

Número 60 - 61 • Invierno 2017

SISO • SAÚDE



WWW.AGSM-AEN.ORG
www.facebook.com/agsm.aen/

60 61

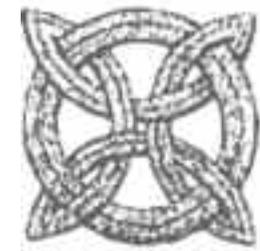
SISO • SAÚDE

Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental

INVIerno
2017



• EDITORIAL • LA OTRA PSIQUIATRÍA • ORIGINALES Y REVISIONES • A PROPÓSITO DE...
III XORNADA DE PSICOPATOLOXÍA E CULTURA • OS EVENTOS... • TRASALBA
DOSSIER AGSM • LIBROS • NORMAS DE PUBLICACIÓN



தமிழக அகாடமி

SISO SAÚDE

Nº 60-61 · Inverno 2017

BOLETÍN DA ASOCIACIÓN GALEGA
DE SAÚDE MENTAL - AEN

siso.saude@agsm-aen.org
siso@agsm-aen.org
secretaria@agsm-aen.org

www.agsm-aen.org
www.facebook.com/agsm.aen/

COMITÉ ASESOR EXTERNO

JAVIER PETEIRO
Doctor en Medicina.
Jefe de Sección de Bioquímica
CHUAC

ANNA MIÑARRO
Psicóloga clínica- psicoanalista.
Talaiar Salut. BCN

KEPA MATILLA
Psicoanalista, doctor en psicología,
psicólogo clínico en Hospital Río
Hortega de Valladolid

IRIA PRIETO
Psiquiatra.
Highgate Mental Health Centre.
C&I Trust
London

RAMÓN ESTEBAN
Psiquiatra
Valladolid

PRESIDENTE: Ramón Area Carracedo

VICEPRESIDENTA: Irene Martínez Montero

SECRETARIO: David Simón Lorda

TESOUREIRO: Raimundo Mateos Álvarez

VOGAIS:

Carmen Armas Barbazán
José Antón Casais Lestón
Mª Alcira Cibeira Vázquez
Chus Gómez Rodríguez
Federico Menéndez Osorio
Ramón Ramos Ríos
Luis Rodríguez Carmona
María José Ramil Fraga

COMITÉ DE PUBLICACIÓNS:

DIRECTORA: Chus Gómez Rodríguez

VOGAIS:

Santiago Lamas Crego
Ramón Area Carracedo
Alcira Cibeira Vázquez
David Simón Lorda
Rubén Touriño Cantón

COMISIÓN DE CONTROL E GARANTÍAS:

Tiburcio Angosto Saura
Fernando Márquez Gallego

RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN:

Raimundo Mateos Álvarez

IMAXE DE PORTADA:

Vilanova da Cerveira (Portugal)
Autoría: Chus Gomez (2017)

PRODUCCIÓN EDITORIAL:

Edicións Positivas

Dep. legal: V.G. 109/84

ISSN: 1130-1538

SUMARIO

EDITORIAL

11 Editorial
Ramón Area

LA OTRA PSIQUIATRÍA

15 Tratamiento psicoanalítico de la psicosis
Presentación de las XIV Jornadas de La Otra psiquiatría
Kepa Matilla

19 Tratamiento psicoanalítico de la psicosis de Max Müller
Adrià Casanovas

25 Tratamiento psicoanalítico de la psicosis de Silvano Arieti
Pedro Brun

31 El tratamiento psicoanalítico de la psicosis de Paul Federn
Sara García

39 "Psicosis: Hors de piste"
Adolfo J. Santamaría

43 Huesos rotos
Pedro Vicente Canut Altemir

53 Pragmática dedicada a los jóvenes que ya no pueden
ser "carne de manicomio"
Roberto Martínez de Benito

67 Clínica de lo cotidiano en un centro de día
"la convivencia con la locura"
Vanessa Lebrón Novo

73 Fragmentos de Vida
Daniel González Rojo

77 Geografías de las psicosis blancas
Giulio Caselli

ORIGINALES Y REVISIONES

III XORNADA DE PSICOPATOLOXÍA E CULTURA

83	<i>Patologización del sufrimiento. Estigma y enfermedad trauma y resiliencia</i> Federico Menéndez Osorio
113	<i>Formación en “psicoterapia de grupo psicoanalítica”</i> Rosa Gómez Esteban
141	<i>Cómo manejar la muerte por suicidio de un miembro del grupo: una experiencia grupal en hospital de día de salud mental</i> Almudena Campos González A.A. García-Caballero
151	<i>Cobre y esquizofrenia: una revisión</i> Santiago Agra Romero
179	<i>Hipnotismo, medicina y psiquiatría en Galicia a finales del siglo XIX y primeros años del XX</i> Xaqueline Estévez Gil David Simón-Lorda Jessica Otilia Pérez Triveño María Victoria Rodríguez Noguera Manuel Fernández de Aspe

A PROPÓSITO DE...

205	<i>TDAH. Ciencia hiperactiva poco atenta</i> Javier Peteiro
209	<i>Psicoanálisis, ciencia y caza de brujas</i> Marta Maside
213	<i>La revolución necesaria</i> Raúl Velasco Sánchez

217	<i>Cartaz-Programa</i>
219	<i>La entrevista entre Freud y Mahler</i> Alejandra Nóvoa Justo
225	<i>Música, locura y creatividad. Gustav Mahler</i> Fátima Piñeiro García
229	<i>A música como vía curativa</i> Abe Rábade
237	<i>Os sinais da voz</i> Pilar Martínez Conde (Pilocho)
249	<i>La otra vida de Brian</i> Antón Seoane

OS EVENTOS CONSUECUDINARIOS QUE ACONTECEN NA RÚA

263	<i>Crónica sobre as Xornadas Estatais de Saúde Mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Suje_t a lo social”</i> Diego González Peña
267	<i>Presentación del libro: Una pragmática de la fragilidad humana. Vida y trabajo en el capitalismo impaciente (BOL, Vigo)</i> Begoña Conde
269	<i>I xornada galega sobre traballo social e saúde mental. “Relegados á condición de infra-cidadáns: novos desafíos en saúde mental” (AGSM-AEN, Ourense)</i> Luis Rodríguez Carmona

TRASALBA

271	<i>XXI xornadas de TRASALBA Psiquiatría, psicanálise e literatura: Galicia Style</i>
275	<i>A-discreción A. Casais</i>
285	<i>A fraseoloxía como expresión de estilo Francisco X. Fernández Naval</i>
295	<i>Galegos en Venezuela (1950-1980) Adaptación e choque de percepcións Xosé Ramón Campos</i>
317	<i>La Pasión de Concepción Arenal: ¿Un abismo? M^a Antonia de Miguel</i>
327	<i>XXII xornadas de TRASALBA. O Siso: 30 anos fóra de cobertura Programa e Festa</i>
331	<i>Entre Nós: Los prolegómenos “Rebullonianos” de Siso/Saúde y otras cuestiones en desuso. Tiburcio Angosto Saura</i>
339	<i>Os psiquiatras e os libros Ramón Area</i>
349	<i>O Siso: 35 anos fóra de cobertura Chus Gómez</i>
353	<i>O Siso Santiago Lamas</i>

DOSSIER AGSM

357	<i>Sobre la sentencia del TSXG en relación a la Jefatura de Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra</i>
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

LIBROS

405	<i>THE RIGHTEOUS MIND Why good people are divided by politics and religion Penguin Books. 2012 S.L.C.</i>
423	<i>SHRINKS. The untold story of psychiatry Jeffrey A. Lieberman with OgiOgas Weindelfel and Nicolson. 2015 S.L.C.</i>
437	<i>El significado del asco Colin McGinn. Cátedra. 2016 S.L.C.</i>
443	<i>The intelligence Paradox Why the intelligence choice isn't always the smart one Sathosi Kanazawa. John Willeys and Sons. 2012 S.L.C</i>
451	<i>Loneliness. The experience of emotional and social isolation Robert S. Weiss. The MIT Press. 1975 S.L.C</i>
457	<i>A estranha ordem das coisas: a vida, os sentimentos e as culturas humanas António Damásio. Temas e Debates. 2017. S.L.C</i>
459	<i>Estudios de psicología patológica José María Álvarez. Xoroi Edicions, Barcelona. 2017 Ramón Area</i>
465	<i>La cultura del control. Castigo y orden social en la modernidad tardía David Garland, Barcelona, Gedisa, 2005 Luis Rodríguez Carmona</i>
473	<i>El manicomio químico. Crónicas de un psiquiatra recalcitrante Piero Cipriano. Enclave. 2017 Ramón Ramos</i>

- 477 *Lecciones de introducción al psicoanálisis*
Oscar Masotta. Barcelona. Gedisa, 1996
Rubén Touriño
- 481 *Otra historia para otra psiquiatría*
Rafael Huertas. Barcelona, Xoroi Edicions, 2017
Carlos Rey
- 485 *La palabra en psiquiatría. ¿Todavía eficaz?*
Fernando Vicente Gómez. Xoroi edicions. Barcelona. 2016
Federico Menéndez Osorio
- 491 *Un delirio. Presentación y análisis de Francisco Pereña*
Julio Fuente. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2017
Fernando Colina
- 495 *Lisboa e o Mal. Notas*
Santiago Lamas. elcercanoediciones, Ourense. 2017
Tiburcio Angosto Saura

499 **NORMAS DE PUBLICACIÓN**

Logo duns anos sen plan estratéxico de saúde mental, anunciouse dende o Servizo Galego de Saúde o comezo do traballo para a redacción dun novo plan. O mecanismo non é moi diferente a outras ocasións, coa posta en marcha de grupos de traballo segundo temáticas moi concretas. Tamén optouse (boa nova) pola heteroxeneidade e a transversalidade dos grupos, con algúns deles formados por profesionais, noutros coa participación do movemento asociativo, asociacións profesionais ou persoas en representación das diferentes áreas sanitarias. Sempre fica borrosa, conste, a voz dos usuarios e talvez fose esta unha boa oportunidade para explorar outros xeitos de escoitala e darlle o valor que ten.

En xeral, congratulámonos pola iniciativa e, como sempre ao longo da súa historia, a AGSM participará naquelas comisións para as que foi requirida.

Os plans son necesarios. Marcan, polo menos, unha dirección nas políticas de saúde mental e consideramos que a súa ausencia foi causa da perda dun sentido xeral. Foi grave esta inexistencia dun documento que aportara unha mínima coherencia e que fose a referencia no que ancorar as iniciativas e a organización nas diferentes áreas sanitarias. Así, nos últimos tempos, observouse unha falla de rigor nas liñas que, polo menos, deberan guiar a atención ao sufrimento mental. Sabemos que existen moitas máis dificultades, como as referidas á epidemioloxía, á investigación, á formación, á interdisciplinidade, á saturación dos servizos, á escaseza de profesionais... Tamén preocúpanos aquelas cuestións que levan camiño de seren crónicas, como o emprego, a atención ao trastorno mental severo, as curatelas e incapacitacións, as dificultades da poboación infantoxuvenil ou xeriátrica. De seguro que son moitas as dificultades pero gustaríanos salientar xustamente a inexistencia dun marco teórico claro que sexa o lugar común dende o que desenvolver e darlle sentido á asistencia.

Por iso, e máis aló da especificidade dos distintos grupos de traballo, cremos que é a obriga dunha asociación como a AGSM volver insistir no modelo comunitario (de cando en vez resulta moi proveitoso volver ler o decreto que regula a atención á saúde mental en Galiza) como aquilo no que debe repousar calquera tipo de traballo máis específico.

Ademais, cómpre salientar dúas cuestións máis. Os plans deben dotarse economicamente e atender con detalle ao seu cumprimento. Do contrario, só estaríamos diante dun papel máis, dun documento elaborado, de seguro, con esforzo, pero absolutamente inútil.

E dicimos isto porque en Galicia e, nomeadamente en saúde mental, temos experiencia dabondo nesta clase de funcionamentos: comisións, documentos e... a nada (salvo o caixón onde fican liñas cheas de boas intencións pero con ningunha repercusión na realidade clínica).

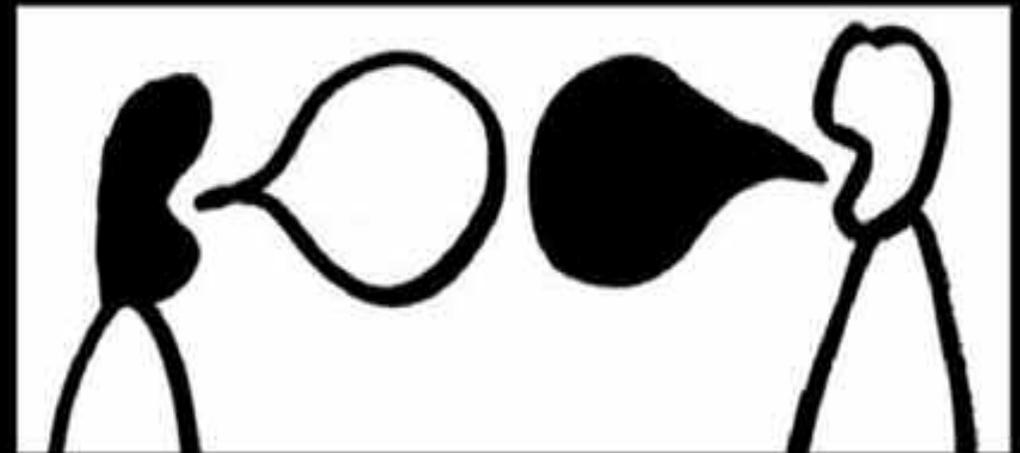
Marco, financiación e cumprimento. Cuestións sen as que, os grupos, o traballo e os plans, volverían a encher de pesimismo e queixa a saúde mental.

E diso, levamos xa dabondo.

A ver se desta vez...

XIV JORNADAS DE LA OTRA PSIQUIATRÍA

A tontas y a locas



¿Qué y cómo hablamos
con los locos?

26 y 27 de mayo de 2017

Salón de actos del

Hospital Universitario Río Hortega
Valladolid

XIV Jornadas – La Otra psiquiatría – 26 y 27 de mayo de 2017

Salón de Actos del Hospital Río Hortega, Valladolid

ORGANIZACIÓN: José María Álvarez, Beatriz Carrasco y Cristina Catalina

Dejemos los libros a un lado y expliquemos qué y cómo hablamos con los locos. Después de años de dialogar a diario con ellos, algo tendremos que decir de todo eso.

PROGRAMA

Viernes 26

16:00 h. Bienvenida y entrega de documentación.

16:30 h. Apertura de las Jornadas: José María Álvarez, Beatriz Carrasco y Cristina Catalina.

17:00 h. - 18:00 h. La mesa de los residentes MIR-PIR: Lo mínimo que hay que saber para hablar con un loco.

Coordina: Kepa Matilla (Valladolid)

Ponentes: Adrià Casanovas (Barcelona), Pedro Brun (Santander), Sara García (Oviedo) e Iria Prieto (Londres)

18:00 h.-20:00 h. Segunda mesa: Psicosis, ¡Hors de piste!

Coordina: Adolfo Santamaría (Castellón)

Ponentes: Sagrario García (Bilbao), Pedro Canut (Barcelona) y Roberto Martínez de Benito (León)

20:00 h. - 21:00 h. Mesa redonda: De locos, todos tenemos un poco.

Coordinan: Teresa Orihuela (Valladolid) y Raúl Gómez (Madrid)

Participan: Javier Carreño (Vigo), Vanesa Lebrón, Manantial (Madrid) y Daniel González Rojo, Intras (Valladolid)

Sábado 27

9.30 h. - 11:30 h. Tercera mesa: Pertinencias e impertinencias con la locura.

Coordina: Segundo Manchado (Las Palmas)

Ponentes: Giulio Caselli (Roma), Manuel Espina (Valladolid), Olga Correas (Las Palmas)

11:30 h. - 12:00 h. Café.

12:00 h. - 13:50 h. La Otra mesa: A tontas y a locas, pero hablamos.

Presenta: José Manuel de Manuel (Valladolid)

Ponentes: Chus Gómez (Ourense), José María Álvarez (Valladolid), José R. Eiras (Vigo) y Fernando Colina (Valladolid)

13:50 h. Palabras de despedida.

Modera: María Isabel Calvo (Sevilla)

Ponente: Iria Prieto (Londres)

**Tratamiento psicoanalítico de la psicosis
Presentación de las XIV Jornadas de
la Otra psiquiatría
(Valladolid, 26-27 de Mayo de 2017)**

Kepa Matilla.

Psicólogo clínico, Psicoanalista.

Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Correspondencia: kepamatilla@hotmail.com

La mesa de los residentes este año versa sobre la cura psicoanalítica de la locura. Tras revisar la extensa bibliografía, hemos decidido centrarnos en tres autores y extraer de ellos ciertas puntuaciones imprescindibles para el trato con el loco, nos ha interesado que sea lo más práctico posible. Nuestra intención era buscar un saber que nos sirviera de orientación en la manera en que estos tres expertos de la psicosis hablaban con los locos. Así, los tres protagonistas que componen esta mesa, nos hablarán del modo de proceder de Arieti, Federn y Müller.

En la *Otra psiquiatría*, como sabéis, no nos hemos prodigado en el estudio de los artículos llamados «científicos». Quizá haya sido porque siempre hemos pensado que se trataba de algo más bien propio de la ciencia ficción, como siempre comentó José María Álvarez; o porque no nos hayamos visto representados en ellos; o porque pensábamos que la estadística era la hermana pobre e indigna de las matemáticas; o porque conocíamos algo de la corrupción de los estudios guiados por la industria; o porque, en fin, esas tablas y esa maraña de datos no nos servían de nada para el trabajo clínico del día a día. Lo que siempre ha predominado en la *Otra* ha sido un interés por sacar adelante a nuestros pacientes y, para ello, ha sido necesario bordear la psiquiatría y acercarnos a los saberes clásicos, por ejemplo.

Sin embargo, desde hace un tiempo, algunos de nosotros nos hemos sumergido en el lenguaje del otro y hemos echado un vistazo a todo ese enjambre tedioso de números, citas, recitas, ensayos, meta-análisis de la corriente mayoritaria. Y, ciertamente, nos ha sorprendido. Principalmente, porque nos hemos dado cuenta de que muchas de las cosas que nos han dicho eran, simplemente, un burdo y vil engaño. Es decir, la corriente mayoritaria ha usado su situación de poder, su posición de científicos y su posesión de evidencias, para hacernos creer, sobretodo, dos cosas: que el tratamiento psicofarmacológico ha demostrado ser el más eficaz y que el psicoanálisis no está demostrado que sirva para nada. Quizá no hemos sido rápidos en ver la argucia, a pesar de que teníamos utensilios teóricos para explicarla. Sabemos que el discurso del amo se engalana a sí mismo con lo que representa la palabra “ciencia”, para usarla como una herramienta de poder. Cuando, en realidad, su verdad es que está castrado.

Lo que hoy sabemos sobre los fármacos habrá que ir poniéndolo de relieve. Como, por ejemplo, los resultados de los estudios sobre antidepresivos, que concluyen que no son éstos más eficaces que el placebo. Pero hoy nos convoca el otro gran engaño, el de la falta de evidencia científica del psicoanálisis. Falso, completamente falso. Personalmente, siempre he pensado que nos movíamos en otro registro y poco me ha importado aquello que desde ciertos lugares se pudiera decir, pero me hace gracia ver que encima era mentira, porque nos da una medida del rigor y del gusto por el estudio del que hacen gala en ciertos foros. Se ve que son frases que se repiten y nadie comprueba. Considero que eso es la ciencia en salud mental, se crean opiniones que se expresan en cuatro manuales superventas que uno mira de refilón y se crea una opinión de las cosas, como por ejemplo, que no hay evidencia científica de que el psicoanálisis sea eficaz en la esquizofrenia, en la locura. Hace no muy poco salió en un periódico local que una panda de psiquiatras argumentaba eso a viva voz. En las Universidades nos enseñan eso.

Bueno, pues sí, es falso. Hay muchos estudios que hablan de la superioridad del psicoanálisis sobre otros tratamientos psicoterapéuticos, como la TCC y los psicofármacos en la esquizofrenia. Hay estudios a largo plazo, que son los que la industria y los psiquiatras biologicistas no quieren realizar para los fármacos, que demuestran la eficacia del psicoanálisis. Y eso, teniendo en

cuenta que los psicoanalistas no se han caracterizado por la realización de este tipo de estudios. Sino, quizá, la evidencia sería aplastante. Nosotros, es lo que vemos en la clínica del día a día, y es eso lo que en estas Jornadas queremos tratar de mostrar de manera llana, simple y práctica.

En la actualidad, las orientaciones, como en el Instituto Soteria de Berne, inspirado en la casa Soteria de Mosher, la perspectiva es la de salir del primer episodio psicótico con el mínimo de medicación posible, porque se ha visto, está demostrado en los estudios, que la medicación antipsicótica a largo plazo, no sólo es negativa y a los pacientes les va peor, sino que predispone para la psicosis, lo que se conoce como psicosis por hipersensibilidad. El papel histórico del psicoanálisis, por su parte, ha sido el de acentuar lo terapéutico. En este sentido, tenemos dos puntos de vista: aquellos que se han centrado en el estudio de las formas de “autocuración”; y aquellos otros, anglosajones principalmente, que han hablado de la “psicoterapia intensiva” de la psicosis¹.

Dentro de la primera perspectiva tenemos, entre otros a Max Müller, de quien nos hablará Adrià Casanovas, residente nuestro de psicología clínica, que ha preparado un trabajo sencillamente brillante. Esta corriente busca potenciar los mecanismos generados por el propio paciente, principalmente: la limitación, la simbolización, el rodeo, la ocultación del delirio, ser pensionista del delirio.

