información: historias clínicas del sujeto en su Unidad de Salud Mental, en su Centro de Atención Primaria y en el Hospital General, recortes de prensa, consultas en el Registro Civil, y entrevistas con sus dos hijos, una cuñada y dos de sus hermanos.

### **Estudio del caso**

El sujeto nace en una pequeña localidad de la Galicia interior en el seno de una familia numerosa. Al año de edad, y por motivos laborales del padre, la familia se traslada a un pequeño pueblo de la costa. Transcurre su infancia en una situación de penuria económica y sufriendo frecuentes castigos físicos por parte del padre. Su

escolarización es escasa, sólo alcanza a leer y escribir con dificultad.

Comienza a trabajar desde muy joven en la construcción y se casa a la edad de 19 años con su novia, un año más joven que él. Un año después tienen su primer hijo, una niña, y al año siguiente un varón.

El trastorno comienza a los 32 años de edad. Hasta ese momento no había padecido ningún trastorno, físico o mental de interés. En la descripción que hacen de él en ese momento su esposa y sus hijos, destaca el ser un hombre muy reservado, desconfiado, autoritario, rígido, celoso y muy trabajador.

En cuanto al inicio del trastorno, el paciente relata que, estando trabajando, de forma brusca y sin traumatismo sintió que su pierna izquierda se quedaba rígida, acompañándose de un gran dolor. Fue atendido por su médico de cabecera y, al día siguiente, acudió al servicio de Urgencias del hospital. Días más tarde, con reposo y el tratamiento oportuno, fue recuperándose en movilidad, pero el dolor no cedió, por lo cual fue derivado al servicio de Neurocirugía, donde se le practicó toda una batería de pruebas con resultados normales, aplicándosele diversos tratamientos que no consiguieron hacer remitir el dolor.

Cuatro meses después del inicio del cuadro, y a pesar de las quejas de dolor del paciente, Inspección Médica pone fin a la baja laboral.

*Sintió que su pierna izquierda se quedaba rígida, acompañándose de un gran dolor. Fue atendido por su médico de cabecera y, al día siguiente, acudió al servicio de Urgencias del hospital.*

Por su parte, el servicio de Neurocirugía, ante la falta de respuesta de su lumbalgia a los tratamientos utilizados, decide derivarlo al servicio de Psiquiatría. Allí lo diagnostican de una Distimia, apuntando la posibilidad de ganancias secundarias y pautan tratamiento con antidepresivos, ansiolíticos y neurolépticos a dosis bajas. Después de tres meses de tratamiento, y sin haber conseguido cambios en su estado, deciden derivarlo a su Unidad de Salud Mental de referencia.

Cuando es evaluado en la Unidad de Salud Mental ya han transcurrido ocho meses desde el inicio del cuadro. En la exploración psicopatológica no se detecta patología psiquiátrica a excepción de su dolor en la pierna y costado izquierdos, que empeora si el paciente realiza algún trabajo físico o esfuerzos, y sin que exista explicación médica alguna a dicho dolor. Más allá de la atención que recibe de su familia debido a su papel de enfermo no

se detectan ganancias obvias por su dolor, ya que el paciente ha finalizado su baja laboral. En la entrevista el paciente se muestra poco comunicativo, aunque colabora contestando a todas las preguntas, no existe la más mínima conciencia de una posible contribución de factores psicológicos a su estado; por otro lado, en los movimientos que realiza no se evidencian signos de dolor o malestar. Por su conducta durante la entrevista y la presentación de los síntomas, se señalan rasgos alexitímicos.

El nivel adaptativo del paciente es aceptable, el dolor sólo le afecta para el desempeño de su trabajo como albañil, de forma que en casa se mantiene activo, ayudando a su esposa en las tareas domésticas y atendiendo a los animales de la casa. Las relaciones familiares son buenas y mantiene relaciones sociales.

Se diagnostica dolor somatoforme, pero no se llega a iniciar ningún tratamiento ya que el paciente rechaza cualquier tipo de intervención y decide no volver a la consulta manifestando su enfado con la Seguridad Social donde, según él, lo iban a declarar inválido por “desgaste de espalda” y sin embargo le dieron el alta laboral.

*No se llega a iniciar ningún tratamiento ya que el paciente rechaza cualquier tipo de intervención y decide no volver a la consulta manifestando su enfado con la Seguridad Social.*

Vuelve a la Unidad de Salud Mental tres años más tarde derivado por el servicio de Neurología. Durante este tiempo ha vuelto a las consultas de Neurología, ha seguido a tratamiento en la Unidad de Dolor, y también ha sido valorado en Cirugía Ortopédica y Traumatológica. Su estado es el mismo, pero su situación personal ha empeorado: agotó el subsidio por desempleo y la ayuda familiar, viviendo actualmente toda la familia de los ahorros. Ya pleiteó con la Seguridad Social solicitando la invalidez, sentencia de la que está pendiente en ese momento. Finalizada la entrevista, rechaza que se le cite de

nuevo.

Un año más tarde sucede un hecho relevante en su familia de origen: uno de sus hermanos, que sufría una enfermedad crónica, se suicida ahorcándose bajo los efectos del alcohol. Su familia refirió haberle oído decir después de este fallecimiento que debería haber sido él quien muriese y no su hermano.

Vuelve de nuevo tres años más tarde a la Unidad de Salud Mental derivado también por Neurología, aunque no admite ningún tipo de tratamiento y persiste en su conducta querulante hacia la Seguridad

Social pleiteando por un subsidio de invalidez. Unos meses antes se había presentado en el servicio de Urgencias del Hospital demandando asistencia por su dolor y verbalizando amenazas autolíticas si no lo atendían correctamente. Con el consentimiento de su esposa, fue ingresado en el servicio de Psiquiatría; el paciente no supo en qué servicio se le ingresaba hasta que se vio allí. Después de unos días de estancia hospitalaria, le dieron el alta con un diagnóstico de Trastorno somatoforme atípico y un tratamiento ansiolítico y analgésico.

Este ingreso psiquiátrico supone un punto de inflexión importante en la evolución del paciente ya que empeora significativamente la relación conyugal al culpar a su esposa del engaño que supuso su ingreso en el servicio de Psiquiatría.

Antes de relatar sus últimas semanas de vida, veamos a qué situación había llegado. Seguía sin trabajar, no sólo no aportaba nada a la economía familiar, sino que había agotado los ahorros familiares pagando a abogados y profesionales de la medicina privada. La familia vivía de los sueldos de su mujer e hijos desempeñando trabajos no cualificados. Pero ésta era una situación sin retorno. Después de tantos años de persistir en su pérdida física y en su litigio, pensaba continuar con su querulancia vendiendo parte del patrimonio familiar.

No sólo había fracasado en el reconocimiento legal de su limitación física, sino que seguía sintiendo dolor e incapacidad a pesar de todos los tratamientos seguidos. Finalmente, el reconocimiento que recibe por parte del sistema sanitario con el beneplácito de su esposa es el único que él no asume, el de paciente psiquiátrico.

*Finalmente, el reconocimiento que recibe por parte del sistema sanitario con el beneplácito de su esposa es el único que él no asume, el de paciente psiquiátrico.*

A nivel psicopatológico, además de la inalterabilidad del dolor, su estado podría definirse como síndrome delirante en los términos que Rowlands<sup>9</sup> (1988) utiliza:

*“Un estado en el cual existe una idea sobrevalorada de haber sido tratado injustamente, que domina la vida mental y da como resultado un comportamiento dirigido a la consecución de la justicia y que causa problemas significativos a la vida personal y social del individuo”.*

Además, la hostilidad y continuos reproches a su esposa fueron tomando forma de celotipia, sin haber en ningún momento abuso de

alcohol. Esta situación deterioró de tal forma la relación conyugal que el paciente llegó a obligar a su esposa a que abandonase la casa familiar en dos ocasiones. Las ideas de perjuicio, unidas a esta celotipia, van conformando un cuadro paranoide que se agudiza a medida que pasa el tiempo.

Ante esta situación, la esposa del paciente pide ayuda a la familia de éste, ya que eran los únicos a los que el paciente todavía escuchaba. Los hermanos le aconsejaron a ella que volviera al hogar y contrataron los servicios de una bruja, a la cual enviaron a casa. Tanto la esposa del paciente como la hija deseaban que sus hermanos lo presionasen para acudir a la consulta de salud mental, pero accedieron a la intervención de la bruja a la espera de que el siguiente paso fuese el del tratamiento psiquiátrico.

Muy probablemente la intervención de la bruja al señalar la casa como receptora de males no hizo más que confirmar las sospechas del paciente, desencadenando francas ideas de persecución y perjuicio hacia todas las personas que le rodean, incluida su propia familia.

La noche del desenlace sus hijos salieron después de cenar porque su padre estaba tranquilo, había acudido al centro de salud por la tarde con su esposa debido a una gastroenteritis que le había provocado la pócima que le había dado la bruja. Cuando su hija volvió a casa al amanecer del día siguiente, su madre estaba muerta en la cocina por heridas de arma blanca, su padre se había ahorcado en el sótano y el dormitorio conyugal había sido incendiado.

***Cuando su hija volvió a casa al amanecer del día siguiente, su madre estaba muerta en la cocina por heridas de arma blanca, su padre se había ahorcado en el sótano y el dormitorio conyugal había sido incendiado.***

En el relato realizado de los hechos, hemos intentado responder a las preguntas que rodean la muerte del paciente y su esposa. Nos formulamos ahora una última pregunta ¿por qué la muerte ocurrió en ese momento?. La respuesta entra en el terreno de las conjeturas.

Pensamos que, muy probablemente, aquella noche hubo una fuerte discusión en el matrimonio: ella no veía que el estado de su marido mejorase y quizá le dio un ultimátum, no esperaba a que él la echase, ella misma se iría por su propia voluntad abandonándolo. La ausencia de los hijos en casa como elemento de control pudo precipitar el desenlace con el resultado del homicidio de ella y el posterior suicidio de él.

## **Referencias bibliográficas**

---

1. Shneidman ES. The psychological autopsy. *Suicide and Life Threatening Behavior* 1981; 11: 325-340.
2. Beskow J, Runeson B, Asgard V. Ethical aspects of psychological autopsy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991; 84: 482-487.
3. Shneidman ES. *Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale NJ: Jason Aronson. 1993.
4. Sanborn DE, Sanborn CJ. The psychological autopsy as a therapeutic tool. *Diseases and the Nervous System* 1976; 37: 4-8.
5. Terroba G, Saltijeral MT. La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio. *Salud Pública de México* 1983; 25: 285-293.
6. Young TJ. Procedures and Problems in Conducting a Psychological Autopsy. *International Journal of offender Therapy and Comparative Criminology* 1992; 36: 43-52.
7. Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, Malmberg A, Simkin S. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders* 1998; 50: 269-276.
8. Jacobs D, Klein-Benheim M. The psychological autopsy. A useful tool for determining proximate causation in suicide cases. *Bulletin of American Academic Psychiatry Law* 1995; 23: 165-182.
9. Rowlands MWD. Psychiatric and Legal Aspects of Persistent Litigation. *British Journal of Psychiatry* 1988; 153 317-323.

# ***Cuidar al cuidador. Burnout entre los cuidadores de ancianos institucionalizados***

Autores

---

Anabel González Vázquez, Carlos Castro Dono  
Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario “Juan Canalejo-Marítimo de Oza”. Xubias de Arriba, 84. 15006. A Coruña  
[castrodono@yahoo.es](mailto:castrodono@yahoo.es)  
[anabelvladi@wanadoo.es](mailto:anabelvladi@wanadoo.es)

## **Introducción**

---

***En los trabajadores de las instituciones geriátricas se mezclan diversos estresantes que los convierten en una actividad de alto riesgo: la atención directa a pacientes gravemente deteriorados***

La importancia de los cuidadores primarios en el bienestar de los pacientes ancianos está fuera de toda duda. Sin embargo, se ha estudiado más a los familiares de personas con problemas físicos y psíquicos graves que viven en su domicilio, estando la mayor parte de los trabajos centrados en los cuidadores de pacientes con Enfermedad de Alzheimer.

En los trabajadores de las instituciones geriátricas se mezclan diversos estresantes que los convierten en una actividad de alto riesgo: la atención directa a pacientes gravemente deteriorados, se añade al malestar derivado del funcionamiento ineficiente de la institución y sus jerarquías, las dificultades que surgen del trabajo en equipo, la presión de las familias, y la convivencia diaria con la vejez o la muerte.

El análisis de estos problemas se extrae del trabajo de los autores con varios grupos de profesionales, pertenecientes a diversas instituciones geriátricas públicas de la comunidad gallega. Las latencias de estos grupos fueron muy similares, pese a las notables diferencias entre los centros.



## **Material y métodos**

Los grupos se convocaron desde los programas de formación de la *Xunta de Galicia*, y se orientaron fundamentalmente a auxiliares y personal de enfermería. La metodología de trabajo utilizada fue de orientación psicodramática. El grupo selecciona a partir de diversas técnicas de caldeamiento las escenas generadoras de malestar. Sobre estas escenas se trabaja con técnicas activas: *role-playing*, soliloquios, multiplicación dramática; de cara a que sean los participantes los que analicen los distintos aspectos implicados, para plantear y ensayar posibles soluciones.

## **Problemas básicos**

### ***1. La convivencia con la vejez y el deterioro***

Pese a que a priori esperábamos que este fuese uno de los temas nucleares, resultó ser menos relevante de lo previsto. Aunque ciertas actitudes evitativas hacían restar importancia ocasionalmente a estos aspectos, y a la hora de trabajarlo en algún grupo se objetivaron ciertas fuentes de malestar, en general no fue identificado como latencia. Puede que conforme avance la edad de los trabajadores estos aspectos cobren una importancia diferente, al verse más cercanía con sus propias experiencias personales.

### ***2. La institución enferma***

Fue en este punto donde las diferencias entre los distintos grupos se hicieron más evidentes. El tipo de pacientes ingresados, el tratarse de una residencia asistida o no, y el tamaño de la institución, no guardaban relación con el malestar del personal. En las escenas relacionadas con la institución, aparecían problemas derivados de la estructura jerárquica.

Los grupos que verbalizaban mayor malestar pertenecían a instituciones con más niveles distintos. Los cargos de autoridad intermedios como coordinadores o supervisores, aparecían muchas veces como respuesta de la dirección al malestar de los estamentos de auxiliares y enfermería, con más contacto directo con los pacientes.

Lejos de mejorar una comunicación deficiente entre cuidadores directos y gestores, el mayor número de estamentos jerárquicos

*El grupo selecciona a partir de diversas técnicas de caldeamiento las escenas generadoras de malestar. Sobre estas escenas se trabaja con técnicas activas: role-playing, soliloquios, multiplicación dramática..*

conlleva generalmente un empeoramiento en las relaciones institucionales y en el flujo de la información. Para los cuidadores es una fuente más de conflicto y estrés, y una especie de “frontón” en el que rebotan sus quejas. Para los propios mandos intermedios supone una incómoda situación, enfrentados a sus antes compañeros, y cogidos en medio de todas las batallas. A los gestores les funciona como “*amortiguador*” del conflicto, pero no resuelve sino que acentúa las ineficiencias del sistema, repercutiendo inevitablemente en sus resultados.

Instituciones con estructuras más sencillas mostraban menores niveles de malestar. Siguiendo la evolución temporal de estas estructuras, la complejización de la organización parece ser síntoma de una “*institución enferma*” y puede contribuir al agravamiento de los problemas de la misma.

En relación con esto están los problemas de comunicación, probablemente más nucleares. Las dificultades e inquietudes de los cuidadores no llegan a los niveles jerárquicos superiores, se pierden por el camino. No participan en la organización racional del trabajo y sienten que su opinión no cuenta en absoluto. Cuando ocurre esto la institución no aprende de la experiencia, y la patología de la organización aumenta cada vez más.

*El mayor número de estamentos jerárquicos conlleva generalmente un empeoramiento en las relaciones institucionales y en el flujo de la información. Para los cuidadores es una fuente más de conflicto y estrés*

### **3. Culpas y emociones negativas de los familiares**

El cuidador es la “cara visible” de la institución. Las reclamaciones y quejas de los familiares se vierten generalmente sobre ellos. Aparte de las características personales del cuidador y de la calidad de su trabajo, otros motivos pueden generar estos reproches de las familias:

Por un lado ingresar a un anciano en una residencia, pese a que es un hecho cada vez más frecuente, no es bien aceptado muchas veces por el entorno social o el grupo familiar, sobre todo en determinados contextos culturales. Se generan sentimientos de culpa, muchas veces proyectados en las personas de la institución, fundamentalmente los cuidadores.

Cuando existen relaciones familiares complejas, conflictivas o ambivalentes; surgen sentimientos más negativos, intensos e inaceptables para los familiares, que probablemente se expresen de modo indirecto.

La escasez o inadecuación de recursos del sistema se ve reflejado en el trabajo diario de los cuidadores, sobrepasados por la parte más

“*mecánica*” del trabajo. Pueden así recibir críticas personales por problemas muchas veces derivados de una organización ineficiente de las tareas que ellos no han diseñado.

Frente a estas críticas verbalizan verse “*abandonados*” y en cierto modo “*traicionados*” por la institución a la que pertenecen, que sistemáticamente se pone del lado de los familiares intentando evitar conflictos y “*mala imagen*” para el centro. Esto provoca a su vez que los trabajadores se “*desvinculen*” emocionalmente de la institución y que se limiten a “*cumplir*” con su trabajo, lo cual retroalimenta uno de los muchos círculos viciosos de la patología institucional.

#### ***4. Las emociones negativas de los pacientes***

El abandono. Terminar la vida en un lugar así es para muchos un fracaso. La soledad. La angustia ante la muerte cada vez más cercana. La enfermedad y el dolor. Todas estas situaciones toman muchas veces la forma de rabia y resentimiento, que no tienen dónde descargarse salvo en los cuidadores. Dependiendo de la reacción de estos puede iniciarse una escalada de conflictos relacionales, más o menos abiertos. Estas escenas son numerosas en los grupos y contribuyen de modo importante al malestar psíquico de los cuidadores.

En relación con esto es curioso destacar que no es el paciente gravemente deteriorado el que genera más estrés. El paciente con demencia, que podría ser el prototipo, es uniformemente descrito en un tono positivo, con gran ternura. Las unidades monográficas están más solicitadas, los cuidados son más directos, elementales, en cierto modo “*maternales*”.

***Es curioso destacar que no es el paciente gravemente deteriorado el que genera más estrés. El paciente con demencia, que podría ser el prototipo, es uniformemente descrito en un tono positivo, con gran ternura.***

Esto es así incluso cuando existen trastornos de conducta o agresividad. La incapacidad del paciente los hace comprensibles y no se personalizan, por lo tanto no repercuten emocionalmente de modo negativo en el cuidador.

El paciente que tiene sus facultades conservadas, hostil y continuamente crítico, es el que provoca mayor agresividad, de la que muchos trabajadores no son capaces de distanciarse ni de manejar.

### **5. La muerte, la pérdida**

Aunque de entrada es un tema que genera múltiples reacciones evitativas, indefectiblemente aparece en todos los grupos. La convivencia con la muerte hace inevitable pensar sobre ella, y en algunos casos con mucha más claridad y aceptación que el resto de la sociedad, cada vez más tendente a negar todo lo que la rodea. Sin embargo los duelos personales no resueltos y las conductas evitativas de algunos estilos de personalidad, pueden llevar a un distanciamiento emocional y a un intento de no implicación personal con los pacientes. Esto, como cualquier mecanismo evitativo genera más problemas, ansiedad, disminución de los elementos gratificantes del trabajo y falta de motivación.

### **6. Trabajar con lo que la sociedad rechaza**

Se manifiesta de modo un tanto difuso como una sensación de marginalidad, de exclusión social. Los ancianos están en muchas ocasiones en contra de su voluntad, y manifiestan su rechazo como pueden. Los profesionales no están integrados con otros profesionales sanitarios de su misma titulación, y en algunos casos viven su situación laboral como una “trampa”. Cuanto más

*Los duelos personales no resueltos y las conductas evitativas de algunos estilos de personalidad, pueden llevar a un distanciamiento emocional y a un intento de no implicación personal con los pacientes.*

compleja es la titulación, mayor es la frustración profesional y la sensación de aislamiento y falta de perspectivas. La institución y sus miembros pueden contagiarse fácilmente de la inercia, la falta de horizontes y de ilusión. Aunque existen diferencias individuales, observamos por lo general mucha diferencia entre los cuidadores de residencias de ancianos y algunos participantes en los grupos (una minoría), que pertenecían a centros de disminuidos psíquicos. El trabajo con niños, aún con aquellos gravemente deficientes, contagia “crecimiento”. El trabajo con ancianos, si no se cuida mucho a los

cuidadores, puede generar un clima de “deterioro” y “envejecimiento”.

### **Conclusiones**

La experiencia con grupos de cuidadores nos parece que puede aportar mucho a mejorar la atención al paciente anciano. El cuidador es el instrumento por el que esa atención se desarrolla, y es el que puede contribuir en mayor medida a la “humanización” de las instituciones.

No por ello los aspectos económicos y de organización deben ser descuidados. La falta de medios sólo hasta cierto punto puede ser suplida con buena voluntad. Lo que sin duda es cierto, es que la carencia de habilidades interpersonales y de implicación de los cuidadores, no puede ser compensada en ningún modo. Si ellos se resenten, la institución globalmente fracasará.

### **Referencias bibliográficas**

---

1. Shneidman ES. The psychological autopsy. *Suicide and Life Threatening Behavior* 1981; 11: 325-340.
2. Beskow J, Runeson B, Asgard V. Ethical aspects of psychological autopsy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991; 84: 482-487.
3. Shneidman ES. *Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale NJ: Jason Aronson. 1993.
4. Sanborn DE, Sanborn CJ. The psychological autopsy as a therapeutic tool. *Diseases and the Nervous System* 1976; 37: 4-8.
5. Terroba G, Saltijeral MT. La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio. *Salud Pública de México* 1983; 25: 285-293.
6. Young TJ. Procedures and Problems in Conducting a Psychological Autopsy. *International Journal of offender Therapy and Comparative Criminology* 1992; 36: 43-52.
7. Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, Malmberg A, Simkin S. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders* 1998; 50: 269-276.
8. Jacobs D, Klein-Benheim M. The psychological autopsy. A useful tool for determining proximate causation in suicide cases. *Bulletin of American Academic Psychiatry Law* 1995; 23: 165-182.
9. Rowlands MWD. Psychiatric and Legal Aspects of Persistent Litigation. *British Journal of Psychiatry* 1988; 153 317-323.

## ***Trastornos disociativos. Otras aportaciones sobre el mismo tema***

### **Autora**

---

Ana Isabel González Vázquez.  
Médico Psiquiatra. Complejo Hospitalario Juan Canalejo- Marítimo de Oza.

### **Resumen**

---

Este artículo ha surgido de la lectura de un trabajo de Fe Lacruz en esta misma revista. Intentaré describir una visión muy diferente del tema, que está cobrando un creciente interés en Estados Unidos, y que es objeto de una viva polémica en la actualidad: el diagnóstico y tratamiento del Trastorno de Personalidad Múltiple (CIE-10) o Trastorno de Identidad Disociativo (DSM-IV)

*Es objeto de una viva polémica en la actualidad: el diagnóstico y tratamiento del Trastorno de Personalidad Múltiple (CIE-10) o Trastorno de Identidad Disociativo (DSM-IV)*

#### **Abstract**

*The present article is consequence of reading on Fe Lacruz work in this review. I try to describe a very different view on this topic, that was a growing interest in United States, and is subject of a high controversy in this time: Multiple Personality Disorder (CIE-10) or Dissociative Identity Disorder (DSM-IV) diagnoses and treatment.*

El artículo de Fe Lacruz me ha motivado a escribir éste, aunque únicamente se toca con el primero en el principio y el final del mismo. Concretamente en su referencia al diagnóstico de Trastorno de Personalidad Múltiple en el DSM-IV y al caso que describe en las últimas páginas. Me parece de gran interés que se exponga en qué consistiría un tratamiento psicoanalítico de este trastorno. A raíz de esto, intentaré exponer en qué consistiría el concepto americano y cuál es el esquema de tratamiento que proponen. No entraré a cuestionar la validez interna de las afirmaciones de la autora desde dentro de la teoría psicoanalítica. Expondré otra teoría

que conlleva otra forma de proceder. No es sin embargo una antítesis ya que muchos de los autores que han trabajado sobre este trastorno desde el paradigma que explicaremos lo hacen desde formulaciones psicodinámicas.

Empecemos por el principio. Dice Fe Lacruz en su artículo que la personalidad múltiple es “*un trastorno del que la DSM-IV afirma que es un diagnóstico poco frecuente, sin signos positivos, un diagnóstico que se hace por exclusión*”. El inocente error de la autora refleja claramente la enorme confusión existente en torno a este diagnóstico. La afirmación se base probablemente el la CIE-10, no en la DSM-IV. La clasificación americana hace una definición positiva del trastorno, que es el tercer grupo descrito en el capítulo de trastornos disociativos. Ha cambiado el nombre por el de Trastorno de Identidad Disociativo, que refleja mejor el origen del mismo y evita la confusión con los trastornos de personalidad. Respecto a la frecuencia, adopta una posición neutral, reflejando únicamente las posturas en controversia respecto al tema diciendo: “el gran aumento de los casos de trastorno de identidad disociativo en Estados Unidos ha sido objeto de diferentes interpretaciones. Hay quien opina que la mayor conciencia del diagnóstico (por parte de los profesionales de la salud mental) ha conducido a la identificación de casos que antes no se diagnosticaban. Por el contrario, hay quien piensa que el síndrome se ha diagnosticado en exceso en los individuos muy sugestionables”.

*La clasificación americana hace una definición positiva del trastorno, que es el tercer grupo descrito en el capítulo de trastornos disociativos. Ha cambiado el nombre por el de Trastorno de Identidad Disociativo*

No entraré tampoco en esta polémica. Sólo comentaré que en Estados Unidos estudios recientes hablan de una frecuencia en los pacientes psiquiátricos que va del 2,4 al 11,3% (Bliss y Jeppsen, 1985; Graves, 1989; Ross y cols, 1991).

La clasificación europea CIE 10 refleja el mayor escepticismo del viejo continente, que se resiste a aceptar las nuevas formulaciones. Aquí sí el Trastorno de Personalidad Múltiple está incluido en una categoría residual del capítulo de los trastornos disociativos y es probablemente el hecho al que hacía referencia Fe Lacruz. Además se expresan de modo abierto dudas respecto a este diagnóstico.

Pero vayamos al caso clínico, que creo enormemente útil para entender dónde está la diferencia de conceptos, y que voy a recordar con permiso de la autora: se trataba de una mujer joven que acude a la consulta con la demanda de bajar de peso. Dice Fe

Lacruz: “en el curso de las primeras entrevistas me “avisará” un día de que tiene doble personalidad. En efecto, se ha disociado varias veces, resultando ser en su segunda identidad una mujer desinhibida sexualmente, con una conducta procaz y desinhibida que le supuso despertar ocasionalmente en la cama de un completo desconocido... A su advertencia añadiría ligeramente retadora e irónica: “a lo mejor un día, viene la otra a la sesión”.... “esperemos que la pague igualmente”, fue la respuesta...”. La paciente se fue al cabo de unos meses durante los cuales aparentemente no hizo referencia a su otra personalidad, ni hubo aparentemente otros episodios de disociación (al menos no habló de ellos).”

Pero ¿tenemos datos posteriores? ¿se solucionó el caso?, realmente, más allá de la demanda, ¿los episodios disociativos desaparecieron de modo estable? ¿cómo sabemos que, incluso si las consultas hubiesen seguido, este sistema de trabajo hubiese sido útil?

Richard Lowenstein, hablando de aspectos de transferencia y contratransferencia en el tratamiento del Trastorno de Personalidad Múltiple, hace una interesante reflexión. Dice que muchos profesionales creen que la aparente “explosión” en el diagnóstico de TPM y trastornos disociativos es realmente el resultado del reconocimiento de pacientes que siempre habían estado ahí pero que sencillamente no se veían antes de que el paradigma nos permitiese hacerlo.

*Muchos profesionales creen que la aparente “explosión” en el diagnóstico de TPM y trastornos disociativos es realmente el resultado del reconocimiento de pacientes que siempre habían estado ahí*

Un paradigma define según Kuhn los problemas legítimos y los métodos y estudios en ese campo para las futuras generaciones. El hallazgo es suficientemente nuevo, sin precedentes, para atraer a un grupo de personas que lo asumen, y suficientemente abierto para solucionar los problemas que se plantean. Un paradigma antiguo es reemplazado por completo por otro, que es al menos en parte incompatible. Durante las revoluciones científicas, dice Kuhn, vemos cosas nuevas y diferentes cuando miramos en lugares en los que ya habíamos buscado antes. Hace notar a los escépticos que la ceguera para los colores no había sido detectada hasta la descripción que Dalton hizo de ella en 1794.

Los proponentes de paradigmas en conflicto ven diferentes cosas cuando miran al mismo punto. Están viendo el mismo mundo, este no ha cambiado. Pero en algunas áreas ven aspectos distintos, y también relaciones distintas de unos con otros. Lo que para unos científicos no puede ser demostrado, resulta intuitivamente obvio



para otros. El cambio de paradigma, u ocurre de repente en un momento dado, o no se produce.

El renacimiento del interés por el Trastorno de Personalidad Múltiple está muy ligado al trabajo de Cornelia B. Wilbur. ¿Qué verían ella y otros autores en el caso que describía Fe Lacruz?. Sin duda la paciente está presentando al terapeuta un alter o personalidad disociada, que como señalaba, tiene características, emociones y conductas claramente diferenciadas de la personalidad primaria. Un terapeuta americano que trabaje con trastornos disociativos se habría hecho eco del comentario de la paciente invitando a esta “otra personalidad” a participar activamente en la terapia. El que este alter hubiese posteriormente acudido a consulta se consideraría una señal del progreso del tratamiento. Es más, de no producirse, se buscaría el contacto con esta parte disociada de la mente de la paciente por medio de diversas técnicas.

A partir de aquí empezaría un trabajo de establecer un contrato terapéutico con las personalidades existentes (generalmente más de dos) con el objetivo de aumentar la comunicación interna en el sistema, ir desmontando las barreras amnésicas, favorecer la colaboración en lugar del conflicto y posteriormente, trabajar en la resolución del trauma. Se considera que en el origen del TPM habría siempre un origen traumático, generalmente malos tratos o abusos sexuales graves, y frecuentemente repetidos, en la infancia.

Ciertos autores han defendido que esta forma de proceder puede inducir síntomas en pacientes sugestionables, y que por lo tanto sería yatrogénica. El mayor defensor de este modelo (llamado modelo sociocognitivo de la disociación) es Spanos (1996). Sin embargo no ha llegado a demostrarse empíricamente que puede generarse yatrogénicamente un caso de TPM (Ross, 1989), pese a que la creencia de que es así está muy extendida.

*Se considera que en el origen del TPM habría siempre un origen traumático, generalmente malos tratos o abusos sexuales graves, y frecuentemente repetidos, en la infancia.*

Esta idea de fondo parece estar en el abordaje terapéutico que Fe Lacruz describe en su paciente. Pero como señalábamos, pese a la convicción de la autora de que el procedimiento es adecuado, no parece aportar datos empíricos que muestren un resultado positivo para esta paciente. Esto mismo se reproduce por todo el mundo. Numerosos profesionales emplean esta forma de manejo que Kluft (1999) denomina minimización. Si partimos de la idea de que el TPM no es un fenómeno clínico genuino, sus manifestaciones no

deben ser reforzadas, y con ello dejarán de presentarse. Pese a los muchos argumentos vertidos en esta línea, este enfoque no ha demostrado ninguna utilidad clínica cuando se ha estudiado empíricamente. Los pacientes con TPM tienen un curso crónico y aquellos que son tratados minimizando sus síntomas continúan presentando el trastorno al cabo del tiempo, frente a aquellos en los que se emplean terapias que abordan directa y explícitamente los síntomas disociativos, que presentan un pronóstico globalmente mucho más favorable (Kluft, 1993 y 1995). Un manejo minimizador del paciente puede conseguir, dice el autor, una supresión temporal de las manifestaciones clínicas, pero no su resolución. Otro estudio que da datos similares es el de Ellason y Ross (1997).

Si uno revisa la literatura científica al respecto encontrará un incesante cadena de réplicas y contrarréplicas a estos artículos, cuestionando su metodología. Es difícil hasta la fecha encontrar estudios de absoluto rigor metodológico, sobre todo en el campo de las psicoterapias, y en particular en los trastornos disociativos, para los que hasta hace poco no existían métodos estandarizados de valoración. Sin embargo, ya va habiendo muchos resultados concordantes, que muestran un resultado positivo (variando en el grado de éxito) con el tratamiento psicoterapéutico de los trastornos disociativos. Con todas las cautelas que se deseen, los datos dan al menos pie para la reflexión.

*Es difícil hasta la fecha encontrar estudios de absoluto rigor metodológico, sobre todo en el campo de las psicoterapias, y en particular en los trastornos disociativos.*

Para terminar, comentaré yo también un caso propio, por si alguien desea seguir debatiendo al respecto. Se trata de una chica de 21 años, con diagnóstico de personalidad límite. La demanda inicial de tratamiento son problemas alimentarios. Tiene historia de abusos sexuales graves en la infancia. Ha sido tratada por diversos especialistas, y ha sido ingresada en dos ocasiones. En uno de esos ingresos recibió un diagnóstico de Esquizofrenia.

En la entrevista inicial, siguiendo una entrevista clínica standard, se hace un diagnóstico de trastorno límite de personalidad y trastorno alimentario no especificado. Presenta cicatrices en antebrazo, aparentemente por autolesiones, que la paciente minimiza.

En la entrevista dirigida refiere frecuentes periodos en blanco tras los que se encuentra la casa con un orden y distribución diferentes, o en los que se autolesiona y lo mancha todo con sangre. Se

encuentra gente por la calle que le habla y a los que no conoce. Hace cosas aparentemente tan discordantes con su personalidad, que ha llegado a decirle a algunas personas que tiene una hermana gemela, para explicar sus conductas y el hecho de no recordar cosas.

Reconoce que tiene compañeros imaginarios, entre los que se incluye una “gemela mala” que es la responsable de las autolesiones. Habla de ello en voz baja, diciendo que es un secreto y que no lo comentemos porque la tomarán por loca. Nos pregunta si creemos que lo está.

En una ocasión viene a la consulta aparentemente desorientada, no recuerda a la persona que la ha estado tratando los dos últimos meses, pero reconoce perfectamente a psicólogo que la valoró inicialmente. No recuerda nada de las entrevistas previas y se define como una persona sin problemas, y que no entiende por qué tenía apuntada esa cita. Las dos personas que la vieron ese día coinciden en que la amnesia aparentaba ser auténtica.

Se aborda como un trastorno de personalidad múltiple, manteniendo un diálogo con las distintas personalidades que se van presentando, intentando favorecer la comunicación entre ellas. Es un caso reciente, y tampoco se puede hablar de una evolución a largo plazo, que sería lo único que verdaderamente apoyaría que el enfoque funciona. Pero como datos evolutivos iniciales, las autoagresiones no se han presentado durante la evolución, y los episodios disociativos han ido disminuyendo progresivamente. Lo único que de momento puede concluirse, es que abordar explícitamente la disociación no parece haber empeorado en ningún sentido el estado clínico de la paciente, ni incrementado los síntomas disociativos. Al menos es un buen principio.

***Viene a la consulta aparentemente desorientada, no recuerda a la persona que la ha estado tratando los dos últimos meses, pero reconoce perfectamente a psicólogo que la valoró inicialmente.***

## **Bibliografía**

---

- Bliss, E. L. y Jepsen, E. A. (1985). "Prevalence of multiple personality among inpatients and outpatients". *American Journal of Psychiatry*, 142: 250-251.
- Graves, S. M. (1989). Dissociative disorders and dissociative symptoms at a community health center". *Dissociation*, 2: 119-127.
- Ross, C. A., Anderson, G., Fleisher, W. P y Norton, G. R. (1991). "The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients". *American Journal of Psychiatry*, 148:1717-1720.
- Lowenstein, R. J.(1993). "Posttraumatic and Dissociative Aspects of Transference and Countertransference in the treatment of Multiple Personality Disorder". En "Clinical Perspectives on Multiple Personality Disorder". Ed Kluft & Fine. American Psychiatric Press.
- Kuhn (1970). "La estructura de las revoluciones científicas".
- Spanos, N. P. (1996). "Multiple identities and false memories: a Sociocognitive Perspective". Washington, D. C. American Psychological Association.
- Ross (1998). Letter to editor on Treatment of Dissociative Identity Disorder. *Am. J. Psychiatry*, 155:10.
- Kluft, R. (1999). "An Overview of the Psychotherapy of Dissociative Identity Disorder". *Am. J. Psychiatry*, Vol 53, N°3, 289-319.
- Kluft, R. (1993). "Treatment of dissociative disorder patients: An overview of discoveries, successes and failures". *Dissociation*, 6, 87-101.
- Kluft, R. (1995). "The natural history of multiple personality disorder." *Psychiatric Clinics of North America*, 7: 9-29.
- Elleason, J. W. & Ross, C. A. (1997). "Two years follow-up of inpatients with dissociative identity disorder". *Am. J. Psychiatry*, 154: 832-839.