A esta corriente se le opone una segunda, la de las terapias analíticas intensivas que se desarrollaron a partir de los años 30, y que trataron hacer desaparecer el delirio mediante la interpretación. Se intenta ver la psicosis como una variante extrema de la neurosis. Aquí tenemos dos generaciones de autores, entre los primeros, que trataban de estabilizar el delirio mediante mecanismos como la re-represión, tenemos a Federn, de quien nos hablará Sara García, residente nuestra de psiquiatría, que nos explicará los puntos fuertes de este autor con una claridad pasmosa. Y entre la segunda

¹ Seguimos aquí lo elaborado por el Profesor Sauvagnat en: SAUVAGNAT, F. (1997), «Cuestiones actuales en las psicoterapias de las psicosis», en Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental (ed.), *La salud mental en los noventa. Clínica, práctica, organización. IV Jornadas de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental*, pp. 13-43.

generación de autores, aquellos que realizaban un abordaje terapéutico más arriesgado, más dramatizado, más activo, más interpretativo, tenemos a Fromm-Reichmann, Bullard, Searles, Rosen, Arieti, y otros tantos. De este último, nos hablará nuestro querido Pedro Brun, residente de psicología clínica, que ha preparado un trabajo extraordinario.

Si os parece, seguiremos este orden.

Tratamiento psicoanalítico de la psicosis de Max Müller¹

Adrià Casanovas

PIR. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Correspondencia: casanovasadria@gmail.com

Las concepciones más extendidas hoy en día sobre la psicosis, como la teoría lacaniana del Nombre-del-Padre, no se habrían podido elaborar sin una serie de trabajos psicoanalíticos previos que se orientaron hacia el tratamiento de la locura. En esta ponencia expondré brevemente un trabajo de Max Müller cuyo interés recae en que, partiendo de una síntesis de estos trabajos, elabora una clasificación de los tipos de cura que pudo observar en su práctica clínica.

SOBRE LOS MECANISMOS DE LA CURA DE LA PSICOSIS

Para hablar de los tipos de cura es necesario entender previamente la idea de Müller acerca de lo que esto supone en la psicosis. De acuerdo a una concepción de la salud orientada de forma sociobiológica, resulta patológico aquel proceso psíquico que supone una disminución de la capacidad de adaptación a las exigencias sociales. La cura sería, entonces, el retorno de un individuo a una supuesta normalidad. Sin embargo, en el caso de la psicosis, prácticamente nunca se observa la restitución completa de un estado previo al brote, y en caso de que se dé, es muy difícil descartar que

1. El presente escrito es un resumen y traducción de un artículo de François Sauvagnat donde el autor a su vez resume y traduce al francés las ideas básicas expuestas originalmente en lengua alemana por el psiquiatra suizo Max Müller, principalmente en su artículo "Ueber Heilungsmechanismen in der Schizophrenie" (1930). Todas las citas literales, por lo tanto, han sido traducidas por mí al español a partir de la traducción francesa de Sauvagnat.

este estado previo no supusiera ya una fase insidiosa de entrada en el proceso psicótico. Vemos entonces que resulta muy complicado definir el estado de normalidad en un psicótico, por lo que Müller decide dejar de lado los mecanismos externos que devolverían al sujeto su capacidad de adaptación social, para centrarse en los mecanismos internos al propio proceso psicótico, entendidos como tendencias de autocuración que pueden compensar la patología –también es cierto que en ocasiones estas tendencias fracasan, contribuyendo entonces a la “construcción secundaria” del cuadro mórbido.

Es necesario mencionar que el autor considera, siguiendo las ideas de Bleuler, que la psicosis –entendida como una laxitud de las asociaciones– se debe en última instancia a un proceso orgánico. Aun así, como éste resulta todavía inexplicable, se conforma con un punto de vista psicopatológico. Para él, entonces, el núcleo del proceso patológico consistiría en una regresión (en sentido freudiano) al estadio narcisista, y los síntomas esenciales de la psicosis serían la desvinculación (*détournement*) del mundo exterior, el autismo y la pérdida de realidad.

En este sentido, Müller define los mecanismos de autocuración como “todos los procesos que, de forma espontánea o provocada por estímulos exteriores, suprimen la regresión onto y psicogénica: la reconexión del contacto afectivo con el mundo objetal, la apertura a través del autismo, la supresión, el encapsulamiento o la represión de tendencias primitivas por una adaptación a la realidad, el dominio de las vivencias psicóticas primarias por las fases de organización más elevadas y su elaboración por el pensamiento lógico categorial –incluso si ello conduce a una sistematización del delirio–.”² En definitiva, el autor clasifica tres tipos de cura fundamentales:

1. La modificación de las relaciones con el entorno
2. La modificación de las vivencias psicóticas
3. Mecanismos de supresión (*répression* [*Verdrängung* en alemán])

2. SAUVAGNAT, F: “La question de la guérison des psychoses chez Max Müller”, en LABORATOIRE DE CLINIQUES PSYCHOLOGIQUES, *Les cahiers de Cliniques Psychologiques*, pp. 13-20 (p. 16)

1. LA MODIFICACIÓN DE LAS RELACIONES CON EL ENTORNO

Müller afirma que la ausencia de transferencia postulada por Freud en la psicosis no se verifica en todos los casos, aunque cuando aparece tiende fácilmente a adoptar formas persecutorias o negativas. El autor entiende la transferencia como un “encuentro con el objeto” (por lo que constituiría en sí misma un factor de la cura) y trata de precisar en qué casos puede tener una incidencia favorable, distinguiendo así dos posibilidades: una donde triunfaría la vertiente autista (lo que supondría un fracaso), y otra donde efectivamente el sujeto podría realizar una apertura a la realidad.

Müller ejemplifica la segunda alternativa con un caso donde el paciente sale de un estado catatónico y llega a criticar el delirio y las alucinaciones. Para fortalecer la relación terapéutica, incluso le invitó a su casa. En palabras del autor: “no era el hecho de hablar conmigo, sino mi presencia, mi casa, todas las cosas que me pertenecían, la atmósfera que me rodeaba, lo que hacía desaparecer casi instantáneamente las alucinaciones y lo liberaban de la catatonía y del ‘humor delirante’.”³ En la misma línea, cita las palabras de otro paciente, que se expresa de la siguiente forma: “Cuando estoy cerca de usted, una carga que pesa sobre mí se debilita... mientras que normalmente todo es negro, inseguro, oscuro, cuando estoy en contacto con usted las cosas son más claras, más plásticas, se mueven nuevamente, puedo captar la realidad de nuevo, los recuerdos vuelven”⁴.

De esta forma, partiendo de la idea de la “cura por la presencia”, Müller considera la transferencia como el medio privilegiado para abrir al paciente al mundo exterior a partir de una excepción: la relación transferencial con una persona particular. Esta relación, sin embargo, resulta particularmente frágil, puesto que depende de la inexplicable lógica del encuentro –algo difícil de definir a nivel teórico– y está sujeta a potenciales cambios hacia una relación de persecución. Añade, además, que cuando un psicótico mantiene permanentemente un contacto delirante con otra persona, este vínculo no favorece el contacto con el mundo exterior.

3. *Ibid.*, p. 18

4. *Ibid.*

2. LA MODIFICACIÓN DE LAS VIVENCIAS PSICÓTICAS

Müller presenta los mecanismos de autocuración bajo tres aspectos:

En primer lugar, la *racionalización* supone la modificación por sistematización de los contenidos de las vivencias psicóticas primarias. En palabras del autor, “se trata fundamentalmente de poner orden en el caos que ha irrumpido, de relacionar las nuevas experiencias extrañas con el conjunto de experiencias anteriores y de reconstruir la unidad fragmentada de la psique”⁵. Este mecanismo llevará, en ocasiones, a la prolongación del delirio y, en otras, a su corrección (al menos aparentemente).

En segundo lugar, la *elaboración pulsional* hace referencia a los casos en los que el sujeto, después de haberse alejado de la realidad y de los conflictos insoportables que ésta supone, acaba por encontrar mediante el delirio un compromiso entre las exigencias pulsionales y el mundo exterior. El sujeto mantiene un único núcleo delirante que le otorga una justificación para la satisfacción pulsional, sin que ésta deba ser rechazada y permitiendo que la realidad sea ampliamente reconocida.

En tercer lugar, la *autolimitación* parte del supuesto según el cual la conciencia de una pérdida de los límites entre el yo y el mundo exterior lleva al sujeto a recrear una limitación a su yo, una especie de equilibrio delirante. El resultado puede ser un simple apaciguamiento donde cesan los momentos fecundos y el sujeto convive de forma autista con el delirio crónico, o bien una deconstrucción progresiva del mundo delirante, sea por la adaptación a la realidad o por el aislamiento de los contenidos delirantes. Este mecanismo coincide en varios puntos con los mecanismos de supresión, descritos a continuación.

3. LOS MECANISMOS DE SUPRESIÓN

Hacen referencia a los mecanismos mediante los cuales el sujeto esconde o critica su delirio. Cabe destacar que aunque la crítica no sea genuina, ésta

5. *Ibid.*

puede constituir de todas formas un intento de cura. Estos mecanismos se pueden observar en diferentes situaciones.

En primer lugar, cuando el terapeuta trata de explorar los restos delirantes de un paciente estabilizado, éste manifiesta en ocasiones resistencias o se enfada como si quisiera mantener un secreto, temiendo recaer nuevamente en un delirio persecutorio. En estos casos el clínico se debe mostrar extremadamente prudente, puesto que con su curiosidad corre el riesgo de avivar el delirio de nuevo.

En segundo lugar, para Müller algunos de los síntomas de cronicidad, como el embotamiento afectivo, no deben entenderse como un proceso deficitario sino como un intento de cura, puesto que tratan de impedir el resurgimiento de la problemática pulsional que provocó el acceso psicótico.

En tercer lugar, en ciertos pacientes crónicos se observa un aislamiento del mundo delirante. En este caso no evitan recaer en el delirio pero muestran una indiferencia hacia sus contenidos, lo que permite cierta adaptación. Pueden, por ejemplo, entretenerse con sus voces cuando no son observados e interrumpir el fenómeno si es necesario.

CONCLUSIONES

Para Müller, en definitiva, el dogma de la incurabilidad de la psicosis queda en entredicho, y el tratamiento debe apoyarse en dos aspectos. Por un lado, la transferencia debe ser considerada como el denominador común de todas las maniobras terapéuticas, y la dificultad recae en saber cómo manejarla para evitar posibles virajes hacia una transferencia negativa. Por otro lado, hay que considerar la reticencia y el disimulo del paciente como un intento de cura que es necesario respetar, por lo que alerta sobre los esfuerzos por tratar a los psicóticos partiendo de los mismos principios que rigen la cura de los neuróticos. En este sentido, el tratamiento de la psicosis propuesto por Müller se opone a técnicas más activas y arriesgadas como el análisis directo de John Rosen, que dio lugar a numerosas críticas debido al empleo de interpretaciones con pacientes psicóticos.

Tratamiento psicoanalítico de la psicosis de Silvano Arieti

Pedro Brun

PIR. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Correspondencia: piabm@hotmail.es

Silvano Arieti (1914-1981), fue un psiquiatra nacido en Pisa y afincado en Estados Unidos por las leyes antijudías de la época. Allí estudió psicoanálisis, y fue alumno de Frieda Fromm-Reichmann.

Para Arieti la esquizofrenia, nombre que utiliza como sinónimo de psicosis, es una reacción, una defensa, un tipo de solución a la que acude el sujeto cuando ya no puede cambiar él mismo. El mecanismo al que aluden sus síntomas puede resumirse en un deterioro de la *actitud abstracta*. La ausencia de abstracciones previene contra la socialización ya que aleja la experiencia emocional relacionada con los símbolos verbales pertenecientes a la sociedad que le angustian¹. Personas que inspiren confianza, en una atmósfera de aceptación consagrada y esfuerzo para llegar al paciente, ayudarán a que abandone sus formas específicas e individualistas de vivir y que gane en propia estimación.

Al comienzo de la sesión psicoterapéutica, ningún obstáculo adicional debería interferir en el intento de establecer contacto con el paciente, así que la posición de acostado debiera evitarse. Además, esta posición propicia la tendencia a volver a formas arcaicas de pensamiento (“estaba oyendo mi ‘voz incorpórea’”²). No se aconseja la asociación libre por la elevada dispersión de pensamientos.

1. Cf. ARIETI, S. (1965), *Interpretación de la esquizofrenia*, Barcelona, Labor.

2. *Ibid.*, p. 365.

Debemos tomar la iniciativa y hablar de temas que no aumenten la ansiedad del paciente. Aunque más importante que el tema a tratar es la actividad general del terapeuta. “*El paciente debe sentir que se está haciendo un esfuerzo benevolente y sincero de llegar hasta él, sin pedirle a él nada*” (destacado en el original)³. Debe abandonar la sesión con el sentimiento de que se lleva algo, no de que algo ha sido tomado de él. Cada pregunta puede resultar una imposición, de la misma manera que un niño cree de un extraño que quiere hacer algo malo con él. Cuando el extraño deje de ser tal, la contestación será favorable. Sólo si el paciente percibe que se reconstruye su propia estimación continuará el tratamiento.

Con un paciente catatónico mutista no haremos ningún intento en hacerlo hablar, hay que respetar el deseo de silencio. Con hebefrénicos y paranoides es más difícil este acercamiento por lo intrusivo que resultan las preguntas. Así que al comienzo mejor no hacerlas o apoyarse en un médico general para que haga un primer examen mental. Es buena idea oír pacientemente siguiendo el tono general del pensamiento de lo que el sujeto dice aunque no se capte el contenido. Tampoco pretenderlo. No preguntar sobre los perseguidores o sobre cómo sabe que está ocurriendo algo extraño. Con pacientes paranoicos verborreicos que hablan sistemáticamente del mismo complejo delirante hay que ejercer presión para que hablen de otra cosa. Esto es, capacitar a los pacientes a que expandan su interés.

La actitud de fogosidad, amabilidad y consideración es muy indicada, a excepción de que los padres del paciente sean aparentemente así, que debería mantenerse una actitud reservada.

“El miedo a la falta de comunicación puede ser experimentado mucho más por el terapeuta que por el paciente”⁴. Ocurre de dos maneras: como amenaza de nadería, cuando el terapeuta debe aceptar temporalmente que no hay contenido en lo que dice el paciente y como amenaza de significación, cuando siente que hay un significado que se le escapa. Este significado inefable no es una intuición real.

3. *Ibid.*, p. 366.

4. *Ibid.*, p. 369.

El problema de los esquizofrénicos no es en absoluto el de comprender o no nuestro lenguaje común sino el de confundirlo y dar un significado especial a lo que decimos. Este deterioro en el intercambio de significados queda compensado por la incrementada sensibilidad a la comunicación no verbal. Funciona como en el campo del arte, un pintor no sabe que está pintando hasta que ve cómo reacciona la gente a sus cuadros y descubren el sentido que han querido expresar.

El terapeuta debe analizar su sentimiento por el paciente al comienzo del tratamiento. Si es de empatía e interés establecerá un contacto importante con él. Los esfuerzos por combatir u ocultar sentimientos no tienen valor ninguno, el paciente los percibirá de todas formas. Si el sujeto siente que fue capaz de llevar un mensaje al terapeuta sin haber tenido que presionar ni formular demanda ninguna se ha conseguido mucho.

Aceptar el sistema delirante del paciente da resultado sólo en ciertos casos. Debemos recordar que siempre hay una parte del paciente, no importa lo pequeña que sea, que no acepta la psicosis. Hay que confiar siempre en esa parte. Ante nuestras disposiciones negativas de ánimo informar al paciente, sin negarlas, de que no tienen ellos nada que ver. Podría malinterpretarlos y reaccionar como un niño que ve preocupado a sus padres.

El psicoterapeuta debe sentir inquietud ante el fracaso de la cura, “toda la escala de emocionalidad debe estar disponible a su rápido mando... debe creer en su propia omnipotencia”⁵. No debería ser sorprendido nunca en un acto que el paciente le haga desconfiar de él. Nunca debe aparentar amor o amistad cuando sienta algo distinto por el paciente. Es esencial que se muestre convincente, interesado y amable, que logre comunicar su fuerza y rectitud. La contratransferencia debe ser similar a los sentimientos que un buen padre tendría para con un niño muy perturbado. Se debe compensar el tremendo déficit de amor que el paciente experimentó en el comienzo de su vida.

En la recuperación de los esquizofrénicos, a menudo debemos borrar las posibilidades de que surjan síntomas, evitando situaciones en las que son

5. Arieti toma esta cita de EISSLER, en *Ibid.*, pp. 376-377.

fáciles que se presenten. Estas situaciones pueden ocurrir dentro de su propia familia, así que si esto causa sentimientos perturbadores que puedan bloquear los esfuerzos de la terapia, mejor no vivir un tiempo con ella.

A veces la aproximación genera hostilidad en el enfermo, y él quiere en cualquier caso ser quien repudie o hiera. La hostilidad puede convertirse en pruebas que el paciente esgrime para comprobar la fidelidad del terapeuta. Si se mantiene el sentimiento de confianza, la hostilidad decrecerá. El esquizofrénico no se atreve a tener sentimientos de amistad y falsea cualquier actitud que se le parezca, la intención se vuelve malévolas o la convierte en actos sexuales incitados por el terapeuta. Esta sexualización debe ser tomada como un símbolo concreto de lo que en verdad se quiere: amor y confianza.

La atmósfera de amabilidad y cordialidad no debe degenerar en una actitud de extrema solicitud sofocante. Aunque el enfermo necesita tanto cuidado y comprensión como un niño, no lo es, y estas actitudes agravan la parte adulta que hay en él. El terapeuta es una persona que puede cuidar de él, no tener cuidado de él. No es el padre autoritario y permite una gradual expansión de la personalidad del paciente como entidad separada, la relación debe abrirle nuevos horizontes, remarcándose siempre las diferencias con las antiguas relaciones parentales más que las similitudes. Debe quedar claro que el terapeuta no es omnisciente, ni tiene todas las respuestas, y aún así puede ayudarle. Y él paciente aunque en consulta no encuentre respuestas a todo, podrá salir adelante porque muchas de esas preguntas ya no le harán tanto mal.

La dificultad y el requerimiento del trato con el esquizofrénico puede hacer necesario recurrir a un ayudante, ya en la mayor parte de los casos en nuestra vida necesitamos dos relaciones interpersonales. Ese ayudante será alguien que esté siempre allí, también físicamente, y que comparta en una atmósfera de aceptación fogosa la vida del paciente. No hace falta haber sufrido un psicoanálisis para acompañarle, las personas bien centradas, de personalidad expansiva e irradiante pueden hacer bien su trabajo. Aquí hace un guiño Arieti a enfermería, destacando las ideas expresadas por Peplau.

El enfermo quiere que se le den tareas. Arieti cuenta que en los pabellones traseros del frenopático, durante la guerra, los enfermos ayudaban en las la-

bores de organización. Como era un trabajo voluntario se adaptaban a la capacidad del paciente y lograba aprobación y trato preferente, lo que aumentaba su estimación. En este pabellón, ocurrían más altas. Los esquizofrénicos tienen más voluntad artística de lo normal, es algo a animar, pero nunca se deben tomar estas expresiones con pretensiones diagnósticas.

El paciente tiene que convencerse de que ha mejorado por sí mismo, y que este progreso le libertará, ya no más dependencia, nunca más obligado, para no sentir temor de la propia mejora. Si es así y existe confianza, paulatinamente los criticismos no serán tomados ya como denegaciones totales a su persona. La imperiosa necesidad de dependencia puede producir temor del paciente ante su propio progreso, por el sentimiento de consecución. Hay que preparar a los pacientes para las vacaciones o ausencias, incluso manteniendo algún contacto durante ellas, si está en la etapa inicial de tratamiento. Algunos pacientes incluso tomarán la iniciativa de no seguir, porque la relación puede recordarle las situaciones negativas y el sufrimiento que ha vivido.

Nada puede reemplazar la experiencia del terapeuta, para Arieti el tratamiento de la esquizofrenia es más un arte que una ciencia.

El tratamiento psicoanalítico de la psicosis de Paul Federn

Sara García

MIR de Psiquiatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Correspondencia: saragarcia14@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la locura siempre ha supuesto un gran interrogante en la comunidad médica y psiquiátrica. Desde los primeros alienistas, pasando por las diferentes generaciones de psicoanalistas hasta el momento actual, las orientaciones y el manejo de la locura han ido transformándose de manera casi radical. Sin embargo, probablemente asistimos a un momento donde se retoman las viejas enseñanzas de algunos de los pioneros en el tratamiento de la psicosis. Concretamente me gustaría retomar el trabajo de un hombre célebre por sus descubrimientos, aunque algo olvidado hoy en día. Se trata del austriaco Paul Federn quien nos dejó varios trabajos acerca del tratamiento analítico con los locos.

Federn comenzó a tratar a pacientes psicóticos en 1905 y en más de una ocasión tuvo la oportunidad de comentar su experiencia con Freud. A pesar de ser uno de los primeros médicos psicoanalistas en explicar la importancia de la transferencia con este tipo de pacientes, no fue hasta 1943, cuatro años después de la muerte de Freud, cuando publicó su primer artículo “El psicoanálisis de los psicóticos”, donde explica el tratamiento realizado con una paciente. Con posterioridad publicó otra serie de artículos estableciendo paulatinamente un método único y pionero en la sociedad del momento¹.

1. Cf. PALOMERA, V. (2014), *Pioneros de la psicosis*, Madrid, Gredos.

1. LA TRANSFERENCIA ANTES DE FREUD

Una de las primeras observaciones que realizó este médico vienés estaba apoyada en el trabajo de otros compañeros, en concreto, de los errores que a lo largo de la historia se habían producido en el diagnóstico y tratamiento. En primer lugar, criticaba a aquellos que limitaban el tratamiento exclusivamente a las medidas físicas, esperando resultados milagrosos o tirando la toalla alegando con total indiferencia que tal afección se debía a causas endógenas. Tal es así, que existe el testimonio de un paciente de la época quien acabó padeciendo de un estado catatónico y que se quejaba de que su analista se quedaba pasivo escuchando sus ideas erráticas cada vez más delirantes sin realizar ningún tipo de intervención en el campo de la palabra.

En el otro extremo, se encontraban los entusiastas, aquellos médicos sacrificados a la investigación y con una ambición narcisista de conocer todos los detalles concernientes a la vida del paciente. Algunos, como Otto Gross, enloquecieron. Eran los inicios del psicoanálisis, el gran “boom”, todos querían probar el innovador método del Dr. Freud, por supuesto, no sin consecuencias, ya que el método había sido aplicado con éxito sólo en los pacientes neuróticos.

2. LAS PSICOSIS LATENTES

Así, cuando Federn comenzó a analizar psicóticos todo el mundo se llevó las manos a la cabeza, puesto que existía la creencia de que no se podía analizar a estos sujetos ya que la transferencia era inestable.

Por ello, uno de los principales aspectos en los que trabajó durante su trayectoria el Dr. Federn, fue detectar precozmente aquello que él llamaba “psicosis latentes”, sujetos “como si” o “psicosis normalizadas” como las conocemos hoy en día. Es decir, esquizofrenias de apariencia neurótica, en las que se iniciaba el tratamiento estándar o tradicional, con resultados asombrosamente buenos en un escaso periodo de tiempo. Tras esto, acontecía el desencadenamiento manifiesto. Esto llamó su atención y lo comentó con su mentor, el Dr. Freud, quien añadió que “por más que no se lograra el éxito con la neurosis, tal vez debamos proteger al paciente del

estallido de la paranoia”². Por ello “los analistas deben aprender a no provocar psicosis latentes y, más aún, a impedir que una psicosis sea el estado terminal de una neurosis”³.

3. LA TRANSFERENCIA Y EL MÉTODO

Sin embargo, Federn observó que sí se podía establecer una transferencia aunque con diferencias importantes con respecto al tratamiento con neuróticos:

En primer lugar, no se debe tumbar al paciente en el diván puesto que ya existe suficiente material inconsciente y no se precisa de la asociación libre. Como decíamos, no se trata de escuchar pasivamente todo lo que nos dice el paciente, como tampoco se trata de interpretar el material reprimido ya que la propia psicosis ha sacado a la luz una cuantía excesiva de inconsciente, es decir al no existir material inconsciente reprimido, la interpretación se hace innecesaria. He aquí una de las grandes diferencias: mientras que en las neurosis procuramos liberar el material reprimido, en las psicosis procuramos reprimir el material liberado, o lo que es lo mismo, crear una re-represión.

Por otra parte, uno de los puntos clave en el tratamiento es mantener la transferencia positiva e influenciar al paciente haciendo que tome el control de sus reacciones psicóticas ayudado por su propia comprensión. Para ello es indispensable un trato con amabilidad, sinceridad y comprensión evitando las sonrisas de superioridad o desdén, subestimar al paciente dándole pequeñas palmaditas en la espalda, engañarle con mentiras “piadosas” o inculparlo o amonestarlo severamente. Al contrario, debemos exigir que su personalidad sea respetada y que se permitan ciertas concesiones. Es decir, debemos de ser flexibles e incluso autorizarles a que vengan en horarios distintos si así lo precisan.

2. FEDERN P. (1984), *La psicología del yo y las psicosis*, Buenos Aires: Amorrortu, p. 148.

3. *Ibid.*, p. 152.

Sin embargo, tenemos que tener en cuenta que la transferencia en algún momento puede flaquear, es ahí donde debemos contar con la ayuda de la auxiliar. Pero “si no existe transferencia positiva nuestra influencia sobre el paciente se acaba y debemos enviarlo a otro médico para completar su tratamiento”⁴. Del mismo modo, si nos vamos a ausentar durante un tiempo, hay que prepararlo para la interrupción, o bien presentarle a otro psicoanalista. Es decir, es preciso mantener en el tiempo algún tipo de transferencia puesto que “le proporciona una ayuda directa, en la medida en la que aumenta su interés por los objetos y aparta la libido de un narcisismo exagerado”⁵. Por esta misma idea podemos considerar que la identificación al analista puede ser positiva.

4. NO FORZAR AL PACIENTE

Uno de los puntos clave en los que insistía Federn era, por supuesto, en no forzar al paciente. Abandonar pues, la provocación de la neurosis de transferencia puesto que existe el riesgo de provocar una psicosis donde el analista se convierte en el perseguidor. Para él la responsabilidad del analista es no tornar más psicótico aún al paciente. Entonces, ya no se trataba de que los pacientes sirvieran al clínico para realizar la historia clínica completa, sino que nosotros debemos estar al servicio de lo que la clínica pide en el momento. Por tanto, no es necesario realizar una anamnesis exhausta ni recordar estados pasados de la infancia ya que los mismos pacientes se niegan. Ello en gran parte se debe a que mientras en la neurosis se trata de sacar al consciente el material reprimido, en la psicosis el inconsciente se encuentra a cielo abierto, es decir, no existe represión y por lo tanto no hay lugar a la interpretación puesto que no existe ningún material oculto que revelar. Se trata entonces de la operación contraria, re-reprimir, volver al inconsciente aquello que no debe salir a la luz en la consciencia.

Así, mientras puede ser beneficioso reducir los sentimientos de culpa y los temores, es preciso dejar intactas las defensas que el paciente ha ido elaborando

4. *Ibid.*, p. 169.

5. *Ibid.*, p. 194.

como las fobias, la disminución de la actividad e incluso un menoscabo en su posición social, las cuales cumplen una función necesaria en la homeostasis del paciente. “Un buen terapeuta respeta las defensas y las apoya”⁶. Así, en el análisis de este tipo de pacientes debemos abandonar la meta de un análisis perfecto y la esperanza de una cura completa y en su lugar debemos alegrarnos de que puedan retomar su vida activa sin remanente de psicosis o lo justo para poder volver a su actividad cotidiana.

A pesar de respetar las defensas de apariencia neurótica, Federn se muestra activo en la terapia afirmando que el razonamiento tiene escasos efectos terapéuticos pero que si la misma explicación la da el analizado tomándola de su propia experiencia, ella tiene un valor curativo. La labor del terapeuta será entonces traducir junto a él esas erupciones del inconsciente una tras otra presentándole la realidad genuina por oposición a la falseada. Es decir, utilizar en el tratamiento las partes del yo que siguen distinguiendo pensamiento de realidad. Pedirle que de detalles de sus argumentos, introduciendo la duda sin forzarle a que lo acepte. El objetivo es hacerle comprender al paranoico que pese a ser veraz, puede estar sumamente equivocado. Al final de la sesión propone pasar al consultorio al auxiliar y con la participación del paciente repetir los problemas sacados a la luz de la sesión y las soluciones a las que llegó. Como vemos, el objetivo no es brindar asistencia a ciegas, sino saber de qué manera tratar los casos graves y los leves fundándose en una teoría.

5. LA FAMILIA Y EL CUIDADOR AUXILIAR

Si bien es cierto que el papel del terapeuta es fundamental, podemos observar cómo los factores externos influyen de forma sustancial en la psicosis. Es importante que exista una persona interesada en el paciente durante y después del psicoanálisis. Para Federn si no existe un cuidador la psicosis no se cura. Además la función de la familia es indispensable o, en su caso, de alguien que ocupa su lugar y afirma que ningún paciente puede ser curado a menos que sus familiares así lo deseen, y mucho menos puede serlo si la familia siente

6. *Ibid.*, p. 199.

hacia él un miedo consciente o inconsciente. Sin embargo, a pesar de que debemos contar con su indiscutible ayuda, es importante no alienarse a ellos, es decir, si fuera preciso tomar partido, ponernos del lado del paciente para impedir que pueda vernos como un enemigo o perseguidor.

Así mismo, Federn defiende la importancia de la ayuda de una auxiliar femenina, que sirve de refugio al paciente cuando la transferencia se vuelve incierta, una mujer generalmente con formación sanitaria y psicoanalítica que acompañe en el proceso. En su caso, fue la enfermera Gertrud Schwing, quien fue su discípula y acompañante terapéutica durante años y quien publicó con posterioridad varios artículos en relación a los tratamientos que ambos habían aplicado a sus pacientes. Los resultados fueron tan fascinantes que enunció en más de una ocasión que se precisan para el tratamiento muchos más psiquiatras que los actuales, así como muchas más enfermeras y auxiliares con formación psicoanalítica.

6. EL TRATAMIENTO FÍSICO

Es un tratamiento accesorio y no necesario, sino complementario. Incluso Federn llega a alegar que “todo analista sabe que los pacientes deben evitar las drogas en el curso del tratamiento, y que ningún paciente puede considerarse curado si retoma el uso habitual de drogas luego del análisis”. Sin embargo, alega que “no podemos detener dicho hábito en los pacientes que no están aún curados ya que el hábito mismo demuestra que aún no se ha alcanzado una suficiente restauración del yo”⁷. En este mismo sentido, defendía que los pacientes debían de recibir tratamiento en su propia casa y evitar en la medida de lo posible la internación.

CONCLUSIONES

Como podemos ver, muchas de las premisas en las que nos apoyamos hoy en día para tratar con los locos, ya habían sido observadas previamente por

7. *Ibid.*, p. 148.

esos primeros psicoanalistas, aquellos que, sin conocimientos teóricos previos tuvieron que cometer infinidad de errores para poder conocer mejor cómo manejarse con estos pacientes. Bajo mi punto de vista, nuestro paso por la residencia no hubiera sido el mismo sin los conocimientos que nuestros maestros nos han enseñado en los distintos seminarios. Sin duda, han sido una luz en el camino y nos han enseñado la importancia del estudio junto con una práctica ética y humana. No obstante, las enseñanzas de estos primeros psicoanalistas nos instan a la prudencia sin pasividad, a no dar por supuesto lo establecido y a respetar el tiempo necesario para comprender.

“Psicosis: Hors de piste”

Adolfo J. Santamaría

Hospital Provincial de Castellón.

Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana.

Correspondencia: adolfosantamaria6@gmail.com

Buenas tardes,

Quisiera realizar una breve introducción a la mesa que voy a coordinar y que hemos titulado “Psicosis: Hors de piste”.

El título viene a cuento de los terrenos que en ocasiones atravesamos fuera del carril, del camino, de la pista. Si hay un carril que podría parecer plausible, hasta claro y distinto, como las ideas, este podría ser el registro de lo simbólico. Como aprendemos de Freud y luego Lacan subraya en su obra –sobre todo en la primera parte de esta– el simbólico, con su significante primero en sus funciones de “nombre del padre” permite dar alojamiento a ese goce que es Otro y que en el caso de la psicosis, por el contrario, circula fuera de sentido, “hors de piste”, haciendo del sujeto un “mártir” de su propio inconsciente.

Este “hors de piste” nos sugirió tres cuestiones en el funcionamiento en la psicosis. En primer término, algo que llamaré intuición en la institución. ¿Cómo abordar la psicosis y el trato con los psicóticos en un lugar donde los cauces, carriles, programas se presentan ante nosotros como un no más allá? ¿Cómo ir más allá de una posición higienista y primaria del trato con el sujeto que tiene como objetivo la cumplimentación de sus necesidades básicas? ¿Cómo trabajar más allá de la consolución farmacológica de olanzapinas, risperidonas, clozapinas...?

Se impone otro modo, un fuera de pista, alentado por el deseo decidido... que no tiene que ser confundido con ninguna orientación “antipsiquiátrica”

como de hecho nos sucedió en la presentación de una estrategia de cura basada en la conocida “práctica entre varios” (*a plusieurs*)

Pero si esta primera observación, quiere ser un interrogante frente al dentro de pista de la institución, cabe interrogarse por las razones de estructura que nos brindan la posibilidad de un “hors de piste” en el trato con los sujetos psicóticos. Por lo dicho anteriormente estamos de acuerdo con la consideración de la psicosis como un “hors piste” un fuera de discurso, que instaura, no obstante, en algunos casos, la posibilidad de una construcción del lenguaje que permitirá al sujeto el establecimiento de un vínculo –atemperado- con el Otro procurando cierta pacificación de ese goce que señalamos.

Fuera del campo de la psicosis tenemos algún ejemplo clásico de cómo un sujeto, por intermediación de un síntoma, pone ese goce a buen recaudo en el seno de su propio síntoma. Eso podemos leer en el “Pequeño Hans”: cómo el síntoma fóbico que genera le pone en la “pista” y cómo el goce que deviene del órgano es articulado a través del objeto fóbico –el caballo/mancha negra– “Juanito” a través del síntoma puede organizar ese goce del cuerpo, extraño e independiente, recuperando algo de la homeostasis y dejando, de alguna manera, a salvo su narcisismo, aunque ello le implique no pocos costes.

El psicótico no entra en este juego significativo, en este fuera del cuerpo, en este desplazamiento, y permanece pegado a su propio cuerpo como objeto de sí mismo. Se encuentra “hors de piste”, fuera de la pista simbólica o al menos con una fragilidad en este registro que le dificulta la interrogación por su propio ser en relación con el Otro.

Esta razón de estructura no nos deja otro recurso que el “a tontas y a locas” que titula nuestro encuentro en esta Jornadas. Fórmula que permite escuchar algo de ese goce narcisista, no dialectizado y estásico que habita al sujeto.

Quiero terminar esta breve introducción con dos pequeñas, pero no menores, intervenciones de Lacan que distan entre ellas nada menos que cuarenta y tres años. La primera la pueden encontrar en un texto de 1932 donde presenta su tesis doctoral y donde nos advierte: “cuando traten con

los psicóticos, indiquen que no traten de asociar... déjenles que hablen a “*bâtons rompus*”. La segunda, cuarenta y tres años más tarde, en el Seminario 23 “*El sinthome*” señala: “Después de todo no es seguro que lo que digo de lo real sea algo más que hablar a tontas y a locas”.

Este es el “hors de piste” que nos permite rodear algo de lo real... por ello se trata de hablar... pero sobre todo de dejar hablar, dejarnos hablar, si es que queremos que algo de ese real sea tocado y permita cierta construcción sinthomática.

Gracias.

Pedro Vicente Canut Altemir

Psiquiatra. Unitat d'Ingrés a la Comunitat.
Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Correspondencia: pedro.canut@gmail.com

Yo soy un producto del Villacián. Aparecí por Valladolid hace 25 años y me encontré con una gente que se dedicaba a los locos con la misma pasión por la que algunos de éstos acabaron con sus huesos en el psiquiátrico. Gustaban de escuchar sus decires fuera de norma y encontraban que había una enseñanza en ellos. Había locos egregios que dictaban cátedra y los residentes nos quedábamos embelesados con su desparpajo. Algunos sabían sacar provecho de esa fascinación que generaban y nos tomaban no poco el pelo.

Colina y Álvarez, pero también Esteban, Ortiz, Espina, Susperregui, Madariaga, Velasco y muchos más, formaban lo que en aquellas épocas se llamaba un colectivo. Había mucho entusiasmo y romanticismo, o así lo recuerdo yo, y mucha libertad de acción.

De ellos empecé a oír hablar de psicoanálisis, del inconsciente y de las pulsiones, del pecho malo, de la forclusión y de los arquetipos, de la gestalt, de los estados alterados de conciencia... una mezcla de información que no era solo epistemología. Los residentes de hoy me envidian cuando se lo cuento.

Pero todo aquello me incomodaba demasiado como para pasar de largo o pasarlo por alto, y me fue calando hasta llegar a los huesos. Tardó unos años en manifestarse su efecto. Fue en Barcelona, un día de guardia solitaria en un psiquiátrico que no me recordaba nada al Villacián, donde tomé conciencia de la vulgaridad e insignificancia de la vida del que ya tiene un encaje en el engranaje. Y comencé un análisis que me devolvió algo de la alegría perdida.

Una frase ambigua de Lacan flotaba en el ambiente desde el principio: “un análisis termina siempre con un analista”. Y terminó, finiquitó, con el analista que yo había pensado que era, el de largos silencios en la consulta, de pose interesante y de neutralidad afectiva pétrea, el de pocas palabras y menos explicaciones, el sujeto-supuesto-saber autoproclamado, el que pretende, en suma, ocupar el lugar del Otro.

Óscar Ventura lo explica en su propio testimonio del pase: “*¿Es totalmente pesado estar en el lugar del Otro! La liviandad de salirse de ese lugar para la práctica es fundamental*”... “*Porque uno puede tener la idea, puede estudiar, lo puede saber teóricamente, pero hasta que eso no se encarna verdaderamente, la episteme es como una especie de vacío, es un entender sin encarnar.*”

Y curiosamente surgió un personaje más amable y menos rígido, animado por un deseo decidido de analista. “El deseo del analista no es el deseo de ser psicoanalista” (J.Lacan), en cierto modo son términos antinómicos.

Otra frase de Lacan me dio no pocos problemas de orientación, una frase que en realidad toma de la Biblia: “No se puede servir a dos amos a la vez” (Mt. 6, 24-34, haciendo referencia a Dios y a las riquezas). El mundo psiquiátrico en el que me he movido en Barcelona ha sido especialmente contrario al psicoanálisis, incluso abiertamente hostil. Ha sido un tortuoso periplo el encaje de un psicoanalista lacaniano en una institución total y en un sistema sanitario en el que las coordenadas de productividad y gestión prevalecen y vienen dadas por las exigencias de la biopolítica aferrada al capitalismo salvaje.

Está muy marcada por mi fantasma esa tendencia a la extimidad de los grupos a los que supuestamente pertenezco, de esquiar fuera de pista aún a riesgo de romperme algún hueso.

Los muchos años de psiquiátrico amenazaban con cronificarme como psiquiatra, los hábitos manicomiales tenían una envoltura de discurso moderno que se escribe con términos como el Tratamiento Involuntario, la locura evaluadora de los protocolos médicos y los registros de enfermería, el recurso tramposo a los comités de ética, la lucha contra el estigma de cara a la galería, los programas de prevención de suicidio de carácter propagandístico, los programas de supuesta calidad asistencial, etc. El autoritarismo científico impera a sus anchas, basando su argumentación en la

tan cacareada evidencia, en nombre de la cual he llegado a escuchar en un foro de psiquiatras de alto impacto que es negligencia médica no usar la terapia electroconvulsivante como primera elección en unidades de agudos... Todo en beneficio del paciente pero sin contar con él. Sé que no descubro nada, y menos en este foro de la Otra Psiquiatría, pero también sé que el plan urdido, y que funciona de manera implacable entre los de nuestra profesión, es que lo que hace no mucho parecía una aberración, hoy nos resulta menos incómodo de aceptar y dejará abierto el camino a una vuelta de tuerca más aunque solo sea por el desgaste de los significantes, rápidamente sustituidos por otros cada vez más vacíos y eufemísticos.

“*Para utilizar **Laciencia** como modo de dominación, el discurso del amo actual transforma las ciencias en una totalidad. [...] El discurso del amo garantiza lo verdadero mediante la ciencia. Hoy, la verdad habla ciencia. [...] Pero este lugar del significante-amo le hace perder lo real que pretende dominar, lo real del goce, y transformar la verdad en sentido.*” (Marie- Hélène Brousse. Realismo).

En este entorno y viniendo del Villacián, donde habíamos aprendido a escuchar locos y a hacerlo desde una posición “tonta”, de sujeto-de-escaso-saber, mi conflicto íntimo amenazaba con generarme un estado de enajenación iracunda o de inoperancia sumisa. Hacerme responsable de esa posición y sintomatizar el conflicto, poniéndolo a trabajar para transformarlo en algo útil (M. Bassols, entrevista por Mario Goldenberg, redpsicoanalitica.com) me permitió salir de ese impasse entre el trastorno y el victimismo.

La función de un psicoanalista está indisolublemente unida a un acto. La “acción lacaniana” está orientada por una clínica de lo real y por una política del síntoma. Así que, una vez aclarado mi deseo y despejado el camino lleno de inseguridades y dudas del neurótico que sigo siendo, se trataba de buscar la manera de actuar a lo lacaniano dentro de un entorno que forcluye al sujeto. La encontré en un dispositivo de nueva apertura (diciembre de 2010), con perspectivas poco halagüeñas por lo incierto de su viabilidad en época de crisis, con una filosofía asistencial basada en el respeto a la libertad de elección, pero con todo el método de aplicarla por definir. Se trata de una unidad de ingreso comunitario (UIC), abierta y voluntaria, en un barrio deprimido de Hospitalet de Llobregat, a unos 500 metros de un Club del cannabis, al lado de los Mossos d' Esquadra y en frente de un polideportivo

municipal y de un parque de bomberos, de 35 usuarios en habitaciones dobles y con una ratio de personal más bien escasa. Era mi primera incursión en lo comunitario y mi primer acto psicoanalítico plenamente consciente y decidido dentro de la institución en la que trabajo.

La UIC tiene una filosofía asistencial comunitaria. (UNIDAD DE INGRESO...) Está concebida como un contrapunto al concepto de *ingreso* hospitalario cerrado tradicional, pero también aprovecha otra de las acepciones del vocablo (...INGRESO EN LA COMUNIDAD): inserción o entrada en la comunidad, en el grupo social del que algunos han sido extraídos-segregados. No es un dispositivo cuyo interés especial radique en lo terapéutico (aunque no nos duelen prendas en utilizar todo el arsenal de métodos de apaciguamiento del goce que estén a nuestro alcance siempre que no acaben por anular al sujeto y su deseo), sino en su capacidad de integración en el amplio sentido de la no discontinuidad al que hacen referencia Álvarez y Colina en su artículo "*Sustancia y fronteras de la enfermedad mental*" cuando hablan de un modelo que "da preferencia al enfermo sobre la enfermedad".

Pero también es integrador en lo referente a los profesionales que la integran, con orientaciones doctrinarias y corpus teóricos de lo más variado que son capaces de poner al servicio del mínimo objetivo común: una convivencia suficientemente respetuosa con la particularidad del otro.

La administración tiene dificultades para encasillarnos a la hora de facturar nuestra actividad y etiquetar el dispositivo, ora como subagudos, ora como hospital de día... lo que demuestra un cierto lugar de *inclasificable* que impregna la esencia misma de la UIC y nos impone la necesidad de inventar constantemente para responder a esa especificidad de cada sujeto. La administración no se siente cómoda en este terreno de indefinición, por lo que intenta encorsetarnos con normativas restrictivas y protocolos de intervención para homogeneizarnos con los otros dispositivos existentes: son 90 días de estancia, unas 145 altas al año, con penalización por los reingresos anteriores a 90 días o por derivaciones de urgencia a unidades de agudos; tuvimos que colocar cámaras de vigilancia y cumplir unos estándares de seguridad, permitir las auditorías de todo tipo para cumplir los estándares de calidad. Nos las tenemos que arreglar para no ser demasiado invasivos de la intimidad de los que, aunque por un breve espacio de tiempo, hacen de aque-

lla su casa... El Otro de la evaluación que no queda nunca satisfecho, pero al que hay que complacer en lo formal para que se crea obedecido.