# *Síndrome de la boca ardiente: una revisión*

## *Burning mouth syndrome: a review*

### **Autor**

---

Santiago Agra Romero  
Unidade de Saúde Mental IV. Hospital Psiquiátrico de Conxo.  
Complejo Hospitalario Universitario. Plaza Martín de Herrera, 2.  
15706 Santiago de Compostela (A Coruña).

### **Resumen**

---

El Síndrome de la Boca Ardiente (SBA) es un trastorno doloroso en ausencia de lesión. El objeto de este estudio es realizar una revisión de la literatura con particular referencia a la prevalencia, los factores etiológicos, las características clínicas, el diagnóstico y el tratamiento. Se comentan casos propios en tratamiento.

*El objeto de este estudio es realizar una revisión de la literatura con particular referencia a la prevalencia, los factores etiológicos, las características clínicas, el diagnóstico y el tratamiento.*

### **Palabras clave**

boca ardiente; glosodinia.

### **Summary**

*The Burning Mouth Syndrome (BMS) is a painful disorder without lesion. The object of this work is realized a review of the literature with particular reference to prevalence, etiologic factors, clinic characteristics, diagnosis and treatment. Own cases in treatment are commented.*

### **Key words**

*burning mouth; glossodynia.*

### **Introducción**

Glosalgia, Glosodinia, Glosopirosis, Estomatodinia, Estomatopirosis, Disestesia Oral, Disestesia Orofacial, Parestesia Orolingual, Dolor Orolingual, Galvanismo Oral, Síndrome de la

Boca Urente son los nombres que también recibe el **Síndrome de la Boca Ardiente** (SBA), que se caracteriza por la sensación de ardor, quemazón o escozor en la cavidad oral, sobre todo en lengua, labios y encías, en ausencia de lesión física evidente, pudiendo acompañarse de sequedad de boca (xerostomía) y/o alteraciones del gusto (disgeusia).

Descrito por primera vez por Kaposi en 1885 y en contra de lo que la nomenclatura pueda indicar es un síndrome mal conocido no solo por los psiquiatras sino también por los médicos en general. Una primera aproximación al tema pone de manifiesto la existencia de múltiples factores etiológicos, la ausencia de lesiones objetivas así como la falta de consenso en torno a la patogenia y tratamiento del SBA. Por si fuera poco, en opinión de Tourne y Friction (1), las dificultades diagnósticas, las diferencias en las muestras, los seguimientos incompletos y la falta de estudios de control hacen difícil la valoración fiable de la importancia de los factores causales propuestos así como la eficacia del tratamiento específico. Junto a estas dificultades existen otras que impiden conocer la prevalencia real y son las que tienen que ver, en opinión de Woda (2), con la imprecisión de las definiciones y la naturaleza de las poblaciones estudiadas o las muestras elegidas.

Entre las consecuencias de este desconocimiento está la derivación de pacientes de un médico a otro, a modo de peregrinaje por el circuito sanitario: Hampf (3) en su estudio de 1987 establecía un promedio por paciente de 2.5 especialistas consultados. Otras consecuencias son los fracasos terapéuticos e incluso las extracciones dentarias y/o intervenciones quirúrgicas innecesarias. Según Grushka et al (4) esta situación también contribuye a aumentar el impacto emocional en los pacientes, por lo que en ocasiones se les llega a considerar como sospechosos de imaginar o exagerar sus síntomas.

*Descrito por primera vez por Kaposi en 1885 y en contra de lo que la nomenclatura pueda indicar es un síndrome mal conocido no solo por los psiquiatras sino también por los médicos en general.*

El objeto de la presente revisión es llamar la atención sobre este cuadro clínico, proceder a la actualización de los conocimientos, ilustrándolo con algunos casos actualmente en tratamiento y al mismo tiempo repasar y señalar las dificultades diagnósticas y de tratamiento. La consulta bibliográfica pone de manifiesto la escasa presencia de trabajos psiquiátricos relacionados con el tema: Surós (5) menciona a Barahona a propósito de la publicación de un caso de glosodinia y a Birch por otro de *glosopirosis timopática*; Rof (6) menciona a Ziskin y Moulton quienes en 1946 delimitaron la

*glosodinia idiopática* como un “síndrome psicogénico que se presenta en mujeres en la edad de la menopausia con conflictos emotivos, maladaptaciones sexuales y, con frecuencia, con cancerofobia”.

### **Epidemiología**

La tasa de prevalencia en la población general ofrece cifras dispares: así Mott et al (7) la establecen en el 2.6%; Tammiala-Salonen et al (8) entre el 5%-18%; en su estudio con 431 pacientes la prevalencia resultante fue del 15%. Hakeberg et al (9) en el 4.6%; para Zakrzewska et al (10) oscila entre el 0.7%-15%; Carlson et al (11) entre el 1% y el 5%. Witt y Palla (12) la establecen entre el 0,7%- 7,9%. Elad et al (13) entre el 0.8-19%. Otros autores establecen una prevalencia del 2.6%. Clifford et al (14) encuentran un 24% de pacientes con enfermedad de Parkinson que también presentan SBA, cinco veces más que la población general.

Todos los estudios muestran un predominio claro de casos en mujeres frente a hombres, oscilando la proporción del 3:1 al 9:1. La edad de aparición suele estar en torno a los 60 años; es rara en la infancia y la adolescencia, muy poco frecuente en adultos jóvenes y cuando afecta a hombres, estos tienen una edad superior a la de las mujeres. En el estudio de Silvestre et al (15) sobre población española la mayoría de los pacientes tenían entre 50 y 70 años con una edad media aproximada de 62 años. Hasta la fecha es en el grupo de mujeres menopáusicas donde se encontraron las tasas de prevalencia más elevadas: del 26% según Basker et al (16) al 15% de Witt y Palla (12); Ceccotti et al (17) lo encuentran en el 75% de las mujeres postmenopáusicas. Perno (18) estima en más de un millón el número de personas que padecen SBA en USA, donde se considera como un problema emergente en la población anciana.

*Hasta la fecha es en el grupo de mujeres menopáusicas donde se encontraron las tasas de prevalencia más elevadas: del 26% según Basker et al (16) al 15% de Witt y Palla (12)*

### **Etiología**

Se acostumbra a agrupar las posibles causas del SBA en tres apartados: factores locales, factores sistémicos y factores psicológicos, existiendo también una forma idiopática. De forma resumida:

I - Factores locales: microtraumas y erosiones o irritaciones ocasionadas por causas mecánicas (prótesis mal ajustadas, fricción);



alteraciones de la dentición (malposiciones, piezas prominentes); musculares. Irritantes locales (alimentos calientes, fármacos tópicos, amalgamas). Reacciones alérgicas locales. Infecciones (candidiasis sobre todo). Boca seca o xerostomía.

II - Factores sistémicos: deficiencias vitamínicas (ácido ascórbico, ácido fólico, riboflavina, vitaminas del grupo B); anemias; hipercolesterolemia. Enfermedades endocrinas (diabetes, hipertiroidismo) y menopausia. Trastornos psicósomáticos: colitis ulcerosa, úlcera gástrica. Fármacos hipotensores como el captopril y el enapril.

III- Factores psicógenos: En opinión de Gorsky et al (19) los factores psicógenos han sido considerados como el más común y principal factor etiológico en el SBA. La ausencia de lesión demostrable hace que la hipótesis del origen psicógeno del SBA se fundamente en: 1º, la relación temporal entre su aparición y acontecimientos vitales estresantes; 2º, la personalidad; 3º, los resultados de los cuestionarios; 4º, la respuesta al tratamiento antidepressivo.

### **1º - Acontecimientos vitales estresantes**

Algunos autores como Feinmann y Harris (20), Hammaren y Hugoson (21) o Svensson y Kaabe (22) han encontrado que la mayoría de los pacientes con SBA habían experimentado al inicio del mismo acontecimientos vitales estresantes del tipo de nacimientos, fallecimientos, separación conyugal, problemas laborales, etc. Por el contrario, Eli et al (23), pese a reconocer un elevado estrés psicológico en estos pacientes, no encuentran relación entre acontecimientos vitales estresantes e inicio de los síntomas de SBA.

*La mayoría de los pacientes con SBA habían experimentado al inicio del mismo acontecimientos vitales estresantes del tipo de nacimientos, fallecimientos, separación conyugal, problemas laborales, etc.*

### **2º - La personalidad**

Para Grushka et al (4) la personalidad de estos pacientes estaría caracterizada por: “depresión, irritabilidad, desconfianza, ansiedad, aislamiento social”; por el contrario, Lamb et al (25) describieron un perfil de personalidad en el que destacan la rigidez o resistencia a los cambios, los sentimientos de culpa, la timidez, la sumisión, la responsabilidad, etc. Miyaoka et al (26) tras aplicar la Extraversion Scale del Eysenck Personality Questionnaire, la Toronto Alexithymia Scale y la General Health Questionnaire, proponen que

la psicopatología de la “glosodinia” puede estar más relacionada con ciertos rasgos de personalidad que con la ansiedad o la depresión. Por su parte Woda (2) sugiere la posible existencia de un perfil de personalidad que puede constituir un “factor de riesgo”, aunque no describe dicho perfil. Dado que en los pacientes con SBA se han demostrado cambios en la personalidad y en el estado de ánimo (especialmente ansiedad y depresión) Grushka et al (4) atribuyen a este trastorno un origen psicogénico.

La opinión general es que la disfunción psicológica encontrada en estos pacientes es similar a la de los pacientes con dolor crónico, por lo que podríamos estar ante la consecuencia del dolor y no ante la causa del mismo.

### **3º - Los Cuestionarios**

No ofrecen resultados más clarificadores que los estudios de Personalidad y ponen de manifiesto la presencia sobre todo de ansiedad y depresión, entre otras cosas porque los cuestionarios utilizados han sido: Browning et al (27), el GHQ de Goldberg; Lamey y Lamb (28) la Hospital Anxiety and Depression Scale; Rojo et al (29) las Escalas de Hamilton de Depresión y Ansiedad; Rojo et al (30) la SCL-90; Carlson et al (11) la SCL-90R; Trikkas et al (31) las SRDI, STAI, EPQ y HDHQ; otros como Trombelli et al (32) han elaborado un cuestionario específico resultando que los factores psicológicos están presentes en más de dos tercios de los casos siendo la ansiedad el trastorno predominante.

*La opinión general es que la disfunción psicológica encontrada en estos pacientes es similar a la de los pacientes con dolor crónico, por lo que podríamos estar ante la consecuencia del dolor*

Si bien todos los autores reconocen la co-morbilidad entre SBA por una parte y ansiedad y depresión por la otra, los resultados de los cuestionarios siguen sin aclarar si los factores psicológicos están en el origen o son la consecuencia de la queja dolorosa.

### **4º - Respuesta al tratamiento antidepressivo**

Poco tiempo después de su comercialización comenzaron a aparecer referencias acerca del efecto analgésico de los antidepressivos tanto tricíclicos como IMAO en pacientes con dolor crónico; Koche, en 1969, publicó los resultados del empleo de la clomipramina en el alivio del dolor crónico. Según parece el efecto analgésico no solo se debería al efecto propiamente antidepressivo sino también a la propia actividad serotoninérgica, la llamada “analgésica serotoninérgica”, implicada en la percepción del dolor, mediante el

aumento de la biodisponibilidad de serotonina gracias al bloqueo de su recaptación, así como la implicación de las encefalinas y las endorfinas. Hoy por hoy la respuesta al tratamiento antidepresivo es el principal argumento a favor del origen psicógeno del SBA. A su utilización y eficacia nos referimos en el capítulo del tratamiento.

## **Clínica**

El SBA puede comenzar de forma súbita o progresiva, continua o por fases, generalmente diaria, tras la toma de alimento o medicación o bien después de una intervención quirúrgica o de un tratamiento odontológico o protésico. Conviene señalar que en más de la mitad de los pacientes el inicio del dolor es espontáneo, sin factor precipitante identificable.

El SBA no suele presentarse de noche, por lo que no interrumpe el sueño aunque sí puede dificultar su conciliación. La ingestión de alimentos sólidos o líquidos, fríos o calientes, especiados o no, puede suponer tanto un alivio como un empeoramiento sintomático.

La sensación dolorosa suele ser referida a los dos tercios anteriores de la lengua, el paladar duro y la mucosa labial inferior, generalmente de forma bilateral aunque también se han dado casos de dolor unilateral. Lamey y Lamb (33) informan de que los labios son la tercera ubicación más frecuente del SBA. El dolor también puede ser referido a toda la boca, sin localización concreta, e incluso a la faringe. Es típico de estos pacientes que intenten localizar el punto doloroso dentro de la cavidad bucal con la punta de la lengua.

*La intensidad oscila entre el dolor extremo y una simple disestesia, no siendo infrecuente que describan la sensación ardorosa como inaguantable y persistente a pesar de estar presente en ocasiones desde hace años*

La intensidad oscila entre el dolor extremo y una simple disestesia, no siendo infrecuente que describan la sensación ardorosa como inaguantable y persistente a pesar de estar presente en ocasiones desde hace años.

Existe poca información sobre el curso natural del SBA; el dolor puede persistir durante varios años con o sin períodos de remisión espontánea; hay informes de recuperación parcial espontánea al cabo de seis o siete años en algo más de 2/3 de los casos, estando precedida la recuperación por un cambio en la duración del dolor: de constante a episódico (Grushka et al,4). Van der Waal (34) afirma que en la mayoría de los casos el SBA desaparecerá espontáneamente, aunque puede tardar años. Mott et al (7) informan de remisiones espontáneas.

Reproducimos por su utilidad práctica la clasificación de los Tipos de Lamey y Lamb (35):

Tipo I: al despertar, el paciente no presenta síntomas, o si los presenta, son mínimos. A lo largo del día la clínica va empeorando y llega a un máximo durante las últimas horas de la tarde y la noche. Relacionado con factores no psicológicos. Presente en el 65% de los pacientes.

Tipo II: al despertar, el paciente presenta molestias importantes que persisten durante toda la jornada. Relacionado con la ansiedad crónica. Presente en el 26% de los pacientes.

Tipo III: ardor intermitente a lo largo del día, incluso con días libres de molestias; relacionado con determinados problemas psicopatológicos o, aunque con menor frecuencia, con causas de tipo alérgico; presente en el 10% de los pacientes.

### **Trastornos acompañantes**

La sensación dolorosa puede acompañarse de otros síntomas: unos, localizados en el área bucal como los trastornos del gusto (disgeusia, disminución o abolición del gusto, sabor amargo o metálico); xerostomía, hiposialia, saliva viscosa; saliva muy espesa o filamentosa que produce irritación en contacto con la mucosa oral; sed. Otros, más inespecíficos: insomnio, cefalea, astenia y dificultad de concentración.

*Uno presenta síntomas de ansiedad, depresión, obsesión, somatización y hostilidad; el otro, no presenta sintomatología psíquica alguna.*

Junto a ellos, pero no siempre, están los trastornos psíquicos como Depresión y Ansiedad pero casi nunca las Psicosis (debemos recordar la extraordinaria capacidad del esquizofrénico para soportar o negar el dolor, con las trágicas consecuencias de úlceras gástricas perforadas, peritonitis agudas, etc). Rojo et al (30) constatan la existencia de dos grupos de igual importancia: uno presenta síntomas de ansiedad, depresión, obsesión, somatización y hostilidad; el otro, no presenta sintomatología psíquica alguna. En su opinión, esto indica que la ansiedad y la depresión son frecuentes pero no están presentes en todos los casos.

La existencia de esta clínica doloroso-ansioso-depresiva y la ausencia de lesión objetiva evidente ha dado lugar a dos tipos de opinión sobre la naturaleza del SBA: para unos es una depresión enmascarada y para otros es un trastorno psicosomático. A

continuación recogemos ambos tipos de opiniones: entre los primeros están Schoenberg et al (36), quienes en 1971 opinaban que el SBA no era más que una depresión enmascarada cuyo inicio estaba a menudo precedido por una pérdida significativa. Demange et al (37) consideran el SBA como síntoma de depresión oculta. Quesemand-Zucca (38) opina que la glosodinia puede ser “*una manifestación somática de una depresión evidente o enmascarada, una señal de ansiedad subyacente no formulada como tal o bien un recuerdo cáustico de un trauma psicológico...*”.

Entre los segundos se encuentra Sullivan (39), quien afirma que la glosodinia psicógena se presenta en el contexto de las manifestaciones psicósomáticas de enfermedades psiquiátricas. Ott y Ott (40) estudian a 131 pacientes (73% mujeres) de los que el 60% presentaban algún trastorno psiquiátrico relevante, sobre todo depresión, lo que les lleva a considerar la glosodinia como la expresión de un trastorno psicósomático. Pokupec-Gruden et al (41) encuentran depresión y ansiedad y consideran al SBA como un trastorno psicósomático. En opinión de Martins et al (42) el SBA puede ser definido como un trastorno psicósomático causante de dolor y malestar en ausencia de lesión. Para Grinspan et al (43) el SBA también es un trastorno psicósomático.

La CIE 10<sup>a</sup> lo incluye bajo el epígrafe “Trastornos Somatomorfos” como “Trastorno de dolor persistente somatomorfo” (F45.4) y la DSM-IV como “Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos”, agudo o crónico (307.80).

### **¿Cómo son en la consulta?**

La visita al psiquiatra suele ser una etapa más del peregrinaje de estas pacientes por el dispositivo sanitario (médico de cabecera, odontólogos, exploraciones varias y repetidas, acaso extracciones dentarias e intervenciones quirúrgicas, instalación de prótesis dentales, administración de diferentes tratamientos de tipo analgésico, vitamínico, hormonal, ansiolítico, etc). Por estos motivos no es de extrañar que nos encontremos ante personas quejasas (no solo de su enfermedad sino también de la atención médica recibida), a la defensiva, tensas, ansiosas, desconfiadas (los tratamientos administrados no proporcionan alivio; falta de información sobre el síndrome; ¿cuántas veces más tengo que contar mi problema?; ¿por qué me mandan al psiquiatra?), desanimadas, resentidas, incrédulas (“vamos a probar un nuevo tratamiento...”), llanto fácil, muy

*Por estos motivos no es de extrañar que nos encontremos ante personas quejasas (no solo de su enfermedad sino también de la atención médica recibida), a la defensiva, tensas, ansiosas, desconfiadas*

preocupadas (dolor/ardor que no cesa), reiterativos en sus quejas (“nadie me cree...mi familia no me hace caso...siempre me mandan al médico...”), a veces mirada fija buscando comprensión y credibilidad. Como observa Cassem (44): “...el paciente es capaz de sentarse en la sala de espera quejándose de un dolor horrible y presentar, sin embargo, poca o ninguna evidencia de tal sufrimiento. Resulta irónico que la capacidad de adaptarse al dolor grave sea a menudo la ruina del paciente. Ello hace que el médico dude de la veracidad del paciente como informador. El enfermo se encuentra entonces en la situación de tener que probar que siente dolor. Se encuentra sometido a prueba...”. No debemos extrañarnos entonces de que a estas pacientes se las considere como personas hipocondríacas, cancerofóbicas, “somatizadoras” e incluso simuladoras...

### **Diagnóstico**

El diagnóstico psiquiátrico de SBA psicógeno debe estar precedido por el diagnóstico odontológico: por tanto, antes de asumir el caso deben haberse descartado todas las causas locales y sistémicas. Una de las herramientas diagnósticas del SBA es la aplicación tópica de anestesia en el área afectada y esperar a ver si el dolor empeora: lo hará.

*Una de las herramientas diagnósticas del SBA es la aplicación tópica de anestesia en el área afectada y esperar a ver si el dolor empeora: lo hará.*

Los Cuestionarios más utilizados hasta la fecha son: Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ) de 60 ítems; la Escala de Evaluación Psiquiátrica de Hamilton para la Depresión; la Escala autoaplicada de Evaluación de Ansiedad de Hamilton y el Cuestionario SCL-90 para valorar alteraciones psicopatológicas.

### **Diagnóstico diferencial**

#### **I - Psiquiátrico**

- *Síndrome de Munchausen de presentación oral*: cumple las características clínicas de dicho Síndrome pero referido en este caso a la boca. Scully et al (45) informan de dos casos.

- *Fobia Dental* (Freeman, 46) o *Miedo al dentista*: se estima que entre el 10% y el 15% de la población presenta miedo excesivo, desproporcionado y persistente a la exposición (o anticipación a la situación) al equipo dental o al propio tratamiento dental. Suele iniciarse en la niñez y la adolescencia y persistir hasta la etapa adulta. Para valorar la Fobia Dental se pueden utilizar la Dental

Anxiety Scale desarrollada por Corah en 1969 (47) y la Dental Fear Survey de Kleinknecht et al de 1973 (48).

- *Alucinaciones gustativas* (Cabaleiro, 49): raramente se presentan aisladas, apareciendo casi siempre asociadas a las olfatorias o de otro tipo. Consisten en sensaciones gustativas desagradables (a podrido, a excrementos, a medicamentos, a tóxicos, etc) que son interpretadas delirantemente (persecución, envenenamiento, destrucción interna...) y percibidas como exteriores (esquizofrenia, parafrenia) o interiores (melancolía, hipocondría).

## **II – Otros procesos dolorosos**

Ford et al (50) informan de *síndromes dolorosos tardíos* en boca y genitales en pacientes con acatisia tardía, discinesia tardía y distonía tardía en relación con tratamiento neuroléptico crónico; la administración de depletores catecolamínicos como tratamiento de dichos síndromes se muestra efectiva para reducir la sensación dolorosa.

Brown et al (51) mencionan un reciente estudio retrospectivo que sugiere una nueva entidad diagnóstica denominada *síndrome de labios ardientes*, que se diferencia del SBA en que la sensación ardiente se limita por lo general a los labios, la mucosa labial es lisa y pálida, las glándulas salivales menores de los labios no funcionan. Mientras el SBA es más común en mujeres, el síndrome de labios ardientes aparece tanto en hombres como mujeres sobre todo entre los 50 y 70 años de edad. Estos autores tratan los 5 casos de síndrome de labios ardientes con corticosteroides tópicos informando de resultados favorables.

*Mientras el SBA es más común en mujeres, el síndrome de labios ardientes aparece tanto en hombres como mujeres sobre todo entre los 50 y 70 años de edad.*

### *Ardor Bucal*

Danhauer et al (52) informan del fracaso de algunos tratamientos al no haberse hecho el correcto diagnóstico diferencial entre pacientes con SBA y pacientes con *Ardor Bucal* (oral burning). En su estudio ambos tipos de pacientes no se diferencian en edad, duración e intensidad del dolor, interferencia en la vida diaria y niveles de malestar psicológico, sino que los pacientes con Ardor Bucal presentaban más sintomatología, hiposalivación y recibían más medicación (sobre todo terapia de sustitución hormonal) que los pacientes con SBA.

### *Dolor Facial Atípico*

Según Woda (2) se caracteriza por un dolor de gran intensidad, descrito como atroz, horrible, localizado en boca, maxilares o cara. Puede estar precedido por un traumatismo accidental o quirúrgico (dental, ORL, máxilofacial). Es descrito como ardor o como “tirón, constricción, estrechamiento, perforación o movimiento del hueso...”. Suele estar asociado a disestesias, parestesias y alodinas. También hay síntomas o signos de tipo simpático o vascular asociados: impresión de calor, hinchazón de mucosas o de los tejidos perimaxilares (eritema, edema), modificaciones observables o no del flujo salivar. Es frecuente que los pacientes se quejen de síntomas generales asociados como los dolores cervicales o lumbares, migrañas, prurito cutáneo, trastornos digestivos funcionales e incluso dismenorreas. Todos los autores informan de trastornos psicológicos asociados (depresión, ansiedad, cancerofobia, estrés intenso), problemas laborales o familiares en los seis meses previos a la aparición de los síntomas, etc, pero al igual que ocurre con el SBA no está clara la relación causal entre estos factores y el trastorno doloroso.

### *Odontalgia atípica o “dolor dental fantasma”*

***También hay síntomas o signos de tipo simpático o vascular asociados: impresión de calor, hinchazón de mucosas o de los tejidos perimaxilares (eritema, edema), modificaciones observables o no del flujo salivar.***

Marbach creó el término “diente fantasma” para referirse a la Odontalgia Atípica o “dolor dental fantasma” como un dolor pulsátil, bien localizado, en o alrededor de un antiguo o actual diente permanente (preferiblemente molares y premolares) y el maxilar más que la mandíbula. La extirpación del diente doloroso desplaza el dolor al maxilar o la mandíbula o al diente vecino con lo que se perpetúa el problema. La exploración clínica y radiológica no ponen de manifiesto ninguna causa orgánica del dolor. Las quejas relacionadas con la Odontalgia Atípica

generalmente comienzan después de la desaferentización de fibras nerviosas aferentes primarias del trigémino, por ejemplo, después de una extirpación de pulpa, de una apicectomía o de la extracción de un diente (Woda, 2; Turp, 53). En 1999 Bartoshuck et al (54), amparándose en el acompañamiento de “sabores fantasmas” en la clínica del SBA (sensaciones gustativas en ausencia de estímulo), propusieron un modelo etiopatogénico del mismo: el SBA podría ser una percepción fantasma pues las sensaciones ardientes son creadas en el sistema nervioso central y las lenguas de los pacientes con SBA no son visiblemente diferentes a las de los sujetos normales; por tanto, según estos autores el SBA y otros dolores



fantasmas orales resultarían de una lesión del sistema gustativo...

### *Dolores músculo-aponeuróticos*

Según Woda (2) se caracterizan por un dolor sordo local que aumenta al mover la mandíbula; hay puntos dolorosos asociados a zonas rígidas de músculos y aponeurosis; mejora con analgésicos locales. El dolor es diurno y altera el sueño.

### *Dolor Orofacial Psicógeno o Idiopático de Woda y Pionchon*

Para Turp (53) y Scully (55) es una entidad que incluye SBA, dolor facial atípico, odontalgia atípica y el síndrome de molestias orales, todos ellos caracterizados por compartir etiología desconocida pero características clínicas comunes. La Odontalgia Atípica se presenta con dolor e hipersensibilidad dental típicamente indistinguible de la pulpitis o periodontitis pero sin patología detectable. El Síndrome de disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular (artromialgia facial, síndrome de disfunción dolorosa miofascial) suele presentarse en mujeres jóvenes y se caracteriza por las molestias mandibulares con limitación de movimientos, dolor temporomandibular.

### *Algias bucofaciales – Dolor Orofacial*

Se originan en las alteraciones y enfermedades que afectan a los dientes y estructuras relacionadas, pero también puede proceder de otras estructuras intra o extraorales: dolor mucoso, dolor dental, dolor vascular, dolor glandular, dolor periapical, sinusitis maxilar, dolor postquirúrgico, dolor óseo, dolor masticatorio, neuralgias trigeminales y algias faciales atípicas o el mencionado dolor orofacial idiopático (entre los que se incluye el SBA).

*El Síndrome de disfunción dolorosa de la articulación temporomandibular suele presentarse en mujeres jóvenes y se caracteriza por las molestias mandibulares con limitación de movimientos*

Finalmente, hay que descartar la *neuralgia glossofaríngea*, también llamada *glosodinia posterior* o *síndrome de Vilfred-Harris*, que se caracteriza por paroxismos de dolor intenso en faringe y lengua, con unas características semejantes a las del tic doloroso. Surós (5).

## **Tratamiento**

### **I - Tratamiento Farmacológico**

El tratamiento del SBA por lo general está orientado hacia el alivio

de los síntomas, de la misma forma que otros dolores neuropáticos (antiinflamatorios, analgésicos, antidepresivos...). Algunos como Lauritano et al (56) recurren al tratamiento propiamente analgésico (con excepción de fármacos anti-inflamatorios) empleado en los síndromes neuropáticos dolorosos: quercetina, benzodiacepinas, gabapentina, carbamacepina, capsaicina tópica. Femiano et al (57) administraron ácido alfa-lipóico, que es un potente coenzima antioxidante mitocondrial, a 21 pacientes con SBA: más de dos tercios de los pacientes mostraron mejoría. Otros como Tarkkila et al (58) para quienes la Boca Dolorosa parece estar asociada con los síntomas climatéricos en general, llegan a la conclusión de que el uso de la terapia hormonal sustitutiva no previene dicho trastorno. Hugoson y Thorstensson (59) investigaron el posible déficit de vitaminas B1, B2 y B6 en un grupo de 60 pacientes con SBA resistente al tratamiento encontrando niveles bajos de tiamina y riboflavina pero la terapia de restitución no se acompañó de mejoría del SBA.

Por lo que respecta al tratamiento psicofarmacológico encontramos un panorama que recorre la evolución del tratamiento antidepresivo (de los clásicos tricíclicos hasta los más actuales) pasando por benzodiacepinas, benzamidas, etc, tanto solos como asociados entre sí o con psicoterapia. Decíamos anteriormente que la predilección por los antidepresivos como principal tratamiento del SBA se debía a su doble aplicación: por un lado, por su efecto propiamente antidepresivo y, por otro lado, al producir mejoría por su influencia sobre las señales dolorosas (efecto analgésico), modificando las asociaciones dolor-ansiedad y dolor-depresión. La administración de antidepresivos ha propiciado la disminución del consumo de analgésicos y, por tanto, el riesgo de dependencia a algunos de ellos.

*Sullivan (39) afirma que la mayoría de los pacientes con glosodinia psicógena pueden ser tratados mediante antidepresivos, ansiolíticos o bien tratamientos psicológicos.*

Loldrup et al (60) a la vista de la comparación entre mianserina, clomipramina y placebo en 253 pacientes con síndrome doloroso idiopático crónico, no encuentran diferencias entre los tres tratamientos cuando se aplican a pacientes con SBA o con dolor abdominal. Sullivan (39) afirma que la mayoría de los pacientes con glosodinia psicógena pueden ser tratados mediante antidepresivos, ansiolíticos o bien tratamientos psicológicos. Mott et al (7) informan de la efectividad de antidepresivos tricíclicos a baja dosis en algunos pacientes con ardor oral idiopático. Van Houdenhove y Joostens (61) informan del tratamiento exitoso de su caso de SBA relacionado con acontecimientos vitales y depresión mediante la

combinación de un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (sertralina) así como psicoterapia de orientación psicodinámica. Tammiala-Salonen y Forssell (62) estudian 37 casos de SBA tratados con 200 mg de trazodona, siendo sus resultados desalentadores. Rojo y Cirera (63) informan que los antidepresivos, en especial aquellos con efecto antihistamínico como la doxepina, pueden ser efectivos en algunos casos.

Para Grinspan et al (43) tras estudiar 500 pacientes opinan que los tratamientos más efectivos son la tranilcipromina, que es un IMAO, asociada con ansiolíticos e hipnóticos a baja dosis junto con psicoterapia de apoyo.

Como mencionamos anteriormente, Demange et al (37) dado que consideran al SBA como un síntoma de depresión oculta, proponen que el tratamiento debe ser una combinación de antidepresivos y psicoterapia.

Huang et al (64) proponen recurrir al tratamiento prolongado mediante la asociación de antidepresivos, benzodiacepinas y clonacepan. Grushka et al (65) estudian 30 pacientes con SBA a los que se trata con clonazepan. El resultado sugiere que el clonazepan puede ser útil en el SBA, puesto que el 70% de los pacientes experimentan disminución del dolor con baja dosis. Este hallazgo sugiere que el mecanismo de acción del clonazepan puede ser específico y diferente del efecto ansiolítico de las benzodiacepinas. Woda et al (66) administraron de forma local clonacepan (0.5 ó 1 mg dos o tres veces al día) a 25 pacientes de los que 10 se curaron por completo y no necesitaron más tratamiento; 6 no mejoraron nada y los 9 restantes habían mejorado pero continuaban con el tratamiento. Según estos autores, el clonacepan actuaría localmente para interrumpir el mecanismo neuropatológico subyacente a la estomatodinia. Por el contrario, Culhane y Hodle (67) informan del primer caso publicado de SBA inducido por clonazepan.

*Zakrzewska et al analizaron seis estudios sobre tratamientos realizados a pacientes con SBA y llegan a la conclusión de que solo dos de ellos referían reducción de los síntomas*

Zakrzewska et al (10) analizaron seis estudios sobre tratamientos realizados a pacientes con SBA y llegan a la conclusión de que solo dos de ellos referían reducción de los síntomas: la vitaminoterapia y la terapia cognitivo conductual, lo que les lleva a la conclusión de que es escasa la efectividad de los tratamientos aplicados.

Sardella et al (68) utilizan enjuagues de hidrocloretrato de

benzamida al 0.15% como tratamiento del SBA y sus resultados indican que no es más efectivo que el placebo. Sin embargo, Maina et al (69) llegan a la conclusión de que el amisulpride y los ISRS (paroxetina, sertralina) pueden ser tratamientos efectivos del SBA a corto plazo.

Para Grushka et al (4) los estudios apoyan el uso de bajas dosis de clonacepan, clordiacepóxido y antidepresivos tricíclicos (amitriptilina). Existen datos a favor de la utilización de bajas dosis de gabapentina mientras que otros no han encontrado mejoría alguna con ISRS u otros antidepresivos serotoninérgicos como la trazodona. En su opinión las benzodiacepinas pueden ejercer su efecto al actuar como hipnóticos, pero esta posibilidad parece ser improbable debido a que el máximo efecto del clonacepan se observa generalmente a bajas dosis.

## **II – Tratamiento Psicológico-psicoterapéutico**

Las técnicas más utilizadas son las de relajación y las cognitivas; en menor medida también se aplican la hipnosis (Barber, 70), la terapia de grupo y la terapia familiar (Ceccotti et al, 17) e incluso de corte psicodinámico (Botha, 71).

## **III – Otros**

*Evitar frotar enérgicamente la dentadura así como practicar una higiene dental exagerada y agresiva. Sobre todo, informar al paciente sobre la dolencia.*

Mascar chicle, caramelos sin azúcar, frecuentes tragos de agua si hay xerostomía, suelen proporcionar alivio transitorio. Evitar frotar enérgicamente la dentadura así como practicar una higiene dental exagerada y agresiva. Sobre todo, informar al paciente sobre la dolencia.

## **Casos en tratamiento**

**Caso 1 (JGR):** mujer de 54 años, diagnosticada de Distimia (F34.1) en 1985, coincidiendo con el retorno de la emigración, con tratamiento psicofarmacológico ininterrumpido a base de antidepresivos tricíclicos e ISRS y ansiolíticos. Diagnosticada de Glosodinia en 1999, sin factor precipitante aparente. Presenta también Menopausia, Artrosis, Hernias discales y Litiasis renal. Presenta un patrón doloroso de tipo III de Lamey y Lamb mejorando la Glosodinia tras el cambio a Sertralina y Ketazolan hasta el punto de que en la actualidad no constituye el motivo principal de consulta.

**Caso 2 (EFL):** mujer de 61 años, diagnosticada previamente de Trastorno Depresivo Recurrente (F33), tratada con asociación de antidepresivo tricíclico y ansiolítico de forma ininterrumpida. Presenta SBA coincidiendo con Menopausia (patrón doloroso de tipo III de Lamey y Lamb) e HTA y Cardiopatía Hipertensiva, a tratamiento con betabloqueante. En la actualidad continúa con tratamiento a base de Mirtazapina, ketazolan y alprazolam habiendo desaparecido el SBA pero persistiendo el cuadro depresivo de fondo.

**Caso 3 (CRO):** mujer de 61 años, diagnosticada de Depresión Reactiva (F33.0); cinco años antes es intervenida en Cirugía Máxilofacial desarrollando SBA junto con síntomas depresivo-ansiosos. Menopausia; no presenta otras enfermedades somáticas. Patrón doloroso de tipo I de Lamey y Lamb. Inicia tratamiento con Fluoxetina y Cloracepato lográndose la práctica desaparición del SBA; continúa a tratamiento con dosis de mantenimiento.

**Caso 4 (LRO)** (hermana de la anterior): mujer de 60 años, diagnosticada previamente de Trastorno de Somatización (F45.0) quien presenta un cuadro depresivo-ansioso con SBA sin desencadenante aparente, por lo que acude a consulta odontológica: nada patológico. Menopausia; no presenta otras enfermedades somáticas. Patrón doloroso de tipo III de Lamey y Lamb. Inicia tratamiento con Sertralina y Alprazolam lográndose la mejoría del cuadro depresivo-ansioso y la remisión total del SBA.

*Menopausia; no presenta otras enfermedades somáticas. Patrón doloroso de tipo I de Lamey y Lamb. Inicia tratamiento con Fluoxetina y Cloracepato lográndose la práctica desaparición del SBA*

**Caso 5 (MLF):** mujer de 68 años, diagnosticada de Trastorno Mixto Depresivo-Ansioso (F41.2) y tratada con Sertralina, Maprotilina y Alprazolam a lo largo de los diez años anteriores. Presenta SBA coincidiendo con Menopausia, enfermedad de Parkinson, Diabetes Mellitus e HTA. Patrón doloroso de tipo I de Lamey y Lamb. Continúa con tratamiento psicofarmacológico así como los correspondientes a sus enfermedades somáticas. El SBA no ha mejorado a pesar de los cambios en el tratamiento antidepresivo y ansiolítico.