"Una cosa es hacer semblante y pensarlo, estar advertidos de ello, y otra muy distinta es encarnarlo". (Óscar Ventura, entrevistado por Marta Berenguer).

La UIC funciona con una orientación lacaniana a consecuencia de la presencia de un psicoanalista lacaniano entre sus miembros y porque existe una voluntad decidida de tener presente la clínica psicoanalítica según los preceptos que se desprenden de los textos de Lacan. Si esto se dijera en el lugar equivocado, tendríamos problemas de supervivencia. Pero cumplimos con los números, con los controles de calidad, con los estándares marcados, salimos bien retratados en las encuestas de satisfacción de los usuarios y no tenemos un elevado número de incidencias centinela (terminología de gestión). A cambio, tenemos cierta posibilidad de hacer según un estilo.

"La disolución de los estándares analíticos que Lacan promovió, ha permitido que el psicoanálisis sea una práctica donde el método y la técnica se adaptan al usuario, y no al revés. Cada paciente constituye un desafío. Hay que inventar para él el dispositivo de encuentro que convenga a su singularidad. Eso quiere decir que debe ser compatible con su condición social, sus ingresos, o su modo de gozar. No cobramos tarifa única, como el taxi o la gasolina. Ni exigimos cultura para emprender un análisis. Solo exigimos el requisito de un síntoma, es decir, que vengan a pedir ayuda para quitarse de en medio esa porquería que les importuna la vida. No es mucho pedir. Cada uno pagará por eso lo que pueda". (Todo el mundo es loco: Jacques-Alain Miller según Gustavo Dessal. Entrevista de Pablo E. Chacón en Télam).

La sola presencia de un psicoanalista no es suficiente para convertir un servicio/dispositivo en psicoanalítico, a no ser que haya algo de la transmisión de esta manera de hacer entre los demás miembros del equipo multidisciplinar, algo también de la transferencia-entre-ellos. Digamos que esta función "formativa" se lleva a cabo de forma subliminal en las reuniones de equipo, en las presentaciones de casos, en las supervisiones de sesiones grupales, en las mismas indicaciones sobre el manejo de situaciones concretas... otorgando al que la quiere capacidad de decisión y reduciendo al máximo la jerarquización de los estamentos. *"Es una educación por la transferencia, muy distinta de la sugestión"* (M. Bassols).

Funciona según el modelo que M. Bassols llama bottom-up. Se trata de que los miembros del equipo se autoricen a hacer intervenciones/invencciones dentro de su ámbito de actuación que no por espontáneas deben dejar de ser asumidas como propias en su dimensión inconsciente y en las consecuencias que se deriven. Lo que implica que se desempeñan bajo una ética de las consecuencias.

Todo esto se manifiesta en la atención del día a día porque se trata de una clínica bajo transferencia y porque esta transferencia es en red, es decir, está repartida entre los distintos profesionales que atienden a cualquier usuario, que es quien elige a sus verdaderos interlocutores, más allá de que haya unos que se designan como terapeutas. El privilegio de ser el escogido por un paciente para depositar sus decires no se alcanza por titulación.

“En una institución transferencial en red no hay Otro del Otro que diga su sentido, no hay un metalenguaje de la transferencia que pueda interpretarla desde un significativo amo exterior. Cuanto más se empuja la acción y la interpretación en este sentido, más se confunden transferencia y sugestión. Es el peligro, por otra parte, del discurso del psicoanalista en la acción social y en el propio seno de la institución analítica: confundirse con un supuesto metalenguaje de la transferencia que podría decir su sentido. El analista no es el metalenguaje de la transferencia, como supusieron algunos analistas post-freudianos al hacerse portadores de la verdad de la interpretación de la transferencia. Es por eso mismo que Lacan sostuvo que el verdadero agalma de la experiencia analítica, y de la institución de la transferencia, no es el analista sino el analizante”. (M. Bassols, La Acción Lacaniana, II Encuentro Elucidación de Escuela: La acción Lacaniana de la ELP en lo social).

Y Miquel Bassols también nos da una fórmula como guía posible para un trabajo en instituciones a partir del psicoanálisis:

“... dejar vacío el lugar del objeto de la transferencia en la red institucional, esto es, propiciar en ella la función del sujeto supuesto saber pero sin identificarse con él.” (M. Bassols, La Acción Lacaniana, II Encuentro Elucidación de Escuela: La acción Lacaniana de la ELP en lo social).

Ni todos los usuarios aceptan ser atendidos bajo transferencia, ni todos los trabajadores de los distintos turnos se integran en esta dinámica. Nada que objetar al respecto, dentro del máximo respeto al deseo de cada uno, al menos al deseo

expresado. Pero la mirada psicoanalítica no puede ser tampoco eludida, lo cual otorga cierta amplitud de visión y la posibilidad de poder influir con argumentos psicoanalíticos en decisiones que no consideran el inconsciente.

“(En este sentido,) la enseñanza de Lacan –no sólo la última, también la primera y la del medio– estuvo siempre impregnada de esta exigencia clínica: nunca le bastó con el hecho de que el psicoanálisis sea eficaz; esa eficacia, además, debe ser elucidada, de ella hay que dar razones. De lo contrario, el psicoanálisis no se distingue de la magia o de cualquier esoterismo”. (El último Lacan y sus nudos. Entrevista a Fabián Schejtman por Pablo E. Chacón, en AMPBlog 2006).

Esta manera de trabajo requiere, pues, mucha intervisión del equipo y una atención delicada a elementos recogidos de entrevistas personales, de momentos de convivencia, de intervenciones en grupos, de las formas de involucrarse en los distintos talleres, etc. Y tanta información supone una multiplicidad de versiones y de visiones, siempre sesgadas e incompletas. La ausencia de un método estandarizado permitirá, entonces, una clínica entre varios, basada en la insuficiencia del propio método, en la asunción plena de la incapacidad de abarcar el mundo de cada paciente. Es una clínica basada más en las carencias, en los agujeros, en el respeto a la incompletud que en la armonía y el ideal de respeto mutuo, que está dirigida a tratar con la especificidad de cada caso, el uno por uno dentro de una colectividad de roce intenso, en la que no dejan de aparecer conflictos y desencuentros propios de la imposible convivencia humana. En resumidas cuentas, una clínica centrada en las múltiples modalidades de tratar con lo imposible: en esto consiste la orientación a lo real del psicoanálisis.

Montserrat Puig recuerda que en ese imposible encuentra Lacan, en el Seminario VII, el núcleo del deseo del analista. Se trata de un deseo del analista advertido, advertido de que no puede desearse lo imposible, es decir la promesa de la satisfacción. La dimensión de lo imposible es siempre un índice de lo real. En cualquier caso, para el Lacan de la “Dirección de la cura y los principios de su poder” se trata de lo indecible, de ese indecible que es preciso preservar. Esto, traducido al lenguaje asistencial, significaría más o menos reconocer de entrada el fracaso del objetivo terapéutico que debe perseguir cualquier dispositivo de la red sanitaria. Es también, en sí misma, la esencia del trabajo rehabilitador, consistente en la persecución

de un ideal de inserción social y de recuperación funcional que se corresponde muy poco con los anhelos de los destinatarios de los PTIS. Y sin embargo es bajo ese reconocimiento del imposible que podemos ser de utilidad a los usuarios durante su paso por la UIC.

“Estamos forzados a formular, si puedo decirlo, una doctrina de la doble verdad, forzados a distinguir lo que es verdad para el mundo y lo que es verdad para el psicoanálisis; lo que es verdad para el mundo, que el psicoanálisis vale como terapéutica, no es verdad para el psicoanálisis, que es que vale como deseo, como medio de emergencia de un deseo inédito y cuya estructura es aun ampliamente desconocida”. (Cosas de finura en Psicoanálisis. Curso del 12 de noviembre de 2008, por Jacques-Alain Miller).

En la UIC hacemos una entrevista de valoración previa a la aceptación del caso que resulta de vital importancia para calibrar algo del deseo del candidato, de su propósito enunciado y del inconfesable, así como para poderlo aislar del plan del derivador, a menudo fascinado por un proyecto salvador de su paciente o atascado ante una relación terapéutica insoportable. No olvidemos que el propio sistema genera también individuos exigentes de curaciones y de resultados que tienen mucho que ver con el mandato de felicidad que proviene del Otro en el discurso capitalista dominante.

Nuestros “criterios de exclusión” no vienen determinados por los diagnósticos, siempre imprecisos e insuficientes, ni por los antecedentes o precedentes conductuales. Que los prejuicios que se van acumulando en los historiales electrónicos de los usuarios de la red no cieguen nuestra mirada más allá de lo inevitable, que nuestro “veredicto” esté basado en las palabras del interesado por encima de las del familiar que lo acompaña o las del informe que le precede. Pero que no se nos cuele un elemento demasiado cínico, un provocador o un odiador sin causa. Únicamente la posición ética del candidato respecto a su sufrimiento puede servir de guía para discernir a los no aptos.

También esta selección, odiosa en sí misma pero necesaria, requiere de una finura clínica, de una sutileza en la escucha y del suficiente análisis personal que permita despejar el campo de elementos fantasmáticos del propio entrevistador.

Como comprenderéis, es imposible la infalibilidad y hemos de asumir y

hacernos cargo de nuestros errores. Ante la duda, es preferible optar por las decisiones más arriesgadas. Otra aseveración que, dicha en lugar equivocado, puede causar problemas. Las empresas de salud no toleran bien el riesgo ni el imprevisto y despliegan sus argumentos para localizarlo, aislarlo y erradicarlo, a costa de cualquier recorte de libertades. Estamos llenos de ejemplos en nuestra práctica.

Si nos planteamos unos objetivos, éstos van dirigidos a no distorsionar ni molestar demasiado el deseo del paciente, a hacerle todas las propuestas posibles o ayudarle en las que haga y a no andar hurgando en sus entresijos íntimos más allá de lo que nos permita. No interrogamos, pero deseamos que se sienta escuchado cuando quiera hablar, para lo cual intentamos crear un entorno de confianza, lo que llamo un Otro Confiable.

Un Otro también advertido de la tentación de entender. Es de destacar que la búsqueda de sentido, tan necesaria en la vida de los neuróticos, tan ligada a su esencia en ser, es a menudo un espejismo del propio terapeuta, cuando se trata con un paciente psicótico. Me refiero a la “ilusión” que a veces se genera cuando por fin en el transcurso de una sesión, el paciente aporta el dato que faltaba para que las piezas del puzle explicativo encajen de una vez. Ni que decir tiene que este “momento-EUREKA” tiene en su propia estructura inscrita la falta de resonancia del interlocutor psicótico, embelesado en otros “sentidos”.

“(La investigación de Miller ahonda en) una afirmación muy fuerte de Lacan: el sentido es la debilidad mental del hombre. Fabricamos sentido permanentemente. Antes esa fábrica estaba regulada por las directrices superiores, [...] Ahora cada uno fabrica a su antojo, todo vale y nada sirve sino para sumergirnos aún más en ese goce tonto que da contenido a nuestras pequeñas miserias de la vida cotidiana”. Gustavo Dessal. Entrevista de Pablo E. Chacón en Télam.

Así que estamos en el mejor-fuera-de-sentido, en el mejor-sin-diagnósticos, en el mejor-sin-objetivos terapéuticos, en el vínculo social que no existe... y con este programa de imposibles promover algo de la propia invención del paciente, algo del Sinthome, un cuarto elemento responsable del anudamiento de los tres registros: real, simbólico e imaginario. Fabián Schejtman nos recuerda que Lacan, lejos de considerar al Sinthome un fruto

exclusivo del fin del análisis, cuando tuvo que referirse a algún caso para acompañar la introducción de esta noción en su enseñanza, no sólo optó por el de alguien que no había llevado un análisis hasta su término, sino por el de uno que jamás se psicoanalizó: James Joyce.

La solución que se propone pasa, pues, por la particular manera de cada uno de empeñarse hasta los huesos, de igual modo que Joyce pudo mantenerse a resguardo del desencadenamiento de la psicosis. Nadie más podrá escribir *Finegans Wake*, pero no conviene menospreciar las posibilidades creativas de aquellos que son capaces de hacerse cargo con la misma radicalidad de su destino como ser-hablante.

“Es la condición de lo poético, y si el ser hablante está siempre un poco loco, es porque es eminentemente un ser poético, es decir, que fabrica significados cuando habla, sin saber en verdad lo que está diciendo”. (Todo el mundo es loco: Jacques-Alain Miller según Gustavo Dessal. Entrevista de Pablo E. Chacón en Télam).

Todos estamos locos porque no existe la realidad, en el sentido universal del concepto, sino la ficción en la que cada uno vive, y que está fabricada por el significado personal que le damos a las palabras. La cosa se complica mucho cuando es preciso añadir que en verdad nadie sabe cuál es ese significado. Creemos saber lo que estamos diciendo, pero no tenemos ni idea. Me lo recordó recientemente una paciente paranoica cuando se iba a ir de alta, después de un periplo de ingresos enlazados en distintos dispositivos, a la que yo deseé que éste fuera el último de esa serie: “todos los psiquiatras que me han atendido me decís lo mismo”, me dijo con desdén. Se desmarcaba así de manera radical de ese ideal de no-ingreso, de ese deseo de que empezara a entrar por el aro de los consejos del experto que bienintencionadamente compartíamos todos sus terapeutas. Para ella, la lucha continuaba y estaba dispuesta a pagar el precio: los huesos rotos que conllevase. Comprendí, en el momento de la despedida, que esta forma de vida era **su radical y personalísima invención**.

“Todos los días son blancos, todas las noches son negras,
y las tardes son azules y las mañanas son menta”.

GLORIA FUERTES

Pragmática dedicada a los jóvenes que ya no pueden ser “carne de manicomio”

Roberto Martínez de Benito

Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico Santa Isabel. León.

Correspondencia: romarben@gmail.com

Cuando hace meses Adolfo Santamaría me propuso participar en esta jornada, nos encontrábamos asistiendo a las últimas jornadas de la ELP; acepté, un poco prisionero de mi narcisismo, pero dudoso de poder decir algo al respecto del tema: qué y cómo hablamos con los locos. Así que voy a hablar de mi experiencia que no constituye un saber, sino una interrogación personal.

Y por ello voy a hablar en primera persona.

Con los años me he ido dando cuenta que la visión sobre la locura, en mi caso, es la misma independientemente de dónde coincida con el psicótico: en la unidad de rehabilitación de larga estancia o en las guardias –bien sea en la consulta, bien en la unidad de agudos, que son los ámbitos en los que desarrollo mi trabajo.

Pero es verdad, como dice José María en su tesis doctoral, que la manera de entender la psicosis depende del dispositivo en el que uno se encuadre.

Desde mi experiencia en la unidad de rehabilitación psiquiátrica de larga estancia, espacio fundamental de mi quehacer, lo fundamental es distinguir la psicosis de cada psicótico, tomado uno a uno. El diagnóstico, salvo excepciones, tiene poco interés pues ya nos viene dado tras largos años de errancia del paciente por todos los dispositivos de salud mental, independientemente de su edad, pues no por ser más viejo, se ha rodado más.

Nuestra unidad no deja de ser de “fracaso terapéutico” en la mayor parte de las ocasiones del propio sistema, que al trabajar sobre el diagnóstico del,

por ejemplo, “esquizofrénico”, atiende poco al sujeto psicótico específico y se vuelca en el cambio o supresión de síntomas y en la educación revestida de oropeles psicoterapéuticos, que pretende atender a una “normalización” social y la atemperación de los presuntos déficits. Es cierto que para muchos de los pacientes –nunca mejor dicho– este tipo de atención basta para el modelo de transinstitucionalización hacia dispositivos sociales que contempla nuestra administración, pues consigue un comportamiento suficientemente “adecuado” que no requiera contención permanente en el dispositivo (mini residencias, pisos supervisados). Pero a costa de una permanente infantilización del sujeto psicótico, que domeñado acepta propuestas e intromisiones en su vida.

El imposible a conseguir es acotar y limitar el goce psicótico, sin aplastar al sujeto. Poner límites a ese goce, permitiendo que aflore lo razonable –aún loco– de quien tratamos. Loco, al menos, para los ideales morales y de salud de la época que nos ha tocado vivir, cuando alguien ha sido etiquetado e introducido en el sistema de salud mental como alguien a tratar, casi siempre con las mejores intenciones, cuando en principio se trataría más bien de acoger, proteger en muchos casos de sí mismos, instaurar un clima de confianza –esto ya es en sí mismo un tratamiento– y solo después promover los procesos de rehabilitación.

Esta es la peculiaridad del dispositivo en el que trabajo: disponemos de tiempo para hacer eso y tenemos que emplearlo como recurso, pues casi todos están ingresados de manera involuntaria, lo que nos obliga a dos tiempos lógicos de actuación: primero, que se adapten a la institucionalización y, segundo, cuando ya están cómodos y asentados, prepararles –les digo– para “darles la patada y que salgan del hospital” (esto solo y siempre que haya conseguido alcanzar un punto de ironía y humor, que intento cultivar con ellos). Los tiempos los marcan ellos, a tenor de sus intereses, circunstancias personales, económicas, etc.

Por supuesto, hay algunos que no pueden acceder a esto restándonos únicamente ofrecerles acogimiento sin límites temporales, cuidados dignos y eso que se da en llamar calidad de vida.

Pero basten estas pinceladas para dar cuenta del entorno.

¿Qué hablo con los locos a mi cargo?

Pues de cualquier cosa.

Desde su situación clínica, los cambios de medicación que en lo posible pacto con ellos, hasta de su higiene, de dónde comprar la ropa interior, o el tabaco más barato, de la organización del traslado para el próximo permiso (horarios, billetes, etc.), enseñarles a usar el Smartphone. De las expectativas que tienen para su estancia en el hospital y de sus proyectos al salir (algunos claramente imposibles).

De su poca implicación en las tareas ocupacionales o de rehabilitación psicosocial, si bien muy raramente se ha forzado a nadie a realizarlas, y esto con el único fin de que soporten estar con otros u ocupen y articulen un poco del ocioso tiempo hospitalario. Nunca he visto en estas terapias los presuntos beneficios “oficialmente” reconocidos. Hablamos de sus problemas de relación con los otros pacientes, de sus conductas de riesgo, de sus exigencias improbables, imposibles o desmedidas.

De la necesidad de que se hagan cargo de sus actos y cumplan sus compromisos. De la crítica, si no lo hacen, escuchando su versión previamente.

De su diagnóstico al que algunos se han apegado y usan de subterfugio y otros rechazan de plano. A los primeros les recuerdo que estar loco no les justifica y con los segundos, negociamos componendas.

Y, dentro de unos límites, de mi familia, mis planes de vacaciones, mis ideas, etc. con la pretensión no tanto de igualdad como de un compromiso de compartir con aquellos a los que nos cuentan sus cuitas. Decir algo de nosotros es una forma de escucha.

En definitiva, de todo aquello que conlleva convivir en un espacio y un tiempo compartidos en una institución, que procuramos amable, pero cuyas normas y lógicas todos tenemos que soportar y que se nos imponen como una losa en más de una ocasión.

No suelo hablar mucho con ellos del pasado, salvo para recordarles los problemas en que se han metido, o las calamidades que les ha tocado vivir.

Estimo más oportuno hablar del aquí y el ahora, para poder dar cabida a un hipotético futuro. Porque hablar del pasado, salvo en sus aspectos más humanos, nos lleva de frente al delirio –si es que existe–, a la certeza, a la amnesia o el deseo de no hablar sobre ello. Así que procuro obviarlo y si surge lo “toreo”, como ocurrió hace unos días en una reunión con cuatro pacientes que están haciendo la preparación en un simulador de apartamiento que tenemos en la propia unidad para ir a un piso supervisado.

Me acompañaba una joven enfermera, novata. Uno de ellos, Santi, tiene un delirio genealógico y megalomaniaco al saberse arquitecto e ingeniero; creo recordar que hablábamos del futuro cuando salieran al piso supervisado y él respondió por la vía delirante; sin contrariarle, le dije que me refería a los pequeños proyectos que podía compartir con los otros compañeros y se avino a hablar de ellos, sin incomodidad, desde el lugar que él siempre habla: la condescendencia y un cierto paternalismo soberbio. Al día siguiente, la joven enfermera comentó en la reunión de equipo su sorpresa por la alta formación de Santi, a lo que los demás le contestaron que era delirante y su mayor sorpresa, entonces, fue que no se le contradijera in situ. Para saber que no había que haberlo hecho, uno tira de sus conocimientos de la psicopatología y psicoanálisis, para explicar lo inútil, pero sobre todo lo perjudicial que puede llegar a ser. Pero cómo hacerlo, es fruto de la experiencia, que va permitiendo construir un arte de hacer y decir.

Aunque lo que más me han enseñado los pacientes, es su inclinación a condescender con las estúpidas y reiteradas intervenciones que los profesionales somos dados a prodigar: contradecir el delirio con el uso de la lógica –“mi paranoia es tan pura, que no me permite equivocarme” dice uno de los pacientes–, dar consejos de relación con las familias en base al supuesto bien hacer del ideal de cada uno, decidir qué tiene que hacer el paciente, sin consultarle, imponer sin convencer y tantas otras que todos conocéis.

A fin de cuentas, a mí me parece que hablar con el psicótico es primero escuchar, pero guardando silencio sobre algunos aspectos de su discurso, porque siempre acaban en la tesitura de ponernos en la asunción de su creencia o en el imposible de intentar demostrarle que no se corresponde con lo que está pasando. Cuando esto sucede, me retiro prudentemente del

campo y apelo a una ley superior: el vademécum, los libros de medicina, la justicia si llega el caso y se diluye la batalla imaginaria alcanzando a ser el otro, con “o” chiquita que poco importuna al psicótico. Vuelvo a dejar hueco para poder actuar sin perseguir. A veces, esto se revuelve como un acatamiento peligroso: bueno usted es el que sabe, haré lo que me diga, a lo que contesto que sea él quien decida.

Hablar en la institución, siempre cerrada en sus vicios y costumbres, por más que se quiera abierta, es sobre todo, desde mi punto de vista, convencer a los profesionales para que interpielen al loco y se hagan, en aras de una invención, cuenta de sus cuitas.

Como ejemplo, recuerdo un día en la reunión diaria del equipo en que enfermería se quejaba de que un paciente, delirante sin axioma y por tanto indócil y fuera de registro, siempre se acostaba con las zapatillas puestas –enorme transgresión, capaz de generar la demanda de ejemplares correcciones–. Pregunté si alguien, a su vez, le había preguntado por la razón de este comportamiento. Nadie lo había hecho. Salí de la reunión y le pregunté al paciente por sus motivos para este hecho. Su respuesta fue que como cada noche venían a abducirle los extraterrestres no quería presentarse descalzo: le pregunté si creía, ante la enormidad del hecho, ese detalle era tan significativo, a la par que le decía que ante lo inevitable mejor dormir cómodo. Aceptó lo propuesto, no volvió a dormir con zapatillas y el equipo al que le conté lo sucedido, pudo a su vez, descansar tranquilo.

Abundaré en que este paciente llegó a la unidad como prácticamente desahuciado, loco incurable, que tras siete años entre nosotros, lleva otros siete viviendo en un piso supervisado, sin ninguna recaída. Nos vemos una vez al mes, y me cuenta prácticamente nada. Lo último, y lo tomo muy en cuenta, es: “¿sabe, ‘doctorado’, desde que trabajo –solo parcial, pero por supuesto mínimamente remunerado– se me ha pasado la esquizofrenia”; refiriéndose a los instantes de vacío, perplejidad y angustia que de vez en cuando le asaltan. Se percata a su manera, que nada tiene que ver con la conciencia de enfermedad, de lo loco que estuvo y ha desistido de ese goce.

Pero otros, se quedan en la unidad, varados en ese impasse sin tiempo –sí, les hemos dado el lugar– en que a veces se estanca la psicosis. No con todos

se puede hablar, en el sentido de mantener, al menos, un remedo de discurso, que es el camino por el que podemos acceder a la rehabilitación.

Y cada uno lo hace a su manera: unos hablando mucho y desorganizadamente, otros repitiendo una y otra vez un discurso cíclico y cerrado al sentido; otro en un desbarramiento imposible de seguir; algunos, ya desabonados del lenguaje e instalados en el silencio o en el grito.

Os contaré algo de ellos a modo de viñeta.

Jesús, a quien cuando se le llama responde, pero siempre aclarando que “Jesús, es el niño Jesús”. Misterio de la psicosis en que algunos se nominan a su modo, pero sin dejar de reconocer el nombre dado por el Otro; un extraño juego de nominación sin identificación. Bien, pues Jesús llegó al hospital derivado de otra provincia. Rostro hirsuto con desarreglada y luenga barba. Silencioso y peripatético, vestido con una bata con entorchados, que le hizo exclamar a un caro colega que parecía un húsar; y tenía razón, porque su porte atravesado por la melancolía y el distanciamiento tenía algo de gallardo y aguerrido. No quería hablar con nadie. Durante unos meses, me sentaba a ratos en su habitación, escuchando un delirio de índole mística, poco articulado; él permanecía recostado de lado en la cama, mientras se hurgaba los pies descalzos. Luego, poco a poco, dejé de visitarle. Él continuó con sus paseos incesantes por el hospital, siempre solicitando un café, o al menos, que se le dejará apurar las tazas; y en silencio. Había cambiado su vestimenta, a un pantalón y una cazadora vaquera. Alejado, pero siempre dulce en sus escasos acercamientos, un día hará unos tres años se empezó a dirigir a mí y otros miembros del equipo, interesándose por nuestra vida: si habíamos descansado bien, quienes eran nuestros cónyuges, si les queríamos, cómo iban nuestros hijos y todo aquello que respecto, sobre todo, a nuestra familia se refería. Siempre exquisito en el trato. Dando consejos de bien hacer con la esposa y los hijos; siempre preocupado por el amor en las relaciones de la familia. Siempre le contesto sin disimulos, dando cuenta de aquello que uno puede decir de sí, sin ser invasivo y que responda, no a su curiosidad para nada neurótica, si no a sus certezas sobre cómo debe ser una familia, las relaciones entre el esposo y la esposa o con los hijos. Así, sin forzar, va descubriendo un mundo delirante en el que “el

señor” le ha matado a él, y a 70 millones de hombres y 60 de mujeres; un dios malvado al que, sin embargo, ha vencido, pues él ha reconstruido el mundo. Un dios al que ve en el suelo, entre las manchas del gastado terrazo; en las montañas que se divisan a lo lejos por las ventanas del hospital. ¿“No le ves”, nos dice? No, respondo, solo le puedes ver tú; y a menudo se acerca a mi despacho para decirme que si pudiera me daría sus ojos para que pudiera verle; le agradezco su magnanimidad, y le reconozco lo único de su experiencia que no puedo compartir y se despiden en más de una ocasión con unas palabras de bondad insólita deseándome que sea capaz de curar a todos los pacientes. Y esto cada pocos días; preguntando siempre lo mismo, pero no como quien olvida, me parece a mí, sino como quien usa estos encuentros para intentar un lazo y una vida familiar que puede observar distante, pero acogido. El otro día, me sorprendió al declarar que estaba en casa y no se iría; parece que ha encontrado un remedo de hogar.

Y sino, recitamos juntos la elegía a Ramón Sijé, recordamos rincones de esta ciudad o buscamos en Google algún tema de su interés.

A veces, no se trata de hablar, ni siquiera de escuchar. Muy ocasionalmente, uno hace de “secretario del alienado” desde la impotencia y la sensación de miedo, de ponésete los pelos de punta ante la más descarnada visión de la locura. Porque hay sujetos muy poco anclados al lenguaje, en eso que tildamos de pobreza y extrema concreción en el lenguaje y el pensamiento, con lo que antes denominábamos comportamientos bizarros, casi aislado del Otro salvo para demandas básicas; el paciente del que os voy a hablar era así.

Una noche, en la guardia, me avisó la enfermera porque David estaba muy inquieto, autolesionándose y diciendo cosas muy raras. Llevaba unos días en la unidad en bata y pijama porque en un permiso terapéutico había intentado agredir al padre y cuando intervino la Guardia Civil quiso arrebatárselo su arma, parece que con la intención de matarse.

Había aprovechado aquella guardia para entrevistarme con la familia –padre, madre y hermano– para explicarles la situación. El padre llegó total y genuinamente borracho, lo que dificultó mucho la situación, que sostuve durante casi dos horas. Intenté que David no viera a su padre, pues sabía lo que le incomodaba verle en esa situación; desgraciadamente atisbó a verle al salir,

aunque ese mínimo instante parecía, tras hablar con él que no le había afectado, instalado en su, muy aparente embotamiento habitual.

Me acerqué a la habitación y le encontré sumido en un frenesí de comportamientos sin aparente sentido, golpeando las paredes, intentando arrancarse los implantes, que tras varios años de insistencia paciente había aceptado. Verle asustaba; su compañero de habitación estaba entre perplejo y aterrorizado.

Me lo llevé al despacho y nos sentamos frente a frente, del mismo lado de la mesa. Él conseguía a duras penas permanecer sentado mientras recitaba como un mantra los retazos delirantes que había construido a lo largo de su vida y que en las condiciones de vida habitual –yo ahora diría de apagado, luego explicaré por qué– no mencionaba.

Se refería fundamentalmente a irse al Amazonas donde todo el mundo es curado por los hechiceros tribales con polvos y plantas que solo ellos conocen, pidiéndome insistentemente que le ayudará a irse. Y, no sé si decir en paralelo, que todo empezó una noche de joven, que le llevaron a una comisaría y había una lámpara colgando del techo; su tono al respecto, era ominoso, pero no había más palabras. Su angustia y su locura casi se podían palpar de la densidad que tenían. Nunca me he sentido más impotente. Nunca me he sentido más impotente; asistía atónito “con los pelos como escarpas” a la más desnuda locura; pero no sentía ningún riesgo de su parte hacia mí.

Me dejó cogerle la mano, mientras repetía una y otra vez lo del Amazonas. Yo solo acertaba a pedirle que se calmara y a preguntarle, de tanto en tanto, si se iba tranquilizando. Debimos permanecer así cerca de una hora, hasta que él parecía más tranquilo y aceptó ir a la habitación individual que tenemos para casos de agitación. Le expliqué que íbamos a inyectarle y a ponerle contención, porque aún intentaba desollarse los nudillos a puñetazos contra la pared. Se dejó hacer, obviamente no sin leves protestas. Permanecí un rato más junto a él.

Fui a verle a primera hora, parecía estar como todos los días: parco en palabras y tranquilo. Recordaba difusamente, decía, lo ocurrido, siendo sin

embargo muy consciente de su gran malestar. Le retiramos las contenciones y se fue a desayunar, pero aquí llegó lo para mí inesperado de este joven que se presentaba ante el otro tan vacío y desapegado y sometido a la pulsión y el goce autoerótico descarnado; se volvió y me dijo: “muchas gracias por lo que hiciste anoche por mí”, manteniendo una sonrisa. Entonces, adquirí conciencia de que había habido un acto esa noche, que solo él me revelo. No es que hablemos en el presente mucho más, salvo porque viene a decirme de vez en cuando: “Dr. Roberto, todo bien”.

Espero que no se malinterprete este relato como un halago narcisista, sino como la actuación desde un no saber que hacer, que tuvo sus efectos. Y lo digo porque ese paroxismo psicomotor le ha ocurrido en otras dos ocasiones, en las que no me encontraba presente. En la primera, se arrancó un implante, se llenó la boca de un antiinflamatorio, mordió una lata de refresco y descolgó una de las lámparas de emergencia de la unidad, mientras corría de un lado a otro con la mirada perdida –así me lo describieron–. Se actuó de acuerdo a la *lex artis*: contención física y farmacológica y aislamiento. Permaneció en ese estado de agitación toda la noche; se le envió al hospital general, y al ver los psiquiatras de agudos su situación, lo derivaron a la UCI, para sedación con propofol. Mejoró en muy pocos días, tras despertarle. Mis compañeros también estaban asustados y asombrados; me propusieron hacerle pruebas para descartar organicidad, incluso, que si volvía a pasar, darle TEC. Como esperaba, las pruebas no aportaron nada significativo. Aún tuvo una nueva crisis, estando en su casa; le llevaron a urgencias y en pocos días, nuevamente, se recuperó.

De esta experiencia obtuve dos conclusiones; la primera, que nuestro modelo es más que válido, por las dudas que hubiera podido en el pasado y, segunda, que ahora está con la mitad de medicación –y bajando– de la que tenía en el pasado y en la que yo todavía confiaba. Y sin cambios.

Y en el otro polo, quisiera hablaros de Álvaro. Un tipo inteligente –es ingeniero técnico– que lleva delirando desde el 12 de febrero de 1988, habiendo empezado el mismo día dos años antes a tomar Tryptizol. Su memoria, de la que sin embargo se queja continuamente, es prodigiosa –un “grabador de seos” que diría Lacan–. Su axioma pasa por que le envenenan y su delirio,

hasta ahora incontrovertible, que lo hace una mafia gitana que le somete a todo tipo de torturas con intención, no de matarle, sino de torturarlo hasta el infinito salvándole con antidotos. Este infinito, da cuenta de lo ilimitado de su goce como víctima y enfermo. Esta situación le ha llevado a varios intentos de suicidio. Es por el último, por el que acaba ingresando en la unidad; y no fue cualquier cosa: se fue al monte próximo a la ciudad, se cortó las venas de manos y pies, y le encontraron de casualidad al borde de un choque hipovolémico irreversible del que remontó en la UCI. Ya había pasado por varios ingresos tanto cortos como de media estancia.

Convencerle de que tomará una medicación que frenara esos impulsos fue un trabajo de meses; no porque se resistiera a la misma, sino porque todos los medicamentos –y había probado casi todos a lo largo de los años– los tenía listados por sus efectos secundarios insoportables y la mayor parte fruto de interpretaciones. Así que día sí, día también, pedía un cambio de medicación.

Al principio os decía eso de recurrir a la ley superior, como instancia reguladora; y así, se me ocurrió que ante cada nueva queja, yo le ponía la ciencia –que no mi goce– como interlocutor, arrojando ruidosamente el vademécum sobre la mesa invitándole a leer el apartado de efectos secundarios, y ante su evidente negativa, leérselo en voz alta, ante su vista. Esto acabó apaciguando esta demanda perentoria, y ahora es él quien me solicita mi opinión para los cambios de tratamiento; huelga decir que tiene menos que nunca en su vida, incluida las megadosis salvajes que él afirma que se autoadministraba, en un intento de parar, lo imposible.

Hoy mismo recordaba, en un grupo que tenemos, como también tratamos esos primeros tiempos en los que detuve en tres o cuatro ocasiones sus huidas del hospital con intención de matarse; riesgo muy real los primeros dos o tres años de su estancia. Usted sabía mis intenciones, y me ponía en bata y pijama, porque yo le daba mi palabra. En su relato yo efectivamente aparecía siempre en el momento justo, más con causalidad que como encuentro, pero el fiar en su palabra –el simbólico gesto de dejarle en bata y en pijama no hubiera impedido nada– tuvo como efecto que ahora sus amenazas sean más bien retóricas –pero no exentas de riesgo– y, sobre todo, que no me incluyera entre sus perseguidores.

Llevo años escuchando sobre su envenenamiento, “de eso que usted no quiere hablar” me dice, porque es incontrovertible. Por esa vía, lo único que hemos podido avanzar es en el hecho de afilar nuestra dialéctica filosófica y científica respecto a Lo Real, la realidad y la verdad. Obviamente, sin llegar a nada salvo a disfrutar de amenas conversaciones, que ya no son los extensos escritos que le guardo en mi despacho. Bueno, desde hace tres años nos hemos modernizado y me escribe larguísima wasap –que tienen la ventaja de no ser escuchados por la mafia.

Pero, más allá de este discurso entre querulante y de exigencia de reconocimiento de su verdad –dice: “mi paranoia es tan pura, que no puedo equivocarme”– ha habido una maniobra que ha servido para abrir, de forma incipiente y frágil, otra vía para la vida. Ante una insinuación por su parte, pues sabe que soy psicoanalista, le ofrecí leer sobre el psicoanálisis. Ya se ha leído las obras completas de Freud, las de Melanie Klein –a la que encuentra menos rigurosa que a Freud– y los primeros cinco seminarios de Lacan. Es lo que él llama su psicoanálisis didáctico, en su exactitud psicótica.

En base a estas lecturas, va construyendo un saber –algo delirante– sobre las instancias y sobre todo sobre el Edipo. Y han aparecido dos cambios, inestables, pero persistentes. Por una parte, va reconstruyendo la imagen de un padre perseguidor que siempre le puso en peligro de muerte en un padre menos soberbio, con fallas y castraciones, ya no omnipresente en sus alucinaciones verbales, pese a saber de su muerte. Y por otra, aventura que la salida de su paranoia aguda sería rescatar el lado femenino de su ser, aunque esto aparece como un elemento persecutorio por lo que pensaría su padre. Muy recientemente tras una operación de hernia, me ha preguntado cómo puede ser que no esté ya curado con los cientos de horas que llevamos hablando y el psicoanálisis didáctico; aprovecho para recordarle de su último mensaje lo de explorar su lado femenino, pero por lo persecutorio, le propongo que lo llamemos su lado humano, sensible y como me propone, vayamos por ese camino, porque por ahí entrevé un salida para vivir, e incluso la posibilidad de tener una amistad verdadera con otra paciente, ahora de alta, a la que tiene idealizada, como caballero que es.

Largo camino, pero que recorreremos juntos.

Si me gustó el título de las jornadas, es porque no hemos venido a hablar de la psicosis, sino de locos, y esto solo puede hacerse uno a uno. Por eso estas breves pinceladas de singularidades.

Pero no quiero terminar estas palabras sin hablar de los otros locos, los que nos ponemos frente al loco con el delirio de ser profesionales.

No lo digo al modo antipsiquiátrico. Ni me refiero a todos como sujetos, y cada uno nos haremos excepción con mayor o menor razón, ni a las posturas teóricas que mantenemos –por más que en este foro sea más homogénea.

Quiero señalar a los que ni quieren ver, ni oír al sujeto del que pretenden hacerse cargo, por más que el discurso se disfraza de una oferta bienintencionada de ayuda.

Ya más cerca del final de mi carrera y como me decía hace poco Jesús Morchón mientras llorábamos nuestras cuitas, los cambios –reforma decíamos– del hospital donde trabajo hubiera sido imposible en los tiempos actuales. De hecho me parece que avanzamos con una velocidad de crucero apreciable hacia un tiempo inhóspito, aséptico, protocolizado y, sobre todo, silencioso. Pero no porque nadie hable, sino porque solo se permite un discurso que sin embargo no calla. Un discurso que quiere ser inclusivo del loco por la homogeneización, la igualdad normalizada o la adecuación al medio. Un discurso en lo que los criterios cientificistas y los intereses de cada profesión –somos legión en Salud Mental– convierten al psicótico en reeducable o no, o en maleducado y manipulador, en alguien que no se pliega al dominio por puro capricho, alguien que ha dejado de tener síntomas –me refiero a los síntomas como construcción subjetiva– para ser simplemente el que no acata. Porque su enfermedad, la enfermedad mental, le vuelve incapaz e inhábil sin la pertinente supervisión; su palabra debe pasar el filtro de la autoridad de los cuidadores; su verdad siempre es puesta en entredicho y, en general, siempre es juzgado por su obstinada inquina a no reconocer su enfermedad, este último punto uno de los más insidiosos, pues pareciendo reconocer una imposibilidad estructural de la psicosis es la piedra sobre la que se asienta todo un sistema de poder para domeñar al loco, para hacerlo normal, adaptado. Ese imposible que nadie alcanzamos y que cada cual desde su loca neurosis quiere convertir en medio terapéutico.

Porque de eso se vuelve a tratar: de discursos de poder.

Empoderemos, se dice, olvidando que se empodera a quien nunca se le dio poder, que es lo mismo que habérselo arrebatado.

Fenómeno que se da en la mayoría, espero que haya excepciones, de las unidades de ingreso de corta, media o larga estancia, cada vez con mayor frecuencia.

El eterno retorno, ya no es al gran encierro. Las paredes van cambiando de aspecto, son más benévolas y acogedoras. Pero lo que realmente atenaza no solo a los locos sino a los que nos preocupamos y ocupamos de y con ellos –gran diferencia– es un discurso ramplón de acomodación, infantilización y supervisión de todos los aspectos de la vida del psicótico, en un afán de control tendente a la infinitización.

Quizás los años me hacen demasiado pesimista, pero creo que no debemos olvidar que para trabajar en esto debemos tener una política, *strictu sensu*; no por supuesto únicamente administrativa o incluso legal. Para combatir en este terreno necesitamos una política de la ética. Creo que eso, más allá del saber, debemos propugnar desde esta Otra psiquiatría. Una ética del sujeto único, que espero haya sabido plasmar en mis pocos ejemplos.

¿Cómo convencer en nuestros respectivos puestos de trabajo? ¿Cómo seducir a los que vienen a formarse, sea cuál sea su especialidad? ¿Cómo sostener este discurso alternativo, tan en minoría?

Solo conozco un camino: insistir, traspasar el testigo aunque solo sea a uno.

Irnos despojando de nuestros oropeles, dando la palabra cada vez más al loco, por todos los medios que podamos.

Tener el valor de enfrentarse a la locura un tanto desnudos, como sempiternos aprendices, dispuestos a aprender del dicho del loco y a desdecirnos de cualquier teoría, constructo o apología, cuando la terca realidad de la clínica así lo aconseje. Tenemos apenas unas pequeñas linternas para alumbrarnos y la labor clínica es la principal.

Pero que nuestra formación psicopatológica y psicoanalítica –ésta última,

preferiblemente como experiencia propia del acto analítico— sea rigurosa y metódica. Recordad la frase atribuida a Hipócrates: “La vida es breve; el arte, largo; la ocasión, fugaz; la experiencia, engañosa; el juicio, difícil”.

Voy a ir terminando tras este exordio que quiero dirigir fundamentalmente a los más jóvenes; aquellos que enmendarán nuestros pasos e inventarán, no lo dudo, algo nuevo. No os conforméis con la técnica, haced ética y política. Instrumentos tan terapéuticos, sea eso lo que sea, como los que más.

Recordaros que no son los muros los que aprisionan y emponzoñan al loco —eso solo lo hacen con los que decimos asistirles—; los lugares para hablar con el loco son los que sostienen la escucha, promueven la inventiva, incentivan la vida y están en cualquier emplazamiento donde queramos sostener esta verdad.

Termino con un recuerdo de estudiante. Tenía un profesor de prácticas de anatomía, forense de profesión, y ya sexagenario cuando le conocí. Solíamos coincidir en una cafetería cercana a la casa de la que entonces era mi novia. Buen bebedor de clarete, y cuando ya estaba bastante calzado y sabedor de mi proclividad hacia la psiquiatría solía decirme en ese tono emotivo y de revelación que aporta el cigales: “a los enfermos mentales les cura sobre todo el amor; si se les amará, curarían” —bueno o algo muy parecido.

Yo lo leía como compasión y pese a mi ignorancia de casi todo en aquel entonces, salvo ser un precoz lector de Freud, intuía que eso para nada era lo que había que hacer; que el espíritu cristiano, no cura.

Pero escribiendo esto, se me ocurre que hay una chispa de razón y verdad en lo que aquel profesor me decía.

Solo hay que tomar la palabra amor en el sentido lacaniano, porque si amar es dar lo que no se tiene, afortunadamente de eso tenemos, nada, a raudales y en todos los sentidos.