**Caso 6 (CLC):** mujer de 59 años, diagnosticada de Distimia (F34.1) quien a raíz de extracción de piezas dentales tres años antes desarrolla SBA, siendo consultada por odontólogos y neurólogo. Menopausia e Hipotiroidismo. Patrón doloroso de tipo I de Lamey y Lamb. Tratada con asociación de Paroxetina, Amitriptilina y Perfenacina de forma continuada se consiguió la práctica

desaparición del SBA.

**Caso 7 (FCF):** mujer de 67 años, diagnosticada de Trastorno Mixto Depresivo-Ansioso (F41.2) quien desde 2 años antes y tras factores vitales estresantes presenta SBA e HTA. Patrón doloroso tipo III de Lamey y Lamb. Tratada inicialmente con Fluoxetina y Alprazolán no comenzó a mejorar hasta la prescripción de Trazodona como tratamiento antidepresivo único.

**Caso 8 (CFT):** mujer de 61 años, diagnosticada previamente de Trastorno de Somatización (F.45.0) quien a raíz de la extracción de piezas dentales presenta SBA que le lleva a repetidas consultas al médico de cabecera, odontólogos varios, neurólogos y especialistas en Cirugía Máxilofacial. Padece Fibromialgia, Espondiloartrosis lumbar, Bocio multinodular eutiroideo e Intolerancia a los antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Patrón doloroso tipo III de Lamey y Lamb. Mejoró SBA con Bromacepan tras sucesivas sustituciones de antidepresivos debido a repetidas reacciones de intolerancia gástrica.

## **Bibliografía**

---

- 1.- Tourne LP, Friction JR. Burning mouth syndrome. Critical review and proposed clinical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 74(2):158-167.
- 2.- Woda A. Algies orofaciales idiopathiques: entre deni et réalité. <http://www.univ-st-etienne.fr/stephado/capacite/cours/janv02/aoiaw.html>
- 3.- Hampf G. Dilemma in treatment of patients suffering from orofacial dysaesthesia. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1987; 16(4):397-401.
- 4.- Grushka M, Epstein JB, Gorsky M. Burning Mouth Syndrome. *Am Fam Psysician* 2002; 65:615-622.
- 5.- Surós J. Enfermedades del la cavidad bucal, glándulas salivales y esófago. En: Pedro-Pons A. *Tratado de Patología y Clínica Médicas*. Tomo I. Barcelona; Salvat Editores, 1978; 3-59.
- 6.- Rof Carballo J. *Patología Psicosomática*. Asociación Gallega de Psiquiatría, Lugo; 1999.

- 7.- Mott AE, Grushka M, Sessle BJ. Diagnosis and management of taste disorders and burning mouth syndrome. *Dent Clin North Am* 1993; 37(1):33-71
- 8.- Tammiala-Salonen T, Hiidenkari T, Parvinen T. Burning mouth in a Finnish adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21(2):67-71.
- 9.- Hakeberg M, Berggren U, Hagglin C, Ahlqwist M. Reported burning mouth symptoms among middle-aged and elderly women. *Eur J Oral Sci* 1997 ; 105(6) :539-543.
- 10.- Zakrzewska JM, Glenny AM, Forssell H. Interventions for the treatment of burning mouth syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (3):CD002779.
- 11.- Carlson CR, Miller CS, Reid KI. Psychosocial profiles of patients with burning mouth syndrome. *J Orofac Pain* 2000; 14(1):59-64.
- 12.- Witt E, Palla S. Burning mouth. *Schmerz* 2002; 16(5):389-94.
- 13.- Elad S, Czerninski R, Eliay E. Burning mouth syndrome. *Harefuah* 2002; 141(4):384-7, 407.
- 14.- Clifford TJ, Warsi MJ, Burnett CA, Lamey PJ. Burning mouth in Parkinson's disease sufferers. *Gerodontology* 1998; 15(2):73-8.
- 15.- Silvestre Donat FJ, Serrano Martínez C. El síndrome de boca ardiente: revisión de conceptos y puesta al día. *Medicina Oral* 1997; 2:30-8.
- 16.- Basker RM, Sturdee AW, Davenport JC. Patients with burning mouth. A clinical investigation of causative factors. *Brit Dent J* 1978; 145:9-16.
- 17.- Ceccotti EL, Yasnig FH, Zanuso LH, Bernal MP. Abordaje interdisciplinario en pacientes con síndrome de ardor bucal. *Bol Acad Nac Med B.Aires* 1996; 74(2):441-7.
- 18.- Perno M. Burning mouth syndrome. *J Dent Hyg* 2001; 75(3):245-52; quiz 252-3, 255.
- 19.- Gorsky M, Silverman S Jr, Chinn H. Clinical characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. A open study of 130 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;

72(2):192-5.

20.- Feinmann C, Harris M. Psychogenic facial pain. Part 1: the clinical presentation. *Br Dent J* 1984; 156(5):165-168.

21.- Hammaren M, Hugoson A. Clinical psychiatric assessment of patients with burning mouth syndrome resisting oral treatment. *Swed Dent J* 1989; 13:77-88.

22.- Svensson P, Kaaber S. General health factors and denture function in patients with burning mouth syndrome and matched control subjects. *J Oral Rehabil* 1995; 22(12):887-95.

23.- Eli I, Kleinhauz M, Baht R, Littner M. Antecedents of burning mouth syndrome (glossodynia) – recent life events vs. psychopathologic aspects. *J Dent Res* 1994; 73(2):567-72.

24.- Grushka M, Sessle BJ, Miller R. Pain and personality profiles in burning mouth syndrome. *Pain* 1987; 28 (2):155-167.

25.- Lamb AB, Lamey, PJ, Reeve OE. Burning mouth syndrome psychological aspects. *Br Dent J* 1988; 165:256-60.

26.- Miyaoka H, Kamijima K, Katayama Y, et al. A psychiatric appraisal of “glossodynia”. *Psychosomatics* 1998; 39(1):85-87.

27.- Browning S, Hislop S, Scully C, Shirlaw P. The association between burning mouth syndrome and psychosocial disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64(2):171-4.

28.- Lamey PJ, Lamb AB. The usefulness of the HAD scale in assessing anxiety and depression in patients with burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67(4):390-2.

29.- Rojo L, Silvestre FJ, Bagan JV, De Vicente T. Psychiatric morbidity in burning mouth syndrome. Psychiatric interview versus depression and anxiety scales. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75(3):308-11.

30.- Rojo L, Silvestre FJ, Bagan JV, De Vicente T. Prevalence of psychopathology in burning mouth syndrome. A comparative study among patients with and without psychiatric disorders and controls. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994;78(3):312-6.

31.- Trikkas G, Nikolatou O, Samara C, Bazapoulou-Kyrkanidou E,



- Rabavilas AD, Christodoulou GN. Glossodynia: personality characteristics and psychopathology. *Psychother Psychosom* 1996; 65(3):163-8.
- 32.- Trombelli L, Zangari F, Calura G. The psychosocial aspects of patients with the burning mouth syndrome. *Minerva Stomatol* 1994; 43(5):215-21.
- 33.- Lamey PJ, Lamb AB. Lip component of burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 78(5):590-3.
- 34.- Van der Waal I. Burning mouth syndrome. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2001; 108(6):237-41.
- 35.- Lamey PJ, Lamb AB. Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988; 296(6631):1243-6.
- 36.- Schoenberg B, Carr AC, Kutscher AH, Zegarelli EV. Chronic idiopathic orolingual pain: psychogenesis of burning mouth. *New York State Dental Journal* 1971; 71(5):1832-1837.
- 37.- Demange C, Husson C, Poi-Vet D, Escande JP. Burning mouth syndromes and depression. A psychoanalytic approach. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1996; 97(4):244-52.
- 38.- Quesemant-Zucca S. Les glossodynies. *Ann Psychiatr* 1992; 7(4):230-232.
- 39.- Sullivan PD. The diagnosis and treatment of psychogenic glossodynia. *Ear Nose Throat J* 1989; 68(10):795-798.
- 40.- Ott G, Ott C. Glossodynia – psychodynamic basis and results of psychopathometric investigations. *J Psychosom Res* 1992; 36(7):677-686.
- 41.- Pokupec-Gruden JS, Cekic-Arambasin A, Gruden V. Psychogenic factors in the aetiology of stomatopyrosis. *Coll Antropol* 2000; 24, Suppl 1:119-26.
- 42.- Martins Veloso KM, Fontoura Nogueira Cutrim MC. Síndrome da ardência bucal. <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=79>
- 43.- Grinspan D, Blanco GF, Allevato MA, Stengel FM. Burning mouth syndrome. *Int J Dermatol* 1995; 34(7):483-487.

- 44.- Cassem NH. *Psiquiatría de enlace en el hospital general*. Ediciones Díaz de Santos, SA, Madrid; 1994.
- 45.- Scully C, Eveson JW, Porter SR. Munchausen's syndrome: oral presentations. *Brit Dent J* 1995; 178 (2): 65-67.
- 46.- Freeman R. A psychodynamic theory for dental phobia. *Brit Dent J* 1998; 184(4):170-172.
- 47.- Corah NL. Development of a Dental Anxiety Scale. *J Dental Research* 1969; 48:596.
- 48.- Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. *JADA* 1973; 86:842-8
- 49.- Cabaleiro Goás M. *Temas Psiquiátricos. Algunas cuestiones psicopatológicas generales*. Editorial Paz Montalvo, 1970.
- 50.- Ford B, Greene P, Fahn S. Oral and genital tardive pain syndromes. *Neurology* 1994; 44(11):2115-2119.
- 51.- Brown RS, Flaitz CM, Hays GL, Bottomley WK. Five cases of burning lips syndrome. *Compend Contin Educ Dent* 1996; 17(10):927-30.
- 52.- Danhauer SC, Miller CS, Rhodus NL, Carlson CR. Impact of criteria-based diagnosis of burning mouth syndrome on treatment outcome. *J Orofac Pain* 2002; 16(4):305-11.
- 53.- Turp JC. Atypical odontalgia – a little known phantom pain. *Schmerz* 2001; 15(1):59-64.
- 54.- Bartoshuck LM, Grushka M, Duffy VB, Fast K, et al.; Burning Mouth Syndrome: Damage to CN VII and Pain Phantoms in CN V. *Chemical Senses* 1999; 24:609.
- 55.- Scully C. Mouth ulcers and other causes of orofacial soreness and pain. (*ABC of Oral Health*); *British Medical Journal* 2000; 321:162-5.
- 56.- Lauritano D, Spadari F, Formaglio F, Zambellini Artini M, Salvato A. Etiopathogenic, clinical-diagnostic and therapeutic aspects of the burning mouth syndrome. Research and treatment protocols in a patient group. *Minerva Stomatol* 1998; 47(6):239-51.

- 57.- Femiano F, Gombos F, Scully C, Busciolano M, Luca PD. Burning mouth síndrome (BMS): controlled open trial of the efficacy of alpha-lipoic acid (thioctic acid) on symptomatology. *Oral Dis* 2000; 6(5):274-277.
- 58.- Tarkkila L, Linna M, Tiitinen A, Lindqvist C, Meurman JH. Oral symptoms at menopause – the role of hormone replacement therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001; 92(3):276-80.
- 59.- Hugoson A, Thorstensson B. Vitamin B status and response to replacement therapy in patients with burning mouth syndrome. *Acta odontol Scand* 1991; 49(6):367-75.
- 60.- Loldrup D, Langemark M, Hansen HJ, Olesen J, Bech P. Clomipramine and mianserin in chronic idiopathic pain syndrome. A placebo controlled study. *Psychopharmacology (Berlin)* 1989; 99(1):1-7.
- 61.- Van Houdenhove B, Joostens P. Burning mouth syndrome: successful treatment with combined psychotherapy and psychopharmacotherapy. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17(5):385-288.
- 62.- Tammiala-Salonen T, Forssell H. Trazodone in burning mouth pain: a placebo-controlled, double-blind study. *J Orofac Pain* 1999; 13(2):83-8.
- 63.- Blanch Andreu J, Cirera Costa E. Piel y Faneras. En Rojo Rodés JE y Cirera Costa E. *Interconsulta Psiquiátrica*. Barcelona; Biblio stm Masson, 1997;385-394.
- 64.- Huang W, Rothe MJ, Grant-Kels JM. The burning mouth syndrome. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34(1):91-8.
- 65.- Grushka M, Epstein J, Mott A. An open-label, dose escalation pilot study of the effect of clonazepam in burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1998; 86(5):557-61.
- 66.- Woda A, Navez ML, Picard P, et al. A possible therapeutic solution for stomatodynia (burning mouth syndrome). *J Orofac Pain* 1998; 12(4):272-8.
- 67.- Culhane NS, Hodle AD. Burning mouth syndrome after taking clonazepam. *Ann Pharmacother* 2001; 35(7-8):874-6.

68.- Sardella A, Uglietti D, Demarosi F, Lodi G, Bez C, Carrassi A. Benzydamine hydrochloride oral rinses in managemet of burning mouth syndrome. A clinical trial. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1999; 88(6):683-6.

69.- Maina G, Vitalucci A, Gandolfo S, Bogetto F. Comparative efficacy of SSRIs and amisulpride in burning mouth syndrome: a single-blind study. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(1):38-43.

70.- Barber J. Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión. Una guía clínica. Desclée de Brouwer, Bilbao, 2000.

71.- Botha PA. The burning mouth syndrome (BMS) and psychotherapy.  
<http://www.up.ac.za/academic/psychol/output/peet1.htm>



# *Lenguaje y esquizofrenia*

## **Autores**

---

Area Carracedo R\*. Vila Pillado L\*. Recimil López MJ\*\*. García Caballero X\*\*. García Lado I\*\*. Somoza Vázquez MJ\*\*.

\*Psiquiatras. Hospital Xeral-Calde, Lugo.

\*\* Psiquiatras. Complexo Hospitalario de Ourense.

\*\*\* Psicóloga. Hospital Xeral-Calde, Lugo.

correspondencia: [monchoarea@terra.es](mailto:monchoarea@terra.es).

## **Introducción**

---

Los trabajos relativos al problema del lenguaje y la esquizofrenia son casi innumerables. Presentan fundamentaciones teóricas diferentes y las metodologías también son diversas.

*La psicopatología del lenguaje no ha sufrido un proceso de evolución paralelo al producido en la lingüística, por lo que los diversos síntomas que nombran las alteraciones que se aprecian, pertenecen a teorías distintas*

Desgraciadamente, el único punto en común de todos ellos es la ausencia de hallazgos replicados y que hayan permanecido en el tiempo constituyendo esa especie de saber contrastado que a veces posee la ciencia.

De lo que pocos autores parecen tener dudas es que el lenguaje no solo es el medio más importante a través del cual accedemos a las psicosis, sino que sus alteraciones deben formar parte de esos elementos que han de funcionar como certificadores de hipótesis. A pesar de ésto, no son muchas las ocasiones en las que, al exponer una determinada hipótesis sobre la esquizofrenia, se intenta que la misma explique las alteraciones del lenguaje que presenta la esquizofrenia. Es como si ante el lenguaje, la esquizofrenia fuese más que nunca, un síndrome.

La psicopatología del lenguaje no ha sufrido un proceso de evolución paralelo al producido en la lingüística, por lo que los diversos síntomas que nombran las alteraciones que se aprecian, pertenecen a teorías distintas, desarrolladas en marcos históricos diferentes. Además, muchas de las concepciones lingüísticas llevan

implícitas en sus desarrollos, formas diversas de afrontar el dilema mente/cerebro.

Inciendo más en los presupuestos lingüísticos, los tres aspectos principales sobre los que giran los trabajos son los pragmático, lo semántico y lo sintáctico.

**1.- Lo pragmático:** De modo general, se engloban aquí las concepciones lingüísticas que remarcan la importancia del contexto en el acto comunicacional. Son los conocidos modelos que señalan las relaciones entre emisor/receptor/mensaje/contexto. Su traducción a la psicología se realiza a través de la llamada teoría de la mente. Esta formulación trata de explicar determinados síntomas hipotetizando que en todo acto comunicacional hay un ponerse en el lugar del receptor, debe presuponerse lo que el receptor sabe o conoce respecto al mensaje emitido. Ha sido utilizada por ejemplo en el estudio del autismo (Baron-Cohen, Frith, Happé).

Una formulación anterior en el tiempo es la referida a los llamados sistemas de foricidad (Hassan, Halliday, 1976). Estos sistemas estructuran expresiones sobre la base de lo que los hablantes asumen sobre lo que los oyentes saben.

Desde la psicología, los aspectos pragmáticos del lenguaje han sido puestos de relieve por ejemplo por la teoría de los actos de habla de Searle.

En cuanto al tema específico de la esquizofrenia, Frith hipotetiza la imposibilidad del paciente para adoptar el rol del otro en la comunicación, aunque son muchos los autores con un enfoque similar, entre otros, Arieti (1955), Chaika (1981) o Good (1990). El propio Frith (1991) en un trabajo sobre el constructo teoría de la mente y esquizofrenia, le lleva a formular un posible hipermentalismo en la esquizofrenia.

*Trata de explicar determinados síntomas hipotetizando que en todo acto comunicacional hay un ponerse en el lugar del receptor, debe presuponerse lo que el receptor sabe o conoce respecto al mensaje emitido.*

El enfocar el problema desde lo pragmático, invariablemente lleva a posicionarse en el problema lenguaje/mente de una determinada manera, y ese es uno de los motivos por los que parece existir una correspondencia entre el estudio del trastorno formal del pensamiento y la hipótesis del lenguaje de índole pragmático.

**2. Lo semántico:** Lo semántico ha derivado hacia la semiótica en general, o dicho de otra manera, al estudio de las relaciones entre el significante y el significado. Se centra pues la psicopatología en una

psicopatología del signo (frente al enfoque anterior, que era una psicopatología del discurso). Las teorías que beben de éstas fuentes, son el psicoanálisis pero también las teorías neurológicas de las afasias. En cuanto a los enfoques recientes de las neurociencias, desde ésta perspectiva se trabaja en los modelos de redes neuronales (en el modelo pragmático, las neurociencias abordan el problema desde el constructo de las funciones ejecutivas y el funcionalismo de los lóbulos frontales). Como ha señalado Fodor, los modelos de redes neuronales presentan una buena correspondencia con las teorías computacionales de la mente, y éstas a su vez con una concepción modular de la mente. Este autor define el problema principal de este tipo de teorías: dar cuenta del funcionamiento holístico de la mente.

Teniendo en cuenta que el delirio solo se entiende desde el paradigma de un pensamiento holístico, ya nos encontramos de entrada con un serio problema en estas teorías semánticas. La esquizoafasia, término introducido por Lecours y Vanier-Clement, 1976, es un ejemplo del estudio del lenguaje en la esquizofrenia bajo el paradigma de lo semántico.

*Teniendo en cuenta que el delirio solo se entiende desde el paradigma de un pensamiento holístico, ya nos encontramos de entrada con un serio problema en estas teorías semánticas.*

Cameron, 1944, y su teoría de la overinclusion a nuestro parecer parte también de una concepción semántica del lenguaje. Hay numerosos estudios de corte psicoanalítico centrados en lo que hemos llamado lo semántico. Así, los estudios sobre los neologismos y sus mecanismos de simbolización (Frostig, 1930) o muchas de las concepciones de Lacan en torno al lenguaje y la esquizofrenia podrían citarse aquí como ejemplos.

**Lo gramatical:** Lo gramatical se fundamenta, obviamente, en las teorías sintácticas del lenguaje, creándose así una psicopatología de la cláusula.

Algunas teorías de las afasias se ciñen a este paradigma, pero en las teorías sobre la psicosis no hay un claro referente.

Entre los estudios gramaticales señalaremos algunos relevantes. Gerver, 1967: es necesario el estudio gramatical y no de la semántica aislada.

McGhie, 1970: las dificultades del lenguaje provienen de la incapacidad para percibir las palabras en sus relaciones significativas entre ellas y no de un patrón organizado. Andreasen, 1985, Belinchón, 1986-1988, Insúa, Grijalvo y Huici,



2001: análisis formal de discursos grabados: fallos en los vínculos de cohesión, estructuración lógica de las proposiciones y la ordenación de los constituyentes macrotextuales.

La Teoría gramatical dominante en la segunda mitad del siglo XX, con Chomsky como figura fundamental, con gran desarrollo teórico y que incide en la universalidad (para todas las lenguas) de la gramática, es la Gramática Generativa que ha evolucionado hasta el actual programa minimista.

Sus ventajas fundamentales son:

- Creación del concepto de “órgano del lenguaje”.
- Aproximación a los aspectos del desarrollo psicológico.
- Universalización de los problemas del lenguaje al plantear la existencia de una gramática universal.
- Estudio de todos los componentes descritos en el lenguaje, fonológico, semántico y sintáctico.
- Pérdida de peso de los aspectos semánticos en el desarrollo de la teoría.
- Aproximación a las metáforas informáticas.
- Posibilidad de fundamentación teórica de sintomatología observada en la patología neurológica.

Desventajas fundamentales:

- Creación de la entelequia interfaz para explicar los problemas de conexión entre los módulos sintáctico, semántico y fonológico.
- Falta de constancia en los hallazgos de una universalidad gramatical.
- Fracaso en los intentos de acoplarla como teoría lingüística a la patología psiquiátrica.
- Fracaso en el acoplamiento a una teoría perceptiva y a una teoría de sentimientos (dominada por las gramáticas de perfil más semántico).

*Hay, sin embargo, algunos hallazgos recientes de tipo neurológico que deben llevar a poner en cuestión éstas teorías. Parece existir una disociación cerebral entre nombres y verbos,*

Las correspondencias trazadas por el propio Chomsky con la psicología derivan hacia una psicología del desarrollo, ya que éste es uno de los pilares sobre los que asienta toda la investigación de los diferentes programas que desde la gramática generativa se han ido poniendo en marcha: dar cuenta de la adquisición del lenguaje en el niño.

Hay, sin embargo, algunos hallazgos recientes de tipo neurológico que deben llevar a poner en cuestión éstas teorías. Parece existir una disociación cerebral entre nombres y verbos, localizándose los

verbos en zonas frontales y los nombres en zonas témporo occipitales. Esto iría en contra de entender el lenguaje como uno de los módulos de la mente, lo que junto al innatismo, son las dos bases fundamentales de este tipo de teorías. Citemos algunos trabajos sobre esta cuestión:

Seeger y cols. encuentran mediante resonancia magnética funcional que el hemisferio derecho está implicado en el procesamiento de algunas relaciones semánticas. Manning y cols. proponen dos rutas para la denominación, Lu y cols. diferencian la denominación de las acciones.

Una de las primeras disidencias del generativismo fue la semántica generativa de George Lakoff, John Robert Ross, James D. McCawley y Paul Postal, que se desarrolló entre los años 1965 y 1975.

Su heredera es la llamada ling stica cognitiva, que como señala R. Lakoff tiene de la primera un legado sintetizado en dos puntos fundamentales:

-la conciencia de que los fenómenos del lenguaje son continuos y que esa continuidad se extiende a través de todos los datos así como de los mecanismos teóricos que lo describen, y afecta también a la metaestructura, a nuestra comprensión de la relación entre el lenguaje y lo que éste describe.

*La conciencia de que los fenómenos del lenguaje son continuos y que esa continuidad se extiende a través de todos los datos así como de los mecanismos teóricos que lo describen*

-la conciencia plena de la interconexión entre las tres partes de la experiencia humana: lenguaje, mente y mundo.

#### *Gramática cognitiva*

Una de las gramáticas cognitivas es la presentada por Langacker en su obra *Foundations of cognitive grammar: theoretical prerequisites*. Para Langacker, las características de una gramática cognitiva son las siguientes:

- Inseparabilidad de semántica y gramática.
- Integración de diferentes facetas de la estructura ling stica.
- Regreso a una conceptualización de los elementos básicos.
- Los problemas de las teorías ling sticas no son tanto formales como de nivel de fundación conceptual.
- No hay una buena definición de conceptos gramaticales

fundamentales tales como nombre, adjetivo, verbo etc...  
-La estructura semántica no es universal.  
-La sintaxis no constituye un nivel formal autónomo de representación, sino que es simbólica en su naturaleza.  
-No existe una distinción entre gramática y lexicon. Lexicon, gramática y fonología forman un continuum de estructuras simbólicas.

A menudo se la ha señalado como una teoría opuesta a la gramática generativa, una especie de semántica generativa.

Gramática de Langacker: fundamenta el lenguaje en operaciones de tipo cognitivo (comparación, p.ej.) y en procesos perceptivos (relaciones figura/fondo).

Pasaremos ahora a realizar una breve descripción de su teoría. Una de las dos cuestiones fundamentales del lenguaje son las **predicaciones nominales**, que se refieren al hecho de nombrar. Hay dos tipos de predicaciones nominales, **contables** e **incontables**. La segunda cuestión fundamental son las llamadas **predicaciones relacionales** se refieren al hecho de poner en relación cosas. Pueden ser:

**Relaciones atemporales:** a su vez se dividen en **simples** y **complejas**.

**Procesos**, que pueden ser **perfectivos** e **imperfectivos**.

Dicho de una manera un poco más sencilla, lo que propone Langacker es que lo conocido por el hombre no son más que cosas y qué relaciones hay entre esas cosas, pasando luego a realizar una clasificación de estos dos elementos.

*Una de las dos cuestiones fundamentales del lenguaje son las predicaciones nominales, que se refieren al hecho de nombrar. Hay dos tipos de predicaciones nominales, contables e incontables.*

Una estructura cuyo polo semántico designa una cosa es un nombre. En toda estructura Langacker diferencia entre Profile, Base y Dominio. Para el nombre, el profile no es más que la entidad designada por la estructura semántica mientras que la Base es la estructura semántica sobre la que el designatum es perfilado. Es el ground respecto al cual el designatum es la figura. Un dominio es un área coherente de conceptualizaciones en la que las unidades semánticas son caracterizadas. Espacio tridimensional, olor, color, sensación táctil etc... son dominios básicos. Un concepto o complejo conceptual de cualquier grado de complejidad puede

funcionar como dominio abstracto (ej. cuerpo humano, juego de ajedrez, reglas de parentesco etc...)

Ejemplo:

círculo/arco.

Base del círculo: dominio básico del espacio tridimensional.

Perfil del círculo: la configuración (serie de puntos) en este dominio.

Arco: presupone el conocimiento del círculo, o sea, que el círculo es un dominio abstracto que sirve como base para un concepto de orden más elevado.

**Nombres incontables** (ej. agua): el dominio relevante para las sustancias físicas es el espacio. Cuando funcionan como nombres incontables, no existe una limitación inherente en su extensión espacial. No implica límites: en cada instante designan un objeto discreto.

Hay una infinita expansibilidad y contractibilidad cuya fuente es la homogeneidad efectiva de una masa. Su dominio específico es el espacio cualitativo, un dominio multidimensional organizado en términos de parámetros cualitativos específicos (solidez, sabor, gusto, textura etc...). Este espacio cualitativo suplanta al espacio físico como el dominio primario determinante en la categorización básica.

*Cuando funcionan como nombres incontables, no existe una limitación inherente en su extensión espacial. No implica límites: en cada instante designan un objeto discreto.*

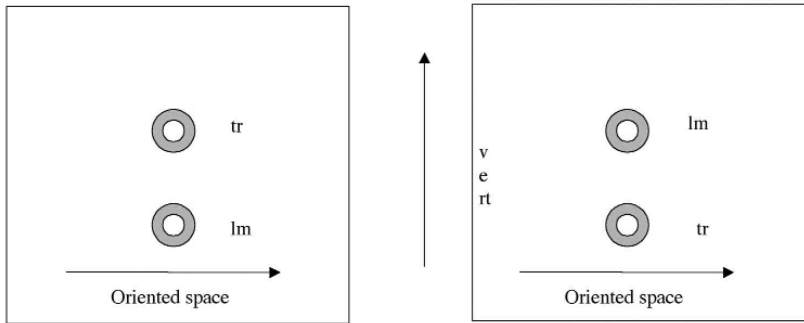
**Nombres contables** (ej. casa): designa una región que está específicamente construída entre unos límites en un dominio primarios.

**Relaciones atemporales:** Adjetivos, adverbios, preposiciones y clases similares. En el concepto de relaciones atemporales hay tres nociones fundamentales:

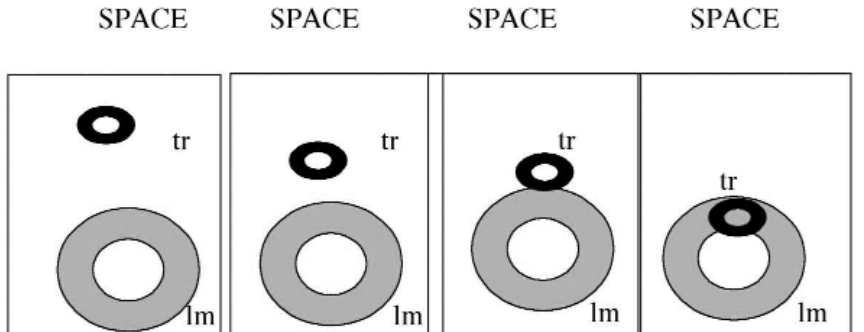
-Cosas versus relaciones: Una predicación relacional establece interconexión entre perfiles en lugar de presuponer simplemente que son partes de una base.

-Trajector versus landmark: En las predicaciones relacionales hay una asimetría entre los perfiles participantes. El trajector (tr) tiene un status especial y es caracterizado como figura dentro de la

relación. El landmark (lm) provee un punto de referencia para el tr.  
ejemplo:



**Procesos:** Un verbo es una expresión simbólica cuyo polo semántico designa un proceso. Tiene un perfil temporal sucesivo. ej.



Por lo tanto, en la teoría de Langacker se establece:  
entidad:

- cosas**
- relaciones
  - procesos**
  - relaciones atemporales
    - relaciones estáticas**
    - relaciones atemporales complejas.**

Lo que se está proponiendo es una hipótesis que acerca los límites

entre lenguaje y pensamiento. Es más, también acerca éstos dos últimos con los procesos perceptivos. Una teoría gramatical de este estilo deriva la producción del discurso a partir de las relaciones entre figura y fondo, lo cual tiene ventajas importantes (como hipótesis) en psiquiatría.

Hipótesis: en la esquizofrenia se produce una alteración en la producción de procesos.

Esto tendría los siguientes comentarios:

-No necesariamente se vería una alteración grosera en el discurso de los pacientes.

-La colección de trabajos que proponen una hipofrontalidad en la esquizofrenia, estaría acorde con la hipótesis.

-Algunos síntomas, podrían explicarse desde esta alteración: desde la perplejidad del tema en la que no se sabe qué está pasando (incapacidad para ligar figura y fondo a través de relaciones tipo proceso) a delirio establecido (en el que se generan hipótesis que por ventajas evolutivas son más fuertes, es decir, procesos establecidos por evolución filogenética: el perjuicio, los celos...).

*El término juicio de realidad en las psicosis hace referencia a la creencia en una idea errónea, con lo que coloca el énfasis de la cuestión en la adecuación entre realidad y pensamiento.*

-Existiría la posibilidad de desarrollar algún tipo de prueba psicométrica que permita validar tal hipótesis (véase más adelante).

#### *Gramática y psicosis*

Vamos a continuación a detallar desde esta base teórica propuesta para el problema del lenguaje y la esquizofrenia, una serie de consideraciones psicopatológicas fundamentales.

**-el juicio de realidad:** el término juicio de realidad en las psicosis hace referencia a la creencia en una idea errónea, con lo que coloca el énfasis de la cuestión en la adecuación entre realidad y pensamiento. De la misma manera, en el problema de las alucinaciones el juicio de realidad marca la diferencia entre la alucinación y la alucinosis. El inconveniente es que el término coloca la carga de la prueba, utilizando una jerga jurídica, en la realidad, lo que desde Jaspers y su caracterización de la idea delirante primaria no parece lo más adecuado.

Posiblemente, sería más conveniente utilizar el término certeza, de larga tradición filosófica. En el *Diccionario de Epistemología* (J. Muñoz, J. Velarde), se define la certeza como el estado supremo de seguridad o de firmeza con que asentimos a la verdad de un juicio o de una proposición. Es habitual distinguir entre el sentido psicológico de certeza y el sentido epistémico. La primera tendría que ver con la convicción particular de un individuo en la verdad de un enunciado al margen de la existencia de razones objetivas o intersubjetivas para tal adhesión. La certeza epistémica demanda criterios objetivos inter- o supra-subjetivos (criterio) y, por tanto, coincide aproximadamente con la creencia justificada. La tradición cartesiana identifica verdad y certeza: no aceptar como verdadero sino lo que es absolutamente cierto (lo que aproximadamente viene siendo el inverso del delirio).

En un trabajo anterior centrado en el problema de las alucinaciones cifrábamos el problema de la certeza en dos cuestiones. La primera hacía referencia a Hoffstadter, en el que introducía el concepto de nivel jerárquico. Los niveles jerárquicos en un proceso cognitivo son lo que posibilitan la realización de operaciones de tipo meta- y estas operaciones son necesarias para la corrección de un error de pensamiento o un error de percepción de una manera similar a la que por medio del metalenguaje se puede hablar del lenguaje. La cuestión de cuántos son los niveles jerárquicos en el hombre es una cuestión controvertida. Por abajo, hay un nivel jerárquico al que no se tiene acceso, o dicho de otra manera, uno no es consciente de cómo están sus niveles de serotonina o cuántas neuronas presentan una despolarización sincrona en las áreas cinguladas. La segunda cuestión que veíamos relacionada con la certeza delirante con la certeza alucinatoria es el iconismo primario, término introducido por Eco. El iconismo primario representa una adecuación entre estímulo y receptor por el hecho de presentar una estructura común. Mente y realidad presentan un iconismo primario porque comparten una estructura común. Esta relación icónica no es susceptible de ser explicada, sino solo reconocida. El reconocimiento lleva aparejado la certeza.

*La certeza epistémica demanda criterios objetivos inter- o supra-subjetivos (criterio) y, por tanto, coincide aproximadamente con la creencia justificada. La tradición cartesiana identifica verdad y certeza*

Una teoría lingüística fundamentada en los procesos de figura y fondo y la derivación a partir de los mismos del lenguaje podría adecuarse al problema de la certeza delirante.

La delimitación mediante el proceso perceptivo de una figura y un

fondo en lo percibido es un proceso automático. El iconismo primario propone que la realidad comparte una estructura con los órganos de los sentidos de manera tal que algo es percibido como figura y algo como fondo y además, esto no es refutable. Las conocidas figuras dobles de los experimentos gestálticos demuestran que lo que es percibido como figura deja de ser percibido como tal cuando otro elemento se percibe como figura. Es decir, no se pueden percibir al mismo tiempo las dos posibles figuras como figuras, hay que percibir primero una y luego otra.

Lo que no contempla la gestalt en la percepción en los mecanismos figura/fondo de procesos, es decir, de acciones. Una acción se puede construir de una manera secundaria, en niveles jerárquicos más altos gracias a las posibilidades generativas del lenguaje. Veo un coche (figura) luego veo un poste (figura) luego veo que el coche está más cerca (relación atemporal) y luego deduzco el movimiento.

Pero en la propia relación figura/fondo cabe la posibilidad de percibir una acción, es la propia relación figura/fondo la que posibilita la percepción de lo que Langacker denomina proceso. Y esta es una cuestión fundamental en las psicosis.

*No se pueden percibir al mismo tiempo las dos posibles figuras como figuras, hay que percibir primero una y luego otra. Lo que no contempla la gestalt en la percepción en los mecanismos figura/fondo de procesos*

El primero de los movimientos, el que se percibe gracias a las propiedades generativas del lenguaje, permite la corrección de un error de conocimiento o de un error perceptivo. Hay un nivel jerárquico por encima y un nivel jerárquico por abajo y no existen procesos del tipo iconismo primario.

El segundo de los movimientos, generado exclusivamente a partir de los procesos de figura/fondo, no. Es una certeza en el sentido de una certeza delirante.

La imposibilidad de establecer procesos basados en la relación figura/fondo podría corresponderse con el *trema*. No se sabe que está pasando. Algo raro, extraño y difícilmente comunicable está sucediendo. El establecimiento de relaciones tipo proceso en figura/fondo fijas, estereotipadas y filogenéticamente relacionadas con la evolución humana, genera un delirio.

A nivel del lenguaje clásico, es decir, el que define las clásicas categorías gramaticales, sustantivo, verbo, adverbio, adverbio y preposición, la falla está en el verbo. Hay sustantivos, que se pueden calificar, pero existe un déficit en la expresión de acciones



verbales. Esto no es exactamente así porque las categorías semánticas clásicas no tienen una correspondencia perfecta con nombres, procesos, relaciones atemporales etc... pero es una manera de explicarlo de forma sencilla.

-la estesia: la estesia hace referencia al problema de la sensorialidad, una cuestión importante en la conceptualización del término delirio, de una parte, y en la conceptualización del término alucinación, de otra.