Clínica de lo cotidiano en un centro de día “la convivencia con la locura”

Vanesa Lebrón Novo

Terapeuta ocupacional. Centro de Día de Parla y actualmente Directora en funciones del Centro de Día y Equipo de Apoyo de Parla. Fundación Manantial.

Correspondencia: vlebron@fundacionmanantial.org

En el año 2008 empecé a trabajar en el Centro de Día de Parla para personas con problemas de Salud Mental como Terapeuta Ocupacional. Este dispositivo está concertado con la Consejería de Políticas Sociales y Familias de la Comunidad de Madrid y está gestionado por la Fundación Manantial. El centro está dirigido por Leonel Dozza, principal responsable de la implantación del Acompañamiento Terapéutico en España.

Este artículo pretende hacer una reflexión sobre cómo se trabaja desde la perspectiva del Acompañamiento Terapéutico y la Clínica de lo Cotidiano, en un Centro de Día para personas con problemas de salud mental.

PROFESIONAL DE REFERENCIA Y ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Una de las funciones que como Terapeuta Ocupacional tengo en el centro es la de ser Profesional de Referencia de algunos de los usuarios que vienen al dispositivo. Esta figura profesional no está elaborada teóricamente y genera mucha confusión en los profesionales que tenemos este rol, por no tener muy clara nuestra tarea.

Desde la perspectiva del Acompañamiento Terapéutico, el profesional de referencia tendría como tarea acompañar al usuario en la cotidianidad del recurso y las circunstancias que le han traído a él. Para poder afrontar esta tarea es necesario, en primer lugar, establecer un vínculo significativo y de confianza.

Muchas veces desde los dispositivos abordamos esta tarea de “conocer al otro” a través de entrevistas, citas en los despachos, grupos y valoraciones. Este tipo de encuadres son muy válidos y tienen su función, sin embargo, desde esta perspectiva no es necesario que una persona que llega a un recurso deba pasar por citas individuales con cada figura profesional que compone el equipo.

Mi experiencia a lo largo de estos años de trabajo es que se puede establecer un vínculo significativo y de confianza en los centros, sin que todo el equipo haga uso de estos espacios estructurados, que responden más a una necesidad nuestra como profesionales por no poder manejar nuestras ansiedades que a las necesidades del usuario.

Esta manera tradicional de atender a las personas en los recursos está basada en un modelo médico, y tenemos la obligación de pensar desde otros modelos que se ajusten mejor a la atención que prestamos en nuestros recursos, como es el Acompañamiento Terapéutico.

Pero ¿cómo vincularnos con los usuarios si no es desde estos espacios formales o estructurados? Si nuestra tarea es la de acompañar a los usuarios en la cotidianidad del recurso y en las circunstancias que le han llevado a estar en un centro, tendremos que buscar una metodología para poder desarrollar dicha tarea. Esta metodología la encontramos en el Acompañamiento Terapéutico y en la Clínica de lo cotidiano.

CLÍNICA DE LO COTIDIANO EN UN CENTRO DE DÍA

En Acompañamiento Terapéutico el acompañante no trabaja en un despacho o haciendo entrevistas. El Acompañante se acerca a la cotidianidad de los pacientes: sus casas, sus familias, sus bares, la biblioteca, etc.

Es desde esta otra estructura llamada “Clínica de lo Cotidiano” (Leonel Dozza) en la que se enmarca el Acompañamiento Terapéutico. Por eso desde fuera puede parecer que dos personas se están tomando un café o paseando. Sin embargo, para poder realizar esta tarea el Acompañante Terapéutico tiene toda una teoría que le acompaña en su trabajo.

Si nos paramos a pensar es muy semejante a lo que algunos de nosotros vivimos en nuestros recursos donde pasamos 7 u 8 horas con nuestros usuarios a lo largo de la semana, del día, de lunes a viernes, haciendo grupos, comiendo, conversando, tomando un café, haciendo acompañamientos en sus domicilios, etc., en definitiva, estamos compartiendo la “cotidianidad del recurso” dentro de un encuadre establecido dado por el horario de atención que tiene el dispositivo.

Nuestros usuarios usan el centro como una puerta de entrada al mundo de las relaciones afectivas más allá de las primarias (la familia) donde, en muchas ocasiones, se habían quedado aislados y atrapados. Este escenario que se crea en nuestros recursos y sobre el que intervenimos los profesionales sólo podría pensarse desde la “Clínica de lo Cotidiano en Acompañamiento Terapéutico”. Esta sería una de las claves para poder situarnos en nuestros recursos y en lo social con nuestros usuarios.

Volviendo a la pregunta inicial ¿cómo establecer un vínculo significativo y de confianza entre usuario y profesional en un centro desde esta perspectiva?, autores como Leonel Dozza o Gabriel O. Pulice han teorizado, escrito y publicado sobre la problemática de la amistad en Acompañamiento Terapéutico, donde acompañante y acompañado pasan mucho tiempo haciendo cosas juntos como ver la tele, conversar, ir al cine, de compras..., todo ello dentro de un encuadre establecido.

Imaginemos un lunes a primera hora en cualquiera de los dispositivos en los que trabajamos. Es común que te pregunten algunos usuarios nada más entrar por la puerta o en los mismos pasillos ¿Qué tal el fin de semana? ¿Cómo te ha ido? No tendría lugar que calláramos ante este tipo de preguntas o decir cosas del tipo “...yo soy un profesional y no te voy a dar esa información...”, porque generaría mucha hostilidad, y no encajaría con esta manera de entender la intervención y con la idea de establecer un vínculo significativo y de confianza. Es más, sería una pregunta que los profesionales podríamos hacer no tanto desde un modelo médico “¿Cómo has estado el fin de semana?”, sino más bien con preguntas del tipo ¿Qué hiciste el fin de semana? ¿Viste algo en la televisión?, poniendo el foco en la parte sana dejando en un segundo plano a la enfermedad, posibilitando un tipo de vínculo significativo y de confianza entre el profesional y el usuario.

Igual que en Acompañamiento Terapéutico, los profesionales con esta manera de intervenir, tan cercana a lo cotidiano de la vida, estamos dejándonos ubicar por nuestros usuarios en un “plano del semejante”, posibilitando que se establezca un diálogo. Esto último lo pongo entre paréntesis porque para poder hacer este tipo de trabajo en los centros tenemos que poder estar sujetos, es decir, recogiendo el ejemplo de Leonel Dozza en su tesis, para poder ondear la bandera es necesario que ésta tenga un mástil. Desde la Clínica de lo Cotidiano tenemos que tener clara que nuestra “posición profesional” está enmarcada dentro de una estrategia de equipo y de un encuadre establecido.

Quizás leyendo esto uno puede pensar que es fácil poder trabajar desde este modelo sin tener formación, e incluso creer que ya lo está haciendo como se infiere de los comentarios tales como: yo charlo con los usuarios, como con ellos, les doy una foto mía si me lo piden... El mayor riesgo en todo esto es que el profesional responda, a veces de manera inconsciente, desde el lugar del amigo, pudiéndose dar mucha confusión en el vínculo que se establezca y produciéndose muchas actuaciones por parte del profesional sin que luego puedan ser pensadas.

CRONOGRAMA Y “EL PASILLO”

El cronograma es un instrumento que organiza los encuadres y la vida de los centros tanto a usuarios como a profesionales. En él aparecen el horario de apertura y cierre del centro, el inicio y fin de cada grupo, el horario del comedor, las reuniones de los profesionales; es un documento compartido por todos. Es el “mástil de cada día”, organiza y estructura la tarea del día, esto permite que ante aquellas situaciones que nos producen ansiedad en el centro, el cronograma actúe a modo de salvavidas conteniendo esas ansiedades.

Si el cronograma es el mástil, la bandera sería el “pasillo”. Llamo “pasillo” a los encuentros que se dan de manera espontánea en el centro entre usuarios y profesionales. Estos encuentros deben ser tenidos tan en cuenta como otros encuadres más estructurados. Quizás esto sea lo que más nos cueste a los profesionales. ¿Cómo transformar estos encuentros en términos de tarea y no en meras anécdotas? Podría decir que en muchas ocasiones es en estos espacios no estructurados, fundamentados en la Clínica de lo Cotidiano, donde se brindan experiencias terapéuticas a los usuarios.

Son encuentros auténticos y que deben ser objeto de nuestra reflexión porque son material de trabajo.

En una ocasión me ausenté del centro tres días porque ingresaron a mi padre. Al incorporarme al centro los usuarios que sabían el motivo de mi ausencia me preguntaron qué tal se encontraba mi padre. Les conteste que bien y les di las gracias. Un usuario se me acercó y me dijo: “De nada Vanesa. Es lógico que te pregunte. Tú me preguntaste y me apoyaste cuando se murió mi abuela y esto es lo que se hace, preguntar, ¿no?” Creo que este es un buen ejemplo de lo necesario de estos espacios y del aprendizaje que se produce en ellos.

Entre el cronograma y el “pasillo” debe existir una coherencia. Desde esta perspectiva nos alejamos de la idea de “dar talleres en los recursos”. Optaríamos por ofrecer grupos, en los que la función del profesional sería la de acompañar al grupo, en el proceso de apropiarse de la tarea para la que ha sido convocado. Este modelo de coordinación de grupos estaría inspirado en la Concepción Operativa de Grupos creada por Pichón Riviere.

Esta relación que se establece entre el cronograma y el “pasillo”, fluctúa en función del equipo de profesionales y de la formación y experiencia que tengan.

CONCLUSIONES

Trabajar desde esta otra estructura que se plantea, como es la “Clínica de lo Cotidiano”, abre nuevas posibilidades de trabajo en los centros, permitiendo pensar desde una teoría el rol del profesional, y dotándole de herramientas para colocarse en la convivencia diaria con la locura, con menos miedos y menos ansiedades, sin olvidar nunca la idea de proceso.

Los “espacios para pensar” cobran especialmente relevancia bajo este modelo. Las reuniones de equipo, las coordinaciones, grupos de estudios,... donde el quipo pueda poner en común la experiencia vivida en los espacios formales (cronograma) e informales (“pasillo”) para poder integrarlos y pensarlos en términos de tarea.

Para terminar, me gustaría señalar que, para realizar este tipo de trabajo, y sostenerlo en el tiempo, es imprescindible la formación, supervisión, trabajo en equipo y trabajo personal de los profesionales.

Nuestro psiquismo es nuestro instrumento de trabajo, y es importante revisarlo para no generar más confusión a las personas que atendemos. Porque, como dice nuestro supervisor de equipo, "si de algo están enfermas las personas que vienen a nuestros centros es precisamente de eso, de confusión".

BIBLIOGRAFÍA

- ARAMBILET, B. y LEBRÓN, V. "El mural y la palabra" Revista *Área3* (nº 16) 3-16. Invierno 2012.
- BUZZAQUI ECHEVARRIETA, A. "En el campo de lo grupal, grupo, tarea y coordinación". Revista *Area3* (nº 8)56-64. Verano 2001.
- CASTEJÓN HERMANN, M. "Acompañamiento Terapéutico y psicosis. Articulación de lo real, simbólico e imaginario" Buenos Aires. *Letra Viva*.
- DOZZA MENDOZA, L. "Acompañamiento Terapéutico y Clínica de lo Cotidiano" Buenos Aires. *Letra Viva*.
- DRAGOTTO, P.; FRANK, ML. "Acompañantes. Conceptualizaciones y experiencias en A. T." Argentina. Editorial Brujas.
- GARCÍA MARGALLO ORTIZ DE ZARATE, P. "Un recorrido intimista a lo largo de la identidad profesional" TOG (A Coruña) (Monográfico 2) 83-98. septiembre 2008.
- IRAZABAL MARTÍN y OTROS. "Situaciones grupales difíciles en salud mental". Madrid Editorial Grupo 5.
- LEBRÓN NOVO, V. "El acompañamiento de Claudia". Revista *APETO* (nº52) 15-21. Invierno 2012-2013.
- PAGANIZZI, L. y OTROS. "Terapia Ocupacional Psicosocial. Escenarios clínicos y comunitarios". Madrid. Docta Ediciones.
- PULICE, G. O. "Fundamentos clínicos del Acompañamiento Terapéuticos" Buenos Aires. *Letra Viva*.
- TARÍ GARCÍA, A.; DOZZA MENDOZA, L. "Estrategias asistenciales para pacientes graves: un intento de conceptualización". Revista *Area3* (nº3) 29-40. Invierno 1995-1996.

Fragmentos de Vida

Daniel González Rojo

Periodista y preparador laboral. Centro de Día de Toro. Zamora.
Fundación INTRAS

Correspondencia: dgr@intras.es

En ese acompañar la recuperación de las personas con malestar psíquico que centra la labor diaria de Fundación INTRAS caben muchas perspectivas y aproximaciones, muchas maneras de entender el acompañamiento que, inevitablemente, pasan siempre por una: la escucha. Y escuchar no es oír. Escuchar implica pararse, mirar a los ojos a la persona, entender y asumir que cada uno es el centro de su propia vida y tira de las riendas, vaya hacia donde vaya, sin juzgarlo, pero sí estando ahí para apoyarlo en su camino, en las vueltas y revueltas de un sendero que a menudo es traicionero.

En el proceso de escucha diaria, como en la criba que usaban los buscadores de oro del Klondike, aparecen de vez en cuando pequeñas pepitas de oro, fragmentos de la historia vital de cada persona que en ocasiones llegan a esa criba por azar y otras, por la propia voluntad de quien siente la necesidad de hablar de sí mismo. "Siempre hay una historia que contar", le decía entre susurros Adela de Otero a Jaime Astarloa en *El maestro de esgrima*.

Pepita a pepita, recuerdo a recuerdo, se construyen las historias vitales de las personas. Hay quien no quiere o no puede recordar y quien, por el contrario, lo busca para entender su presente desde la brújula de su pasado. Hay quien exorciza sus demonios con un boli y un cuaderno en las manos mientras escribe su historia y quien necesita de otras manos que le acompañen en el proceso, de alguien que escuche y ayude a ordenar las piezas del puzzle.

Ésta es una de esas historias, contada a sacudidas de criba.

M, EL HOMBRE QUE VIVE EN LA CALMA PREVIA A LA TORMENTA

M cumple este lunes 29 de mayo 60 tacos de almanaque y hace poco más de un mes le cambiaron el marcapasos viejo por otro más moderno. Él lo enseña sin inmutarse –un clic, clic, clic abultado bajo el pecho–, como quien muestra un reloj de pulsera nuevo. Sin darle importancia, seguramente porque de todo lo que le ha pasado en la vida, esto es lo menos importante. Una anécdota más.

Con su voz suave pero firme, casi nunca una palabra más alta que otra, cuenta el lugar en el que nació, y que la historia de su familia, como la de tantos zamoranos, se escribe con las letras de la emigración. Tíos suyos hicieron fortuna en Buenos Aires y Alemania, su abuelo materno puso las vías de los primeros ferrocarriles que cruzaron la isla de Cuba y cuentan las crónicas familiares que un bisabuelo suyo murió vagabundeando en algún lugar de Centroamérica o quizá en México. Nunca lo supo a ciencia cierta.

La voz de M también resuena en su mirada acuosa, en sus ojos algo tristes y cansados, los ojos de quien ha vivido mucho, dos o tres vidas comprimidas en el espacio que suele durar una sola. Una primera infancia en la Zamora rural, que enseguida cambió de escenario, cerca de la tierra prometida de los altos hornos y las navieras bilbaínas. Allí, a los 15 años dejó la escuela por un racimo de trabajos, variados y fugaces: peón albañil, una fábrica de toldos para barcos y camiones, jardinero, portero de discoteca... Fue entonces, en su adolescencia, cuando le “pasó algo terrible en la cabeza, un pollo de espionajes”. “Casi me destruye”, cuenta con voz agitada este hombre que aún hoy vive permanentemente en la calma que precede a la tormenta. Cuando estaba a punto de romperse, contemplaba la desembocadura del Nervión y soñaba con “escapar escondido en uno de los barcos”. “Pensé: ¿a dónde voy?, ¿cómo vuelvo? Y me acojoné. No me subí a ninguno”.

A los 19 años, para “encontrar una salida” o “algo” que le “curara la cabeza”, M se alistó. De un cuartel en Leganés a Ceuta, donde juró bandera y se incorporó a la Legión. “Era una aventura vivir en África, pero nunca entré en combate”. En realidad, el combate estaba en su interior y la primera vez que volvió a la península, en unas maniobras en Chinchilla, aprovechó para

echar a correr una vez más. “No aguantaba el dolor de cabeza, así que me fugué. No pasé ni la primera noche”. Tras una huida de dos meses, buscado por la Policía Militar como en un episodio del Equipo A, se entregó voluntariamente a las autoridades militares en Leganés.

Aquí comenzó un peregrinaje por otra geografía, la de las cárceles de España. Recuerda la claustrofobia de los patios, las peleas y la comida. “En Carabanchel desayunábamos café con leche de una pota. Ese café con leche sabía a miseria”. Después de una temporada a la sombra, pudo arreglar sus papeles y se licenció con un billete de vuelta al País Vasco.

En casa, a M le “daban locuras por los dolores de cabeza”. “Rompió cosas”. La familia le convenció para buscar ayuda e ingresó en el Psiquiátrico de Zamudio, cerca de Sondika, donde recuerda al doctor Enrique Aragüés. Las cosas le fueron bien y pasó de una habitación a acudir al centro de día y dormir en casa.

A los pocos meses, abandonó para siempre tierras vascas y regresó a su Zamora natal, donde se dedicó a trabajar la huerta de su padre. Paralelamente a una vida más tranquila en el campo, comenzó a ver a un nuevo psiquiatra, en el Hospital provincial de Zamora, quien le cambió “las medicinas viejas” de Zamudio porque “estaban anticuadas”.

Cuando murió su padre, la brújula de M volvió a perder el norte. Ya no había huerto y él era incapaz de cuidar de la finca solo. Su madre marchó a una residencia y él, a Fundación Intras. Llegó a la residencia de Toro a los seis meses de su apertura y por la mañana, trabajaba en los talleres de artes de Coreses, “con el papel”. Cuando echó a andar el Centro de Día de Toro, fue uno de los primeros en ocupar el taller de chapas. Siete años después, M es uno de los históricos de Intras en Toro y se muestra razonablemente satisfecho con su vida. “Aquí estoy tranquilo y a gusto. Nadie se mete conmigo. Paseo mucho por el pueblo, tanto, que ya me lo conozco de memoria”.

A M no le gusta mucho hablar del futuro, prefiere hacerlo de su pasado o de los libros que leía, especialmente de Robinson Crusoe y de Miguel Strogoff, un náufrago y hombre que cruzó ciego la estepa rusa. En esas raras

ocasiones en las que pone en marcha la máquina del tiempo hacia adelante, se ve “otra vez en el pueblo, cuidando de cuatro o cinco cabras y de un macho”. Quizá ese futuro sea, en realidad, el regreso a un pasado idealizado. O Quizá no. Pero lo cierto es que cuando habla de ello, las presas de sus ojos acuosos se desbordan.

Geografías de las psicosis blancas

Giulio Caselli

Psiquiatra Residente. Università Cattolica del Sacro Cuore. Roma.
Analista Candidato Profesional. Associazione Italiana Psicologia.

Correspondencia: giulio.caselli@gmail.com

Con este trabajo intentaré añadir algo sobre el tema y la comprensión del fenómeno clínico de las psicosis apodadas blancas. El tema del congreso de este año, 2017, de “La Otra Psiquiatría”, hace referencia al hablar con la locura; en este sentido, intentaré dar mi contribución al diálogo con la “locura discreta”.

Este tipo de fenómeno psíquico es ignorado hoy en día totalmente por la nosografía oficial que, desde los tiempos de Kahlbaum, con sus *Esquizofrenia Eboidofrénica*, nunca más clasificó esta forma clínica. Aunque algunos autores se ocuparon de este tema: André Green, por ejemplo, que en el contexto de la escuela clásica de psicoanálisis francés exploró las relaciones objetuales patógenas; el fenomenólogo alemán Wolfgang Blankenburg, que acuñando el fundamental concepto de “pérdida de la evidencia natural”, identificó el síntoma base de la vivencia psicótica; el psiquiatra danés Josif Parnas, que describió muy bien la pérdida de sintonización con el otro y las dificultades en el manejar las experiencias pre-reflexivas en la base de la construcción de un sí-mismo bien encajado en el mundo.

Hay que citar, además, a Miller y Recalcati de la orientación lacaniana con sus investigaciones sobre la falta de transmisión del nombre-del-padre y de las consecuentes compensaciones imaginarias y de suplencias.

A mi parecer, las psicosis blancas deben entenderse como un “desorganizador nosográfico”, que contiene en sí mismo la experiencia base de la vivencia psicótica no cubierta por las aberrantes experiencias y manifestaciones mayores del delirio y de la alucinación.

La hipótesis de trabajo de mis investigaciones, sobre las cuales estoy construyendo mi tesis de especialización, se basa en la idea que pueda existir un mecanismo trigeneracional en el desarrollo de esta forma clínica.

Hace mucho tiempo, ha sido visto, sobre todo, por los psicoterapeutas de orientación sistémico-relacional, cómo son importantes estos aspectos: “para fabricar uno esquizofrénico se necesitan 3 generaciones”, decía Murray Bowen, por ejemplo.

Me pregunto si también en la base de una psicosis blanca puedan siempre existir fenómenos de transmisión familiar de este tipo, pero que puedan tener que ver con experiencias no vividas sino transmitidas en forma de secreto y tabú familiar. Experiencias, en concreto, de migración de pérdida de identidad cultural, idiomática, de desarraigo territorial.

Mientras en una psicosis desencadenada vemos, muy a menudo, en el anamnesis familiar la presencia de relaciones viscosas, mensajes doble vínculo, elementos traumáticos, aparentemente en las formas blancas no encontramos fenómenos tan característicos y claros en su violencia comunicativa y esquizofrenógena.