Uno de los síntomas más frecuentemente asociado a la esquizofrenia es la seudoalucinación. La seudoalucinación fue definida por Kandisky, queriendo dar cuenta del fenómeno que se produce en los esquizofrénicos mediante el cual colocan voces alucinatorias en el espacio interno del sujeto. Son lo que los pacientes describen como voces dentro de la cabeza, que se oponen a las llamadas alucinaciones psicosenoriales que cumplen todos los criterios de una percepción normal auditiva a excepción de la falta de objeto (según la clásica descripción de Baillaguer de alucinación). La seudoalucinación plantea el problema de la diferenciación entre pensamiento y percepción, y en las clásicas clasificaciones de trastornos del pensamiento, de la memoria, de la percepción, de la afectividad etc... que podemos encontrar en cualquier tratado de psicopatología, uno no sabe muy bien dónde colocarlas.

Un referente fundamental en el problema de las seudoalucinaciones es Frith. La hipótesis de Frith es la siguiente. Cuando algo es de producción propia, es decir, cuando un pensamiento o una fantasía procedentes del propio sujeto se coloca en la conciencia, se hace presente, se utilizan áreas cerebrales parecidas a las que se utilizan en una percepción de algo externo. Por ejemplo, cuando uno rememora una fuga de Bach, se emplean áreas propias a las activadas cuando realmente se escucha la fuga de Bach. Sin embargo, cuando el origen es el yo, hay una marca, la descarga corolaria, que contribuye de manera fundamental a monitorizar lo propio y, por lo tanto, a distinguirlo de lo ajeno. Sigamos con el ejemplo: el LF activa áreas temporales y áreas del hipocampo de manera que se recuerden las notas de Bach. Al tiempo envía una señal que regresa al propio LF a modo de feedback para que cuando se tome conciencia de la escucha de la pieza musical, se sepa que eso es algo propio del yo.

*La seudoalucinación fue definida por Kandisky, queriendo dar cuenta del fenómeno que se produce en los esquizofrénicos mediante el cual colocan voces alucinatorias en el espacio interno del sujeto.*

Frith propone que es un fallo en este proceso de monitorización el responsable de la seudoalucinación y que la falta de completa cualidad estética se debe, precisamente, a que no es una sensación sino un pensamiento, que como otros pensamientos, tiene una cualidad sensorial, ya que emplea las propias áreas sensoriales para su génesis.

Hemos descrito en un trabajo anterior el caso de un paciente que con posterioridad cumplió criterios DSM-IV de esquizofrenia, que en fases iniciales necesitaba pronunciar su pensamiento en voz alta, ya que de lo contrario le parecía que las ideas no eran suyas. La frase con la que resumíamos el fenómeno era: la estesia compensa la xenopatía, y esto podría considerarse una forma de nacimiento de una seudoalucinación, es decir, una preseudoalucinación. La falta de verbo, de acción en el nivel perceptivo (fuera dentro) genera el trema y más tarde el delirio. La falta de verbo, de acción, en la producción propia (dentro fuera) genera la seudoalucinación. El verbo (la acción) sería el marcador de lo propio que Frith encuentra en el mecanismo neurofisiológico de la descarga corolaria.

De la misma manera que en el delirio la certeza procede de lo percibido racionalizado, en la seudoalucinación, la certeza procede de lo pensado estesificado.

*La frase con la que resumíamos el fenómeno era: la estesia compensa la xenopatía, y esto podría considerarse una forma de nacimiento de una seudoalucinación, es decir, una preseudoalucinación.*

Todo esto debería conducir a un trabajo experimental, enfocado al diseño de un test utilizable en la práctica clínica diaria que apoye el diagnóstico de esquizofrenia. Además, permitiría avanzar en la propuesta teórica realizada y establecer puentes de unión entre la lingüística, la psicopatología y la teoría de la mente.

Una de las posibilidades consistiría en analizar textos de psicóticos que responden a una petición de descripción de una lámina. De forma preliminar hemos considerado como más adecuada la lámina del ladrón de galletas del test de afasias de Boston. Los análisis de textos o discursos de pacientes son numerosos en psicopatología, pero casi todos cuentan con un defecto fundamental: la falta de adhesión a un modelo lingüístico y las razones de tal adhesión. Como señalábamos antes, si se ha de proceder a un estudio del lenguaje en la esquizofrenia, lo primero que hay que decidir es cuál es la teoría lingüística de referencia y proceder a un estudio crítico de la misma a la luz de los trastornos psiquiátricos.

Por las razones expuestas, una opción bien podría ser la gramática cognitiva de Langacker.

## **Bibliografía**

---

1. Introducción a la lingüística cognitiva. MJ Cuenca; J Hilferty. Ariel, 1999.
2. Foundations of Cognitive grammar. R. Langacker, Stanford University Press, 1987 (vol.1) y 1991 (vol.2).
3. La imagen del tiempo: verbo y relatividad. M. Criado de Val. Istmo, 1992.
4. Noam Chomsky: Aspects of the theory of the syntax. Cambridge, MA, MIT Press, 1965.
5. Essays on form and interpretation. Nueva York/Amsterdam, North Holland, 1977.
6. El lenguaje y los problemas de conocimiento. Madrid, Visor, 1989.
7. The minimalist program, Cambridge, MA, MIT, Press 1995.
8. Una aproximación naturalista al estudio de la mente y del lenguaje. Barcelona, Prensa Ibérica, 1998.
9. William H. Calvin; Derek Bickerton. *Lingua ex machina*. Barcelona, Gedisa, 2001.
10. Francesco D'Introno. *Sintaxis generativa del español: evolución y análisis*. Madrid, Cátedra, 2001.
11. Compendio de Epistemología. J. Muñoz; J. Velarde. Editorial Trota, 2000.
12. The role of prefrontal cortex in self-consciousness: the case of auditory hallucinations. Frith C. *Philos Trans R Soc London B Biol Sci* 1996 Oct 29;351(1346):1505-12.
13. Sarró R, O'Shannahan R. Estados finales de la esquizofrenia: Introducción a la concepción pluralista. En: *Esquizofrenia, cuadros afines y cuadros delirantes*. D. Barcia (Copilador). ELA 1996.

14. Douglas R. Hofstadter. Gödel, Escher, Bach. Un eterno y grácil bucle. 7ª edición. Tusquets 2001.
15. Abbagnano N. Historia de la filosofía. Editorial Sarpe, 1998.
16. Jaspers K. Psicopatología General. 2ª Edición en español, Fondo de Cultura económica. p71-91. 1996.
17. Kant y el Ornitorrinco. U. Eco. Lumen 2000.
18. Introducción al autismo. F. Happé. Alianza Editorial, 1999. Autismo. U. Frith. Alianza Editorial, 1995.
19. Neuropsychology 2000 Jul;14(3):361-9 : Functional magnetic resonance imaging evidence for right-hemisphere involvement in processing unusual semantic relationships. Seger CA, Desmond JE, Glover GH, Gabrieli JD.
20. Nature 1996 Feb 15;379(6566):649-52. Neural correlates of category-specific knowledge. Martin A, Wiggs CL, Ungerleider LG, Haxby JV.
21. J Int Neuropsychol Soc 2000 Sep;6(6):643-8. Homophone meaning generation: a new test of verbal switching for the detection of frontal lobe dysfunction. Warrington EK.
22. Neuropsychologia 1996 Aug;34(8):809-17. Two routes to naming: a case study. Manning L, Warrington EK.
23. Brain Lang 2000 Apr;72(2):100-28. Selective preservation of naming from description and the "restricted preverbal message". Druks J, Shallice T.
24. Neuropsychologia 2002;40(9):1608-21. Category-specific naming deficits for objects and actions: semantic attribute and grammatical role hypotheses. Lu LH, Crosson B, Nadeau SE, Heilman KM, Gonzalez-Rothi LJ, Raymer A, Gilmore RL, Bauer RM, Roper SN.



## *Hipocampo, lóbulo frontal y memoria*

### **Autor**

---

Santiago Lamas Crego

Desde el caso HM, paciente al que se le practicó la extirpación de ambos hipocampos para tratar una epilepsia intratable, se conoce el papel que juegan estas estructuras en el almacenamiento de memorias a corto plazo. HM vivía en un presente que apenas iba mas allá de algunos minutos. Podía leer el mismo periódico día tras día sin reconocer que se trataba del mismo y cada visita de sus cuidadores era siempre la “primera vez”. HM sufría de Amnesia Anterograda. Era incapaz de formar nuevas memorias. Presentaba también Amnesia Retrógrada en mucho menor medida y con gradiente temporal. Es decir, los acontecimientos mas próximos a su intervención eran recordados con mucha mayor dificultad que los mas lejanos. Sin embargo podía aprender nuevas habilidades como escribir en espejo, montar en bicicleta o nadar. A partir del estudio de su caso como es sabido, la memoria se dividió en dos:

*Podía leer el mismo periódico día tras día sin reconocer que se trataba del mismo y cada visita de sus cuidadores era siempre la “primera vez”. HM sufría de Amnesia Anterograda.*

1.- *Memoria Explícita, Semántica o Episódica.* La adquisición de nuevos acontecimientos o hechos y las relaciones entre ellos: *saber que.*

2.- *Memoria Implícita, No Declarativa, Procedimental* o memoria para las habilidades motoras y otras capacidades semejantes: *saber como.*

En las lesiones del hipocampo como en el caso de HM la memoria implícita permanece intacta. El deterioro afecta solo a la memoria explícita con lo que se consideró a partir de entonces que el hipocampo tenía entre sus funciones esta memoria explícita. En 1995 McClelland y col. propusieron un modelo de redes neurales que proponía que el hipocampo y la corteza formaban un *equipo* en la formación de las memorias. Para comprenderlo, recuerda Spitzer, hay que tener en cuenta lo siguiente:

1.- El conocimiento está representado por la fuerza, el peso, de las conexiones entre las sinapsis neuronales. Las mismas neuronas que almacenan la información llevan a cabo el procesamiento.

2.- Cuando es procesada la información, la fuerza entre las conexiones neuronales cambia un poco. Los cambios deben ser pequeños para evitar las oscilaciones en el sistema.

3.- El efecto a largo plazo del aprendizaje es la adaptación de la red a los patrones entrantes y la extracción de su estructura general.

Debido a que la fuerza, el peso, en las conexiones de las neuronas del cortex cambia muy lentamente, el cortex no puede ser empleado para la memoria de episodios simples de acontecimientos. Para que una estructura neuronal pueda almacenar acontecimientos simples de modo rápido sus pesos sinápticos deben poder cambiar también muy rápidamente y en incrementos amplios. Ambas metas son incompatibles. El “equipo” formado por el hipocampo y el cortex resuelve el problema.

En 1993 Wilson y McNaughton demostraron que las neuronas del hipocampo de la rata pueden aprender, es decir, pueden formar nuevas representaciones del entorno en cuestión de minutos. Estas conexiones formadas de modo rápido eran activadas de nuevo durante el sueño. A causa de la densidad de conexiones entre hipocampo y cortex, se puede deducir que a través de esta activación durante el sueño, una replicación del input adquirido durante el aprendizaje vigil, se transfiere mediante series de repeticiones al cortex que al contrario que el hipocampo aprende muy lentamente.

*Para que una estructura neuronal pueda almacenar acontecimientos simples de modo rápido sus pesos sinápticos deben poder cambiar también muy rápidamente y en incrementos amplios.*

Cuando experimentamos algo nuevo o interesante esta experiencia se almacena en primer lugar en el hipocampo. El hipocampo actúa entonces como un *entrenador* del cortex presentando repetidamente a este los nuevos patrones aprendidos. El hipocampo hace con los nuevos hechos y acontecimientos, exactamente lo mismo que hacemos nosotros cuando de manera consciente nos entrenamos en la adquisición de una nueva habilidad motora como andar en bicicleta, nadar o adquirir buen golpe en el golf: repetir una y otra vez las pautas motoras que deseamos memorizar.

Oliverio (2000) lo explica así:

*La corteza sería el archivo de los recuerdos y la región temporal*

*media, el archivero que inscribe las experiencias y transforma los frágiles recuerdos operativos en recuerdos duraderos, dándoles vueltas y mas vueltas durante horas, meses y años desarrollando una tarea minuciosa de clasificación, comparación y generalización...una vez cumplida esta tarea que puede durar años el archivero dispone de un mapa y posee la clave para encontrar los lugares exactos de las distintas partes y componentes de los recuerdos y para reconstruir con un conjunto de piezas el rompecabezas de la memoria. Cuando el archivero está ausente como en el caso HM, el mapa y las claves no están disponibles...(Oliviero)*

Spitzer completa:

*No hay por lo tanto dos diferentes sistemas para la memoria explícita e implícita sino que la función de la memoria es realizada por un sistema integrado compuesto por el hipocampo y el cortex. El cortex siempre aprende del mismo modo, por el procesamiento repetido de las señales. La diferencia aparente entre aprendizaje implícito y explícito es debido al hecho de que las experiencias (nuevas asociaciones, nuevos hechos) pueden ser almacenados rápidamente en el hipocampo y transferidas al cortex (aprendizaje*

***La diferencia aparente entre aprendizaje implícito y explícito es debido al hecho de que las experiencias pueden ser almacenados rápidamente en el hipocampo y transferidas al cortex***

*explícito). En contraste, durante el aprendizaje implícito de habilidades, la presentación repetida al cortex es realizada no por el hipocampo sino a través de la repetición de la experiencia (un movimiento de danza debe repetirse una y otra vez, no es "presentado" por el hipocampo al cortex). Cuando se aprenden nuevos hechos hay una carrera entre la decadencia de la información en el hipocampo y el almacenamiento de esta información en el cortex... La capacidad de almacenamiento del relativamente pequeño hipocampo es limitada en contraste a la relativamente amplia capacidad del cortex por lo tanto tiene sentido que el hipocampo presente el contenido de su almacenamiento temporal al cortex tan rápidamente y repetidamente como sea posible. Cualquiera que haya intentado aprender una nueva habilidad y que recuerde la experiencia de hacerlo, sabe que periodos cortos y frecuentes de práctica funcionan mejor que periodos largos pero infrecuentes...la razón es muy sencilla ya que las redes neuronales integran el nuevo input con cada repetición cambiando los diferentes pesos de las conexiones...a causa de que el hipocampo se hace cargo del entrenamiento repetido una vez que los hechos son aprendidos, no debe ser alterado en su tarea de enseñar al cortex. No dormir bien,*



*consumir demasiada cafeina o alcohol hara que la memoria disminuya su rendimiento...* (Spitzer)

La memoria a largo plazo es lenta porque exige un entrenamiento repetido hasta que se produzca la *consolidación* en el cortex. Sin el hipocampo no es posible formar nuevas informaciones porque estas no se presentan al cortex y de ahí que no puedan ser consolidadas a través de la repetición.

Schacter por su parte, recuerda en su libro, *En busca de la memoria*, los trabajos de Moscovitch que propuso que los sistemas frontal y del hipocampo quizás participaban en dos tipos de procesos de recuperación. Uno de ellos sería la *Recuperación Asociativa*, proceso automático de recuerdo que depende del hipocampo y de las zonas vecinas temporales con las que está relacionado. Esta *Recuperación Asociativa* se produce cuando un indicio desencadena de modo automático un recuerdo: el olor de la magdalena hizo que vinieran a la cabeza de Proust recuerdos enterrados; una persona a la que acabamos de conocer nos hace recordar a alguien al que se parece. Aquí los recuerdos surgen sin esfuerzo, de modo automático al entrar en contacto con un indicio adecuado.

Otro proceso muy diferente es la *Recuperación Estratégica*: en este caso hay una búsqueda deliberada, lenta y sistemática. Si queremos recordar lo que hicimos la semana pasada o hace un mes, iniciamos un proceso que procura generar pistas e indicios que nos permitan recuperar ese día y al mismo tiempo entregar al sistema del hipocampo el indicio que automáticamente generará el recuerdo buscado: *Hace una semana era lunes...los lunes trabajo en X y siempre voy en autobus...etc.* Sin la ayuda del sistema estratégico de búsqueda prefrontal el sistema del hipocampo debe “esperar” a que aparezca de modo espontáneo un indicio apropiado que active de modo automático uno de los engramas almacenados.

*Si queremos recordar lo que hicimos la semana pasada o hace un mes, iniciamos un proceso que procura generar pistas e indicios que nos permitan recuperar ese día*

Hay además otra cuestión que no carece de importancia. Elkhonon Goldberg recuerda en su libro “El cerebro ejecutivo” que se tiende a olvidar el importante papel que juegan los lóbulos frontales en la memoria en especial en lo que ahora se llama “memoria activa”. En un estudio de memoria típico el entrevistador pide al sujeto que memorice una lista de palabras o de imágenes y después de un tiempo variable se le solicita que recuerde el mayor número posible

de lo que ha memorizado. En la mayoría de las situaciones de la vida real almacenamos la información no por el propio hecho de recordarla sino como un prerequisite para resolver un problema que tenemos entre manos, es decir, memorizamos en respuesta a una necesidad generada internamente, por lo que somos nosotros quienes decidimos la información que es útil para nosotros en un momento determinado y seleccionamos esa información entre un conjunto de conocimiento disponible. La información disponible sin embargo es inmensa y puede que necesitemos saltar desde datos geográficos a familiares o gastronómicos de un momento a otras cosas que hacemos con fluidez y sin problemas. Tomamos decisiones sobre que buscar que cambiamos poco después. Ese es un papel de los lóbulos frontales pero eso significa que los lóbulos frontales “deben saber” al menos vagamente en que parte del cerebro está almacenada la información que necesitamos lo que a su vez exige que los lóbulos frontales estén conectados con prácticamente todas las demás regiones cerebrales porque deben llamar *on line* constante y rápidamente a nuevos engramas y desconectar los viejos. Los pacientes en etapas incipientes de la demencia realizan a veces acciones sin plan.

Las dos estrategias de recuperación mencionadas permiten comprender porque las lesiones hipocámpicas provocan graves pérdidas de memoria sobre experiencias recientes mientras que las lesiones prefrontales no tienen el mismo efecto: *cuando el sistema de recuperación automática funciona defectuosamente, las indagaciones del sistema estratégico son infructuosas y resultará difícil recordar acontecimientos recientes. Sin embargo, cuando es el proceso de recuperación estratégica el dañado pero el de recuperación automática permanece intacto, recordar razonablemente bien debería seguir siendo posible en presencia de recordatorios o indicios apropiados. En este caso las lagunas tenderán en gran medida a reducirse a situaciones que requieran una búsqueda estratégica (y esta es una descripción bastante exacta de lo que ocurre en muchos casos de lesión del sistema frontal).*

*Un anciano que olvide donde dejó las llaves del coche o no consiga adivinar el nombre de esa persona que tiene en la punta de la lengua, no tiene porque preocuparse de si sufre Alzheimer.*

El deterioro de la memoria en los ancianos normales no está relacionado con la pérdida de neuronas en el hipocampo. De hecho no se observa esa pérdida en los estudios neuropatológicos al contrario de lo que ocurre en los pacientes con Alzheimer en los que si se produce esa pérdida. Estos ancianos normales pueden

tener dificultades en el *recuerdo libre* pero recuerdan con precisión cuando se trata de *reconocer* las imágenes o palabras presentadas previamente en una serie. Un anciano que olvide donde dejó las llaves del coche o no consiga adivinar el nombre de esa persona que tiene en la punta de la lengua, no tiene porque preocuparse de si sufre Alzheimer. Debe preocuparse si olvida que tiene un coche o no recuerda su propio nombre.

Schacter que es quien hace esos comentarios, señala que *mas que resultar de una disminución general de todos los aspectos del funcionamiento cerebral muchos problemas de memoria de los ancianos quizás se deriven de deterioros concretos de los lóbulos frontales*. Es decir: lo que falla en estas personas es la recuperación estratégica, pero no el reconocimiento que se basa en indicios presentes que desencadenan de modo automático la activación de los esquemas. Las regiones frontales como recuerda Schacter, son mas importantes para el recuerdo que para el reconocimiento: *las personas mayores no se acuerdan de llevar a cabo acciones previstas para el futuro como fijar una cita cuando tienen que procurarse indicios a si mismas lo cual probablemente les exige una mayor respuesta de los lóbulos frontales*.

Los estudios de Schacter han mostrado que hay zonas frontales relacionadas con el deterioro de la memoria ligado a la edad y dentro de ellas parece como indican los experimentos con PET que una de las regiones fundamentales es el lóbulo frontal anterior derecho.

Para resumir: Si el hipocampo en la metáfora de Spitzer es el *entrenador del cortex*, el cortex prefrontal es por su parte el *detective del hipocampo*.

## **Bibliografía**

---

1. Oliviero. A. La Memoria: el arte de recordar. Alianza 2000
2. Schacter, D. L. *En busca de la memoria*. Ed. Beta 1999.
3. Schacter, D.L. Seven sins of memory. Houghton Mifflin Company. 2001.
4. Spitzer. Manfred. *The mind within the NET*. Models of learning, thinking and acting. Bradford Book. The MIT Press. 1999.

## *Lo irracional y la modernidad*

### **Autora**

---

Ana Hernández Merino  
Doctora en Bellas Artes y Terapeuta Ocupacional en Salud Mental  
(área 9, F. San Luís de Valencia).  
[ana.hernandez@sanidad.m400.gva.es](mailto:ana.hernandez@sanidad.m400.gva.es)

### **Resumen**

---

En este artículo se revisa a través de la literatura especializada la influencia de las obras artísticas de los enfermos mentales como fuentes de inspiración de la vanguardia artística en los inicios del siglo XX. Los artistas dadaístas y surrealistas reivindicaron la locura como una manera de subversión, pero esta moda, que rescató del olvido el arte de los alienados, también fue una concepción frívola del sufrimiento. Aunque en general para los psiquiatras las producciones gráficas de los locos tenían un interés fundamentalmente diagnóstico, algunos como Marcel Réja o Hans Prinzhorn destacaron, no obstante, el interés cultural de las obras acercándolas al mundo emergente de las vanguardias. A su vez, las formas pictóricas que nacieron directamente de la experiencia psicótica tuvieron importantes implicaciones para entender el arte y la creatividad durante el siglo XX.

*En este artículo se revisa a través de la literatura especializada la influencia de las obras artísticas de los enfermos mentales como fuentes de inspiración de la vanguardia artística en los inicios del siglo XX.*

### **Palabras Clave**

Pintura psiquiátrica, arte terapia, vanguardia, surrealismo, dadaísmo, psicoanálisis, creatividad.

Desde finales del siglo XIX se desarrolló la admiración y la curiosidad por el primitivismo. El desencanto finisecular y la creencia en la degeneración de la sociedad produjeron actitudes de profundo pesimismo y una pasión mórbida por civilizaciones anteriores, un gusto por lo extraño, lo macabro, lo enfermizo o lo

desconocido. Fueron los artistas los que cultivaron con su vida y sus obras la devoción hacia el “lado opuesto” de los valores tradicionales. Baudelaire fue una buena muestra de ello. En su ensayo *El pintor de la vida moderna* (1863), explicaba los rasgos del pintor moderno, como hombre de mundo que había sustituido la belleza natural por la de la urbe artificial y era a su vez como un niño, como un salvaje, o como un enfermo o convaleciente. A nuestro modo de ver, trataba en definitiva, de concebir la creatividad artística como una forma de retorno a la infancia, que se planteaba así, al igual que en otros artistas románticos, como fuente de creación original. La idea de genio sería para Baudelaire, primer teórico de la modernidad estética, *la infancia recuperada a voluntad* y un retorno a lo primitivo, como modo de salvación. Aunque en Baudelaire no se da una identificación entre genio artístico y locura, el hecho de que compare el estado de creatividad artística con el de la convalecencia, sí supone una clara idealización de la enfermedad en la que resuena la tradicional teoría platónica de la inspiración poética. Para Baudelaire, el *pathos* del artista, como el del convaleciente, o como el pensamiento del niño y del primitivo, es un estado de *ebriedad* (similar al *entusiasmo* del poeta platónico raptado por la musa), y la inspiración una forma de *congestión*, de manera que, -afirma- *todo pensamiento sublime viene acompañado de una sacudida nerviosa*. Con esos planteamientos, en definitiva, el escritor abre el camino que permitirá a algunos vanguardistas acercarse a la pintura de los enfermos mentales como referente idealizado. Sin embargo, el poeta francés se esfuerza por remarcar el sentido de racionalización y de control de la voluntad que conlleva la práctica artística necesariamente. Junto a la capacidad de ver el mundo con la mirada pura del niño, Baudelaire exige al pintor de la vida moderna, al artista moderno en general, la de dominar con la fuerza de la voluntad ese impulso de atracción hacia lo primitivo<sup>2</sup>. Otros escritores como Victor Hugo o Rimbaud actuaron como profetas modernos y fueron en algún sentido precursores del movimiento surrealista.<sup>3</sup> El sueño fue otro recurso estilístico utilizado por los románticos, éste, alejado de la razón y de la lógica, permitía adentrarse en otras

*Trataba en definitiva, de concebir la creatividad artística como una forma de retorno a la infancia, que se planteaba así, al igual que en otros artistas románticos, como fuente de creación original.*

<sup>2</sup>[2] Guignon, E. (1996, 12) nos aclara que no entenderíamos nada si nos conformáramos con la explicación simplista de que el artista se deja llevar por el niño que fue. La regresión lúdica es el preámbulo de la obra venidera y esto implica necesariamente la superación del juego de retorno.

<sup>3</sup>[3] Según André Bretón, “Rimbaud no hizo más que expresar con sorprendente vigor un trastorno de que millares de generaciones no habían podido sin duda evitar (...) En muy raros intervalos, antes de llegar a él, habíamos creído sorprender en el lamento de un sabio, la defensa de un criminal, o el extravío de un filósofo, la conciencia de esa terrible dualidad que es la llaga maravillosa sobre la cual puso el dedo”. En Duplessis, Y. (1972, 7).

esferas que ponían al descubierto los leves límites entre uno y otro lado de la racionalidad. Balzac en *La obra maestra desconocida*, presenta a tres pintores, uno de ellos Frenhofer, que después de años de trabajo a mitad de camino entre el sueño y la realidad, presenta a sus colegas lo que sería la primera obra abstracta de su tiempo. La incompreensión de sus artistas amigos, que ponen en duda si se trata de una obra o de una locura, precipita el trágico final del pintor. El destino dramático de los artistas geniales permanece en el substrato de esta obra de Balzac.<sup>4</sup> Las obras de estos y otros autores, enriquecieron a finales del siglo XIX la idea de que “la actividad del poeta” era un medio para penetrar hasta el misterio de lo sobrenatural y avanzar por un terreno desconocido. En la misma época aparecieron numerosas obras literarias, las cuales trataron las enfermedades mentales como ese otro lado oscuro de la realidad, mostrando que una conducta externa, la mayoría de las veces ocultaba el absurdo y lo irracional; como Joris Karl Huysmans y su libro *A Contrapelo*, o Alfred Kubin con *La otra parte*.

Entre los pintores, los simbolistas también se interesaron por los vericuetos de la mente, por los dibujos de los *mediums* y por el atormentado mundo límite entre la razón y la sin razón (Cortés, J.M. 1997, 154) lo cual a nuestro modo de ver, también les acercó necesariamente a la producción compulsiva de los enfermos mentales. El pintor y poeta Blake descargó su desdén hacia el dominio de la razón en un poema que dice así:

*Las obras de estos y otros autores, enriquecieron a finales del siglo XIX la idea de que “la actividad del poeta” era un medio para penetrar hasta el misterio de lo sobrenatural*

*All pictures that's Painted with Sense and with Thought  
Are Painted by Madmen as sure as a Groat.  
(Todo cuadro pintado con sentido y reflexión  
Lo pintó un loco, apuesto un duro).*

Y también su ironía cuando dice en *El Matrimonio*:  
*Al pasear entre las llamas del infierno, regocijado por los placeres del Genio, que a los Angeles les parece tormento y locura, yo recogí algunos de sus Proverbios.*<sup>5</sup>

Para Wittkower, M. y R. (1995, 274), la sublevación del artista ingenuo e intuitivo en el romanticismo contra el intelectual “había comenzado en serio” y fue precisamente en el romanticismo el cambio más importante de la personalidad de los artistas y de

<sup>4</sup>[4] Sobre esta cuestión ver: Calvo Serraller, F. (1990, 127)

<sup>5</sup>[5] Bindman, D. (1989): *William Blake Artista*. Torre de la Botica Swan. Madrid.

acercamiento del público a sus obras. Los artistas “autorizados” por los psicólogos, pudieron exponer con confianza una imaginación libre y desembarazada de conocimientos librescos. El alejamiento de la realidad, a partir de la exploración de otros mundos fructíferos para la inspiración, llevó paulatinamente a un abandono de los cánones clásicos a lo largo del siglo XIX. Entre los rasgos del artista moderno podríamos destacar el rechazo a la copia de las estatuas, el escape de los tópicos estilísticos y, por supuesto, el lograr convertirse en un “rechazado” de los salones y exposiciones oficiales del mundo establecido del arte (Bozal, V.1996, 16). Como sabemos en las primeras décadas del siglo XX, se produce la ruptura definitiva de “la vieja escuela” con el nacimiento del cubismo en 1907. A partir del cuadro emblemático de Picasso *Les demoiselles d’Avignon*, donde se cuestiona el punto de vista único. Este aspecto, provocó una verdadera dislocación del aspecto visible de la realidad y ya que presentaba las cosas no tanto como se veían habitualmente en las representaciones realistas sino como se podían “figurar” los objetos en el pensamiento. El esfuerzo se centró en alcanzar la esencia de los seres y de las cosas más allá de las apariencias. Algunos de los rasgos significativos de la ruptura con la tradición, tenían que ver con los modelos de referencia, que dejaron de ser los académicos; ya no se copiaba el mundo sino que se recordaba. El arte nuevo no contó con la seguridad de esos referentes con los que se nutrió tradicionalmente el arte clásico, y esa postura constituyó un rasgo recurrente de la modernidad que describe Marchán Fiz, como:

*La disociación de la unidad tradicional entre forma y contenido. La subjetividad del artista propiciada desde el romanticismo, los simbolismos, expresionismo, dadaísmo o surrealismo se enfrentan con una fragilidad inestable frente a la estabilidad reconocida de lo sustancial y lo permanente en el Clasicismo .* (Marchán Fiz. 1996,226).

*El alejamiento de la realidad, a partir de la exploración de otros mundos fructíferos para la inspiración, llevó paulatinamente a un abandono de los cánones clásicos a lo largo del siglo XIX.*

En la nueva mirada del artista, la tendencia expresionista consolidó la primacía de la expresión subjetiva, lo cromático, lo gestual y la preferencia por los temas tabú, lo morboso, lo sexual, lo fantástico y lo perverso. Fue la premura en la búsqueda de nuevos lenguajes pictóricos, lo que llevó a algunos artistas como Paul Klee a desprenderse del cómodo referente del objeto, cuya representación en realidad ya había sido agotada a lo largo de muchos siglos de

uso (Otero, A. 1997, 294). Y fue precisamente la desaparición de la mimesis clásica, lo que contribuyó a la búsqueda de nuevas fuentes de inspiración.

Ya hemos nombrado en un párrafo anterior como lo irracional había formado parte de la poesía romántica desde finales del siglo XIX, pues bien, este acercamiento hacia la mente atormentada, hacia lo enfermizo, también aproximó la medicina al arte. Algunos psiquiatras, que tenían inquietudes artísticas, contribuyeron a la divulgación de las pinturas de enfermos mentales; Unos con un interés fundamentalmente diagnóstico, en su búsqueda de causas demostrables de la locura, como Max Simon (1876) o Lombroso (1887). Y otros en los que destacaba su interés cultural y artístico por las producciones de los alienados, como H. Marie (1905), Marcel Rêja (1907) o Hans Prinzhorn (1922). Éste último consiguió reunir en la Clínica Psiquiátrica de Heidelberg varios miles de dibujos, pinturas y esculturas de hospitales alemanes y austriacos, cuya colección aún se conserva. Sobre la misma escribió varios artículos y un libro en el que expone su teoría de la “Gestaltung” sobre la similitud en el impulso de la creación tanto en mentes sanas como enfermas. Más allá de abordar aquí las propuestas de Prinzhorn, lo que queremos resaltar es la oportunidad de sus tesis ya que abría definitivamente un campo nuevo para la pintura psiquiátrica; esto es, los locos no sólo “producían patologías” sino que, a pesar de la enfermedad, era posible que fueran creadores y que esta cualidad les acercaba a la mente sana.

*Algunos psiquiatras, que tenían inquietudes artísticas, contribuyeron a la divulgación de las pinturas de enfermos mentales; Unos con un interés fundamentalmente diagnóstico*

Las publicaciones médicas sobre la pintura realizada dentro de los muros manicomiales, sin duda propiciaron que los artistas fijasen su atención en estas producciones y visitaran los hospitales. Hay referencias premonitorias como la escena recreada en los grabados de William Hogart (1697-1764) “La carrera del libertino” en las que aparece un loco dibujando sus mundos delirantes en las paredes de la sala del asilo. Pero sobre todo hay referencias de artistas de vanguardia como Paul Klee, quien manifestó su interés hacia la obra artística de los alienados, concretamente de la exposición de “Der Blaue Reiter” en 1912; En ella instó al público a tomar en serio el arte de los locos y de los niños.<sup>6</sup> Otros artistas, Kandinsky y Franz Marc, que como Klee consideraron la expresión inocente de la infancia como la verdadera fuerza de la creación original, e incluyeron los dibujos de niños en

<sup>6</sup>[6] Paul Klee: *Diaries of P.K. 1908-1918*. Berkeley University of California Press, 1964. En Tuchman, M. (1992,11).



el almanaque de “Der Blaue Reiter” junto a obras de Picasso y Braque (Peiry, L. 1997, 14).

### Dadá y el Surrealismo

Otro de los movimientos de vanguardia del siglo XX que reivindicó lo irracional fue el dadaísmo cuyo nacimiento se sitúa en un café de Zurich en 1916, cuando Trista Tzara acuñó el nombre. En 1918 éste firmó el manifiesto que contendría en realidad, la expresión de la desesperación frente a un mundo inestable por la guerra. Su defensa de lo irracional fue una fórmula para poder vivir la angustia del momento así como la rebelión permanente contra el arte, la moral y la sociedad burgueses (Duplessis, Y. 1972, 12). No fue sin embargo un reconocimiento de la locura en su vertiente creativa, sino en su expresión nihilista, distinta del modo que la vieron otros movimientos, como el surrealismo en el que la negación dadaísta se convierte en una afirmación del potencial creativo. Fue el preludio del movimiento surrealista que incorporó la rebelión y la provocación como aliadas de su razón de ser.

Uno de los ejemplos más evidentes de ese “giro en el lenguaje” fue el acercamiento entre el arte y el psicoanálisis, como punto denominador común entre la vanguardia artística y la psiquiatría. La aproximación nació del ejercicio de la sospecha respecto del lenguaje racional, el cual perdió, para ambos colectivos, su centralidad y su privilegio. Los artistas y escritores experimentaron el uso de un lenguaje nuevo que les ofreció la oportunidad de experimentar y dar expresión a “lo otro” de la razón, al mundo de la imaginación y del inconsciente. La reivindicación de lo irracional que tomaron los dadaístas y surrealistas en el siglo XX entroncaría así mismo, con la recreación literaria del mito romántico del artista, del genio aliado a la locura.

*Su defensa de lo irracional fue una fórmula para poder vivir la angustia del momento así como la rebelión permanente contra el arte, la moral y la sociedad burgueses*

Otro hito se produjo en 1919, cuando André Bretón y Philippe Soupault en su indagación sobre nuevas fuentes de inspiración y el culto a lo irracional como un modo de subversión, se prestaron a experiencias de escritura automática. Desde entonces los surrealistas no cesaron de interesarse por el automatismo psíquico y su aplicación en las artes plásticas y la literatura.<sup>7</sup> Tales experiencias iniciales fueron publicadas bajo el título *Les champs magnétiques*. André Masson, otro de los artistas surrealistas, también realizó dibujos dejando deslizar el lápiz sobre el papel, cultivando el carácter accidental del acto creador (Peiry, L.1992,

32). Según Bretón, para llegar a esos “estados secundarios” y para que la escritura fuera realmente automática, resultaba preciso que:

*El espíritu hubiera logrado situarse en unas condiciones de relajación y distancia del mundo exterior, tanto en sus preocupaciones individuales de orden utilitario como de orden sentimental o de otro tipo.* (Bretón, A. 1972, 85).

En última instancia, los surrealistas reivindicaron el modelo de “sujeto creador” y postularon que la verdadera calidad estética y la autenticidad expresiva brota de los estratos subliminales que se escapan de la cultura oficial e incluso del control racional (Cardinal, R. 1993, 94).

Destacamos el personaje de Bretón por su significación dentro del movimiento. Éste, al igual que Baudelaire, fue capaz de valorar la importancia de la relación entre las distintas artes, la música, la poesía y la pintura. De la creación poética de Bretón no se pueden ignorar tampoco dos aspectos interesantes: por un lado, y en gran medida, sus conocimientos de psicología, y por otro, según J.M. Bonet. (1998, 30), el substrato simbolista y lo que sin duda había sido para él una revelación de la modernidad, el también poeta Guillaume Apollinaire.