Mi hipótesis es que es posible encontrar un “fantasma” traumático, escondido y no nombrado, a nivel de las raíces identitarias de la persona, que lleve a un defecto de la “evidencia natural” en el sentirse bien arraigados al suelo, con un nombre, un apellido, un deseo independiente de una crónica falta en la experiencia del sí mismo; el vacío del no saber “qué se necesita hacer, cómo hay que ser”, como repetía obsesivamente un paciente mío.

La relación con los orígenes creo que se ha ilustrado muy bien a través de una pintura de Frida Kahlo del 1936, expuesta en el MOMA (Árbol genealógico); la pintora decía que estaba muy atenta a sus raíces familiares, que ella llamaba “madera de la identidad”. Tenía sangre española, india, alemana, húngara, judía, y sostenía que la única manera para tener tantas almas era la de cultivar las raíces. En esta pintura ella se pone en su casa azul de niña; desde allí, el árbol de la descendencia al cual ella se ata teniendo en la mano derecha el cordón umbilical que la une a sus padres, al útero materno y al origen, sea cual sea, europea o mestiza. En este contexto, está la naturaleza de los lugares mexicanos, porque también los lugares en

donde se vive forman parte del patrimonio radicular. Frida Kahlo quiere representarse con gruesas cejas, para afirmar sus raíces mestizas, así como con la ropa tradicional mexicana con el arte pre-colombino, con el arte popular mexicano y con el estilo exvoto con los cuales afirma nuevamente la fuerza de las raíces. Lo que creo que pasa en la psicopatología de la psicosis blanca es una interrupción en este árbol de la descendencia tan bien representado en forma de imagen por la pintora.

Me ha sido espontáneo asociar estas reflexiones con el síndrome de Ulises, que no es una enfermedad sino un encuadre reactivo de estrés crónico y múltiple que afecta a las personas migrantes. Este síndrome no es una psicosis sino un síndrome con sintomatología ansiosa depresiva y psicósomática. Pero creo que puede ser útil para comprender algunos de los rasgos psicopatológicos de la psicosis blanca. Además, el síndrome de Ulises no solo afecta al sujeto migrante sino también a las segundas y terceras generaciones, y es un gran tema de actualidad social y política.

El duelo causado por la migración raramente causa la negación como mecanismo de defensa a menudo observado en el duelo de una persona querida; más bien observamos una confusión importante, el no saber dónde y en qué momento se está viviendo; como afirma Joseba Achotegui, el psiquiatra descubridor de esta condición: “el inmigrante muchas veces más que negar su cambio de lugar siente que no sabe nada”. Además, sabemos bien cómo esta condición es un factor de riesgo para el desarrollo de brotes psicóticos. El duelo migratorio, de hecho, golpea la esfera de la identidad y la multiplicidad de los aspectos en juego: familia, idioma, cultura, y da lugar a cambios importantes en este sentido. ¿Qué pasa si los andamios generacionales y culturales no funcionan y actúan en cambio como presencias fantasmáticas en la psique del sujeto? ¿Si el idioma de origen, por ejemplo, no ha sido transmitido? Recuerdo una paciente mía que no hablaba una palabra de castellano pero provenía de una familia de América Latina. Me preguntaba, dónde había acabado en ella aquel orden simbólico.

Todo el viaje de Ulises discurre en el tema de la búsqueda de la identidad y de la nostalgia de las raíces; para no “perder el retorno” Ulises se queda “arraigado al suelo” cuando las sirenas lo llaman. El verbo usado en griego por Homero –*empedon*– es el mismo usado por el filósofo griego Parménides

al describir el ser, en su grande obra sobre el Logos: el ser es algo que “se queda allí bien arraigado al suelo”; un concepto que tiene mucho que ver con la fenomenología de la evidencia natural, tan difícil en la experiencia psicótica. El arraigo, al final, llega a ser el regreso al tálamo conyugal construido en el árbol: cuando Ulises habla a Penélope de la gran cama en el árbol, imposible que se mueva porque está arraigada a la tierra, ella finalmente reconoce los signos que le permiten reconocer al marido, signos otra vez “bien arraigados”, como la cama en el olivo.

Empedon es, entonces, tanto el quedarse firmes frente a las llamadas narcisistas de las sirenas como el ser natural de Parménides, es el arraigo vital de Ulises y Penélope, como el concepto de Blankenburg.

Una complejidad importante en esta forma psicótica resulta estar entonces vinculada al regreso del padre, entendido aquí como el padre interior, el paterno y como “los padres” en el sentido de una conciencia identitaria radical. Siguiendo la imagen de Ulises y de su transmisión de herencia (la madera de la identidad de Frida Kahlo) podemos entonces llegar al trabajo de Massimo Recalcati sobre el complejo de Telémaco.

El acto de la herencia para Freud, citando a Goethe: “lo que has heredado de tus padres, adquiérello para poseerlo”. Se define entonces como una reconquista, un movimiento subjetivo.

La herencia no implica el reencuentro de una identidad ya bien hecha. No es una certificación de identidad, el movimiento de la telemaquia no es un hundimiento para reencontrar los supuestos orígenes, sino una manera para emerger por estos: una búsqueda de genealogía en el comienzo de su ausencia, muy diferente de la ilusión narcisista de hacerse por sí mismo.

En este sentido, el paterno en el trabajo psicoterapéutico puede emerger porque cualquier cosa puede ser un padre, respecto a la mirada de Telémaco en la costa, cualquier cosa puede volver por el mar: un viejo jubilado, un maestro de la escuela primaria, una madre, leer un clásico, una obra de arte, un político, la fuerte imagen de las gafas rotas de Salvador Allende.

Los psiquiatras y los analistas, cuando trabajan con una persona es como si entraran en otra cultura, un poco como cuando se llega a otra ciudad y se

aprende a relacionarse con sus rasgos particulares: las zonas estéticamente más cuidadas y las abandonadas, los lugares de encuentro, las divisiones económicas en áreas de interés y los conflictos entre grupos de poder diferentes. ¿Qué podemos decir entonces sobre la relación terapéutica con estos pacientes?

En primer lugar, cada psicoterapia es en realidad siempre una historia bilingüe; un encuentro entre dos culturas que se acercan, pelean, buscan acuerdos, una cuestión de deseos y necesidad.

De la misma manera, en segundo lugar, cada terapia es también el encuentro con el exiliado, el otro, el extranjero, el refugiado, dentro de nosotros, que a través del mar del inconsciente llega a la trémula tierra firme del yo.

En tercer lugar, no es infrecuente encontrar en las biografías de psiquiatras y analistas importantes este aspecto del exilio y de sus consecuencias (André Green, Kernberg, Bion, Tatossian, Lopez Pedraza, Ping Nie Pao, y muchos otros).

El rasgo psicopatológico del desarraigo reflexiona curiosamente de alguna manera la historia del psicoanálisis mismo, que resulta apátrida, por muchos aspectos, siempre en viaje.

Entonces, ¿cómo hablar con esta psicosis? Sabiendo todo esto que hemos dicho hasta ahora, ¿cómo entrar en relación con estos andamios de fantasma? Los sufrimientos de cada analista que experimentaron la separación, la lejanía de su tierra, los empujan a acoger el exilio del paciente; “el analista apátrida” puede entender la extrañeza de las vivencias emocionales, la falta de comprensión de su propio mismo idioma, la incapacidad en el expresar en palabras sus propias emociones. Una terapia que ayude al paciente a entrar en contacto con los afectos más profundos, imposibles de experimentar, puede ser facilitada si el psiquiatra se pone en su condición de apátrida y exiliado.

Al contar su propia historia como propio mito personal la “mitobiografía” puede ayudar al paciente a entrar subjetivamente en su historia. Ernst Bernhard, el analista que llevó el pensamiento jungiano a Italia, fue el inventor del término mitobiografía; el trabajo analítico permite la estructuración del propio mito personal, un cuento aún no pensado que pueda inscribir / escribir el yo, que pueda escribir nuevamente su propia existencia.

Tomar conciencia de todo esto, junto a las imágenes simbólicas que emergen espontáneamente de los sueños dentro del análisis se unen en el cuento pensado y nombrado, y permiten una tendencia equilibradora. El análisis, entonces, a pesar de su etimología, más que como una deshiladura como una búsqueda de hilos, de su urdimbre.

Segun la epistemología jungiana encontrar el propio mito personal estructurante detrás de la propia biografía es una de las tareas del diálogo terapéutico. El descubrimiento de las propias raíces y de su propia historia podemos imaginarlo como la navegación de Ulises hacia Ítaca, un regreso necesario en la psicoterapia. Propongo imaginar el mito de Ulises como explicativo del vacío en las psicosis no desencadenadas y al mismo tiempo como empuje al regreso de libido hacia algo perdido e inalcanzable. Me pregunto si es posible que uno de los rasgos psicopatológicos fundamentales de las psicosis blancas sea este deseo escondido y suprimido. En este sentido subrayo la importancia de que se diera una voz mitobiográfica en el contexto narrativo de la psicoterapia.

Algunos pacientes míos tenían sueños recurrentes: huesos de ballena, raíces de grandes árboles, ojos firmes de un viejo maqui que imponen la continuación de la resistencia u ojos inquisidores de un senador romano que pretenden atención; son todas imágenes arquetípicas capaces de ayudar al yo consciente en la búsqueda de la propia ruta mitobiográfica.

Quisiera terminar entonces con una imagen; a veces, como sabemos bien literatura, cine, arte, llegan antes que la clínica para expresar conceptos importantes a la psique humana.

La *“balsa de piedra”* es una novela escrita por José Saramago en la cual, con su clásico estilo, visionario y surrealista, se cuenta la historia de la península ibérica que se desancla del continente europeo y transformada en un enorme balsa de piedra, empieza a vagar en el océano Atlántico; la Península Ibérica ante los márgenes de Europa ahora que ya no está vinculada a ésta podría dirigirse hacia las Américas, a las cuales les ata un antiguo patrimonio común de idioma y cultura.

Como metáfora de algo a la deriva y reflexión sobre una falta en un proceso de integración se contraponen un posible nuevo mundo, el fruto de una nueva integración y de una nueva identidad.

*Patologización del sufrimiento.
Estigma y enfermedad. Trauma y resiliencia
Patologization of suffering.
Stigma and illness. Trauma and resilience*

Federico Menéndez Osorio

Psiquiatra. A Coruña.

Correspondencia: femeos@telefonica.net

RESUMEN

Se hace una reflexión acerca del valor y la función del sufrimiento, del dolor y la enfermedad. Una comprensión y visión del estatus y el constructo de lo que entendemos por sufrimiento, que no quede reducido a una sola óptica patológica y biológica.

Se hace un recorrido histórico al respecto del lugar que ha ocupado el sufrimiento en el pensamiento y en las distintas culturas y escuelas filosóficas a lo largo de los tiempos.

Se constata como el sufrimiento es indisoluble a la condición humana y a la existencia, como función de superación, creatividad y sabiduría.

El sufrimiento no está registrado en la geografía del cuerpo, sino que remite a un cuerpo subjetivo, cuerpo simbólico. Es desde las experiencias subjetivas como podremos escuchar el sufrimiento en la clínica a través de los relatos, las narraciones, las biografías y las historias de cada sujeto; lo que va a constituir la Identidad Narrativa.

Se aborda una visión de la enfermedad, no como déficit, ni como carencia, ni como entidad negativa, sino como otra forma de ser-en-el-mundo y

como un proceso adaptativo, reconstructivo y creativo. Es desde esta óptica como la idea de enfermedad y estigma en tanto entidad negativa, carencia y estigmatizadora se cae por su propio peso, quedando únicamente el argumento estigmatizador como falacia segregadora y excluyente.

Por último, se aborda el concepto de trauma y resiliencia, concepto este último tan importante e indisoluble como el de trauma.

Se concluye con la necesidad de no patologizar ni "traumatizar" todo sufrimiento, ni los malestares y avatares de la vida. Se recoge en este sentido la voz de alarma que la revista *British Medical Journal*, hizo en el año 2001 contra la medicalización de la vida proponiendo varias premisas al respecto.

PALABRAS CLAVE: Sufrimiento. Dolor. Enfermedad. Patologización de la vida. Estigma. Trauma. Resiliencia.

ABSTRACT

The article reflects upon the value and the function of suffering, pain and illness. An understanding and vision of the status and construct of what we understand as suffering, which is not reduced to a single pathological and biological perspective.

A historical perspective shows the place that suffering has occupied in thought and in different cultures and philosophical schools through the ages.

It is noted how suffering is inseparable from the human condition and existence, as a function of overcoming, creativity and wisdom.

The suffering is not registered in the body geography, but refers to a subjective body, a symbolic body. It is from subjective experiences that we can hear the suffering in the clinic through stories, narrations, biographies and stories of each subject; what will constitute the Narrative Identity.

A vision of illness is addressed, not as a deficit, nor as a lack, nor as a negative

entity, but as another way of being-in-the-world and as an adaptive, reconstructive and creative process. It is from this perspective that the idea of illness and stigma as a negative entity, lack and stigmatizing is collapsing of its own accord, leaving only the stigmatizing argument as segregating and excluding fallacy.

Finally, the concept of trauma and resilience is addressed, being the last one as important and inseparable as the concept of trauma.

It concludes with the need not to pathologize or "traumatize" all suffering, nor the discomforts and vicissitudes of life. It presents the alarm sounded by the *British Medical Journal*, in 2001, against the medicalization of life, proposing several premises in this regard.

KEYWORDS: Suffering. Pain. Illness. Pathologisation of life. Stigma. Trauma. Resilience.

INTRODUCCIÓN

La obviedad de que el sufrimiento hay que tratarlo –cuando así se hace necesario y se pueda– es algo incuestionable. Pero lo que voy a plantear y abrir a una reflexión es al valor y la función del sufrimiento, del dolor y de la enfermedad.

Una comprensión y abordaje más amplio del estatus y del constructo de lo que entendemos por sufrimiento, sin caer en las obviedades y simplificaciones que reducen el tema a una sola óptica biológica y patológica de enfocar el problema. Es preciso entender, sin reduccionismos ni apriorismos, que lo tomado como obvio, nos impide el dejarnos ver, el no plantearnos y reflexionar otras miradas, otras ópticas fundamentales y necesarias para entender más profundamente de lo que tratamos.

Al abordar el sufrimiento debemos ver igualmente lo que no se dice, lo que no se evalúa, ni se observa, ni se valora, ni se tiene en cuenta, ni por supuesto se trata, ni se escucha, con las consecuencias que esto conlleva:

la psicopatologización y medicalización de la vida cotidiana, de los malestares, de las adversidades y del sufrimiento, de los avatares y acontecimientos propios del existir (1). **Traumatizar todo impacto, confundiendo trauma con acontecimiento**, etc., etc... Fenómenos estos que están inundando el campo teórico y la actividad de la práctica psicopatológica y médica.

De esto es de lo que voy a intentar reflexionar. No como lo opuesto o excluyente del deber de tratar y paliar el dolor y el sufrimiento cuando se requiera y sea un derecho elemental para el bienestar.

Lo que deseo plantear, son otras valoraciones y funciones de lo que supone y entendemos por sufrimiento, sobre todo, lo que significa para cada sujeto en su singularidad y particularidad, en su propia historia. **Entendiendo el sujeto como sujeto histórico y social, sujeto del inconsciente**. Lo que viene enunciándose con otras formulaciones –empleadas a veces como un eslogan o un mantra– como lo **BIO-PSICO-SOCIAL**, que tendrá su fundamentación y clarificación:

Lo BIO, referido al organismo, al cuerpo biológico; pero quedando claro en el sentido que lo da Lain Entralgo: “el hombre no es un organismo, tiene un organismo que pertenece a un ser”. (2)

Lo PSICO, en tanto sujeto biográfico e histórico, inscrito en una historia familiar y cultural, como ser hablante. **La identidad narrativa**. (3) (4)

Lo SOCIAL, en tanto sujeto social indisoluble de su condición humana viviendo en sociedad. Como diría M^a Zambrano “la naturaleza peculiar del hombre es la sociedad”. (5)

I. PATOLOGIZACIÓN DEL SUFRIMIENTO

Hay **dos creencias negadoras y excluyentes de toda subjetividad, de todo valor o sentido y pertenencia** de lo que para cada uno pueda suponer el sufrimiento. Estas son: **la Religión y la Ciencia** –o mejor decir, **el cientificismo**, en tanto creer que la ciencia es el único saber y conocimiento válido y excluyente, “el autoritarismo científico” (6).

La religión hace del sufrimiento un don de la resignación, del sacrificio y de la expiación. La vida al ser un don de Dios, no nos pertenece.

La Ciencia, el cientificismo –sea en su aplicación en la medicina o en la psicología–, que indudablemente nos aportan grandes descubrimientos y avances en el abordaje del dolor y el sufrimiento, nos promete el reino de la felicidad, no en el futuro como la religión, sino en el inmediato presente. Las tecnologías y los descubrimientos químicos y psíquicos, nos ofrecen la liberación de toda desdicha, “empoderándonos” en el camino de la felicidad, eso sí, siempre dirigidos y guiados por los saberes del “experto” y del “técnico”.

Ya nos anunciaba el padre y fundador de la ciencia y del método experimental, F. Bacon, en la *Nueva Atlántida* (7), lo que la ciencia iba a suponer: “la ciencia va a reparar las miserias todas de la humanidad y enriquecerla con comodidades” (p. 79). “...el progreso de la ciencia encarna la posibilidad de volver al paraíso perdido, al anhelo supremo de la instauración del imperio humano sobre el universo...” (p. 81).

Ambas, religión y cientificismo, una en nombre de Dios y otra en nombre de la técnica y el conocimiento, anulan toda subjetividad, toda función y significación, destituyendo y vaciando al sujeto de su singularidad, de la valoración y el sentido de lo que para cada uno suponga el sufrimiento y de su propia capacidad de decisión al respecto.

Por un lado, **si la religión emplaza el valor del sufrimiento en Dios**, que es quien determina su valor y su destino. Por otro, **el cientificismo médico o psicológico, objetivizando el sufrimiento, lo mide, lo define, lo enmarca en un discurso biológico, científico y técnico, ordenando lo que debe ser. Designándolo y diagnosticándolo como patológico y anomalía, se reduce a tratarlo y erradicarlo, anulándolo de toda significación y valor**.

Si la religión destina el sufrimiento como expiación y resignación para el más allá. El cientificismo nos ofrece el paraíso aquí y ahora, como horizonte inmediato e imperativo de felicidad que se nos impone como condición del existir y de normalidad.

Para ello el cientificismo dispone del arsenal de anestésicos, opiáceos, drogas,

estimulantes, ansiolíticos, etc., para mayor gloria y confort del viviente. La paradoja de esta felicidad, que se nos ofrece como panacea y erradicación del sufrimiento, tiene su anverso y lleva en su seno (y abuso) los efectos adversos y sórdidos que no solo eliminan el dolor y sufrimiento, sino la vida. (Según el informe de la Reserva Federal de EEUU (8) la muerte por drogas y opiáceos entre los 30 a 50 años ha superado al de los suicidios, los accidentes de carretera, el cáncer y las armas de fuego. Más de 60.000 muertos y 1,3 millones de personas necesitadas de asistencia médica relacionada con el consumo en el año 2014).

Bajo la tiranía de este imperativo de felicidad –nos advierte Germán Cano– “nuestras sociedades han criminalizado como patología toda humana e ineludible desgracia”... “el optimismo tecnológico que nos ofrece el logro de la felicidad da lugar a identificar toda aflicción (sufrimiento) como anomalía”, como patología...

“Para una sociedad que busca el ideal en una vida feliz el sufrimiento no puede ser más que una presencia obscena, un desagradable tabú” y señala: “bajo la bandera de la salud y la protección avanza por medio de la eliminación de los riesgos (y del sufrimiento, añadido por mi parte), un poder biopolítico que blanquea lo político o jurídico en médico (o psicológico), de aquí la necesidad de expertos; terapeutas y charlatanes mediáticos de la felicidad; libros de autoayuda, etc.”... (9) (junto a la batería de ansiolíticos, antidepresivos, estimulantes, etc.) que nos guíen y nos digan cómo ser felices, destituyendo al sujeto, al ciudadano, de su capacidad y de su confrontación a sostener la responsabilidad y el compromiso con el vivir y la comunidad.

HISTORIA DEL SUFRIMIENTO

El sufrimiento, el dolor, ha ocupado un lugar importante en el pensamiento y en las distintas culturas y escuelas filosóficas a lo largo de los tiempos. Haremos un muy resumido recorrido al respecto.

Para la *filosofía oriental* (10), la raíz del sufrimiento era la ignorancia. No la ignorancia libresca, sino la falta de conocimiento de sí, causa última de toda esclavitud, sufrimiento y conflicto (p. 47).

El conocimiento de sí trae una función liberadora y de disolución de la raíz del sufrimiento... El dolor es físico; el sufrimiento es mental. Más allá de la mente no hay sufrimiento... El dolor actúa como regulador de la vida orgánica. El sufrimiento es un regulador sistémico de nuestra vida psíquica (p. 48).

Para el *Mundo Islámico*, las penas y los sufrimientos son inevitables, forman parte de la vida. Los filósofos Al Farabi, Avicena, Averroes, afirmaron que el supuesto mal y el dolor existen en el mundo y son necesarios. Hay una ontología del sufrimiento como parte del orden necesario (11).

En la *antigüedad clásica*, para el *mundo griego* el sufrimiento va a suponer la señal de la humanidad. En la tragedia griega el sufrimiento es sabiduría y enseñanza, es el dispositivo de la verdad (12).

Para Lasso de la Vega (13) es en Sófocles donde se manifiesta más claramente el lugar del sufrimiento en la condición humana. El sufrimiento del héroe sofocleo es absoluto, sin sentido. Los personajes de cualquier tragedia griega son hombres y mujeres sufrientes.

Es un dolor al límite y definitivo, no está aderezado a mayor gloria de Dios, ni tampoco como expiación. Es la señal de la humanidad. El dolor va a tener la característica de revelar al hombre la conciencia de sí, la verdad y la sabiduría. Tiene la virtud de revelarle su verdadera imagen, su yo más genuino.