***Destacamos el personaje de Bretón por su significación dentro del movimiento. Éste, al igual que Baudelaire, fue capaz de valorar la importancia de la relación entre las distintas artes***

Su profesión médica también le acercó, al estallar la primera Guerra Mundial, a Freud y a los enfermos psiquiátricos y él mismo se confesó fascinado por la autosuficiencia autista de los perturbados.<sup>8</sup> En 1917 estuvo como médico interno en la Pitié con Joseph Babinski, un discípulo de J.M. Charcot, y en 1917, ya médico auxiliar en Val-de-Grâce, se encontró con Louis Aragon también estudiante de medicina. No dudamos que, como afirma H. Foster,(1993), los tratamientos en estos centros, los cuales incluían algunas experiencias de asociación libre e interpretaciones de los sueños, iban a inspirar muchas de sus ideas futuras sobre el surrealismo. En *El Manifiesto Surrealista* de 1924, Bretón alude con insistencia a la escritura automática, piedra angular de la teoría surrealista de la

<sup>7</sup>[7] No obstante podemos señalar que ya en 1802, el filósofo francés Maine de Biran publicó *Mémoire sur l'influence de l'habitude sur la faculté de penser*, en la que emplea el término automatismo para designar los procesos mentales elaborados sin el control de la conciencia. En Pijaudier-Cabot, J.(1997, 157)

<sup>8</sup>[8] Bretón encuentra una legitimación en Freud, en cuanto a lo que se refiere al sueño como recurso para la inspiración, de tal modo que dice de éste: *Con toda justificación, Freud ha proyectado su labor crítica sobre los sueños, ya que efectivamente, es inadmisibile que esta importante actividad psíquica haya merecido, por el momento, tan escasa atención.* En Bretón A.(1974, 26).

creatividad, sin mencionar las prácticas decimonónicas del “mediuinismo” psíquico. Bretón sólo nombró brevemente la cuestión un estudio suyo anterior *Los pasos perdidos* con un artículo sobre el caso Robert Desnos, titulado “Entrada de médiums”, sin embargo no se puede deducir de su explicación que hiciera entonces alguna conexión entre el momento de la inspiración y la mediación de los espíritus, Bretón A. (1974, 36). Más aún, años después, en unas entrevistas radiofónicas para zanjar la cuestión de sus influencias mediúnicas, dijo que no había comunicación posible entre vivos y muertos (Breton, A. 1972, 84-85). No obstante sabemos que le interesaron las comunicaciones del doctor Théodore Flournoy con respecto a la medium y pintora Hélienè Smith.<sup>9</sup> Aunque tampoco aludió al doctor Pierre Janet (1903) y su obra *L’automatisme psychique*, Cardinal, R. (1993, 96), podemos aventurar que por un lado no quisiera ser confundido con las prácticas espiritistas y por otro prefiriera, dado su talante provocador, no citar a un intelectual local y sí a Freud, aún poco conocido en Francia.<sup>10</sup> No obstante, es cierto que los surrealistas coquetearon con la idea de abandono total, lo cual no dejó de ser una retórica romántica, una estrategia creadora no ajena al control de la voluntad. Una muestra de ello, fue el nuevo experimento llevado a cabo junto con Paul Eluard, “Possessions”, que fue una crónica de una “excursión controlada”, de una “posesión psicótica” con impunidad de entrar y salir del “estado aberrante de la voluntad” y que según los participantes no producía ninguna perturbación duradera.<sup>11</sup> No obstante esas experiencias fueron abandonándose poco a poco por razones de la más elemental higiene mental. El mismo Paul Eluard sufrió alucinaciones inquietantes y Robert Desnos en trance, provisto de un cuchillo, persiguió a éste por un jardín, tal como explicó Breton en su libro *Nadja*. Es también en esta publicación donde relata su idea de la locura,

***Es cierto que los surrealistas coquetearon con la idea de abandono total, lo cual no dejó de ser una retórica romántica, una estrategia creadora no ajena al control de la voluntad.***

<sup>9</sup>[9] El espiritismo se extendió de una manera más intensa a mediados del siglo XIX, sobre todo en las nuevas regiones industrializadas, Inglaterra, Bélgica y el norte de Francia. Las razones del desarrollo van ligadas a la proliferación del éxodo rural y a la ruptura con los orígenes que hacen que la clase obrera necesite reanudar “clandestinamente” la comunicación con sus ancestros. Allan Karde, fundador de la doctrina espiritista, publicó su teoría en 1857, bajo el título: *Livre des esprits* y creó “La Revue spirite” en París un año más tarde. Las creaciones gráficas y pictóricas de los espiritistas se acercan técnicamente al procedimiento de la escritura automática que reivindicaron los surrealistas. En Peiry, L. (1997, 17-18).

<sup>10</sup>[10] Cabría señalar sin embargo la posición crítica de Freud frente al arte moderno. Cuando Oskar Pfister envió a Freud en 1920 su estudio sobre *Los antecedentes Psicológicos y Biológicos de la Pintura Expresionista*, éste le responde: “Sólo veo el daño que pueden hacer y, en cuanto se refiere a estos artistas yo soy de hecho uno de esos filisteos y estancados en el barro a los que tu empicotas en la introducción” En E. M. Gombrich (1971, 22-23). Bretón confiesa en una entrevista cómo “la servidumbre al dadá hizo que una crónica en la revista *Littérature* fuera en tono despreciativo sobre su visita a Freud en 1921 en Viena. Sin embargo éste no le guardó rencor y siguieron manteniendo correspondencia. En Bretón (1974, 81).

fascinado por el mundo delirante, su poder de sugerir y de crear mundos nuevos, pero también habla de la soledad y la miseria de su amigo, Desnos ingresado en el asilo de Vaucluse (Breton, A.1972, 93-94). La estética de la alucinación fue sinónimo de libertad para el poeta que lo expresó con euforia en frases como las que siguen:

*En realidad, las alucinaciones, las visiones, etcétera, no son una fuente de placer despreciable. La sensualidad más culta goza con ella, (...) Me pasaría la vida entera dedicado a provocar confidencias de los locos.(...) No será el miedo a la locura lo que nos obligue a bajar la bandera de la imaginación.* (Breton, A. 1974, 20).

El interés de Bretón por el coleccionismo también le animó a reunir obras enfermas mentales. Entre 1928 y 1929 se expuso la colección del doctor Marie de arte psicótico en París, y en una de ellas, Bretón adquirió una caja de un esquizofrénico del que no se conoce el nombre<sup>12</sup>. Una particularidad de este hallazgo fue las repercusiones en otros artistas que no dudaron años después en incluirlos en sus obras como “The Alcove of Beginings” del artista Herms (1979).<sup>13</sup> Bretón también la incluyó en 1936 en la exposición *La Révolution Surréaliste* de la Galerie Raton y en la International Surrealist Exhibition de Londres entre otras. Se conoce igualmente la afición del poeta surrealista al mercado de las Pulgas de Saint Quen, en el cual adquirió en 1948 las máscaras del chamarilero y artista marginal Pascál-Désir Maisonneuve. Su relación con el pintor Dubuffet le llevaría a donar algunas de ellas, así como las fotografías de las pinturas de Hector Hyppolite, sacerdote vudú haitiano, a la colección de Art Brut del Museo de Lausanne en Suiza (Peiry, L.1997, 87).

*En esta publicación donde relata su idea de la locura, fascinado por el mundo delirante, su poder de sugerir y de crear mundos nuevos, pero también habla de la soledad y la miseria de su amigo*

<sup>11</sup>[11] En el sentido de “más retórica romántica” que auténtica identificación con la locura, por la dificultad de manejar la locura en nuestra opinión tal como lo plantea Bretón y por las dos “posiciones” radicalmente distintas frente a la creación artística del enfermo mental y la persona sana. El enfermo no busca un público, no trata de “influir” con un significado determinado como el artista. El enfermo, trata en definitiva de reparar el objeto destruido durante la depresión desencadenada por la enfermedad. Ver: Zito Lema, V. (1988, 129-130).

<sup>12</sup>[12] Sobre estas reuniones y algunas exposiciones que organizó el doctor Marie encontramos un texto crítico de Georges Waldermar, “L’art et la folie” publicado en *Press* el día 1 de julio de 1929. Este texto apareció entre los recortes de prensa coleccionados por Joan Miró, actualmente en los archivos de la Fundación que lleva su nombre. Creemos que el interés de Miró por él, puede estar muy relacionado con las críticas que el periodista hace a la pretensión del Dr. Marie, al que acusa de ser únicamente capaz de apreciar el arte clásico y de presentar exposiciones de artistas enfermos con objetivo de mostrar los efectos de la enfermedad sobre el arte, de tal modo que tal exhibición puede dar la sensación de intentar convertir en patológico el arte moderno y extender la apreciación a nombres como Rouault, Picasso, Modigliani, Matisse o Joan Miró. El texto del artículo está reproducido en Rodaro, B. (1989, 86-87).

Otro surrealista que queremos destacar por su interés por la pintura psiquiátrica es Max Ernst (1891-1976). Este artista estudió como Bretón psicología y psiquiatría. Si Bretón parte en su manifiesto de 1924 de unas propuestas esencialmente literarias, Ernst en cambio se manifiesta básicamente como un creador de imágenes, de collages, frottages y dibujos.<sup>14</sup> Sus collages tenían como objeto, siguiendo la lógica surrealista, el acoplamiento de dos realidades, que aparentemente no podían convivir en el mismo plano (Breton, A. 1974, 72). Fue Marcel Réja en 1907 en su libro *L'art chez les fous* el que habló por primera vez sobre dicho acoplamiento de dos realidades en el mismo plano en las obras de locos:

*Le fou se signale justement par son aptitude à projeter rétroactivement un sujet sur un support graphique ou plastique aléatoire qui ne lui était pas primitivement destiné.*<sup>15</sup>

Las huellas de los conocimientos de Ernst en psiquiatría aparecen nítidas en la novela *La mujer de 100 cabezas* publicado en 1929, que constituye uno de los documentos visuales de los inicios del surrealismo. Los collages, grabados y tallas que la ilustran convierten el paisaje en el grado más expresivo y elevado del inconsciente (Pech, J. 1997, 333-341). Algunas de las imágenes de las mujeres las tomó de las representaciones de crisis epilépticas o de crisis histéricas de J.M. Charcot.<sup>16</sup> Es sabido que Ernst contaba con más formación médica que artística, y que estuvo interesado por la pintura de enfermos mentales desde muy pronto. En 1910 visitó un manicomio en Bonn. Allí vio dibujos y esculturas modeladas en pan (uso muy extendido en los hospitales entonces) y de ellos escribió en tercera persona:

*Otro surrealista que queremos destacar por su interés por la pintura psiquiátrica es Max Ernst (1891-1976). Este artista estudió como Bretón psicología y psiquiatría.*

*Quiso entender aquellos destellos de genialidad, y adentrarse en el territorio vago y peligroso que lindaba con la demencia. Sólo mucho después descubriría ciertas técnicas que le ayudasen a avanzar por aquella tierra de nadie*<sup>17</sup>

13[13] Actualmente se conserva en Los Angeles County Museum of Art.

14[14] Ver Foster, H.: (2001, 56)

15[15] Marcel Réja era el seudónimo de Paul Menier, psiquiatra que trabajó en el asilo de Villejuif con H. Marie. En su obra: *L'Art chez les fous: le dessin, la prose, la poésie*, de 1907 se hacía hincapié en el valor artístico de las obras, más que en uso como herramienta diagnóstica. En unos de los capítulos analiza los dibujos de niños y de pueblos primitivos estableciendo similitudes formales entre estos y las obras de locos.

Fue al parecer Max Ernst quién en 1922, poco después de ser editado, llevó a París el libro de Prinzhorn *Bildneri der Geisteskranken. Ein Beitrag zur Psychologie und Psychopatologie der Gestaltung*. Él mismo estaba preparando una publicación sobre el tema que abandonó al conocer la publicación de Prinzhorn, cuyas obras impresionaron al artista hasta el punto de ser acusado de plagio de una de las obras de la colección, la de August Neter.<sup>18</sup> En su opinión para apreciar esas obras, era necesario abandonar definitivamente la perspectiva clásica y él simpatizó de tal modo, que sus contactos con las obras psiquiátricas le proporcionaron un caudal enorme de inspiración e influencia.

Aunque los artistas franceses, interesados en estas cuestiones, ya conocían las obras de enfermos mentales a través de Marcel Réja (1907), la obra de Prinzhorn indujo a los surrealistas a examinar más de cerca la relación entre estados de desequilibrio mental y expresión estética. Del interés de Ernst por las producciones de enfermos mentales queda también constancia en su exilio americano a principios de los años cuarenta. Allí publicó el libro *Art of this Century* y participó en una exposición que organizó Peggy Guggenheim y que contenía además de sus obras, pinturas de niños, objetos artísticos de indios americanos y de enfermos mentales de su colección (Pech, J. 1997).

*Del interés de Ernst por las producciones de enfermos mentales queda también constancia en su exilio americano a principios de los años cuarenta. Allí publicó el libro Art of this Century*

En los años treinta, Bretón en su segundo manifiesto ya señaló que el creador debe someter la inspiración al control de la voluntad. De ahí el nombre de “periodo razonante”. La razón desacreditada en la etapa anterior, empieza a tener sentido en términos de lo que se denomina “el reverso de lo real”. Van a ser años de realismo en las vanguardias y el surrealismo hace una nueva interpretación realista de su evolución. Calvo Serraller opina que la vuelta al realismo está necesariamente ligada al también

realismo político de los regímenes totalitarios:

*Había que hacer una política de masas, porque las masas verdaderamente constituyen el eje vertebral para lo que es el asalto al poder o el cambio, la regeneración de la sociedad. A las masas hay que darles contenido, imágenes* (Calvo Serraller, F. 1998, 35).

---

<sup>16</sup>[16] J.M. Charcot, en su empeño por encontrar los signos visuales de la histeria editó la *Iconographie de la Salpêtrière* y junto con P. Richer (1887): *Les démoniques dans l'art*.

<sup>17</sup>[17] Ernst, M.(1970): *Écritures*. Gallimard París.En Cardinal , R. (1993, 118).

<sup>18</sup>[18] Ver Fischer, L. (1969): *Max Ernst*. Hamburgo y en McGregor, J. M. (1993, 278).

Surge en esas circunstancias una nueva generación de surrealistas, de la que destacamos, entre otros, a Joan Miró, Hans Arp, Yves Tanguy, Roberto Matta, Dalí,<sup>19</sup> y René Magritte. Para ellos el impulso irracional ya no era la clave del proceso creador de sus obras, sino que más bien ejercían un gran control sobre sus trabajos. La relación no obstante con el arte psicótico estaría en todo caso ligada a la temática del impacto visual del sueño o la alucinación. Si el psicótico pintaba respondiendo a un impulso morboso, el surrealista elaboraba sin embargo artesanalmente las imágenes irracionales de un modo totalmente intelectualizado y consciente. Por tanto no parece reconocerse en estos casos una “deuda” explícita con el arte psicótico o el de los *mediums*, tal como afirma Cardinal (1993, 94-119). A pesar de ello en algunos artistas no estaba ausente en sus obras la angustia interna en relación a su propia biografía. En todo caso el que aflora en general la realidad interna en determinadas expresiones artísticas es casi inevitable, aunque el modo de expresarla siga en muchos casos un código críptico difícilmente descifrable. Siguiendo a Melanie Klein (1950), creemos que el proceso de locura no estaría separado de la vida mental en general. En su opinión, las “virtualidades psicóticas” latentes desde la infancia representan dependiendo de los individuos, de la herencia familiar, las determinaciones biográficas, la elección existencial y el entorno, una amenaza patológica y/o un recurso creativo.<sup>20</sup> Entre otros, el caso de Magritte sería una buena muestra de ello, reflejaría la afortunada posibilidad de transformar el sufrimiento psíquico en creación artística. Para Handler, E., (1994, 177-199) muchas de las imágenes “extravagantes” de Magritte estarían en algún modo relacionadas con el sufrimiento y los problemas psicológicos de su madre que la llevarían finalmente al suicidio. Obras como *Persona meditando sobre la locura* (1928) o *Placer* (1927), ilustran sus vivencias cargadas de angustia (1994, 177). La angustia en Magritte se transformó en proceso creativo, y a nuestro modo de ver, tendría relación con lo que plantea Martinho, J. (1994) con respecto al objeto de deseo y los surrealistas. Los surrealistas, por su propia pose de “insatisfacción permanente” se apropian desde el arte de lo que podríamos nombrarse como “crisis fundamental del objeto” que concierne a lo que Freud nombró como el “objeto

*La razón desacreditada en la etapa anterior, empieza a tener sentido en términos de lo que se denomina “el reverso de lo real”. Van a ser años de realismo en las vanguardias*

<sup>19</sup>[19] De esta nueva situación del surrealismo también da cuenta la opinión de Freud sobre Dalí. Éste tuvo contacto con Freud, y lo que le causó buena impresión fue, precisamente sus habilidades técnicas y su fuerte personalidad. En una carta al escritor Stefan Zweig en el que agradece su mediación para que conozca a Salvador Dalí y en la que dice: “Hasta entonces estuve inclinado a considerar a los surrealistas - que parecían haberme elegido para ser su santo patrón -, como lunáticos puros, o al menos en un 95 %. El joven español, con sus ojos patentemente sinceros y fanáticos y su innegable maestría técnica me ha sugerido una apreciación diferente”. En E. M. Gombrich (1971, 24-25).

perdido”, que “après-coup” y gracias a las relaciones que se establecen en las primeras experiencias infantiles de insatisfacción hacia los cuidados maternos, determinan la aparición del deseo. Fue Man Ray quien resolvió el objeto surrealista como “objeto fetiche”, como la realización sólida del objeto del inconsciente, objeto de deseo o de falta, que los surrealistas se proponen restituir de una forma poética.

La paradoja del surrealismo consistió en descubrir un modo de creación que ya existía con anterioridad. Como el mismo Breton recuerda en su primer manifiesto, un buen número de poetas podrían pasar por surrealistas, comenzando por Dante:

*Swift es surrealista en la maldad./ Sade es surrealista en el sadismo./ Chateaubriand es surrealista en el exotismo./ Constant es surrealista en política.(...)/ Baudelaire es surrealista en la moral./ Rimbaud es surrealista en la vida práctica y en todo.* (Breton, A. 1974, 45).

Rimbaud sobre todo, del que dijo Breton en 1916, tras a estudiarlo profundamente durante la Primera Guerra Mundial: “Todo mi afán de saber estaba concentrado en Rimbaud” (Breton, A. 1972, 32).

***La angustia en Magritte se transformó en proceso creativo, y a nuestro modo de ver, tendría relación con lo que plantea Martinho, J. (1994) con respecto al objeto de deseo y los surrealistas***

Por otro lado, entre otros ejemplos que podríamos exponer, las técnicas del automatismo, el “frottage” o la ilustración de los sueños, y el relato de un mundo delirante, se podían encontrar posiblemente en cualquier hospital psiquiátrico del mundo, entre los alienados, aquellos marginados del mundo de la razón. Para McGregor, J. M., (1992, 291) los enfermos mentales cumplirían sin duda el ideal de los primeros momentos del surrealismo. Sólo que en los artistas del movimiento la emulación sería de puro artificio. Con respecto a lo que concierne a nuestro análisis, en la medida que estamos valorando la relación del movimiento con la enfermedad mental, podemos ver las reivindicaciones surrealistas con respecto a la locura, más desde el lado de la creación, la inspiración, la provocación o la revolución. Los surrealistas en realidad fracasaron en la búsqueda del automatismo y en resolver el binomio razón-sinrazón; difícilmente se podía ir contra la lógica y la razón desde un movimiento intelectual (Calvo Serraller, F. 1994, 34). En última instancia,

<sup>20</sup>[20] En Klein, M. (1950): *The psycho-analytical of the child*, Hogarth Press, Londres, en Dalley, T. (1982, 138)



resultó un fructífero monólogo sobre la fascinación que les producía la locura. A fin de cuentas sólo podían acceder a suprimir las fronteras bajo el uso de estupefacientes, como el caso de Henri Michaux, el cual reflejó en sus dibujos y sus escritos los efectos de la mescalina, con unas vivencias cercanas a la esquizofrenia (Gorsen, P. 1997, 98).

En nuestra opinión, con el surrealismo aumentó de igual modo el interés por el arte de los locos, pero tuvo el problema de mistificar o mitificar la locura como quintaesencia de la creatividad. Tuvo problemas, sobre todo en su primera etapa, para reconocer las diferencias entre el arte de los locos y el de los artistas no locos, minusvaloró consiguientemente la importancia de la elaboración artística de las fantasías y los sueños, lo cual contribuía de nuevo a ensalzar la locura identificándola con la creatividad. No reconocieron, en definitiva, el carácter transicional de la creatividad, la necesidad de elaborar conscientemente el material onírico. Esto mismo obstaculizó durante los años de efervescencia, el uso del arte con fines terapéuticos, ya que, en todo caso, reconocían el interés de las obras creadas por los locos, pero no estaban en condiciones de permitir pasar de la pura expresión del fantasma, a modo de catarsis, a la elaboración clínica del mismo. Esa transformación a nuestro modo de ver sólo se puede ofrecer desde el arte terapia donde la importancia, sin descuidar la exigencia estética, no se sitúa tanto en el resultado final de la obra sino en el proceso mismo de creación. Creación “acompañada”, a dos, del paciente y el terapeuta, como en otros procesos terapéuticos (J.P. Klein, 1997).

## Bibliografía

---

1. Ashton, D.: (2001): *Una fábula del arte moderno*. Fondo de cultura Turner. Madrid.
2. Baudelaire, CH. (1961): El pintor y la vida moderna. *En Obras Completas*. Aguilar. Madrid.
3. Bindman, D. (1989): *William Blake Artista*. Torre de la Botica Swan. Madrid.
4. Bonet, J.M. (1998): “André Bretón: su mirada sobre el arte moderno”. *Boletín informativo de la Fundación Juan March*. Nº 283. Oct- pp.30-33.
5. Bozal, V. (1978): *El arte del siglo XX. La construcción de la vanguardia 1850-1939*. Cuadernos para el diálogo. Madrid.
6. (1996): *Historia de las ideas estéticas y de las teorías artísticas contemporáneas*. Vol.II Visor. Madrid.
7. Bretón, A. (1924): *Manifiestos del surrealismo*. Edición consultada 1974. Guadarrama. Madrid
8. (1952): *Manifiestos del surrealismo, puntos de vista y manifestaciones*. Edición consultada 1972. Ediciones de Bolsillo. Barcelona.
9. Calvo Serraller, F. (1990): *Las novelas de artista*. Mondadori. Madrid
10. Charcot, J.M. y Richer, P. (1887): *Los endemoniados en el arte*. Ed. consultada 2000, y prólogo Cagigas, A. El Lunar. Jaén
11. Cardinal, R. (1989): “Étrangeté de l’art brut” en *Art et thérapie* nº 30/31, pp 22-33.
12. (1993): “El surrealismo y el paradigma del sujeto creador”. En VV.AA. *Visiones Paralelas*. Museo Nacional de Arte Reina Sofía. Madrid.
13. Chejov, A. (): *El pabellón nº 6*. Alianza. Madrid.
14. Cortés, J. M. (1997): *Orden y Caos*. Anagrama .Madrid.

15. (1998): *Kubin, sueños de un vidente*. IVAM. Valencia.
16. Duplessis, Y. (1972): *El surrealismo*. Oikos-Tau. Barcelona.
17. Foster, H. (1993): *Compulsive Beauty*. The Mit Press. London.
18. Guigon, E. (1996): *La infancia del arte. Arte de los niños y arte moderno en España*. Museo de Teruel.
19. Guilman, S.L. (2001): "Los locos como artistas". En VVAA. *La colección Prinzhorn. Trazos sobre el bloc mágico*. MACBA. Barcelona.
20. Gorsen, P. (1997): "Kunst & Whan. Triumph und Konflikt des Menschen in des Menschen in der Kunst der Neuzeit". En VV.AA. *Kunst & Whan*. Kunstforum. Viena, pp.59-61.
21. Hernández, A. (2000): *De la pintura psicopatológica al arte como terapia en España (1917-1986)*. Tesis Doctoral. Dpto. de Historia del Arte. Universidad Politécnica de Valencia.
22. Huysman, J.K.(1884): *A contrapelo*. Ed. consultada, 1984, Cátedra. Letras universales. Madrid.
23. Jaspers, K. (1961): *Genio y Locura. Ensayo de un análisis patográfico comparativo sobre Strindberg, V. Gogh, Swedenborg y Holderling*. Aguilar. Madrid.
24. Klein, M. (1950): *The psycho-analytical of the child*. Hogart Press. Londres.
25. Klein, J. P. (1997): *L' art-therapie. . Que sais-je?*. Presses Universitaires de France.
26. Kuspit, D. (1993): *Sign of psyche in the modern art*. Cambridge Univ. Press.
27. Lombroso. C. (1897): *L' uomo delinquente in rapporto all' antropologia, alla giurisprudenza ed alla psichiatria*, 5ª ed.. Fratelli Bocca. Torino.
28. Martinho, J. (1994): "Psychoanalyse et surrealisme: le malentendu" En VVAA: *Les tenattions de Bosch, ou l'eternel retour*. Museu de Arte Antiga. Lisboa.

29. McGregor, J.M. (1992): *The discovery of the art of the insane*. Princenton Univerity Press. New Jersey

30. Otero, A. (1997): *Arte y Locura, espacios de creación*. Seminario del Museo de Bellas Artes de Caracas.

31. Pech, J. (1997): “Diese Unbestmten und Gefährlichen Gebiete. Max Ernst Anmerkungen zum Wahn”. En VV.AA: *Kunst and Wahn*. Kunstforum. Viena, pp333-341.

32. Peiry, L. (1992): *L'art brut*. Flamarion, Paris.

33. Prinzhorn, A. (1922): *Expressions de la folie. Dessins, peintures, sculptures d'Asile*. Ed. consultada 1984, Gallimard. Paris.

34. Rèja, M. (1907): *L'Art Chez les fous*. Reedición revisada por Hulak, F. (1994) con el título *La nudité de l'art*. Nice Z'Editions. France.

35. Samuel–Lajeunesse, B.y otros (2000):*De Sainte-Anne et d'Ailleurs. Collection du Centre de l'Expression Clinique des maladies mentales et del'encéphale*. Centre hospitalier de Sainte-Anne. Paris.

36. Wilson, S. (1993): “Del manicomio al museo: el arte marginal en París y New York, 1938-1968”. En VV.AA.: *Visiones paralelas*. Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía. Madrid.

37. VVAA (2000): *Cinquante ans d'expression en milieu psychiatrique*. Société Française et Internationales de Psychopathologie de l'Expression et d'Art-thérapie

38. Volmat, R. (1950):”L' Exposition Mondial d' Art Psychopathologique”. *I Congrès International de Psychiatrie*. Hermann & Cie. Paris. Tomo V.

# *Psicoanálisis aplicado*

---

## *Principios básicos de la praxis psicoanalítica*

### **Autora**

---

M<sup>a</sup> Antonia de Miguel. Psicoanalista. Vigo

En 1895 se publican los “**Estudios sobre la histeria**”, en 1900 “**La interpretación de los sueños**”.

Hace más de un siglo que Freud inventó esta técnica terapéutica que se llama psicoanálisis, más de un siglo entonces de praxis psicoanalítica, pero aún así los pacientes que llegan al diván continúan haciendo y haciéndose la misma pregunta: “¿Es posible que solo hablando pueda curarme?”.

*Más de un siglo entonces de praxis psicoanalítica, pero aún así los pacientes que llegan al diván continúan haciendo y haciéndose la misma pregunta: “¿Es posible que solo hablando pueda curarme?”.*

El psicoanálisis trata el sufrimiento por la palabra y el cuerpo o el pensamiento enfermos cambian, hay efectos terapéuticos.

Si el único “medium” en el que reposa la experiencia analítica es la palabra, y esta se manifiesta capaz de resolver el síntoma – hecho siempre sorprendente- esta constatación experimental hay que suponerla apoyada en una lógica: palabra y síntoma son homogéneos. Es una lógica fuerte que fue necesario y sigue siendo necesario en cada caso, poner a funcionar.

El psicoanálisis no es el que ha descubierto que hablar cura. Este descubrimiento es tan antiguo como la palabra. El descubrimiento, más bien la invención del psicoanálisis, es la de un dispositivo donde ésto funciona.

Para introducirnos en esta terapéutica – “que no es como las otras”- es necesario ir a sus fundamentos. Dichos fundamentos están

implicados en el dispositivo analítico.

Un dispositivo sencillo y repartido en dos vertientes:

1. la de la asociación libre
2. la de la interpretación

Este par se corresponde con otro, el que constituyen el paciente y el analista. Para el paciente, el analizante, está la obligación de la asociación libre. Para el analista la carga de la interpretación.

A la asociación libre se le llama también “la regla fundamental del análisis” y su enunciado es sencillo: “Diga –sin discriminación– todos los pensamientos que le vienen a la mente”.

En ningún caso asociación libre puede entenderse como indeterminación.

La asociación libre tiene un objetivo bien determinado, el de suprimir la selección voluntaria de los pensamientos y una finalidad: la de poner en evidencia el ordenamiento del inconsciente, esto es, “liberar el inconsciente”. Liberación que no tiene –en ningún caso– un sentido catártico, sino que va más bien en el camino de hacerse cargo: “hacerse cargo del inconsciente que me determina”, “sacar a la luz el inconsciente al que esta sujeto”.

Hay algo paradójico en este “hacerse cargo”, porque al paciente que habla, se le pide que diga lo que es desde la posición, desde el lugar en que no es, donde es inconsciente, donde se supone que sabe sin saber.

En el texto “Cinco conferencias de psicoanálisis”, (recolección de las conferencias de psicoanálisis que Freud pronunció en América en 1908), Freud recuerda como en el comienzo del tratamiento psicoanalítico, esta invitación a hablar de esta forma, parecía una empresa sin sentido. “Se planteaba –dice– la tarea de averiguar del enfermo algo que uno no sabía y que ni el mismo sabía: ¿cómo podía esperarse averiguarlo no obstante?”.

Es aquí donde la asociación libre al sustituir a la hipnosis vino a demostrar toda su potencia.

El inconsciente es un saber que se constata por el hecho de que se lo puede leer, y se confirma por el hecho de que al descifrarlo hay

*Liberación que no tiene –en ningún caso– un sentido catártico, sino que va más bien en el camino de hacerse cargo: “hacerse cargo del inconsciente que me determina”*

efectos terapéuticos. Esta dimensión terapéutica es ineliminable y sin ella, sin el efecto sobre el síntoma, nada distinguiría el descifrado del delirio.

La asociación libre es una consigna que consiste en pedir al sujeto analizante que no juzgue, que deje de lado las críticas que podía emitir sobre lo que va a decir, que elimine la censura. Censura es un término freudiano que denomina a esa función permanente, a la barrera selectiva que se instala entre los sistemas inconsciente, por una parte, y preconscious –consciente, por otra.

La censura freudiana es un juicio. En términos lógicos es un juicio de atribución, un juicio de valor. Lo que se pide al paciente es –precisamente- que deje a un lado cualquier evaluación del tipo de “esto está mal”, “es una tontería”, “es absurdo”, “es inadmisibles”, “me avergüenza”, “no tiene sentido”. La consigna freudiana busca librar al sujeto que habla de lo que podemos llamar “sus ideales”.

Y ¿qué son los ideales? Son podríamos decirlo así, lugares de identificación, lugares encerrados, capturados por términos que definen a cada sujeto.

*Lo que se pide al paciente es –precisamente- que deje a un lado cualquier evaluación del tipo de “esto está mal”, “es una tontería”, “es absurdo”, “es inadmisibles”, “me avergüenza”, “no tiene sentido”.*

El sujeto que habla, es ese lugar que nombran las palabras que él pronuncia, está representando por ellas: “buen o mal hijo”, “egoísta o sacrificado”, “incapaz de amar”, “generoso”, “cobarde”, “persona de éxito”, “buen amante”... el número y las características, el arsenal de palabras que le identifican es largo. Son los lugares desde los que cada uno se evalúa. Un término, un significante ideal, es una medida.

Entonces en la consigna de la asociación libre: “Diga usted todo lo que se le viene al pensamiento sin discriminación”, lo que se está pidiendo es hacer una separación entre juicio y pensamiento.

Freud usa el término “pensamiento” para referirse al inconsciente y su contenido, y hace una diferencia en concreto cuando analiza los sueños entre: contenido o pensamiento manifiestos y contenido latente.

El contenido manifiesto del sueño es toda la producción verbalizada, la narración del mismo tal y como se presenta al soñante. El contenido latente sería el conjunto de significaciones a

las que conduce el análisis de ese sueño, también de cualquier otra formación del inconsciente.

Después de que el sueño haya sido descifrado, aparecerían ya los pensamientos organizados de otro modo, ordenados, orientados por el deseo.

¿Cuál es, entonces, uno de los primeros encuentros que se hacen en la experiencia analítica? El hecho, siempre sorprendente, de que la palabra funciona escindida. Que hay en lo que se habla un corte, una separación entre lo que se dice –enunciado- y lo que se quiere decir –enunciación-. La opacidad del síntoma es para el psicoanálisis –en primer lugar- trasunto de la opacidad de la palabra y la pregunta por el significado del síntoma, es uno de los primeros pasos a dar para empezar una cura psicoanalítica; paso que se completará con la aceptación de esta forma regulada de la trasgresión, que es la asociación libre, en tanto esta forma de decir va a pasar por encima de los significantes ideales, prohibidores.

Desde este momento todas aquellas producciones del sujeto hablante que habitualmente no se tenían en cuenta o pasaban desapercibidas, por absurdas, banales o carentes de sentido, toman otra dimensión, la palabra en psicoanálisis pesa, por eso puede decirse que el analizante carga con la asociación libre.

Los lapsus, los olvidos, los sueños... el síntoma –a otro nivel- alcanzan la dimensión de formaciones del inconsciente.

**¿Qué son las formaciones del inconsciente? O más bien ¿Qué es el inconsciente?**

Lo que Freud introdujo en el mundo de los seres hablantes con el nombre de inconsciente podría definirse como “*la palabra que habla sola*”, sostenida eso sí por un sujeto, solo que ese sujeto, es distinto del sujeto de la conciencia, que se define por la autonomía del sí.

El descubrimiento de Freud nos obliga a acentuar la dependencia. La dependencia que un sujeto tiene en relación a las generaciones de las que ha surgido, al lenguaje que le precede, al deseo que le hizo nacer, a su fijación a un goce especificado en su fantasma, sujetado en suma al inconsciente que lo determina.

*El hecho, siempre sorprendente, de que la palabra funciona escindida. Que hay en lo que se habla un corte, una separación entre lo que se dice –enunciado- y lo que se quiere decir –enunciación-.*



De un análisis se puede esperar eso: saber un poco más del inconsciente que nos determina, del deseo que orienta nuestras elecciones, del goce que hace padecer.

En ese sentido, en el de la puesta en suspenso de los objetivos de dominio para proceder a una “búsqueda epistémica del ser”, está también la diferencia que hace del psicoanálisis una terapéutica distinta de las otras.

El inconsciente es una hipótesis que Freud constituye para explicar un hecho de la clínica, que se constata en el proceso del tratamiento y que se refiere a que cierto número de sucesos, de vivencias, de situaciones, nunca son olvidadas. Son reprimidas, anuladas, desplazadas, aisladas, pero su fuerza afectiva no desaparece e insisten para volver en la palabra, en el síntoma, en el sueño, en el lapsus, en el chiste, en el olvido... Es esa forma de retorno el que hace ver la homogeneidad entre palabra y síntoma.

El síntoma entendido en el sentido analítico es además de un sufrimiento, un signo. Un signo que el inconsciente hace al sujeto.

El inconsciente es un saber –vuelvo a recordar- que se confirma por el hecho de que se lo puede leer, se lo puede descifrar y en esa lectura descifrada, hay efectos terapéuticos. Esos efectos terapéuticos contribuyen a la pervivencia del psicoanálisis. Sin la eficiencia terapéutica el psicoanálisis quedaría reducido a una charla banal. Sus logros en este sentido son los que aseguran que la palabra alcanza a lo real.

*Sin la eficiencia terapéutica el psicoanálisis quedaría reducido a una charla banal. Sus logros en este sentido son los que aseguran que la palabra alcanza a lo real.*

El síntoma, en su dimensión de mensaje, está al mismo nivel que las demás formaciones del inconsciente y presenta, como ellos, en relación al código por el que se rige la lengua una diferencia, una novedad, por decirlo de algún modo. Son formas nuevas y diferentes del decir que escapan al código y que crean por esa razón, sentido.

Ese sentido está en íntima relación con el deseo, deseo que Freud califica, al final de la **“Interpretación de los sueños”** como indestructible.

Después de Freud, el psicoanalista francés J. Lacan, elaboró una teoría del final del análisis en relación a este nuevo modo, a este diferente modo de decir del síntoma después de un análisis que es la

“Ética del bien decir”.

El elemento incongruente de un sueño  
El lapsus lingüae  
El equivoco que hace chiste  
El síntoma que sobrepasa la lógica de la comprensión

Todas estas formaciones del inconsciente tienen una misma estructura y responden a las leyes particulares con las que funciona el inconsciente y que Freud localizó y denominó: condensación y desplazamiento.

La condensación y el desplazamiento son los modos de funcionamiento de los procesos inconscientes, también llamados procesos primarios. La condensación hace referencia al hecho de que una representación única represente varias cadenas asociativas, y que se encuentre en su punto de intersección. Freud la describió por primera vez en “La interpretación de los sueños”, como uno de los mecanismos fundamentales mediante los que se efectúa el “trabajo del sueño”, pero se encuentra igualmente en el síntoma o en las otras formaciones del inconsciente mencionadas.

Manteniéndonos en la clínica freudiana, la condensación podemos rastrearla en el síntoma de conversión que es “la tos” de Dora. En esta paciente histérica, cuya cura relatada por Freud constituye un manual clásico sobre la histeria, la tos representa la interrupción de la palabra en ausencia de la persona amada, la identificación a la impotencia paterna... Podemos rastrearla también en el término “rata” que capitaliza el proceso obsesivo en el caso de “El hombre de las ratas”, o en “el caballo” del caso Juanito del “Análisis de la fobia de un niño de cinco años”, donde el caballo representa para este joven paciente, tanto el alejamiento de la protección familiar, como la figura paterna, el embarazo de la madre o su propio erotismo anal.

*La condensación hace referencia al hecho de que una representación única represente varias cadenas asociativas, y que se encuentre en su punto de intersección.*

En cuanto al desplazamiento, concepto que se refiere al hecho de que la intensidad de una representación puede desprenderse de esta para pasar a otras originalmente poco intensas, ligadas a la primera por una cadena asociativa y recogiendo todo el afecto de la representación original, lo encontramos asimismo en todas las formaciones del inconsciente.

Este concepto está unido de manera particular a la teoría freudiana

de la neurosis, a la teoría de la formación del síntoma y a la comprobación clínica de una independencia relativa entre afecto y representación.

Si el síntoma aparece como un enigma, en el sentido de “no entendido”, de “cuerpo extraño”, fuera de toda lógica consciente, es porque está soportado por un significante- representación, cuyo significado ha sido reprimido. No ha sido comunicado, aceptado por el Otro... y esa representación, el material significativo del síntoma va a ser desplazado y sostenido en una parte del cuerpo parasitado por ese significante reprimido, o en el pensamiento.

Los sueños, los lapsus, los olvidos, el chiste, nos dan acceso de forma natural, a este funcionamiento del sistema inconsciente.

Los textos de Freud : “La psicopatología de la vida cotidiana”, “Los sueños”, o “El chiste”..., están llenos de ejemplos que nos introducen y familiarizan con el modo de funcionar el proceso primario, el sistema inconsciente.

Pero no hay que equivocarse. El inconsciente no necesita de un analista para manifestarse y todas estas manifestaciones cotidianas a las que nos hemos referido: sueños, lapsus... pueden no hacer sufrir, pasar desapercibidas o permanecer ocultas. Un sueño no le importa a nadie y puede no contarse, un olvido puede ser únicamente fastidioso y un lapsus como mucho puede avergonzar, pero no exigen análisis. Las formaciones del inconsciente nos dan una apertura a un funcionamiento “natural” del inconsciente que no necesita de un analista, ni nadie debe ir por ahí ejerciendo como tal. Freud advertía seriamente del peligro de los “analistas silvestres”.

*El inconsciente no necesita de un analista para manifestarse y todas estas manifestaciones cotidianas a las que nos hemos referido: sueños, lapsus... pueden no hacer sufrir, pasar desapercibidas o permanecer ocultas.*

La dimensión de apertura del inconsciente a la interpretación, el ofrecimiento del síntoma a ser descifrado, solo tiene sentido en la relación analítica establecida, pactada.

La introducción del analista en este proceso, el prestar el inconsciente a la interpretación, hacer entrar en funcionamiento la asociación libre, ya que una no va sin la otra, posibilita la resolución de un síntoma por la vía del psicoanálisis.

Me he centrado en una de las variantes del descubrimiento del inconsciente freudiano, la de los fenómenos interpretables, el encuentro con el hecho de que manifestaciones que se descartaban

como sin sentido, se pueden interpretar, es el inconsciente definido por la interpretación.

La otra vertiente es la de la sexualidad infantil, su carácter “perverso polimorfo”, su lugar en la etiología del síntoma, tema con el que se va a trabajar en la próxima sesión.

En cuanto a la interpretación analítica –pareja de la asociación libre- se distingue de otras formas de interpretación por estar subordinada a un desciframiento regulado.

Para interpretar –descifrar un sueño, para descondensar un lapsus, para entender un olvido...- el analista sigue “el palabra a palabra” de un texto en el cual el mensaje se engendra según las reglas de la condensación y el desplazamiento, que hacen el trabajo del inconsciente. Estas reglas presentes en los enunciados del paciente permiten constatar la distancia entre estos enunciados y la enunciación que dice otra cosa.

El que habla –a poco que acepte someterse a la asociación libre- experimenta la sorpresa de hallarse diciendo lo que no quería, lo que no sabía, lo impronunciado...

Pero esta distancia entre enunciado y enunciación, para acortarse y acotarse, precisa de un Otro que escucha el “¿qué quiere decir esto?” y está atento a ese “extra de la enunciación”. A ese exceso o defecto que el síntoma en su estructura recoge tan bien.

*El analista sigue “el palabra a palabra” de un texto en el cual el mensaje se engendra según las reglas de la condensación y el desplazamiento, que hacen el trabajo del inconsciente.*

El inconsciente freudiano hay que seguirlo “a la letra”, no a la intuición y el analista que lo descifra está sometido a la disciplina de lo simbólico y no al juego de lo imaginario.

Además del sufrimiento para hacer un análisis hay que añadir a ese sufrimiento un cuestionamiento ¿qué quiere decir mi síntoma?.

Los sueños, los actos fallidos, los lapsus, el síntoma, aparecen como diciendo algo. Imponen una significación en la que el sujeto vacila en reconocerse porque recogen lo que el sujeto no sabe de si mismo. Esa significación no sabida tiene un lugar de acogida que es el del analista, a quien se le supone un saber sobre el inconsciente y una capacidad de responder de ese inconsciente que hace del sujeto que habla, un sujeto dividido entre el ser y el saber, doliente de esa ignorancia, de esa división.

Respecto de esa ignorancia no hay que engañarse. Es ignorancia que cubre la historia del sujeto, sus vivencias, los pensamientos y sentimientos con los que se posiciona en el mundo. Es una ignorancia constitutiva de su ser.

Esa ignorancia a la que el psicoanálisis llama represión, es activa. Es la del “prefiero no saber” elegida, a veces forzadamente, pero elegida en definitiva.

En el análisis esto se vuelve a poner en cuestión y el analista tiene que saber, y no lo sabe mejor que el paciente, que la verdad es tan difícil de soportar como el síntoma.

El concepto de Freud de “huída en la enfermedad” recoge esto, y el analista ha de tener, como cualquier otro clínico, el saber, la ética y la prudencia necesaria para tratar una ignorancia dolorosa –si no lo fuera no haría síntoma- por medio de un saber que sea soportable.

A un psicoanalista se le pide o se espera de él un conocimiento riguroso de la praxis psicoanalítica, el análisis personal, llamado didáctico y un control de sus casos, que cuestione su trabajo y lo haga salir de un espacio, el de su consulta, donde podría creerse “amo de la palabra”.



## *A propósito de las conversaciones Siso*

### **Autora**

---

Chus Gómez  
Psiquiatra. Psicoanalista. Centro de Salud Mental.  
Monforte de Lemos

Es un propósito de la sección de Psicoanálisis Aplicado de esta asociación la inauguración de unas conversaciones sobre un tema de interés para todas las disciplinas que de una forma u otra se interesan por el modo de respuesta del sujeto contemporáneo al malestar en la cultura.

Esas conversaciones iniciarán una serie, ese es el propósito. Un lugar de encuentro y de debate anual que más allá de las posibles dificultades iniciamos con entusiasmo.

El encuentro del sujeto con el lenguaje y con la cultura, tiene un coste.

*El arte, la filosofía, las ciencias jurídicas, la sociología, antropología e incluso al discurso económico, aportan sus lecturas a las cuales no podemos estar ajenos*

La enfermedad en un sentido médico, puede ser un modo pero no solamente.

El modo de estar sintomático en el mundo, como malestar en la cultura, presenta múltiples facetas y compete a muchas disciplinas. El arte, la filosofía, las ciencias jurídicas, la sociología, antropología e incluso al discurso económico, aportan sus lecturas a las cuales no podemos estar ajenos, de ahí que sea nuestra intención su participación activa en este foro.

En estas primeras conversaciones, y en el contexto de ese formato particular "Una Conversación", nos acompañarán profesionales del derecho y de la sociología, ajenos en principio al mundo de lo "psi" y del nuevo significante para nombrarlo: la salud mental, significante borroso bajo el que se van desdibujando los diferentes modos de escucha y de miradas con las que se construye la realidad.

Intentaremos dar cuenta del concepto de sujeto: del inconsciente, del jurídico... de sus límites, equivalencias o disparidades. Del

sujeto-síntoma, del síntoma del sujeto, del sujeto del deber y del sujeto culpable...

Un encuentro en el que se evidencien los matices, las diferencias, que las hay, y que son necesarias, para dar cabida a la palabra, a la escucha y a un debate que nos sitúe en la necesidad de intentar dar cuenta de la lógica de una práctica, que no es otra que la clínica del día a día. Del bregar con el malestar de esta cultura de la globalidad, que desdibuja la particularidad bajo los presupuestos del consenso diagnóstico, y del terapéutico de los que sabemos que poco o casi nada resuelven, amparados exclusivamente en el modelo médico del enfermar.

Los síntomas y sus presentaciones siempre van por delante de las articulaciones con las que hacemos frente, y nos obligan a estar siempre en la brecha, elaborando y reelaborando las miradas y las escuchas. Permitir, consentir articular algo de nuestro no saber para intentar hacer algo con él. Obligarnos al esfuerzo de transmitir con rigor, los diferentes fundamentos de la praxis desde las distintas teorías, desde nuestro “saber hacer” con lo actual, que aunque viejo se presenta de otro modo.

La confirmación de fecha y ponentes así como de la bibliografía recomendada se colgará en la Web de la asociación tan pronto como sea posible, aunque puedo adelantaros algunos invitados: Jorge Alemán, J.M<sup>a</sup> Alvarez, y José M<sup>a</sup> Ordoñez entre otros y un probable tiempo, mayo.

Para esta primera conversación hemos pensado en un tema “El Síntoma”, amplio suficientemente como para que todos estemos invitados a participar y a decir sobre él. Queda dicho...a propósito, esto es con intencionalidad.



## *Ideas preparatorias para las primeras conversaciones Siso*

### **Autor**

---

José R. Eiras  
Psicoanalista. Vigo

La propuesta del término “conversaciones” supone que las nuevas formas del síntoma, las nuevas formas de la clínica, coinciden con la del individuo democrático. Se trataría, pues, de establecer las bases, los axiomas, para pensar los cambios producidos por los nuevos paradigmas clínicos.

### **El síntoma neurótico**

*La propuesta del término “conversaciones” supone que las nuevas formas del síntoma, las nuevas formas de la clínica, coinciden con la del individuo democrático. Se trataría, pues, de establecer las bases*

Si tomamos el síntoma neurótico como tema de esta conversación, podríamos señalar algunos de los temas de posible discusión:

#### **El síntoma borroso**

Una expresión que tomo prestada del doctor S. Lamas y que parece muy adecuada a los modos en que los síntomas neuróticos se han modificado a partir de la transformación de la psiquiatría clásica en enfermedad mental (ver el libro de José María Álvarez *La invención de las enfermedades mentales*).

La difusión de los medicamentos, primero los neurolépticos y en los años 80 los antidepresivos, ayudaron a introducir la psiquiatría en el cuadro de la práctica médica general, que encontró así su lugar esperado desde siempre, pero produciendo algunas paradojas:

“El modelo médico tradicional ni siquiera en su forma más metafórica, como es el psicoanálisis, no esclarece del todo lo que son las neurosis y otros trastornos psiquiátricos. Esto significa que el concepto de síntomas que viene utilizando la medicina científica

desde hace más de doscientos años, no es aplicable a la neurosis... es posible que en un futuro no muy lejano, investigaciones neurobiológicas y psicopatológicas permitan conocer auténticos síntomas en los trastornos mentales, en cuyo caso nacerá una nosología nueva y bien distinta a la actual.” (Juan José López Ibor<sup>1</sup>). Modelo que, como para otros muchos, no sirve pero servirá en el futuro, cuando se descubran con más precisión científica, las funciones cerebrales.

La coexistencia de múltiples clínicas, con las cuales ninguna creencia se vincula, lo que corresponde sin duda a nuestra civilización. Existe un relativismo clínico posmoderno, tomando la expresión del epistemólogo Feyerabend, *anything goes*, (todo vale) y el consiguiente pragmatismo, o siguiendo la idea de Wittgenstein de que el *meaning is use*, (el significado es el uso), el único criterio válido es el uso, el pragmatismo.

Así, ya no se trata de curar, se trata de determinar la evaluación de una cierta eficacia y el sistema de evaluación forma parte así de las normas que ayuda a definir la organización misma del síntoma, y el síntoma invade así las normas del campo social, hasta el punto que constituye más bien lo que podemos llamar “estilos de vida”. Un buen ejemplo de esto nos lo da Luíís Rojas Marcos en su artículo de El País del sábado 18 de octubre de 2003 *Pánico homosexual*.

Al liberarse del *mind/body problem*, de los anglosajones, aparece en su lugar la intrusión de la legislación pública y de los nuevos aparatos de control de los gastos de gestión de sistemas.

*La coexistencia de múltiples clínicas, con las cuales ninguna creencia se vincula, lo que corresponde sin duda a nuestra civilización.*

A las clínicas tradicionales van a agregarse las clínicas de la epidemiología, la clínica bioquímica y las esperanzas genéticas, niveles que no se corresponden ni se traducen armoniosamente uno con el otro. La psiquiatría medicalizada, lejos de reintegrar simplemente la enfermedad mental en la ciencia y clausurar el problema, produce retorno de la fabricación de nuevas normas para lo patológico.

---

<sup>1</sup> Trastornos neuróticos. Socienda Española de Psiquiatría Biológica. Prólogo, pág XXI.

## **Responsabilidad y salud mental**

Si tomamos la salud mental como un subconjunto del orden público, aparece la necesidad de diferenciar las perturbaciones que incumben a la salud mental y aquéllas que conciernen a la policía o a la justicia, “En todo caso, el criterio que sitúa a un individuo de uno u otro lado es la responsabilidad, el castigo, una buena definición del hombre con buena salud mental es aquel que puede ser castigado por sus actos. Es una definición operatoria, no ideal”<sup>2</sup> En este mismo artículo, Jacques-Alain Miller señala que “Lo mental es un órgano que al no estar reservado a la humanidad, sino que es una propiedad del ser vivo con su aparato sensorial. Los animales tienen también mente. Esa mente, ver, pensar y recordar les permite vivir en su medio ambiente, para ellos lo mental es un órgano útil para la vida, una guía de vida... para el hombre el mundo está tomado por lo social. Hay que decir que el lenguaje perturba fundamentalmente la adecuación del hombre a su medio, por eso podemos decir que alguien tiene los cables cruzados, lo que supone que nuestro ambiente no tiene nada de natural, sino que está estructurado por el lenguaje y repleto de derechos y deberes”.

*Si tomamos la salud mental como un subconjunto del orden público, aparece la necesidad de diferenciar las perturbaciones que incumben a la salud mental y aquéllas que conciernen a la policía o a la justicia.*

Dicho en otro lenguaje, al sufrimiento neurótico “le ocurre igual que con las meigas: haberlas haldas... la neurosis puede desaparecer de las clasificaciones, pero la vida ordinaria y las consultas médicas están plagadas de individuos infelices que viven abrumados por problemas nimios, sufren con frecuencia ansiedad y desmoralización y su vida está llena de pequeños o grandes temores, rarezas o extravagancias que amargan su existencia y la de los que lo rodean. Estos individuos configuran lo que los clásicos denominaron *neurosis nuclear*”<sup>3</sup>

Lo que Freud añadió a este sufrimiento neurótico es que para curarlo es necesario saber su causa, su etiología, y para ello es necesario descifrarlo. Es decir, el sufrimiento neurótico está envuelto en un mensaje, en una demanda, es transindividual, se dirige al Otro.

---

2. Jacques-Alain Miller. Salud mental Nº 3. Sauté mentale et ordre publique. Traducida al castellano en la revista Uno por uno (julio-septiembre 1993)

J. Vallejo Ruiloba y otros. Historia natural de las neurosis. Síndrome neurótico general.

¿Qué ciencias son necesarias para posibilitar esta interpretación? Es seguro que ni la medicina clásica, la biología o las neurociencias parecen el camino adecuado. Habría que añadir al saber clínico el estudio de las *logociencias*, la lingüística y la lógica, tal y como lo propone Jacques-Alain Miller, para que el operador de la salud mental tenga alguna posibilidad de orientarse en lo particular el sufrimiento de cada uno.

### **El psicoanálisis aplicado a la salud mental**

Esta revista ha incluido recientemente esta nueva rúbrica, el *psicoanálisis aplicado*. El término *psicoanálisis aplicado* es un término de Jacques Lacan, que lo contrapone al de psicoterapia psicoanalítica. Es un término que aparece pues, en el contexto de la relación de psicoanálisis con la sociedad actual, y que sirve para diferenciarlo de la psicoterapia, cuyo concepto Lacan critica en tres niveles: en lo político como “conformismo de mira”, en lo epistemológico como “barbarismo de la doctrina” y en lo ético como “regresión acabada a un psicologismo puro y simple”. Psicoterapia/psicoanálisis son dos términos difíciles de distinguir, y que reproducen el hecho de que la práctica goza de una gran credibilidad social, mientras que la teoría, es, al contrario, sospechosa. Si hablamos de la práctica de la escucha y las diversas formas que puede revestir, es creíble. Asistimos al empuje de esto por todas partes, empuje a que la gente hable, tan libremente como sea posible, y que eso le sentará bien. ¿Cuál es la teoría de esta práctica? ¿La práctica se sostiene de su propia evidencia y la teoría no es más que un comentario metafórico?

*Psicoanálisis aplicado es un término de Jacques Lacan, que lo contrapone al de psicoterapia psicoanalítica. Aparece pues, en el contexto de la relación de psicoanálisis con la sociedad actual, y que sirve para diferenciarlo de la psicoterapia*

Este término, *psicoanálisis aplicado*, que ha sido relanzado desde la Asociación Mundial del Psicoanálisis, como un concepto que trata de definir de una forma funcional las entidades más fundamentales de lo que constituye el sujeto del síntoma.

Sería la tarea del psicoanálisis y de otros agentes de la salud mental constituir un lugar en donde el malestar de nuestro tiempo, que llamamos síntoma neurótico, pueda ser escuchado, descifrado y curado.

### **El ámbito en las instituciones de la salud mental y sus reglas**

En un pequeño volumen, Éric Laurent, psicoanalista parisino de la Asociación Mundial del Psicoanálisis, recopila varios artículos que

proponemos como lectura básica, entre otros, para la discusión sobre el síntoma neurótico<sup>4</sup>. Éric Laurent nos alerta que la clínica actual de las clasificaciones nos llevan a pensar en lo universal, ya sea humanitario o antihumanista y el olvido de la particularidad del uno por uno. “Esta particularidad es olvidada en el ejército, en el Partido, en la Iglesia, en las sociedades analíticas, en la salud mental, en todas partes”.

Y aboga por una red asistencial de salud mental que sea democrática, capaz de respetar los derechos de la ciudadanía, de los sujetos, por un “terapeuta ciudadano”: alguien que evalúa las prácticas y que acepta ser evaluado sin temor ante los prejuicios de la Ciencia.

Jose R. Eiras.  
Vigo, octubre de 2003

---

4. Éric Laurent. *Psicoanálisis y salud mental*. Ed. Tres Haches



## *Elogio de la vergüenza*

### **Autor**

---

E. Morilla

Psiquiatra responsable de la Unidad de Adolescentes del H. de Día del Sector 105 de L'Essonne. Centro Hospitalario de Barthelemy-Durand. Etampes-Paris

### **Resumen**

---

Para Lacan la vergüenza es fundamentalmente un afecto escópico subjetivo que aparece en relación con la mirada del Otro, un Otro que mira y juzga. El sujeto se reduce a un objeto vergonzoso bajo la mirada del Otro, y ahí aparece la vergüenza.

Lacan anunciaba, a partir de 1970, que, una vez desaparecida la vergüenza de nuestras sociedades, el sujeto seguiría tropezando a cada paso con otra vergüenza, “una vergüenza de vivir gratinada”.

*La vergüenza lacaniana pasa a ser el signo de la “vergüenza de vivir” o de la “vergüenza del Ser”, concepción que Lacan mantendrá invariable hasta el final de su obra.*

La vergüenza lacaniana pasa a ser el signo de la “vergüenza de vivir” o de la “vergüenza del Ser”, concepción que Lacan mantendrá invariable hasta el final de su obra.

Para Freud, la vergüenza es, en efecto, angustia sometida al mecanismo de la represión psíquica, que vuelve a presentarse así bajo el aspecto culpable de la máscara de la vergüenza.

### **Palabras clave**

Vergüenza. Mirada. Represión. Angustia. Culpable. Deseo. Perdón. Síntoma.

### **Summary**

*For Lacan the shame is fundamentally an affection escópico subjectively that appears in relation with the look of Other one, an Other one that looks and judges. The subject diminishes to a shameful object under the look of Other one, and there the shame appears*

*Lacan was announcing, from 1970, that, once eliminated the shame of our societies, the subject would continue stumbling to every step over another shame, “ a shame to live gratinada “.*

*The shame lacaniana passes to be the sign of the “ shame of living “ or of the “ shame of the Being “, conception that Lacan will keep invariable until the end of his work.*

*For Freud, the shame is, in effect, a distress submitted to the mechanism of the psychic repression, which one returns to present this way under the guilty aspect of the mask of the shamem*

### **Key Words**

*Shame. Look. Represión. Distress. Guilt. Desire. Pardon. Symptom.*

Las sociedades del post-mayo del 68 se felicitaban de haber conseguido enterrar los valores morales, y la vergüenza. En cambio, Lacan, con un estilo irónico, se manifestaba crítico, y hasta indelicado, con la civilización contemporánea y se preguntaba hasta qué punto el psicoanálisis podría sobrevivir en unas sociedades en las que la vergüenza tiende a desaparecer.

En el último capítulo de su Seminario XVII, *El reverso del psicoanálisis*, concluía con la frase : ...”no demasiado pero justo lo suficiente, consigo daros vergüenza.”

En ese seminario Lacan nos daba una nueva versión actualizada del Malestar en la cultura y nos estaba invitando, sin duda, a preguntarnos sobre el valor de la vergüenza, o más bien de la desaparición de la vergüenza, “...podéis decir que ya no hay vergüenza”, como hecho clave a la hora de explicar ese malestar. Estábamos en 1970.

¿Por qué Lacan insistía tanto sobre la vergüenza en esta relectura que nos ofrecía del Malestar en la cultura?  
¿De qué vergüenza nos estaba hablando Lacan?  
¿Qué vergüenza trataba Lacan de infundir en sus analizantes cuando

*Lacan nos daba una nueva versión actualizada del Malestar en la cultura y nos estaba invitando, sin duda, a preguntarnos sobre el valor de la vergüenza, o más bien de la desaparición de la vergüenza*



empleaba la fórmula “daros vergüenza”?

Responder a estas preguntas nos invita a trazar una perspectiva del vocablo vergüenza teniendo en cuenta su uso, en su origen, en la lengua y los usos que siguieron en su evolución semántica; pero, sobre todo, nos interesa distinguir las modificaciones que de Freud a Lacan ha sufrido el concepto de vergüenza una vez que el psicoanálisis se apropió de él a principios del siglo XX.

La investigación histórica y etimológica del término vergüenza nos permite apreciar que en su origen el término se usaba para introducir en la lengua el sentido de la prudencia y del cumplimiento de las leyes que obligaban al siervo frente a su señor.

Hasta los siglos X y XI las guerras de reconquista de la península Ibérica habían contribuido a mantener el prestigio real suficientemente alto para retrasar la aparición y el desarrollo del feudalismo en los reinos cristianos (según Pierre VILAR, “Historia de España”, Crítica, Barcelona, 1999).

En los albores de la Baja Edad Media la sociedad española entró finalmente en el sistema feudal y esto comportó importantes consecuencias económicas, sociales y, sin duda, sobre la lengua.

*Sobre todo, nos interesa distinguir las modificaciones que de Freud a Lacan ha sufrido el concepto de vergüenza una vez que el psicoanálisis se apropió de él a principios del siglo XX.*

El término vergüenza apareció en nuestra lengua en 1140 (en 1140, según Joan COROMINAS, “Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana”, Gredos, Madrid, 1994), derivado del término latino “Verecundia”, con el fin de expresar en la lengua el significado de la reserva que el siervo debía al señor (el término reserva procede del latín “Re-servare”, que significa siervo). No es sorprendente que su aparición

sea contemporánea de una época marcada por el respeto o vasallaje que obligaba al siervo y a sus descendientes a servir al señor como vasallo, prestarle servicio militar, etc., a cambio de la cesión de feudos.

La evolución del campo semántico del término vergüenza sufrió una profunda transformación a partir del siglo XVI, y a lo largo del Renacimiento. El vocablo vergüenza se asoció al cuerpo, en una época en la que el cuerpo y la libido fueron reintroducidos en la cultura. Así, aparecieron en esta época expresiones como : “caerse la cara de vergüenza”, “con las orejas gachas” o “con el rabo entre las piernas”. Asistimos también, por esta vía del cuerpo, a la

asociación de la vergüenza a lo sexual, y así con el término en plural “las vergüenzas” se aludía a la parte externa del cuerpo - del hombre o de la mujer – en que está localizado el sexo.

A partir de la obra de Freud (1895-96) la vergüenza se relaciona con la angustia y la culpabilidad. Una expresión española nos da un ejemplo preciso : “Más vale vergüenza en cara que dolor en el corazón”.

Para Freud, la vergüenza es, en efecto, angustia sometida al mecanismo de la represión psíquica, que vuelve a presentarse así bajo el aspecto culpable de la máscara de la vergüenza.

Freud precisa que el sujeto experimenta el sentimiento de vergüenza allí donde aparece el deseo (siempre inconfesable y generador de angustia): “lo que es reprochado, dice Freud (lo inadmisibile en la economía psíquica, lo que angustia a ser siquiera pensado no es otra cosa que el deseo o pulsión sexual), se transforma en vergüenza, en angustia hipocondríaca, en angustia social...” [Véase el texto de Freud, “Pegan a un niño” en el que éste expone su teoría sobre la estructura del deseo en el ser humano]

En Estudios de sobre la histeria (1895) Freud explica que, “las fuerzas psíquicas que reprimen el deseo son las que han contribuido a la formación del síntoma; son [también] generadoras de vergüenza, de remordimientos, de sufrimiento moral “.

Esta vergüenza freudiana se podría resumir en el sintagma “tener vergüenza” (un “sentir vergüenza”, entre angustia y culpabilidad) que funciona como una barrera protectora (lo que Freud llama “un mecanismo de defensa”), inhibiendo la pulsión sexual. Es una vergüenza que estaría puesta al servicio de la defensa (el desmentido) contra el deseo o pulsión sexual.

Vergüenza y culpabilidad siempre aparecieron unidas, y así la vergüenza se convierte, a partir de Freud, en un “afecto eminentemente psicoanalítico que forma parte de la serie de la culpabilidad” según nos dice Eric Laurent en su ensayo La honte et la haine de soi, pero al mismo tiempo vergüenza y culpabilidad se disocian, tal como precisa Jacques-Alain Miller en su artículo “Note sur la honte”, nota comentario de esta disyunción.

La obra de Lacan nos sorprende por la separación que va a llevar a cabo entre la vergüenza y el resto de los afectos que se ligan a la culpabilidad.

En el Seminario I, “Los escritos técnicos de Freud”(1953-1954), Lacan comenta y elogia El ser y la nada de Sartre, texto que

*Para Freud, la vergüenza es, en efecto, angustia sometida al mecanismo de la represión psíquica, que vuelve a presentarse así bajo el aspecto culpable de la máscara de la vergüenza.*

describe, según nos dice Lacan, “admirablemente la fenomenología de la vergüenza y del pudor” en relación con la mirada y el juicio del Otro. Lacan cita en este seminario una frase de Sartre : “Tengo vergüenza de mí mismo delante de los otros”. Y la comenta diciendo que “si puedo hacer existir una mirada, incluso suponiéndola en la oscuridad detrás de una ventana, fijada en mí, me siento objeto de esta mirada y tengo entonces vergüenza de mí mismo a través de un otro que me objetiva”. Para Lacan la vergüenza es fundamentalmente un afecto escópico subjetivo que aparece en relación con la mirada del Otro, un Otro que mira y juzga.

En el Seminario XI, “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” (1963-64), Lacan, menos admirador de la obra de Sartre, se refiere de nuevo al célebre episodio de la aparición de la vergüenza que Sartre describe en *El ser y la nada*. Sartre indica que en el momento preciso de aparición de la vergüenza “reconozco que soy este objeto que el Otro mira y juzga. Soy este ser-en-sí”. Lacan distingue dos momentos. En un primer momento “estoy, yo, mirando por el agujero de la cerradura”. El sujeto es un puro espectador absorbido por el espectáculo y distraído de sí mismo. En un segundo momento “oigo pasos en el pasillo; alguien me mira, y en ese momento me siento avergonzado”. El sujeto es sorprendido. El ruido de pasos hace surgir la mirada. El sujeto se reduce a un objeto vergonzoso bajo la mirada del Otro, y ahí aparece la vergüenza.

*Para Lacan la vergüenza es fundamentalmente un afecto escópico subjetivo que aparece en relación con la mirada del Otro, un Otro que mira y juzga.*

Lacan mantiene la articulación entre la vergüenza y la mirada, pero en este Seminario XI opera un primer giro para resituar en esta articulación la mirada como el objeto que pone en relación el sujeto con un “Otro primordial, no que juzga, sino que solamente ve y se deja ver”, según la formulación de Jacques-Alain

Miller en su “Note sur la honte”. Esta es la crítica de Lacan a la tesis sartriana.

En el Seminario XVII, “El reverso del psicoanálisis” (1969-1970), Lacan sostiene, en primer lugar, la tesis de la vergüenza como signo inequívoco del valor del honor en la civilización, esencial para el hombre desde la época feudal hasta el siglo XVIII, momento en el que el honor cede su puesto a los valores burgueses; pero, sobre todo, en esta tesis la vergüenza es también signo de la dignidad del significante que el sujeto está destinado a encarnar en su existencia, lo que en términos lacanianos se denomina “el ser-para-la-muerte”. Esta tesis permite a Lacan establecer una relación entre “el ser-para-

la-muerte”, carta de presentación del sujeto, y “morir de vergüenza”, que aunque “es un efecto raramente obtenido”, es lo que puede suceder cuando un significante pierde su poder para representar un sujeto; y en esto es categórico cuando afirma que “morir de vergüenza es el único afecto de la muerte que la merece”. Lacan cita el caso de François Vatel como un ejemplo paradigmático de quien ha muerto de vergüenza. Este caso pasa a la historia recogido en la Correspondencia de Mme de Sévigné. Vatel, mayordomo y maestro de ceremonias, se suicida bajo el reinado de Luis XIV convencido de su fracaso y avergonzado tras el desastre en el que acaba una gran fiesta que el príncipe de Condé le pide que organice para invitar a toda La Corte a pasar tres días en su casa. Vatel no está a la altura del significante que lo representa, la dignidad y el honor están perdidos y, por tanto, la vida no vale nada, no merece ser vivida en el deshonor y la ignominia. El suicidio es el último gesto lógico en esta trayectoria que lleva a este sujeto a perder su marca de identidad en el ser.

En segundo lugar, Lacan, en seminario XVII, interpretaba la desaparición de la vergüenza y de los valores morales como el signo de un nuevo sentido que el hombre estaba dando a la muerte y a la vida en el último cuarto del siglo XX, y ello le preocupaba. Lacan sentía amenazada la supervivencia del psicoanálisis en una nueva civilización sin valores ni grandes ideales, y en donde la palabra, desposeída de su carga de trascendencia, de su poder y de su dignidad, quedase reducida a ese mero parloteo gozoso que los castizos denominamos “hablar por no callar”.

*Hoy nos encontramos inmersos en una gran crisis de valores. Es un hecho que la vergüenza ha desaparecido de la civilización, por una parte confinada como un valor burgués*

En fin, sobre todo, parece que Lacan se estaba adelantando a anunciar el retorno de la vergüenza en nuestra civilización post-disciplinaria y post-moderna, en la que los valores transcendentales y el respeto a la autoridad han entrado en crisis. En efecto, hoy nos encontramos inmersos en una gran crisis de valores. Es un hecho que la vergüenza ha desaparecido de la civilización, por una parte confinada como un valor burgués, y, como tal, un valor pasado de moda, caduco; por otra parte, reducida a testigo de inhibiciones anormales, revelador de complejos o de síntomas en una época en la que “todo está permitido”. Pero mientras la mediocridad democrática, aconfesional y utilitaria, gana terreno hacia el oriente globalizándolo todo ( el Oriente Medio está pagando hoy con creces el precio de la globalización), “tener vergüenza” ha encontrado un camino, la vía del síntoma, para reaparecer con fuerza en Occidente revistiendo la nueva forma de la demanda generalizada de perdón.

Hemos entrado en una nueva fase moral, autoritaria y artificial - precisa Jacques-Alain Miller en su artículo "Note sur la honte" publicado en la revista *La Cause Freudienne* N°54 -, en la que "tener vergüenza - pedir perdón" se ha convertido en un síntoma mundial. Hoy estamos pidiendo perdón por los crímenes que bajo el poder de las grandes ideologías hemos cometido los hombres, esos crímenes que no hemos podido dejar de cometer en el curso de la historia.

Eric Laurent nos recuerda en su ensayo, "La honte et la haine de soi", publicado en la revista *Elucidacion* N°3, que en los últimos decenios del siglo XX, y fundamentalmente desde la caída del Muro de Berlín, hemos asistido a una oleada de peticiones de perdón, de excusas, de pesar y de arrepentimiento. Hasta el Papa, Juan Pablo II, en nombre de todos los católicos del mundo, ha pedido perdón por los pecados y atrocidades cometidos en Europa por la Orden del Santo Oficio y su Tribunal de la Inquisición entre los siglos XIII y XVI.

Pero, ¿por qué estas peticiones de perdón?

Perdón, porque esos pecados los han cometido unos hombres que creían en unos valores que hoy nos parecen criminales y perversos, pero, sobre todo, porque ninguno de los valores que han marcado las páginas de la historia con acontecimientos violentos valían su precio en vidas humanas. Son valores que en nuestra época han perdido todo su poder.

*Estamos pidiendo perdón por los crímenes que bajo el poder de las grandes ideologías hemos cometido los hombres, esos crímenes que no hemos podido dejar de cometer en el curso de la historia.*

Parece que estamos implorando un perdón con el que alcanzar la reconciliación general, esencial en la nueva "democracia mundial".

Laurent se pregunta en ese mismo ensayo si en este reciente siglo XXI que nos disponemos a construir estamos aún en la misma perspectiva de un mundo que quiere seguir regulándose sobre el perdón y la promesa. La respuesta parece unánime, según los estudiosos del tema. No, más bien parece que nos orientamos hacia la pena de muerte y su administración.

La entrada en el siglo XXI aparece marcada por la emergencia de un nuevo orden mundial de explotación y de control, y con él una nueva forma de soberanía que A. Negri y M. Hardt definen con el concepto de "Imperio". Un Imperio en vías de globalización o de americanización, en el que la inseguridad y el terrorismo se generalizan y amenazan, en el plano internacional, la paz entre las

naciones. El nuevo ciudadano de nuestras sociedades contemporáneas no quiere ni héroes ni honores, espera simplemente ser reconocido por una Instancia General (el Gobierno de la Nación) capaz de responder a sus diferentes demandas, todas ellas legítimas en su particularidad y su irreductible singularidad; y en esta posición ha decidido resistir. Resistir pasivamente o “pacíficamente” parece ser la consigna de las nuevas formas de oposición contra el retorno autoritario del poder policial a escala mundial. En esta nueva configuración planetaria se espera que cada ciudadano continúe dócilmente produciendo el trabajo que se espera de él; y para esto se le somete a un control constante o se le aplican medidas represivas, hasta la pena de muerte.

El “dar vergüenza” que Lacan practica no supone el perdón. Uno de los principios de la acción psicoanalítica es, en efecto, no disculpar jamás. Cuando un sujeto nos dice que es culpable, debemos creerlo, tiene sin duda excelentes razones para ser culpable y además nuestra apuesta es que el sujeto siempre tiene razón. Es esto, al menos, lo que implica la hipótesis del sentimiento de culpabilidad inconsciente. Al contrario que en las psicoterapias, el psicoanálisis reconoce y admite esta culpabilidad. Lacan oponía disculpar a calmar la angustia. No hay que disculpar jamás al sujeto - nos dice Lacan - sino que debemos calmar su angustia. Lacan busca en un análisis un modo de tratamiento de lo real (del síntoma) en juego, y fundamenta la acción del analista en la vergüenza, y precisamente en “dar vergüenza”, oponiéndose así a la acción fundada en el “amor a la verdad”, con sus limitaciones en el quehacer de la cura analítica. Ello lo distancia definitivamente de su maestro, Freud. Dar vergüenza” es un esfuerzo de Lacan por restituir en el espacio preciso de la sesión analítica la instancia del poder del significante, y al mismo tiempo imprime al psicoanálisis su “orientación lacaniana”.

***Resistir pasivamente o “pacíficamente” parece ser la consigna de las nuevas formas de oposición contra el retorno autoritario del poder policial a escala mundial.***

Lacan anunciaba, a partir de 1970, que, una vez desaparecida la vergüenza de nuestras sociedades, el sujeto seguiría tropezando a cada paso con otra vergüenza, “una vergüenza de vivir gratinada”. Esa vergüenza que se experimenta en el borde, en el límite del lenguaje, muda, señala a un punto silencioso del Ser. El término “hontologie” (neologismo inventado por Lacan a partir de la Ontología como “ciencia del Ser” de Heidegger) es un testimonio de este desplazamiento operado por Lacan del uso del término vergüenza; la vergüenza lacaniana pasa a ser el signo de la “vergüenza de vivir” o de la “vergüenza del Ser”, concepción que

Lacan mantendrá invariable hasta el final de su obra.

Reflexionar hoy sobre la vergüenza nos lleva a preguntarnos cuáles son los poderes que le quedan a la palabra para actuar sobre un sujeto que sufre; o cómo restituirle los poderes a la palabra para que pueda actuar con un efecto de tratamiento sobre un síntoma del sujeto?

Esta pregunta será, a buen seguro, el objeto de investigación de otro trabajo.

### **Bibliografía**

---

1. Lacan.J. Seminario XVII, El reverso del psicoanálisis. Ed.Paidos.
2. Pierre Vilar. “Historia de España”, Crítica, Barcelona, 1999.
3. Joan Corominas. “Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana”. Ed. Gredos, Madrid. 1994
4. S. Freud Estudios de sobre la histeria (1895). Biblioteca Nueva. Tomo
5. J. Lacan. Seminario I, “Los escritos técnicos de Freud”. Ed. Paidós
6. J. Lacan. Seminario XI. “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis” Ed. Paidos
7. Jacques-Alain Miller . “Note sur la honte” . Revista La Cause Freudienne N°54.
8. Eric Laurent. “La honte et la haine de soi” .Revista Elucidacion N°3,

## *A propósito de..*

---

### *Ikebanas II: Trazos de la clínica diaria*

#### **Autor**

---

Anton Seoane  
Psiquiatra. USM Coia. Vigo

#### 1.- Mujer

**“ ..... mi forma de ser, para mí, ya es un trabajo.....”**

Esquizo joven, guapa, buen porte, “ da el pego”. En menos palabras, no se puede sintetizar mejor el insight que realiza sobre sus problemas de adaptabilidad / sociabilidad respecto al mundo en general y al orden laboral en particular, donde irremediabilmente fracasa.

*En menos palabras, no se puede sintetizar mejor el insight que realiza sobre sus problemas de adaptabilidad / sociabilidad respecto al mundo*

#### 2.- Mujer

**“ .... pasa el tiempo, pasa la vida, pasa el tren ....”**

Podría ser una canción de Maria Bethania . La paciente anterior tomando conciencia de su “quedar”, más aquí de goze y deseo. Antonio Diaz (psicólogo clínico) y quien suscribe le llamamos “el signo de la cuneta”, quedarse al margen, tan solo.

#### 3.- Varón

**“..... siempre que quiero salir, me llueve ...”**

Paciente tardojoven, crónicamente agudo, de los irreductibles. Diagnosticado de esquizofrenia paranoide, vida defectual en agudización constante. Apenas sale de casa, cada vez que lo intenta, ese “me llueve”, lo vuelve a la cueva. Las causalidades siempre son subjetivas.

#### 4 .- Varón



**“ ..... esas pastillas noto que me defienden, si pongo de mi parte creo que puedo construirme de nuevo ... ”**

Mismo paciente. Sutil matiz al utilizar el “ construirme de nuevo “, en vez del más prosaico, “reconstruirme”. Saber inconsciente de lo que nunca ha llegado a ser.

5.- Mujer

**“ ..... yo soy lo que soy, pero estoy como estoy ...”**

Paciente de 80 años en el umbral de déficit cognitivo y de ser consciente de ello. La lucidez de la última frontera.

6 .- Varón

**“ .... a veces noto que tengo un boomerang dentro de mi cabeza y que no puede salir .... ”**

Poderosa imagen sobre la ansiedad y el miedo y que, obviamente corresponde a la plástica descriptiva de un argentino.

7.- Varón

**“ ¿ ... xa chegou a pastilla para parar a esquizofrenia ...? ”**

Paciente crónico, inteligentemente defectual que apela, no se sabe si a Dios o a Seur, como fórmula para “parar” su largo proceso. Se le informó que no había llegado pero que se le espera con inquietantes preguntas.

*Paciente crónico, inteligentemente defectual que apela, no se sabe si a Dios o a Seur, como fórmula para “parar” su largo proceso. Se le informó que no había llegado*

8.- Mujer

**“ ... en el gimnasio estoy aunque falto más que voy ...”**

Acertado ripio que esta mujer madura crea para explicar un estado subdepresivo persistente que le afecta hasta su último reducto de actividad, el gimnasio.

9 .- Varón

**“ .... duele bajar, pero más duele subir...”**

Paciente joven, con amplio historial tipo “ cruce de caminos” : caracterio – ciclo- psicótico, que estando ingresado reflexiona sobre lo inerte que se siente al bajar la medicación, pero sobre todo, de la “claudicación”, que supone que se la aumenten.

10.- Mujer

**“ .... me resplandeció al cabo de un tiempo ...”**

Venezolana, paciente ansiosa sin más, que habiendo curado tiempo atrás una hernia, al poco tiempo de llegar a Vigo vio como esta “ resplandecía “. Riqueza caribeña que aminora el trago de una recidiva.

11.- Mujer

**“ .... yo no le llamo a él parásito y sin embargo él me llama puta ...”**

Mujer de paciente, con deterioro físico y psíquico que delante de él demuestra lo sutil y perfecta que puede ser la descalificación por ausencia. No es políticamente correcto llamarle “puta”, pero “parásito” lo deja caer como un condicional que le relega de su propia agresividad. Metamensaje se llamaba eso.

12 .- Mujer

**“ .... yo soy repipi en exceso ...”**

Paciente joven, sensata y agradable. No viene en los libros pero la categoría es buena. Trátase de un perfil obsesivo, domesticado y empaquetado en colegio confesional. Lúcido insight de que su perfeccionismo y rigidez solo se pueden definir de tal manera.

*Paciente joven, sensata y agradable. No viene en los libros pero la categoría es buena. Trátase de un perfil obsesivo, domesticado y empaquetado en colegio confesional.*

13 .- Varón

**“ .... quería una protección del INEM, en la que te pegan muy poco, pero algo es algo ...”**

Paciente joven, de “pocas luces”, aunque “normal” y que haría las delicias de cualquier ministro de economía. Tan solo aspira a que le peguen más. “Quizás” un lapsus, pero altamente chocante.

14.- Varón

**“ ... y el calentador ya no funciona , la lavadora está estropeada y mi madre no los arregla ...”**

Paciente de 40 años, neocrónico, culto e ilustrado, asistiendo impotente al feedback del deterioro de un entorno donde la imposibilidad se ha instalado; calentador, lavadora , y él pendientes de una única RISGA.

15 .- Mujer

**“ ... No deja de decepcionarme...”**

Paciente de media edad, que preguntada por la relación con el marido contesta lo tal. El caso es que su entonación casi era la de una frase amorosa. Quizás el “no deja de decepcionarme” no sea más que otra forma de vivir el “no deja de sorprenderme” y van 20 años juntos. Aguarda otros tantos de semejantes eventos.

16.- Varón

**“ ¿ ... usted cree que estoy vivo ? sé que fumo, duermo, como, pero no sé si estoy vivo ....”**

Paciente neocrónico, ingresado a perpetuidad de los que se han hecho defectuales en la etapa “moderna”. Pregunta de las que antes nos harían pensar, ya se sabe, la metanoia, la camisa de fuerza química, etc. y ahora, “ je ne sais pas, je suis perdu ..” ( Manu Chao dixit)

17 .- Varón

**“ ¿ cuanto tiempo de progreso hemos perdido...?”**

Otra guardia, la misma cafetería y el mismo paciente. Está claro que a la inquietud de la guardia , él me quiere añadir la zozobra de sus preguntas, para la mayoría de las cuales nunca encuentro respuesta. ¿ Por qué no le suben el haloperidol ?.

*Quizás el “ no deja de decepcionarme” no sea más que otra forma de vivir el “no deja de sorprenderme” y van 20 años juntos. Aguarda otros tantos de semejantes eventos.*

18 .- Varón

**“ ...sigo siendo, sigo tosiendo, soy alguien que fuma soy alguien que tose, mi nombre es José, cuando ni fume, ni tosa, no seré otra cosa ...”**

Paciente joven en pleno trámite de “ creo- que – usted - sé – va – a – tener – que – quedar – ingresado “, que muestra un largo poema como credencial de su estado. Poco más se puede añadir a lo que parece la conciencia que anticipa su probable cronificación.

Vigo, 7 de octubre de 2003

## *El eterno femenino: A propósito de “El marido de la peluquera” de P. Leconte*

### **Autora**

---

M<sup>a</sup> Antonia Muñoz Mella

Recientemente en un debate en el que participé sobre Mujer y Cine, reflexionaba sobre los abordajes analíticos que caracterizan las diferentes corrientes de crítica cinematográfica.

En primer lugar, distinguía entre la crítica cinematográfica más convencional, que sigue utilizando una metodología estrictamente sociológica, para analizar la contribución socio-cultural del cine como forma de representación de la realidad, y la crítica

*Importa la historia que se cuenta, de la que se trascienden sus valores éticos, socio-políticos y los elementos formales que determinan sus cualidades estéticas*

cinematográfica feminista, que desde hace más de 25 años incorpora el estructuralismo, la semiótica y el psicoanálisis, como herramientas básicas para el análisis del cine como fenómeno básicamente socializador, entendiéndolo por ello, transmisor de las formas predominantes de cultura.

Así, si desde una perspectiva crítica formalista o políticamente correcta (García y su ¡Qué grande es el cine! constituye un paradigma difícil de obviar) importa la historia que se cuenta, de la que se trascienden sus valores éticos, socio-políticos y los elementos formales que determinan sus cualidades estéticas, hoy es inconcebible hacer crítica de cine sin abordar cómo se construye el contenido, es decir, cómo se construyen los significados. Dicho de otro modo, si el cine como forma de representación de la realidad, siempre supone la toma de un punto de vista excluyente sobre la misma y, con ello, la selección previa de unos contenidos y una estructura narrativa determinada, descartando otras muchas formas de representación, la perspectiva crítico-hermeneútica analiza cuál es el punto de vista que conforma los personajes o, en el caso que nos ocupa, cuáles son los códigos de reconocimiento que marcan o retroalimentan la representación de la mujer. En otras palabras,

partimos de que la mirada nunca es inocente.

En segundo lugar, hacía referencia a algunos de los elementos recurrentes del cine clásico, entre los que destacaba la ausencia de mujeres reales. No existen mujeres en tanto que sujetos con entidad propia, no existen mujeres cuya creatividad no se reduzca a la meramente biológica, y se silencia la participación activa de las mujeres en la configuración de la vida humana, participación en cuanto que sujetos dotados de mirada, que logran ordenar su experiencia vital con palabras.

Lo que aparece en el cine clásico es la representación del género femenino, es decir, la construcción cultural a partir de los significados atribuidos a la mujer por la ideología dominante, entendida como sistema simbólico de valores, creencias y puntos de vista (género, según Amelia Valcárcel, alude a una normativa y simbolización que opera sobre la dimorfia biológica).

Así pues, la mujer en la estructura narrativa del cine clásico, no tiene nada que ver con las mujeres de carne y hueso: es una entidad inmutable con un significado fijo e invariable.

*El Marido de la Peluquera* de Patrice Leconte (1990) es un film que ilustra de manera paradigmática dos vertientes de lo que estoy refiriendo: por un lado, la recreación del corpus simbólico que condiciona la construcción socio-cultural de la Idea- mujer en el imaginario masculino y, por otro y en consecuencia, la representación de la inmutabilidad de los valores de género.

*No existen mujeres cuya creatividad no se reduzca a la meramente biológica, y se silencia la participación activa de las mujeres en la configuración de la vida humana*

Desde una perspectiva formal, la película de Patrice Leconte tiene unos valores indudables: una prodigiosa dirección de actores en medio de una atmósfera claustrofóbica e inquietante, la personalísima construcción de un universo forjado de silencios y ausencias, con un refinado sentido del humor que le da a esta historia un regusto de tragicomedia sin sabor amargo, o la perfecta elección de las músicas en una historia que, sin embargo, se construye básicamente sin palabras, con la fuerza de las imágenes.

Sin perder de vista estos valores, que en sí mismos serían suficientes para destacar esta película como un film imaginativo y personal, lo realmente interesante está en lo que no se ve, en lo que no cuenta Patrice Leconte, en la carga simbólica que arrastra y que

hace de esta película , como ya he dicho , un film paradigmático.

Bajo la apariencia de una historia de amor se esconde la representación simbólica de la construcción del deseo masculino. No puede existir una historia de amor sin que existan dos seres con entidad de sujetos pensantes, y lo que se nos presenta es un ser pensante y un ser pensado. Un ser se construye a expensas de otro , por voluntad expresa de otro: es la mirada de Antoine la que construye el personaje de Matilda.

Matilda no habita en el mundo, habita en un microcosmos en los márgenes del mundo real, su aspecto es absolutamente intemporal (en el año 90 podría ser una mujer de los años 40: el traje, el maquillaje, el peinado etc...), aderezada con todos los atributos fetichistas de género (la persistencia del rojo en contraste con el negro). Desconocemos las claves de su personalidad, carece de biografía, no pertenece a este mundo, no procede de ninguna parte, y subsiste instalada y encriptada en algún margen de la memoria, como la gratificante obsesión en Antoine.

Matilda no tiene mirada, es la recreación de la mirada de otro, no tiene entidad como sujeto , sino como mero objeto del deseo. Existe en tanto y cuanto es la cristalización del deseo de Antoine, de modo que si se desvaneciera éste, dejaría de existir su razón de ser.

*Desconocemos las claves de su personalidad, carece de biografía, no pertenece a este mundo, no procede de ninguna parte, y subsiste instalada y encriptada en algún margen de la memoria*

Sólo existe un protagonista poseedor del poder fundacional de la mirada, de un lenguaje articulado de palabras que narran, que desgranán la experiencia vital, y heredero de una voz esencial destilada entre los acordes mágicos de la música árabe.

Tenemos ante nosotros la recreación del mito vertical , patriarcal, de Edipo. Un Edipo que surge del agua origen de la vida , como vientre esencial al que de manera recurrente todo avanza ineludiblemente.

A través de una sucesión de flashback intercalados en la narración, que vienen a reforzar el aspecto durativo e intemporal del eterno retorno, se nos va desvelando la construcción del mito.

El film abre con un Antoine que, de espaldas al espectador, esto es, de espaldas al mundo real en tanto que interpelador especular, contempla un horizonte de agua, dominado por el sonido ininteligible de una voz que parece salida de los ínferos del alma.

A partir de esta apertura, la película se articula en torno a dos núcleos semánticos que permiten identificar dos *tempo*s en la estructura narrativa del film: un primer *tempo* que da cuenta de su infancia, narrado por una voz en off, y que se prolongará hasta la manifestación de su deseo de casarse con una peluquera, y un *tempo* narrativo posterior a esta verbalización .

La frontera entre ambos quedará delimitada, precisamente, por la verbalización del deseo de casarse con una peluquera, es decir, por la irrupción del lenguaje como tal, que marcaría psicoanalíticamente la transición del territorio dominado por el imaginario, al terreno de lo simbólico dominado por la ley del padre.

A lo largo del primer *tempo*, Antoine es consciente de la existencia de sus genitales a través del roce de su bañador de lana , es decir, a través de una prolongación de la mano materna. En esta fase, su genitalidad como tal, encarnada en las borlas-cerezas de su bañador, está sin con-formar, formando parte de una comunión perfecta con la madre ( agua, espacios abiertos), comunión que se traslada a la primera peluquera como una prolongación del seno materno : senos grandes, bata blanca de cuidadora ( siempre remite a una madre sustituta), manos que lavan-acarician la cabeza de Antoine y olores domésticos ( más tarde lo identificará con olor a limón y vainilla).

En el momento en que Antoine verbaliza ante su padre "*de mayor me casaré con una peluquera* ", se inicia el segundo *tempo*, que equivaldría al abandono del terreno dominado por la madre para introducirse en la ley del padre, esto es, en el ámbito de lo simbólico. En este momento se producen dos fenómenos: en primera instancia, se objetualiza conscientemente el deseo sexual, concretándose, de manera implícita, su deseo de posesión del objeto a través de la aprehensión de la idea (de casarse). Además, se opera la sustitución de la madre natural y "naturalizada" ( bata blanca etc...) por una representación adulta de los valores eternos asociados a la idea interiorizada de mujer .

*Antoine no busca a una mujer con determinadas características, sino a una peluquera , es decir, la representación simbólica de una madre del deseo.*

El encuentro con la segunda peluquera, es decir, con Matilda, no supone más que el hallazgo de la búsqueda incesante del objeto del deseo de Antoine. Antoine no busca a una mujer con determinadas características, sino a una peluquera , es decir, la representación simbólica de una madre del deseo. Hallazgo que, además ,en el momento de formalizarse provoca la muerte del padre.

Con la incorporación de Matilda en su vida, Antoine encuentra su segundo claustro materno: la peluquería como espacio marginal, como espacio onírico habitado por un deseo de posesión-fusión con lo inaprensible. Ya no existen los espacios abiertos y generosos del comienzo, sobran los amigos, sobra el mundo y sus personajes, que aparecen como elementos pintorescos de un paisaje al que Antoine y su deseo no pertenecen.

La vida de Matilda sólo tiene sentido si es pensada, si es deseada por Antoine, que la construye proporcionando una justificación a su existencia. Ella misma se encarga de aclarar, en el momento en el que una mujer real y “humanizada” entra en la peluquería para propinar una bofetada al marido, que la peluquería es sólo un espacio para hombres. Una mujer real que actúa como antagonista de Matilda, que permanece como la única diosa de un mundo ideado para satisfacer las necesidades de los hombres.

Por todo ello, Matilda, al imaginar, al percibir que puede dejar de ser el único objeto del deseo, (aparecen elementos foráneos como el tabaco: signo fálico) decide sumergirse en la eterna e insondable humedad del torrente, acto épico propio de diosas y héroes que garantiza su perdurabilidad, y a través del que obtiene una dignidad esencial que la transforma en mito.

Sólo cabría resaltar que la mirada de Antoine es una mirada destructiva, aniquiladora, que destruye mujeres reales, de carne y hueso, para inscribirlas en el incómodo receptáculo de lo eterno, del eterno femenino.





## ***Kafka e a clínica***

### **Autor**

Anton Seoane  
Psiquiatra. USM Coia. Vigo

As tres longas novelas de Kafka pódense considerar como a triloxía da alienación, un puzzle arredor das maneiras de sucumbir diante da maraña da lei, sexa cal sexa o alcume que se lle asigne: norma, supereu, castración simbólica, etc. Tres relatos sobre os camiños posibles para a deriva alienada do suxeto.

En “O proceso” trátase da alienación radical, a certa, dramática; é o exterminio, *a morte*. En “O Desaparecido” preséntase baixo a forma de *tolemia/ marxinação*, representadas ámbalas dúas nese estrafalario e abigarrado “gran circo de Oklahoma”. Xa por último en “A fortaleza”, alienación é sinónimo de “non saber”, de *oligofrenia*, que se vai construindo no personaxe dende a súa orixinaria posición de técnico agrimensor ata o desenlace no que, xa como “imbécil”, é interpelado polo “¿ sabe usted coser ?” da mesonera.

Os nosos pacientes ás veces se matan ou manifestan intencións de matar, noutras fican tolos e marxinados de por vida, e noutros casos, a maioría, tan só, non queren saber.

Vigo, 25 de setembro de 2003

### Autor

Antonio Domínguez. Psicólogo. Vigo

En la tormentosa mañana, me obligo al homérico acto físico y psíquico de abandonar la salvadora cama, colocando un pie y después el otro en la aséptica alfombra y a enfrentarme a la casi siempre grisácea o abstracta realidad. Me asomo a la ventana y observo mas movimiento del habitual en la calle... ¡Ah!, recuerdo que hoy me “*toca ir a los Juzgados*”. Me doy prisa.

Ya en los Juzgados, mientras espero mi comparecencia como Perito Psicólogo, sentado en un banco, me pongo a escribir. Escribo este “artículo”.

*Para el “turista”, el mundo real tiene lugar cuando consigue acoplarse al mundo virtual representado en el cine, en las fotos, en los reportajes, y esto le sosiega en grado máximo*

Me parece que frente a la configuración del psicólogo “turista” ha crecido la del psicólogo “viajero”, orgulloso de sí. El “viajero” se siente exquisito de lo natural, un devoto de la diferencia. Mientras el “turista” acude a constatar que el mundo es tal y como lo ha visto en alguna serie de la televisión, el “viajero” corre en busca de obtener extractos de materia desconocida. Para el “turista”, el mundo real tiene lugar cuando consigue acoplarse al mundo virtual representado en el cine, en las fotos, en los reportajes, y esto le sosiega en grado máximo; antes de hacer el viaje existía el escenario representado; ahora, con su viaje, él se encontrará allí, dentro de la misma escena mítica, dispuesto para verse incorporado a la eternidad, a la calle famosa.

Frente al “turista” que discurre por caminos trillados, el “viajero” se empeña en inaugurar senderos, sumergirse en la vida de los nativos (¿nativos?) como un nativo más. El “turista” se deja conducir, mientras el “viajero” se inmiscuye. Es el primero, ante el segundo,

un ser detestable, porque el segundo cree recuperar por su conducta el genuino sentido del desplazamiento.

No es, sin embargo, tan seguro. Frente al inmediato menosprecio del “turista”, cabe una segunda estimación de su valor. Si el viaje es, en su metáfora superior, una tentativa para ser otro en otro mundo, el “turista” la realiza en su grado mas alto. Es decir: a producir, con su traslado, el grado absoluto de la metamorfosis: la desaparición.

El “turista” piensa que antes de su partida todo estaba calculado y anotado en su agenda, y en el momento de su llegada todo se encuentra de acuerdo a la anotación. El mundo entero parece ordenado, regulado, referido, de modo que no queda nada sin tarifar. Concluido, extenuado, el habitante (informado, paciente, cliente, ...) forma parte de la misma conclusión; se desplaza, pero siempre entre un recinto sin sorpresas. No hay frontera que franquear ni horizonte que romper. El único proyecto del viaje es el de ratificar que el mundo y su ajuar están en su sitio, sin novedades. Así se cierra la paradoja de una movilidad inmóvil, tautológica o mortal, donde se transforma hasta su intensidad mas alta la trascendencia del viaje.

Entre los “turistas” los hay del género impermeable a los hechos. Gentes afortunadas que tienen todo resuelto antes de empezar; para ellos, la historia, los acontecimientos, son siempre prueba de lo que ellos ya sabían, demostraciones del previo juicio. Estos suelen ser también terribles en las justicieras condenas. Podemos llamarles ejemplares en no aprender de la realidad. Los hay también que son monopolistas de la bondad, de la compasión, de la humanidad, de una manera implícita o explícita. Como si los demás opinantes no coincidentes fueran monstruos sedientos de sangre, o algo así. Hay, mas noble, el género del que duda, del que sopesa pros y contras y se resiste a dar un apoyo sin reservas, sin matices, aunque en esta clase de asuntos, la aprobación, o la preferencia, ha de compaginarse, con frecuencia, con la repugnancia que producen algunos procedimientos que utiliza el que tiene la mejor razón. Otro caso es el del equidistante, espíritu puro, que en modo alguno tolerará la mas mínima mancha, ni siquiera de opinión; éste no es el justiciero, sino el justo, el impecable, el buen ejemplo, que conforma la realidad a su gusto, y permanece extraño a toda suciedad. Y también existe el que aprovecha la ocasión para dar salida a su odio, resentimiento, frustración, o interés. Estos y

*Concluido, extenuado, el habitante (informado, paciente, cliente, ...) forma parte de la misma conclusión; se desplaza, pero siempre entre un recinto sin sorpresas*

otros tipos no se presentan, a través de las opiniones, en estado puro, sino en mezclas variadas.

En este análisis tampoco se salvan los abogados: “*vendedores de corbatas*”. La frase (de uno de mis clientes judiciales) es despectiva, al asemejarlos a quienes se dedican a halagar a los clientes. Estar en el error pero, eso sí, firme. La aparente consecuencia a veces se convierte en esclerosis, y, sin duda, la profesión de vendedor de corbatas no es tan desdeñable como piensan algunos. Exige tener buen producto y ser capaz de seducir con el público.

Cuando la sabiduría era tenida como una sabrosa nutrición y la ignorancia por ayuno, de la primera se esperaba el mayor brío, mientras de la segunda solo la inanición. Estas nociones, sin embargo, han cambiado, mucho y de repente. El saber puede convertirse en un peso para avanzar; en una limitación para respirar con plenitud los beneficios de lo mas nuevo. Simultáneamente, la ignorancia deja de ser una barrera para aprehender y puede presentarse como el estado propicio para capturar las novedades. La causa de esta notable mutación es, sobre todo, la fractura en la naturaleza del saber que, especialmente, la cultura audiovisual propone. La mejor disposición para el conocimiento futuro

*El saber puede convertirse en un peso para avanzar; en una limitación para respirar con plenitud los beneficios de lo mas nuevo. La ignorancia deja de ser una barrera para aprehender*

requerirá una ignorancia inteligente y tenaz, una mente despojada de tics y la mayor holgura posible para ser cargada con el goteo de la novedad.

Los Juzgados son la imagen de la felicidad posible, la constatación de que el mundo da vueltas con una sonrisa incorporada. Los Juzgados son un lugar de encuentro obligado, a veces hasta hiperrealista en bodas y celebraciones. Son populares y cultos, ligeros y mundanos, elegantes y sutiles. Pero me temo que los señores y señoras que los habitan no son sino vendedores de conjeturas, una nada interior que solo visten con el disfraz.

Los Juzgados son un almacén abigarrado de enseres dispares traídos de cualquier parte del mundo y parece que su destino solo consiste en destruir la belleza del vacío. Pienso que también Dios es un coleccionista de galaxias, creador desatado de infinitas estrellas muertas. Dentro de estas mansiones, los jueces son como el Dios del Génesis, tal vez un poco menores, pero no con menos ego. Los materialistas profundos tenemos una ventaja: todo es Dios. Solo si las infinitas sensaciones son Dios tiene sentido el Universo. Si el vacío no fuera Dios el Universo sería a escala sideral tan horrible

como los Juzgados, un ego fluctuante en medio de una interminable cacharrería. Los jueces como los metafísicos no buscan la verdad ni siquiera la verosimilitud: buscan el asombro. Juzgan que la metafísica es una rama de la literatura fantástica. Son una dispersa dinastía de solitarios que ha cambiado la faz del mundo. Su tarea prosigue. Algunos con alivio, con humillación, con terror, comprenden que son una figura que otro ha soñado.

Concluyo aquí. Ya me llaman a Sala.

## Autores

Luis Vila Pillado. Ramón Area Carracedo.

### **Jerry Fodor. La mente no funciona así. Editorial Siglo Veintiuno, 2003**

Este pequeño libro rehuye de las grandes revisiones y se centra en lo esencial. Lo esencial es aclarar pero sobre todo acotar los límites de la teoría computacional de la mente, sobre la que el propio Fodor reconoce haber publicado con anterioridad varios libros laudatorios.

Y es que a pesar de mantener que esta teoría es, con mucho, la mejor teoría de la que se dispone sobre el conocimiento, Fodor parece haber decidido sembrar una duda, pero sobre todo reconocer explícitamente que sólo es una parte, y ni siquiera muy grande, de la verdad.

*Lo esencial es aclarar pero sobre todo acotar los límites de la teoría computacional de la mente, sobre la que el propio Fodor reconoce haber publicado con anterioridad varios libros laudatorios*

La idea central de la teoría computacional de la mente es que los procesos intencionales son operaciones sintácticas definidas realizadas sobre representaciones mentales.

Dos de los autores más reconocidos sobre ciencia cognitiva (Pinker y Plotkin) coinciden en postularse a favor de un lenguaje del pensamiento (ya que es la mejor forma de poder explicar la sistematicidad y la productividad del pensamiento) y a favor de un innatismo del pensamiento/lenguaje. Fodor fue el encargado de reseñar ambos libros para The London Review of books.

Un punto que limita la validez de la teoría computacional es que resulta poco convincente como explicación del conocimiento global, y esta es la forma en que Fodor inicia su libro.

A continuación pasa revista a los diferentes posicionamientos

teóricos, comenzando por el innatismo Chomskiano. Es bien conocida la postura de Chomsky: los tipos de gramáticas de las lenguas naturales están sometidas a limitaciones universales que expresan propiedades fundamentales de la psicología humana y que están determinadas por la dotación genética de la especie humana. Para Fodor, tal planteamiento de la cuestión convierte lo que aparentemente son problemas lingüísticos en problemas del orden de lo epistemológico, es decir, sitúa los problemas de la teoría del lenguaje en la línea de los de la teoría del conocimiento: la meta del proceso de adquisición del lenguaje por parte de los niños consiste en construir una teoría de la lengua que exprese correctamente el conocimiento gramatical.

Nueva síntesis es el movimiento en que Fodor agrupa las posiciones de Plotkin y de Pinker, y la diferencia de la teoría de Chomsky en que trata de procesos cognitivos, no de estados epistémicos. Los procesos cognitivos tienen como propiedad fundamental que son operaciones sintácticas, es decir, se asume que los propios pensamientos tienen una estructura sintáctica. Esto es lo que permite emparentar la nueva síntesis con la teoría computacional inaugurada por Turing.

La otra gran parte del armamento teórico de la nueva síntesis es la teoría de la modularidad masiva, que, de ser cierta, solventaría los problemas relacionados con los procesos mentales que no son modulares.

Fodor pasa luego a señalar los problemas de estas asunciones:

-considerar que los procesos mentales son sensibles únicamente a la sintaxis de las representaciones mentales lleva a que dichas propiedades sintácticas sean esenciales, y ésto llevaría a un problema con las propiedades dependientes del contexto de las representaciones mentales.

-una propiedad de los procesos de pensamiento es su tendencia a la sencillez. Esto llevaría a considerar que la sencillez es una propiedad sintáctica de las representaciones mentales, al igual que cualquier otra propiedad intencional importante de los pensamientos. Sin embargo la complejidad de los pensamientos es algo que depende profundamente del contexto (mañana no correrá viento depende de los planes previstos para mañana, pero sus propiedades sintácticas son independientes del contexto en que esté)

*Los procesos cognitivos tienen como propiedad fundamental que son operaciones sintácticas, es decir, se asume que los propios pensamientos tienen una estructura sintáctica.*



pero la sintaxis de una representación es una de sus propiedades esenciales y por tanto, no cambia nada cuando se transfiere de un contexto a otro.

Estos dos puntos pueden resumirse afirmando que una parte de las funciones cognitivas de un pensamiento están determinadas por propiedades esenciales (sintácticas) de la correspondiente representación mental ej. los efectos de la forma lógica de un pensamiento sobre su función en las deducciones demostrativas, pero las propiedades de un pensamiento sensible a los sistemas de creencia sobre los que se inserta, no parecen encajar bien en un pensamiento caracterizado de forma computacional.

Esto posiblemente tenga que ver con la incapacidad de la inteligencia artificial en generar acertadamente simulaciones de competencias cognitivas de sentido común normal. Y esto es una cuestión más importante de lo que parece a simple vista. Una vez, María Recimil, nuestra docta colega me dijo: los psicóticos tienen una falta de sentido común, lo que puede resultar a simple vista, algo obvio. Después leí que era algo a lo que se habían dedicado a estudiar algunos psiquiatras de orientación fenomenológica alemanes y más tarde, a la luz de los problemas de la teoría computacional, comprendí el alcance de su afirmación.

*el conocimiento real existente en nuestras cabezas alcanza cierta apariencia de éxito abductivo mediante aproximaciones locales a procesos globales.*

La cuestión de realizar inferencias abductivas que sean a la vez fiables y factibles es lo que en inteligencia artificial se llama el problema del marco, y Fodor pasa a señalarlos una especie de represión (ese interesante mecanismo de defensa) a través del cual, importantes científicos de la ciencia cognitiva obvian la llamada inferencia abductiva (como los propios Plotkin y Pinker).

primera manera de obviar la inferencia abductiva: el conocimiento real existente en nuestras cabezas alcanza cierta apariencia de éxito abductivo mediante aproximaciones locales a procesos globales.

Objeción: decidir cómo resolver un problema es una especie de solución del problema. Mientras no sea una opción la postulación de procesos globales cognitivos genuinos a la hora de postular cómo se obtienen soluciones heurísticas a los problemas, solo hay dos opciones:

-las decisiones se toman de forma computacional (es decir, localmente).

-las soluciones se toman de forma no computacional y automática (es decir, como consecuencia causal de la manera en que las representaciones mentales particulares interactúan con la arquitectura cognitiva.

Y esta segunda posición es la segunda forma en la que se pretende obviar la inferencia abductiva.

Objeción: los procesos arquitectónicos son locales, exactamente igual que las computaciones, es decir, ningún proceso de este tipo es sensible a las propiedades globales de los sistemas de creencia. Fodor pasa luego a analizar las respuestas que da a la abducción el conectivismo. Lo que hace de una máquina una red es el hecho de tener una arquitectura computacional diferente a la arquitectura de las máquinas de Turing o a las de Neumann. Una de esas propiedades es que no presentan la distinción entre programa y memoria. Además, tienen la propiedad de cambiar la potencia de conectividad entre un número (grande) de elementos sencillos a modo de interruptores.

Los nodos, no tienen partes, o sea, no tienen partes sintácticas, y además su identidad tipológica no está determinada por la identidad y disposición de sus constituyentes. Es la posición en la red la que determina el tipo al que un nodo concreto pertenece. El problema que presentan las redes es que no tienen manera de decidir qué representaciones pueden tener partes recurrentes, pero además tampoco salen indemnes a la hora de dar cuenta de la inferencia abductiva: las condiciones de individuación de tipos permitidas por las arquitecturas de red son incompatibles con la identificación transteórica de un nodo.

*Lo que hace de una máquina una red es el hecho de tener una arquitectura computacional diferente a la arquitectura de las máquinas de Turing o a las de Neumann*

Las redes proporcionan, sin duda, un holismo, pero lo consiguen exactamente donde no lo desea, en la individuación de las representaciones mentales y además, al abandonar la idea de que los estados mentales poseen una estructura constitutiva, es incapaz de entender las consecuencias causales de la forma lógica.

En lo referente a los problemas derivados de la teoría de la modularidad masiva. Un módulo es un mecanismo computacional especializado y que parte de su especialización consiste en una

limitación arquitectónica impuesta a la información que dispone para computar. Uno de los argumentos a favor de la modularidad es la perspectiva evolucionista. Una división de la mente en módulos, permite mecanismos de tipo darwinista, mientras que concepciones holísticas definirían un sistema que no podrían comportarse de manera adaptativa. El problema es que la modularidad masiva implica un problema de asignación de información a cada uno de los módulos, es decir, un problema de tipo general, un problema del tipo de la inferencia abductiva. Dice Fodor que el problema sería saber cómo se las apaña la mente para representarse cosas de una manera que determine qué módulos se activen. Pone un ejemplo: ¿cómo decide el módulo de percepción del lenguaje sin un suceso de entrada (input) se halla en su ámbito?. La esperanza estaba puesta en la psicofísica: habría ciertos rasgos detectados a la entrada por un transductor a los que el sensorio respondería con un tipo de representación mental característico, pero de momento nadie ha encontrado estas características. Además hay ciertas funciones cognitivas (más vinculadas al sensorio) más susceptibles de un análisis modular, mientras que otras (más alejadas del sensorio) parecen serlo menos.

En definitiva, un libro de pocas páginas pero complejo, tanto por los temas que trata como por la forma en que lo hace.

*El autor de Espacio, tiempo, materia o Inteligencia y logos consigue un texto claro y sencillo, de hecho, uno de los mejores autores desde los que acercarse a pensadores complejos*

**Zubiri. Cinco lecciones de filosofía. Alianza 1999**

Corresponden a un curso impartido en 1963 por Xabier Zubiri y el autor expresa en el prólogo su voluntad de abstenerse de cualquier reflexión crítica, afirmando por tal motivo que las cinco lecciones, no constituyen un libro. Y sin embargo, el autor de Espacio, tiempo, materia o Inteligencia y logos consigue un texto claro y sencillo (por extraño que parezca), de hecho, uno de los mejores autores desde los que acercarse a pensadores complejos como Heidegger o Bergson.

Las cinco lecciones son: Aristóteles, Kant, Comte, Bergson y Husserl, Dilthey y Heidegger.

Imprescindible.

**Noam Chomsky. La arquitectura del lenguaje. Kairós. 2003**

Ultimamente publicando sobre cuestiones políticas, se edita en España este libro que no es más que una conferencia realizada en el año 1996 en Nueva Delhi. El contenido es más o menos lo de siempre, pero resumido y de forma bastante más comprensible. Lo interesante del libro es que incorpora el coloquio efectuado con posterioridad y en el que le preguntan las siguientes cuestiones (resumo las que a mi me parecen de interés):

- ¿Considera la música como un lenguaje?.
- ¿El habla interna de los sordos es de base sintáctica o semántica?.
- ¿Existe alguna relación entre el lenguaje y la sexualidad tal y como ha preconizado Lacan?.
- ¿Cuál es el valor terapéutico del programa minimalista?.

Algunas de estas preguntas y otras más, me gustaría hacérselas en persona a Chomsky. Como no puedo, me he tenido que contentar con las respuestas que da en el libro. Por cierto, algunas demasiado secas, como si eso fuese equivalente a científico.

**Wilson. La mano. Tusquets, Metatemas. 2002**

Frank R. Wilson es neurólogo en San Francisco. Las pretensiones de este libro es de dar cuenta de los procesos del lenguaje y pensamiento a través de los movimientos complejos de la mano, todo ello desde una perspectiva evolucionista, un tanto de moda estos últimos años.  
Una pretensión demasiado alta.

*Algunas de estas preguntas y otras más, me gustaría hacérselas en persona a Chomsky. Como no puedo, me he tenido que contentar con las respuestas que da en el libro.*

Comienza por lo tanto con un análisis del proceso de evolución humana, más concretamente, del desarrollo filogenético de la mano desde la conocida Lucy (la cual ya podía hacer pinza entre los dedos pulgar, índice y corazón pero no con el anular y el meñique) hasta el homo sapiens, proceso caracterizado fundamentalmente por una modificación biomecánica de la base del dedo meñique, que permitió una prolongación “protésica” de la mano (fabricación y lanzamiento de objetos).

Luego pasa a analizar las exigencias mutuas (cooperación) entre la mano y el sistema visuomotor, que sitúa neuroevolutivamente en el

momento en que los brazos de los homínidos se liberan de la responsabilidad de colaborar en la bipedestación y en la marcha, abriéndose nuevas posibilidades y exigencias a la mano.

La interacción entre cerebro y mano en lo relativo a movimientos complejos es escenificada en el capítulo 4 y en el capítulo 5 a través de un análisis de los títeres y los juegos malabaras. Esto le lleva a pasar a temas concretos de índole bioemcánica como es el pulgar y la coordinación derecha/izquierda, la que fundamenta evolutivamente en la necesidad de separar dos tipos de habilidades. Unas referidas al uso refinado de útiles pequeños los cuales deben ser manipulados con un agarre de precisión. Otras referidas a las habilidades necesarias para el lanzamiento (obsérvese cierta divergencia que aparece en el mundo de los deportes a la hora de elegir el pie de apoyo para el salto en personas diestras).

Aparece un poco más adelante una versión resumida de lo que será su hipótesis:

“La evolución ha creado con el cerebro humano, un órgano poderosamente predisuesto a generar reglas que tratan los nombre como si fueran piedras y los verbos como si fueran palanca o poleas”.

*Cita a Vygotsky cuando éste hace notar que la palabra es la sustitución convencional del gesto y que aparece mucho antes del “descubrimiento del lenguaje”*

Sorprendente.

Añade la importancia en la cooperación para la fabricación de herramientas complejas (que no se observa en ningún otro tipo de simios) para justificar desde un punto de vista evolutivo la aparición de las habilidades cognitivas de inferencia causal y deducción lógica .

En lo referente al desarrollo del lenguaje en el niño, Wilson da una serie de argumentos a favor de su hipótesis. En primer lugar afirma que la consecución de los primeros hitos del lenguaje se asocia a la consecución de hitos motores muy concretos. Cuando emite sonidos distintivos (alrededor del año), podrá asir objetos entre el pulgar y el índice, soltarlos y pasarlos de una mano a otra. Cuando toque o señale objetos, podrá empezar a emitir sonidos que muy pronto se parecerán al lenguaje humano y que se suele calificar como media lengua infantil. Cuando la motricidad le permita gatear, nombrará a todos los objetos que se vaya encontrando y esto ampliará la media lengua infantil a lenguaje humano. Cita a Vygotsky cuando éste hace notar que la palabra es la sustitución convencional del gesto y

que aparece mucho antes del “descubrimiento del lenguaje” y también antes de que éste sea capaz de operaciones lógicas.

Para Vygotsky el pensamiento bien desarrollado surge cuando el comportamiento verbal del niño atraviesa una larga metamorfosis durante la cual las palabras que originariamente fueron atributos de objetos se manipulan y combinan como si se tratase de objetos *reales*.

Halla Wilson también en Bühler un apoyo a su hipótesis cuando éste señala que previamente al lenguaje existió en el hombre un pensamiento en términos de instrumentos, es decir, la realización de conexiones mecánicas y la invención de medios mecánicos con finalidades mecánicas.

Dice Wilson tras este breve repaso histórico que la praxis se refiere a un tipo heterogéneo de movimientos del ser humano que, gracias a una planificación y a unos ensayos motivados, explota nuevas modificaciones biomecánicas de la mano, a fin de obtener un control mayor y más preciso de los objetos externos. A causa de su intencionalidad y de la precisión (o rutina) que proporcionan los ensayos, estos movimientos se convierten en icónicos.

El capítulo 11 se refiere a un análisis de la capacidad musical teniendo como hilo conductor la mano. Dado que ni la música ni la mano musical suponen ninguna necesidad ni beneficio (evolutivamente), podrían ser un raro accidente. Repasa Wilson su experiencia como médico de músicos lesionados (ésta es una parte muy interesante del libro), partiendo del concepto de Plotkin de heurística secundaria (capacidad heredable para generar estrategias de supervivencia en el mundo real y de acuerdo con las condiciones de vida, no sujetas a transmisión genética y motivadas por el contacto social). Los aspectos terapéuticos de lo motor son presentados a través de la llamada terapia Feldenkrais, básicamente definida por una serie de técnicas orientadas a que el paciente tome conciencia de su propio movimiento. “A veces parece como si el cuerpo se hubiera convertido en una metáfora andante de toda una vida de desequilibrio o distorsionada por la necesidad de olvidar el dolor”. Con la corrección del movimiento se podrían desbloquear recuerdos de eventos antiguos y olvidados o de sentimientos ya enterrados. Lo que propone el tal Feldenkrais es una metáfora de lo psicósomático pero referida al movimiento no solo a la sensación, lo cual parece una buena idea (por supuesto que ni idea de si cierta o no) dado el

*Dice Wilson que la praxis se refiere a un tipo heterogéneo de movimientos del ser humano que, gracias a una planificación y a unos ensayos motivados, explota nuevas modificaciones biomecánicas*

inmenso volumen de patología en las consultas médicas relativas a problemas biomecánicos.

Nos relata luego otro caso curioso, el de Robert Albo cirujano reputado y mago, y las posibles relaciones de ámbas con la destreza manual. Un estudio importante señala que lo que distingue a un buen cirujano como tal es una acción integradora cortical profunda, en concreto en el campo de la organización visuoespacial compleja y Wilson no es de lo que entiende la percepción como algo encerrado en el cerebro, sino que es tan cierto que el cerebro habla a la mano como que la mano habla al cerebro.

La definición de hombre de Wilson: *homo habilis rabens ludens sapiens*.

### **Peter Sloterdijk. Crítica de la razón cínica. Editorial Siruela**

Peter Sloterdijk (1947) estudió Filosofía, Germanística e Historia en las universidades de Múnich y Hamburgo.

En la actualidad es catedrático de Filosofía en la Hochschule für Gestaltung de Karlsruhe. Aunque es autor de una amplia y variada producción ensayística, fue su monumental *Crítica de la razón*

*Arranca desde la ilustración y alcanza nuestros días para centrar su crítica en las sociedades occidentales contemporáneas, utilizando en arma de la dialéctica hegeliana*

cínica la que le catapultó a la fama en 1983, al convertirse en el libro de filosofía más leído y polémico en Alemania. De su obra pueden destacarse, entre otros títulos, los ensayos *En el mismo barco* (1994), *Extrañamiento del mundo* (1998), *Normas para el parque humano* (2000), *El pensador en escena* (2000) y *Eurotaoísmo* (1989; Seix Barral 2001).

Está considerado uno de los pensadores más originales y provocadores del momento.

Sloterdijk, que junto a Blumenberg y a Safranski constituyen los tres filósofos contemporáneos de más relieve, escribe *Crítica de la razón cínica* en el punto en que Kant finalizó su obra con *Crítica de la*

*razón práctica*, que se refería a cuestiones morales.

Desde una visión historicista, arranca desde la ilustración y alcanza nuestros días para centrar su crítica en las sociedades occidentales contemporáneas, utilizando en arma de la dialéctica hegeliana para el análisis definiendo lo que podríamos llamar una dialéctica perversa, a través de la cual los movimientos de liberación sociales acaban formando parte del círculo de poder.

Analiza así el socialismo, el psicoanálisis y demás movimientos del siglo XX, pero sobre todo analiza el cinismo, entendido como mecanismo por el cual dichos movimientos pasan a formar parte del saber establecido y perpetuador de actual sistema sociopolítico.

Frente a cinismo, Sloterdijk opone el quinismo, también de amplia tradición en la sociedad occidental contemporánea desde que se constituyó como antiescuela filosófica (al menos no como escuela filosófica en el sentido de la Stoa, el Platonismo o cualquier otra) a partir de la singularísima figura de Diógenes.

El quinismo, según Sloterdijk, se dirige no tanto a sentar unos principios morales, sino que formula un principio de actuación: el desenmascaramiento.

Un desenmascaramiento que utiliza la desnudez, la burla, el absurdo para sus fines.

A través de los capítulos del libro, el autor va analizando los diferentes tipos de cinismo, su instauración y el conformismo al que ha dado lugar en los más variados aspectos de la vida contemporánea.

Es, a fin de cuentas, una descripción lúcida de esa sensación de ¡estamos rodeados! que acude a nosotros en esos momentos en que somos conscientes de que nada es lo que parece.

### **Peter Sloterdijk. Esferas (1). Editorial Siruela**

Si el anterior libro retomaba a Kant allí dónde éste dejó las cosas en Crítica de la razón práctica, en este primer volumen de la trilogía esferas, Sloterdijk continúa las cosas, donde, en cierta manera, Heidegger las dejó.

Si el análisis de Heidegger era del ser en el mundo, Sloterdijk analiza al ser en el mundo de los demás, y a través de un lenguaje cargado de metáforas establece las diferentes maneras a través de las cuales somos arrojados a un mundo poblado de otros.

Es, para el autor, la esfera, la forma fundamental, como si adquiriese rango universal aquella afirmación de que se está seguro dentro de algo.

*Blumenberg realiza un monumental análisis de los mitos en las diferentes culturas, algo así como una teología comparada o una psicopatología de lo delirante desde la perspectiva junguiana.*



### **Blumenberg. Trabajo sobre el mito. Paidós 2003**

Obra que se publica en España tras el fallecimiento del autor. Blumenberg realiza un monumental análisis de los mitos en las diferentes culturas, algo así como una teología comparada o, de forma más cercana a la nuestra, una psicopatología de lo delirante desde la perspectiva junguiana.

Es interesante no solo por el volumen de información que hace disponible al lector, sino también por la misma concepción del mito que establece, como forma psicológica o como forma narrativa, como metáforas universales que se modifican una y mil veces para dar cuenta de los misterios de la existencia que preocupan al hombre. Es, además de una colección de contenidos míticos, un tratado de la topología del mito.

En esta época del malestar, a veces uno tiene la sensación de que las consultas deberían estar pobladas de mitos curadores, de expertos en esas metáforas míticas que ayuden a descifrarlos, a conformarlos, a variar su rigidez. Con alternativa a las distimias, a los trastornos adaptativos que terminan por durar una década. A esas cosas.

*La novela, acusada de estar en proceso de muerte desde los tiempos de El Quijote parece tener una especial habilidad para continuar su existencia en ese anunciado proceso agónico.*

### **Zipursky, Schulz. Estados iniciales de la esquizofrenia. Ars médica, 2003**

Quizás hubiese sido mejor llamarlo esquizofrenia recipiente, porque para lo que sirve el título es para llenar páginas con cosas poco relacionadas con la psicopatología (algo a lo que estábamos acostumbrados cuando en el título aparecía la palabra incipiente) y sí más con esa psiquiatría oficial que decide tratar algo con terapia conductual

(sin explicar o detallar nada de los pacientes estudiados ni de las características técnicas de la intervención) o que contabiliza muchas cosas de muchos enfermos sin concluir nada en concreto más allá de una superflua (y obvia) colección de datos.

Es definitiva, ya hay un libro oficial sobre la esquizofrenia incipiente.  
Deo gratias.

### **Luke Rhinehart. El hombre de los dados. Destino 2003**

La novela, acusada de estar en proceso de muerte desde los tiempos

de El Quijote (como muy bien señala Kundera en ese estupendo ensayo sobre la novela que voy a tener la humildad de no reseñar), parece tener una especial habilidad para continuar su existencia en ese anunciado proceso agónico.

Una de las muchas formas de aproximarse a la novela desde la psiquiatría, no es a través de ese análisis del argumento que proponen, en el fondo, las teorías de la narratividad, sino constituyendo de manera artística (supongo que estaremos todos de acuerdo en que la novela es un arte) un escenario que ayude a los procesos de comprensión, que permita un entrenamiento empático desde el sillón de casa, el vagón de tren o sentado en una manta a cuadros en el campo en una tarde de primavera.

El hombre de los dados, novela escrita hace ya un tiempo y felizmente reeditada este año, es una novela escrita por un psiquiatra, que se oculta bajo un seudónimo que es homónimo del nombre del protagonista (a veces el arte se convierte en un trabalenguas, por eso lo voy a repetir: escrita por un psiquiatra que se oculta bajo el seudónimo que es homónimo del nombre del protagonista).

¿Cuál es la psicopatología a la que empáticamente nos aproximamos a través del hombre de los dados?. Se ha dado el nombre de burn-out para describir el queme profesional, pero me parece que esta novela apenas guarda relación con La casa de Dios o similares. Es éstas, parece que es el hombre el que está a merced de la locura social (por expresarlo de una manera que sé desafortunada, pero que de todas formas lo hago).

*Se ha dado el nombre de burn-out para describir el queme profesional, pero me parece que esta novela apenas guarda relación con La casa de Dios o similares.*

El hombre de los dados cuenta la historia de un psiquiatra que empieza a tomar todas sus decisiones confiando en el azar. Para ello cuenta con la ayuda de unos dados, que le permiten, tras un azaroso lanzamiento, decidir que opción tomar en cada instante preciso de sus días. Hay momentos divertidos, como cuando los dados deciden que debería comportarse como Jesucristo, pero la mayoría de las veces, uno siente un extraño vértigo al ver esa voluntaria renuncia al libre albedrío. Renuncia que vemos no solo en la consulta, sino que cualquier lector (moderado) de historia contemporánea, ha divisado en los años recientes de nuestro pasado.  
Buena.

**Jorge Volpi. El fin de la locura. Seix Barral 2003**

Conviene (al contrario que en la mayoría de los libros, en lo que lo recomendable es saltarse el prólogo, las solapas y demás) comenzar la lectura de esta novela por la crítica realizada en el suplemento cultural de El País (Babelia) que parece escrita por un lacaniano (enfadado).

Es la historia de un psiquiatra que ha perdido la memoria (es mexicano, o sea, que nadie debe sentirse aludido) y que aparece sin recuerdos o con recuerdos fragmentarios en medio del París de mayo del 68.

Desde este arranque, nuestro desmemoriado psiquiatra va trabando relación con las figuras intelectuales y sociales de la época, a las que somete a un proceso de desmitificación y humanización (en el sentido pasional de la palabra).

La polémica viene dada en la persona de Jacques Lacan al que compromete en situaciones delicadas a nivel ético. No debe ser leída la novela bajo la sombra de esta polémica, sino que muchos otros personajes como Barthes (Las estructuras no salen a la calle y Roland Barthes, tampoco), Foucault o Fidel Castro desfilan a lo largo de las páginas de la novela en una mezcla de ficción/realidad muy entretenida. En todo caso, el escándalo no debería ser mayor que el trato dispensado a otrora figuras míticas banalizadas a través de la literatura, y ante la que sólo los monárquicos acérrimos o los sujetos a dogmas de fe tienen derecho a no leerlos.

*No debe ser leída la novela bajo la sombra de esta polémica, sino que muchos otros personajes como Barthes Foucault o Fidel Castro desfilan a lo largo de las páginas de la novela*

Metidos en faena, mejor, la primera parte que la segunda, fatigosa tras la pérdida de novedad y

sorpresa.

**John Lechte. 50 pensadores contemporáneos esenciales. Cátedra, 1996**

A modo de diccionario, es decir, con entradas por orden alfabético, un estupendo resumen del pensamiento del último siglo, con mayoría aplastante de autores franceses.

Paralelismos biográficos sorprendentes. Muchos de ellos, capturados en la segunda guerra mundial por el ejército alemán,

desarrollo de sus carreras profesionales en la Ecole Normal Supérieur o en la Ecole de Hautes Etudes (ver la incidencia de esto en su pensamiento, muy curioso. Es sólo una pista).

Algunos de los que nos han sorprendido gratamente, Benveniste (lingüista conocido por los lacanianos) y Bachelard (un estudio del movimiento diferente del de Bergson y con matices orientalistas). Imprescindible.

**Tom Lutz: El llanto. Historia cultural de las lágrimas. Ed. Taurus.**

Decía Nietzsche que no podía establecer diferencia entre las lágrimas y la música. Para Ciorán lo que hace a los santos tan interesantes es la voluptuosidad de su sufrimiento y que viene demostrada por sus lágrimas. Tendenciosamente Morley afirma que el poder acuático más poderoso en el mundo son las lágrimas de la mujer. Jackie Kennedy sin embargo se convierte en una heroína al no derramar ni una lágrima en el funeral de su esposo. Sin embargo a nuestro querido personaje camusiano Mersault, el hecho de no derramar ninguna en el funeral de su madre contribuye a que acabe sentenciado a muerte. En la Biblia los hombres lloran especialmente para lamentar el destino del pueblo hebreo. Estos son parte de los ejemplos que nos vamos a encontrar a lo largo de este apasionante estudio que surge de la pregunta ¿por qué lloramos? Las lágrimas pueden aparecer con connotaciones de placer, de sinceridad o incluso de heroísmo (Mr. Schwarzkopf señale que los generales no lloran durante la batalla sino después) y frente a estas buenas lágrimas también pueden parecer las “malas” lágrimas, las de dolor, las actuadas o las lágrimas de cocodrilo (cuando estos animales abren totalmente las mandíbulas para tragar a su víctima, sus conductos lacrimales se comprimen y producen un exceso de lágrimas) Y es que la comprensión del fenómeno del llanto vendrá más de sus innumerables representaciones poéticas, narrativas, dramáticas y cinematográficas que de las ciencias médicas y psicológicas.

*Morley afirma que el poder acuático más poderoso en el mundo son las lágrimas de la mujer. Jackie Kennedy sin embargo se convierte en una heroína al no derramar ni una lágrima en el funeral de su esposo.*

Esto no quita para que a lo largo del estudio también nos encontremos a Ledoux o a Damasio o las distintas escuelas psicológicas que han abordado el estudio de las emociones desde Watson, Tomkins Perls o Schachter y Singer, y como no a Janet, a

Freud y a Sartre. Interés también para muchos puede tener el capítulo sobre las culturas de duelo o las páginas sobre el sentido catártico o no del llanto ( ya para Aristóteles el drama purga y purifica las pasiones y para Santo Tomás lo doloroso duele más cuando lo mantenemos encerrado) y su aplicación terapéutica. En general, muy recomendable.



## ***Elzo, J. y otros (2003), Drogas y escuela VI.***

***Evolución del consumo de drogas en escolares donostiarra (1981-2002). San Sebastián, EUTS.***

Autor

---

Amando Vega Fuente  
Universidad del País Vasco

Este libro recoge la sexta investigación sobre las drogas en los adolescentes de San Sebastián, como su título indica. Las otras cinco se desarrollaron entre 1981 y 1996, pasando por 1985, 1987 y 1991, acerca de los niveles de consumo de drogas (tabaco, alcohol y drogas ilegales) los cuatro primeros estudios. Estos estudios, además de medir los niveles de consumo y su evolución entre escolares de BUP y FP en San Sebastián, pretenden conocer, también, las actitudes de los jóvenes escolares ante las drogas, sus niveles de permisividad ante las mismas, sistemas de valores asociados a los comportamientos y actitudes detectadas, factores psicológicos relacionados con los diferentes niveles de consumo, así como la perspectiva pedagógica al objeto de controlar la traducción que pueda tener en el aula escolar. El quinto estudio fue ampliado a toda la Comunidad Autónoma Vasca.

*Además de medir los niveles de consumo y su evolución entre escolares de BUP y FP en San Sebastián, pretenden conocer, también, las actitudes de los jóvenes escolares ante las drogas*

### **Trabajo de campo y metodología**

El trabajo de campo se llevó a cabo entre el 4 y el 22 de marzo de 2002. El colectivo objeto de la investigación son los estudiantes de la ESO, Bachiller y Ciclos Formativos de Grado Medio de Donostia-San Sebastián, en 107 aulas repartidas en 15 de los 47 centros docentes existentes en la capital donostiarra. Los escolares respondieron las encuestas en el aula escolar, en ausencia de los profesores y monitorizados por técnicos del equipo investigador. Participaron un total de 2.329 escolares, entre los 12 y los 18 años

en su inmensa mayoría, 1.120 chicos y 1.209 chicas en las redes pública, privada religiosa, privada laica e Ikastola privada. La realización de cinco estudios anteriores, llevados a cabo con la misma metodología y en el mismo ámbito, permite comparar la información obtenida a partir de 1981, con la que ahora se desprende de las 2.329 encuestas rellenas por otros tantos escolares de entre 12 y 18 años.

### Contenido del libro

El libro consta de siete capítulos, una nota metodológica y dos anexos. El primer capítulo, redactado analiza el consumo de tabaco y factores asociados. Los capítulos segundo y tercero analizan el consumo de alcohol y de drogas ilegales, respectivamente. El cuarto capítulo estudia los diferentes ámbitos de socialización en los adolescentes: familia, amigos y tiempo libre, escuela, iglesia etc. Los dos capítulos siguientes los ha redactado Javier Elzo que también ha asegurado la dirección del trabajo. El capítulo quinto está dedicado al tema de la violencia en escolares. El capítulo VI presenta una tipología de escolares donostiarras.

El capítulo VII recoge un conjunto de textos que, más allá de los datos de este estudio, ofrecen una perspectiva histórica de esos veintiún años que el texto contempla desde diferentes perspectivas profesionales. Manu González de Audicana sociólogo experto en el tema de las drogas en Euskadi, hace una revisión desde la perspectiva sociológica. Los dos siguientes textos, que recoge la perspectiva clínica y rehabilitadora con los drogodependientes en San Sebastián, han sido elaborados por Gabriel Roldán, antiguo director de Agipad, y Alberto Ruiz de Alegría, exdirector de Proyecto Hombre. Mikel Gotzon Santamaría Egía, Comisario-Jefe de la Guardia Municipal de San Sebastián, presenta la evolución observada en la juventud donostiarra desde su experiencia profesional. Finalmente Amando Vega, profesor de la Universidad del País Vasco ofrece sus reflexiones sobre los avatares de la política educativa escolar relativa a las drogas.

*Los capítulos segundo y tercero analizan el consumo de alcohol y de drogas ilegales, respectivamente. El cuarto capítulo estudia los diferentes ámbitos de socialización en los adolescentes*

Un capítulo metodológico, redactado por Nieves García del Moral, Teresa Laespada y Maritxu Zulueta, como responsables del trabajo de campo -junto a los anexos de los cuestionarios en castellano y en



euskera utilizados- cierra el volumen.

### **Datos más relevantes**

Por lo que a las drogas se refiere, la sustancia más consumida entre los escolares de Donostia es el cánnabis. El 46,8% de los escolares de 12 y más años lo ha probado alguna vez en la vida. Es decir, casi la mitad ha experimentado con esa sustancia.

Tras el cánnabis vienen las drogas estimulantes: las anfetaminas con un 9,8% de los escolares que reconoce haberlas probado; la cocaína, con la que el 6,8% de escolares ha tenido contacto y el éxtasis, que ha sido probado por el 5,1% de escolares.

Tras estas sustancias aparecen los alucinógenos (4,2%) y a gran distancia la heroína (0,7%). Los escolares que experimentan con las drogas ilegales escogen el cánnabis como sustancia estrella y posteriormente -con menores proporciones de implicados- escogen las sustancias estimulantes.

Aquellos que se embarcan en el consumo de drogas suelen experimentar con varias, no se limitan a probar una sola. De hecho, el 4,5% del conjunto total de escolares ha consumido únicamente una sustancia ilegal que no sea cánnabis y el 8,1% restante ha experimentado con más de dos sustancias además del cánnabis, con lo que hablamos de policonsumos o experimentadores de diferentes sustancias.

*Los escolares que experimentan con las drogas ilegales escogen el cánnabis como sustancia estrella y posteriormente -con menores proporciones de implicados- las sustancias estimulantes.*

Pero si el 12,4% de los escolares ha experimentado con drogas ilícitas que no son cánnabis, cuando se incluye esa sustancia la cifra aumenta considerablemente. Tal y como se ve, el 46,8% de los escolares ha consumido a lo largo de su vida; el 40% ha consumido durante el último año y el 30% durante el último mes. Es decir, casi una tercera parte de los escolares, al menos, probó el cánnabis durante el mes previo a la realización de la encuesta. La proporción de escolares que se embarcan en el mayor consumo, esto es, más de veinte veces al mes, es del 7,6%.

En cuanto al consumo de tabaco, se ha doblado el porcentaje de los jóvenes que fuman más de un cajetilla diaria, respecto al anterior análisis que tuvo lugar en 1996, pero se mantiene el mismo porcentaje de no fumadores.

Por lo que se refiere al alcohol, se aprecia un descenso importante en la proporción de bebedores moderados durante el fin de semana, lo que muestra la extensión del consumo de alcohol en el tiempo de ocio de los escolares. Casi la mitad de los adolescentes dicen haber participado en alguna ocasión en un “botellón”, concretamente el 46,3% lo ha hecho alguna vez en la vida. Pero esto no se practica todas las semanas. Únicamente el 6,1% dice hacerlo todas o casi todas las semanas, el 15,9% lo practica una o dos veces al mes y el 24,3% lo practica una o dos veces al año.

Respecto a los hábitos de ocio, a partir de los 16 años se generaliza el de trasnochar. Y va en aumento con la edad, de modo que el 66% de los que tienen entre 16 y 18 años, los fines de semana regresan a casa después de las dos de la madrugada, y sólo un 5% no sale. Uno de cada diez escolares, por otra parte, se siente objeto de maltrato psicológico, en el centro escolar y por parte de sus compañeros. Extrapolando los datos podemos deducir que más de 1.200 jóvenes de la localidad se sienten vejados por otros alumnos del colegio, y el 3% afirma que padece esa situación “de manera reiterada”. Su concepto de maltrato psicológico incluye la burla, el menosprecio, la desconsideración, el insulto... Los resultados permiten constatar que los escolares estiman, en la mayoría de los casos, más graves y más difícilmente soportables esos daños que el maltrato físico.

Para esta población la familia es el ámbito donde establecen sus posicionamientos éticos, hasta el punto de que en el 90% de las encuestas la definen como el lugar en el que confían en mayor medida a la hora de orientar sus vidas.

### **Valoración de los resultados**

El consumo de drogas no se puede entender sin comprender la situación personal y social de estos adolescentes. En este sentido aparecen en el estudio otros datos de gran interés, como los relativos a los hábitos de ocio: a partir de los 16 años se generaliza el trasnochar. Y va en aumento con la edad, de modo que el 66% de los que tienen entre 16 y 18 años, los fines de semana regresan a casa después de las dos de la madrugada, y sólo un 5% no sale. Estos y otros datos recogidos en el último estudio aportan un conjunto de elementos que permiten valorar la relación de los adolescentes de San Sebastián con las drogas dentro de un contexto más amplio, que aquí no se recogen por no alargar este reseña.

*El consumo de drogas no se puede entender sin comprender la situación personal y social de estos adolescentes. Aparecen en el estudio otros datos de gran interés, como los relativos a los hábitos de ocio*

La complejidad de la adolescencia y la variedad de situaciones personales y sociales en relación con las drogas muestran la dificultad de dar respuestas educativas a las necesidades existentes. A lo largo de estos veinte años se ha podido constatar una evolución en el desarrollo de actuaciones educativas aplicadas en la escuela con intenciones preventivas.

Esta complejidad invita ante todo a reflexionar sobre el sentido y alcance que tiene el consumo y el abuso de las drogas en los adolescentes. Con los datos obtenidos en las manos, uno tiene motivos, sino para ser pesimista, sí para cuestionar los derroteros que asume hoy la prevención en la escuela y fuera de ella, pues el consumo de las diferentes drogas parece aumentar, aunque conviene resaltar que se trata de un consumo puntual. Es el “consumo problemático” en definitiva, es el que ha de preocupar, sin olvidar que los problemas suelen estar asociados a una iniciación más temprana y a un consumo más extendido, posiblemente muy relacionado con la oposición actual a la política prohibicionista y la defensa de la normalización de las drogas. Y en esta línea, conviene analizar las medidas preventivas y terapéuticas puestas en marcha para ver si tienen capacidad de dotar a las personas de esos recursos que les permitan actuar de forma saludable ante las diferentes drogas.

*Es el “consumo problemático” en definitiva, es el que ha de preocupar, sin olvidar que los problemas suelen estar asociados a una iniciación más temprana y a un consumo más extendido*

Está claro, en este sentido, que no basta con poner en marcha una asignatura obligatoria sobre drogas como pretende el Plan Nacional sobre Drogas, que contrarreste los errores sobre las drogas y sus efectos. Al contrario, puede incluso ser perjudicial dadas las características de la adolescencia y la complejidad del fenómeno de las drogas no reducible a la cuestión de las sustancias prohibidas.

¿Qué se puede hacer ante la cuestión de las drogas en la adolescencia? Ante las drogas, las respuestas que pretendan ser eficaces, han de ser respuestas integrales que tengan en cuenta tanto los factores personales como sociales implicados en este consumo de drogas y en otras conductas asociadas al consumo de las diferentes sustancias.

Cuando ya existe consumo “problemático” de alguna droga, habrá que identificar el tipo y grado del problema para prevenir su progreso hacia situaciones más peligrosas. No bastan aquí las medidas simplemente represivas ni las informativas, pues estamos ante una manifestación externa de una problemática más profunda

que puede ocultar un largo y complejo proceso, que lógicamente habrá que situar en la sociedad actual.

# *Os Eventos consuetudinarios que acontecen na rúa*

---

## *European Regional Meeting of the International Psychogeriatric Association Ginebra, 1-3 abril 2003*

### **Autor**

---

Raimundo Mateos

Con el telón de fondo de una primavera inesperadamente espléndida tuvo lugar este evento, que sigue el patrón de los encuentros regionales de la IPA, con una participación (entre 300-400 asistentes) algo más elevada que el del año pasado en Roma.

*La inauguración solemne incluyó un aspecto inusual, la concesión del Premio Ginebra a los Derechos Humanos concedido a la Orden de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón*

La inauguración solemne incluyó un aspecto inusual, la concesión del Premio Ginebra a los Derechos Humanos concedido a la Orden de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón, fundada por Benito Meni. Fue una oportunidad de encontrarme con caras españolas que, que o bien entregaban el galardón (Prof. Guimón) ó lo compartían (Dr. Martín Carrasco). Para las personas, y sobre todo para la institución, reitero mis más sinceras felicitaciones, porque constituye a mi juicio un buen ejemplo de que la combinación de los conceptos de voluntariado y profesionalidad en dosis adecuadas, no solo se suman sino que pueden potenciarse, y ello vale tanto para el ámbito psicogeriatrico como de la salud mental en general.

Del programa, dado que está disponible como siempre en la web de la IPA ([www.ipa-online.org](http://www.ipa-online.org)), comentaré aspectos generales y aquellos que llamaron más mi atención. Fue un programa apretado, de hasta cuatro sesiones simultáneas. De los temas de dos conferencias magistrales, “Cognition, Behavior and the Frontal Lobes” (Armin Schider) y “Mild Cognitive Impairment” (MCI)

(Karen Ritchie), me quedo con el segundo; fue una exposición sencilla (por lo clara) como ordenada y exhaustiva, en la que la conferenciante revisó el tema sin esquivar la polémica. Si se me permite el libertinaje, resumo las conclusiones: a) el MCI tiene muchas causas y por tanto subtipos, por tanto no es una entidad nosológica específica; b) siempre debe abordarse desde una perspectiva longitudinal, tanto en la clínica como en la investigación epidemiológica (no vale pues comparar al sujeto con la media poblacional). Sin duda solo hemos empezado a hablar de este concepto.

También resultó clara e ilustrativa la conferencia de Alexander Kurz sobre "Caregiver Support in Dementia: Empirical Evidence of Efficiency". Otra gran sesión plenaria se estructuró como un apasionante debate, magistralmente conducido por Norman Sartorius, en torno a "To Tell or Not to Tell: Disclosure of the Diagnosis of Dementia to Patients". Alister Burns, presidente de la IPA, nos informó de lo bien que los psiquiatras podemos comunicar a nuestros pacientes el diagnóstico de su demencia. José Selmes jugó a la contra, recordando como los familiares se quejan de que no se les informa adecuadamente. Resultó muy interesante ver como la cultura puede matizar de forma importante la forma de responder a esta pregunta, y desde luego, lo matiza la disponibilidad de recursos asistenciales. Pero de lo que no quedó duda es de que el comunicar este diagnóstico (situación, como se aclaró, no demasiado diferente de comunicar otros diagnósticos fatales en medicina), requiere conocimiento del paciente, tacto, respeto de su libertad, oferta simultánea de apoyo,...en fin muchas de las cualidades que valoramos y para las que nos formamos los psiquiatras, amén de un marco de continuidad asistencial.

*Nicoletta Tataru,  
eficaz organizadora  
del encuentro de la  
EAGP en Oradea,  
2000, asumió el reto  
de presentar una  
panorámica de los  
países del Este de  
Europa*

De la veintena de mesas redondas y sesiones de comunicaciones libres y posters solo mencionaré el "Regional Forum: Mental Health Services for the Elderly in Europe". Nicoletta Tataru, uno de los espíritus jóvenes de la psicogeriatría europea y eficaz organizadora del encuentro de la EAGP en Oradea, 2000, asumió el reto de presentar una panorámica de los países del Este de Europa; Lars Gustafson, pasado presidente de la EGAP, se refirió a los países nórdicos; A Burns resumió la situación en los países del oeste europeo; el espíritu latino quedó representado por Marco Trabucci, invitado para hacer lo propio sobre los países del sur de Europa, que no compareció. No quedó duda de cuantas diferencias hay entre unos países y otros, aún dentro de Europa; el tema da para más

análisis, y sobre todo, para muchos esfuerzos tendentes a desnivelar las desigualdades.

El congreso concluyó con una sesión de dos conferencias magistrales. A Burns disertó sobre “The Hidden Face of Dementia: Behavioral and Psychological Symptoms” y el psicoanalista de orientación jungiana Eugenio Torre, desarrolló de forma soberbia el tema “Will you Take Care of Me When I’m Old? Reflecting on Old Age Psychotherapy”. Nada más conciso y claro que el comentario que hizo al final de ambas conferencias el actual encargado de la Cátedra de Psicogeriatría de Lausanne, Panteleimon Giannakopoulos, “estas dos conferencias muestran cuan diferentes enfoques caben dentro del ámbito de la psiquiatría”. Dado que mi razón me dice que ambas fueron magistrales, tengo que confesar que me tocó más el corazón una frase del segundo de ambos conferenciantes: *¿puedo imaginarme el viejo que seré y a través de eso relacionarme con mis pacientes?....*

En fin...¡hasta el congreso mundial de Chicago, el próximo agosto!.

# *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 CP27400  
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