El dolor del héroe sofocleo le confronta a sostener el deber, la ética, la coherencia... En Áyax recobrar la honra perdida; en Antígona el derecho del muerto a sepultura; en Edipo la persecución de la verdad; en Electra la venganza de la muerte paterna...

Martha Nussbaum (14) nos muestra como en la *Odisea*, el valor del sufrimiento adquiere la condición esencial en todo humano. En el pasaje donde la diosa Calipso le ofrece a Odiseo, el placer y la felicidad sin penalidades, Ulises –Odiseo– frente al trascender de su condición humana, elige abandonar la isla de Calipso, elige la vida de un ser humano, el matrimonio con una mujer –Penélope– que envejecerá y morirá. Elige el riesgo, las dificultades, la certeza de la muerte y lo propio del vivir: el placer, el dolor, el sufrimiento,... Elige el paquete humano al completo: una vida mortal, una

mujer mortal, las pautas de una vida humana y las posibilidades de excelencia, de amor y logros que esa vida posibilita, sus vicisitudes, la lealtad, el compromiso... (p. 415-416). Elige lo humano frente a la inmortalidad, la omnipotencia, la totalidad y la completud, porque todo esto, no permite sentir los límites, lo mortal, el sufrimiento, el placer, la poesía, la lucha, el amor, la belleza, el dolor...

En el *siglo de las luces*, con *la Ilustración* (15), el sistema Newtoniano entendía el mundo ordenado y regulado, lo cual implicaba que el dolor y el sufrimiento suponían un desorden en el individuo que rompía con ese orden general. Desorden e imperfección solo podían ser aspectos parciales de ese mundo ordenado que respondía a un bien mayor (p. 190).

El terremoto de Lisboa con la destrucción y tragedia de tantas vidas humanas, echaba por tierra y dejaba en entredicho la idea de que un mal pudiera ser ocasión de un bien mayor, así como que hubiese un orden de la naturaleza. Volvía a plantearse el viejo dilema de Epicuro: Si Dios no quiere o no puede evitar el mal. Si no quiere no es bueno. Si no puede no es todopoderoso (p. 199).

El terremoto de Lisboa abre el debate entre Voltaire y Rousseau. La cuestión del sufrimiento se plantea en términos de si tiene o no sentido en la existencia humana y cuáles son las causas de su existencia. Para Voltaire se queda en el sin sentido y lo injusto de la naturaleza. Para Rousseau, aunque cuestiona el sentido del sufrimiento en la existencia humana, lo remite a la libertad y responsabilidad.

Va a ser en *Nietzsche* donde el problema del sufrimiento es central. Si ya para Schopenhauer el problema del sufrimiento ocupaba un lugar importante en su filosofía. Sería en Nietzsche para quien el sufrimiento, como afirma Salgado Fernández (16), es algo esencial de toda existencia. "El mundo contiene necesariamente el sufrimiento como elemento constitutivo" (p. 437).

El sufrimiento no debe ser un obstáculo paralizador, sino un desafío, un reto, cuya superación puede hacer de la vida algo creativo y deseable (p. 313). Lo que realmente rechazaba era ver el sufrimiento como algo incapacitante e impedimento del vivir.

Señala premonitoriamente como el hombre moderno se ha convertido en un neurótico del bienestar, padece una hipersensibilidad mórbida ante cualquier pequeño sufrimiento, lo cual conduce a la destrucción de la vida creativa y arriesgada; la comodidad erigida como un valor absoluto (p. 319-320).

De aquí el uso de narcóticos (metáfora que emplea Nietzsche para referirse a como se aborda el sufrimiento). El cristianismo puede ser considerado como una botica de narcóticos. La historia de la humanidad es la historia de los medios de consuelo, lo que está en juego es el tipo de anestesia (ciencia, religión, opiáceos, etc.), sus efectos secundarios y la finalidad con que se emplea... (p. 318).

Los que quieren a toda costa evitar el sufrimiento y persiguen nuestra felicidad, desconocen que el sufrimiento puede ser necesario para quien lo padece y nada saben de ese conocer profundo. Eliminar totalmente el sufrimiento, en realidad solo se logra con la muerte y la ataraxia perfecta. La imperturbabilidad máxima es la del cadáver (p. 317).

El sufrimiento en la filosofía Nietzscheana tiene la función de superación y creatividad, en tanto parte constituyente de nuestra existencia. El sufrimiento por el sufrimiento no tiene sentido.

En la *Fenomenología existencialista*, para Merleau-Ponty, el sufrimiento tiene un valor como conocimiento. El dolor se convierte en una manera de pensar los límites del sí mismo y de ampliar el conocimiento de los demás.

Para Sartre y Merleau-Ponty el dolor de la existencia es el dolor de las limitaciones de la misma. Tal dolor es ontológico y no necesariamente patológico, forman el desarrollo de nuestra vida... (17).

Valga hasta aquí este resumido y somero recorrido histórico del valor y función del sufrimiento que nos permita una referencia de lo que actualmente representa.

EL DOLOR

Javier Moscoso, al cual me voy a referir, hace un exhaustivo y riguroso análisis del dolor en su libro de la *Historia cultural del dolor* (18). Afirma que durante el s. XIX el dolor adquirió un protagonismo social, político y científico como nunca antes había tenido. El padecimiento físico y el sufrimiento psicológico adquieren un lugar relevante de estudio y reflexión. El sufrimiento físico aparecía como una circunstancia aborrecible, pero inevitable. El dolor ya no se reivindicaba como un signo de elección divina, sino que se interpreta como parte inexorable que rige el progreso histórico (p. 120).

La medicina y la fisiología no fueron los únicos lugares de reivindicación del valor y función del sufrimiento, para el Romanticismo el dolor era un vehículo de grandeza estética, un elemento de educación, de conexión entre belleza y dolor (p. 123).

El s. XIX considera que el “dolor es un elemento necesario del progreso cultural, económico y científico, era el “mínimo dolor necesario” en la vida. En eso se distingue de nuestro mundo contemporáneo que va a convertir en norma la sociedad indolora y la conciencia anestesiada” (p. 125).

La aparición del dolor como un objeto de la práctica médica y la industria farmacéutica y del mercado cultural es un fenómeno propio del s. XIX. En nuestros tiempos la experiencia del sufrimiento, del daño, encuentra su materialización corporativa y un espacio del desarrollo científico. Baste observar el crecimiento de unidades especializadas del dolor, de cuidados paliativos, etc., para comprobar hasta qué punto el dolor ya cuenta con sociedades, instrumentos e instituciones propias.

El dolor tenía un valor y significación clínica en tanto era un signo o síntoma de enfermedad. En la década de 1980 fisiólogos, neurólogos, anestesiólogos, reconocen que mientras lo que denominan *dolor Agudo* podría mantener un grado de utilidad en tanto permite anticipar y alertar la presencia de un cuadro subyacente (apendicitis, infarto, neumonía, etc.); lo van a diferenciar del *dolor Crónico* que solo podrá significar un desorden que causa sufrimiento al paciente, a la familia y la sociedad, sin que su presencia se justifique como utilidad clínica, sino como una enfermedad en sí misma.

La medicina comienza a clasificar y distinguir entre dolor útil y sufrimiento inútil, entre dolor de laboratorio y el sufrimiento clínico; entre dolor periférico y central; dolor de los miembros y dolor visceral, etc.

“Aparece así una medicina del dolor que se ocupa de las enfermedades incurables, terminales, o del dolor crónico. La medicina del dolor se construye en zonas de confluencia: lo agudo, lo crónico, lo inespecífico, etc.” “Viene a aparecer un nuevo grupo humano: el enfermo del dolor y derivado de ello una práctica médica ligada al estudio y tratamiento del dolor” (p. 282).

Pero como señala M^a.C. López Sanz (17), “las instituciones dominantes que tratan el dolor lo abordan como una cuestión de medios terapéuticos (anestesia, cirugía, rehabilitación, psicofármacos, psicoterapia), más que como un asunto de fines. Esta tendencia que se impone en nuestra época viene a ser la prolongación de la antigua simbología religiosa del dolor, en otra tecnológica.”

“El desarrollo tecnológico no ha sabido acabar con la indigencia que origina el dolor... a la inevitabilidad del sufrimiento se suma la incapacidad de sufrir con los otros. El poder de la técnica no ha podido ampliar nuestra empatía o hacer de la compasión algo más que un gesto...” (p. 437).

VALOR Y FUNCIÓN DEL SUFRIMIENTO

No es cuestión de andar buscando el sufrimiento y el dolor, están ahí omnipresentes desde el nacimiento hasta la muerte, constituyendo y compartiendo nuestro destino.

Está el sufrimiento infringido por las injusticias, la explotación, la tiranía, la opresión, el racismo, las agresiones, las violaciones, etc. Settembrini (personaje de la novela de T. Mann en *La montaña mágica*) veía la necesidad de hacer un tratado de “sociología del sufrimiento”, para dar cuenta de los males del organismo social y las luchas derivadas de ello, para su eliminación y emancipación... (19). El sufrimiento como elemento emancipador...

Es normal que suframos y nos apesadumbremos ante la muerte del ser querido, o ante las adversidades, las desgracias, abusos, deshonras, etc.

El amor, amar al ser querido, va a conllevar en su propio destino que al perderlo, la felicidad y dicha que nos deparaba, se convierta en sufrimiento y dolor profundo. Es el duelo necesario y creativo. Para M. Nussbaum, “el amor está compuesto de experiencias de sufrimiento” (20).

El deseo –el desear– supone que padezcamos de todo aquello que siendo deseado, no podamos alcanzarlo o se nos despoje de ello.

Toda la lucha y el camino por la superación o alcanzar metas, están surcados de momentos de sufrimiento y dolor.

Gran parte de la literatura gira en torno al sufrimiento humano. “...Yo también tengo derecho. A mi dolor. A mi propia y quizá no tan frívola aflicción” dice Marta Sanz en su libro *Clavícula* (21).

El sufrimiento y la felicidad cabalgan juntos en los distintos avatares de la vida y a lomos del hecho de existir. Forman parte indisociable de la condición humana.

Hay una vulnerabilidad constitutiva en todo ser humano, no como algo anómalo a prevenir o tratar. Sufrimientos y limitaciones son condiciones necesarias al existir y condición de superación, de creatividad y de búsqueda, que nos dan la propia entidad como humanos, a diferencia del animal o la planta que vienen ya prefijados y marcados por las leyes del instinto.

Para Bauman, la vulnerabilidad y la incertidumbre son dos cualidades de la condición humana (22). Y para E. Fromm la vulnerabilidad es intrínseca, confiere al ser humano la capacidad de buscar y forjarse la construcción de su ser y de su identidad. Es la base de su fuerza y la causa primaria de sus cualidades humanas (23). Es lo que hace decir a Ortega y Gasset “...es nuestro trágico destino y su ilustre privilegio. Esa vida que nos es dada, no nos es dada hecha, sino que cada uno de nosotros tiene que hacérsela, por eso vida en el sentido de vida humana, en el sentido radical de la palabra vida, se la entiende como biografía y no como biología...” (24).

Hay un saber –afirma M. Zambrano– que es también el fruto que aparece tras un acontecimiento externo, un dolor o sufrimiento grande, como la

muerte de alguien próximo, la enfermedad, la pérdida de un amor, o el desarraigo forzoso” (25).

Estos acontecimientos extremos y el sufrimiento nos hacen ver, pensar, recapacitar, plantearnos, lo que antes nos pasaba desapercibido, ajeno... Hay episodios en la vida que nos presentan las cosas antes ocultas, veladas; similar a como cuando se opera de cataratas y nos quitan el velo de los ojos. Ciertos hechos que nos conmocionan nos permiten ver lo que estaba invisible y no nos planteábamos. Para M. Nussbaum (14) “el sufrimiento saca a flote verdades y sentimientos que sin él no podrían ser comprendidos”. “El sufrimiento mismo es autoconocimiento” (p. 310).

No creo necesario extenderme en mostrar que el sufrimiento no solo puede deparar dolor, desdicha, incapacidad, invalidación, inanición, desesperación, etc., sino que por contra puede ser fundamento de creatividad y superación en la adversidad, sublimación, rebeldía, lucha, realización, lucidez, etc.

Así como la vida tiene una doble faz:

Vida biológica: la cronología del nacimiento hasta la muerte. La vida del organismo en tanto biológico y orgánico.

Vida biográfica: el valor que esta vida tiene para cada uno, lo que supone la dignidad, la felicidad, la pena, el sufrimiento, la honra, el amor, la justicia, etc.

Asimismo podemos hacer una analogía acerca del sufrimiento, que presenta una doble faz:

Una faz biológica: el dolor físico, lo lesivo, lo hiriente, el daño afectivo material, corporal o psíquico.

Una faz biográfica: subjetiva, particular, singular, el valor que da cada uno a su sufrimiento, sus sentimientos, el cómo se inscriben los hechos en la historia de cada sujeto, lo que el placer, el dolor, la felicidad, el sufrimiento, el amor, van a suponer en su existencia.

Ambas faces son inseparables e indisociables.

Para una comprensión desde otro enfoque, de lo subjetivo, de lo singular del sufrimiento y del dolor, voy a seguir la reflexión que hace C. Moya (26) acerca de *las experiencias subjetivas en los procesos mentales*, poniendo como ejemplo el dolor y el sufrimiento: “Desde un punto de vista fisiológico el dolor o sufrimiento sentidos por mi sensación –los qualia– enunciados en 1ª persona (mi dolor) y el dolor estudiado o recogido por un neurólogo o un fisiólogo en tanto observador –enunciados en 3ª persona– el dolor del paciente, se rigen por criterios distintos. De hecho un neurólogo o un fisiólogo son más competente que yo para determinar el estado de mi cerebro. Pero este mismo neurólogo tendrá que confiar en mis declaraciones para saber si tengo dolor, cuando me implanta un electrodo... Tiene sentido que dos o más personas están observando el mismo fenómeno, el mismo proceso cerebral, pero no que dos o más personas están informando de la misma experiencia interna. Si yo afirmo sinceramente que no tengo dolor y otra persona se empeña en atribuírmelo observando mi cerebro, no estamos hablando de lo mismo.”

“La palabra dolor o sufrimiento habrá cambiado de significado en boca de esta persona... que una propiedad llamada dolor distinta de lo que ahora entendemos por dolor fuese un estado del cerebro (o de nuestro cuerpo), será tal vez un hecho interesante (objetivo – experimental) pero no una respuesta al problema de la naturaleza del dolor, del sufrimiento y de lo mental”.

El fenómeno no se agota en una visión biológica organicista. E. Kandel recogiendo las tesis de Nagel y Searle plantea que “La ciencia carece de una teoría conveniente para explicar cómo un fenómeno objetivo, como las señales eléctricas del cerebro, pueden causar una experiencia subjetiva como el dolor”. “...El problema es el de la subjetividad, el cómo cada uno siente subjetivamente frente a una misma experiencia y un mismo registro cerebral y si es posible determinar objetivamente cualquier característica de la conciencia que sea común a todos” (27).

Podemos visualizar –afirma Precht (28)– las imágenes o áreas cerebrales afectadas por un dolor, una melodía, o una sensación, pero serán los pacientes – el sujeto–, quienes sabrán de la calidad y de las vivencias de lo que sienten,

de su dolor, de la melodía, así como de los sentimientos complejos y diversos que pueden darse en la singularidad y particularidad de cada uno.

Son realidades de dimensiones diferentes. Lo mental es un fenómeno emergente del cerebro. Así como el agua es un fenómeno emergente del H₂ y del O, pero el agua tiene propiedades distintas al H y al O, estos son inflamables y el agua es lo contrario. El amoníaco (NH₃) tiene las propiedades que no tienen ni el N ni el H. Asimismo lo mental tiene propiedades que le son específicas.

Merleau-Ponty (29) afirma que *el dolor, el sufrimiento del otro nunca tiene el mismo sentido para él o para mí. Para él son situaciones vividas, para mí situaciones presentadas.* Pablo sufre por haber perdido a su mujer, yo sufro porque Pablo sufre y está apenado.

Como nos explicita Etxenique (Premio Max Planck de física) “las propiedades de la vida como la conciencia, los problemas neurológicos, pueden no tener sentido a escala molecular. *Puede saberse que ley física gobierna la vida* (el sufrimiento, el dolor) *pero eso no quiere decir que entendamos el sufrimiento, el amor, el pánico en un estadio, la belleza de un cuadro, etc...*” (30).

Para Canguilhem, la enfermedad, el sufrimiento, no es la enfermedad anatómica del médico. Por ejemplo, tener una piedra en la vesícula biliar atrófica puede no dar síntomas durante años y por consiguiente no crear una enfermedad sufriente para el portador, mientras que sí lo es anatopatológicamente. La lesión no basta para convertir a la enfermedad clínica en la enfermedad del enfermo. Esta es distinta de la enfermedad del anatomopatólogo” (31).

Al *hablar de salud o sufrimiento introducimos el concepto de cuerpo subjetivo*, hablamos en 1ª persona allí donde el clínico habla en 3ª persona (32).

El concepto de salud o de sufrimiento debería considerar e integrar las variaciones y las anomalías; debe ser lo suficientemente relativo para tener en cuenta las particularidades de lo que para cada uno supone la percepción de salud, enfermedad y sufrimiento.

El cuerpo objeto de las ciencias naturales por su método objetivo no da

cuenta de la subjetividad, del sufrimiento, del sentir, del dolor, de la conciencia en general. La ciencia moderna elimina de sus objetos esos aspectos subjetivos, junto a las causas finales (33).

Esta anulación de la subjetividad, esta ontologización del dolor y la enfermedad, como una entidad sin sujeto ni referencia subjetiva, va a suponer una eliminación del sujeto que sufre.

Este borramiento en los historiales clínicos de la subjetividad, lleva al neurólogo O. Sacks a hacer una acerada crítica al respecto, afirmando: “en los historiales clínicos nada se nos cuenta del individuo y de su historia, no hay sujeto... los historiales clínicos modernos aluden al sujeto con una frase rápida (“hembra albina trisómica 21”) que podría aplicarse igual a una rata que a un ser humano. Para situar de nuevo en el centro al sujeto (el ser humano que se aflige, que lucha y padece), hemos de profundizar en un historial clínico hasta hacerlo narración o cuento; solo así tendremos un “quien”, además de un “que”, un individuo real, un paciente, en relación con la enfermedad... en relación con el reconocimiento físico médico (34).

La indisociable relación entre su enfermedad y su identidad narrativa.

La ciencia es coherente con su función y sus métodos, –la objetivación, experimentación, replicación, etc.– pero el conocimiento no se agota en dichos saberes “científicos”. **Hay conocimiento, saber y ciencia (35). La ciencia es una parte del saber y el saber es una parte del conocimiento. El saber no se agota en la ciencia, esto es el cientificismo.** No hay una ciencia de la belleza, del amor, de la justicia, del sufrimiento... Son otros saberes los que también dan cuenta del conocimiento.

“La realidad social no se reduce a la física, ni a la biología, tiene sus propias codificaciones, marcos de comprensión y reglas de funcionamiento, como afirma J. Echeverría... la cultura y las lenguas generan mundos simbólicos que son compartidos por comunidades... los microcosmos mentales aportan dimensiones adicionales a la realidad” (36).

El saber –afirma M^a Zambrano en *Notas de un método* (25)– es experiencia ancestral, experiencia sedimentada, se trata de experiencias vitales que no se repiten a voluntad como las que se efectúan en los laboratorios... es el

saber de la vida. No hay un método, son situaciones irrepetibles, únicas, de las que solo se puede hablar por analogías (p. 107-108).

El nacimiento de la medicina clínica a finales del s. XVIII y principios del s. XIX, según Ignacio de Rivera (33), se asentó en **la dicotomía entre la historia de los síntomas y el malestar tal como eran narrados por el enfermo y la inscripcón objetiva del mal en la geografía del cuerpo**. La medicina clínica se decantó por la segunda, dio mayor relevancia a la enfermedad antes que al enfermo. Más que ESCUCHAR al enfermo, el médico debía VER la enfermedad (Esta visión se ha extendido a otros campos como el de la psicopatología).

“Son dos formas sociales y culturales de comprender la enfermedad, el sufrimiento. La una geográfica, la otra histórica. **Mientras el médico aprende a leer el cuerpo como un mapa y reconocer los signos patológicos; el enfermo da cuenta de sus males bajo el relato, el discurso**” (p. 243-244).

Los **dolores psicógenos**, el sufrimiento, son reales, no están registrados en la geografía del cuerpo, **remiten a un cuerpo simbólico, subjetivo**. De aquí **la importancia de la biografía, de la narración, del relato, de la historia clínica** –las patografías–, **la identidad narrativa**.

No reducirnos al órgano, a la víscera, a la entraña, sino también y además entenderlo como lo visceral, lo entrañable... Hay una tendencia en la clínica actual a estar más atento al ordenador y los datos, que a lo que narra el enfermo...

II. LA ENFERMEDAD. EL ESTIGMA

Es preciso rescatar una idea de la enfermedad –en la línea que venimos exponiendo del sufrimiento– que **rompa con las ideas dominantes y excluyentes** que se nos ofrecen como establecidas y definitivas.

Una visión que nos permita dar un significado, un valor y una función, hasta ahora eludidas. Un enfoque que rompa con la estigmatización, segregación y marginación de todo cuanto atañe a la enfermedad y sus secuelas.

Entender la enfermedad o el sufrimiento, *no como un déficit, o una carencia, o una entidad negativa*, sino –al decir de Ricoeur– entenderlo como “*otra manera de ser-en-el-mundo*” (37).

Entender *la enfermedad o el sufrimiento*, no como “la insolencia de la salud”, ni lo que falta o no funciona, sino como un *proceso creativo de reconstrucción y defensivo*.

Es preciso rescatar no solo lo que para Freud suponía el delirio como “una tentativa de curación y reconstrucción”; sino lo que para los neuropatólogos de finales del s. XIX y principios del s. XX (V. Monakow, Goldstein, Jackson, etc.) suponía la enfermedad que, como afirma Lain Entralgo (2) la definían por tres propiedades:

1. *Un proceso biológico adaptativo y creativo*
2. *Que afecta y pone en juego la respuesta de la totalidad del organismo* (no la lesión, en contra de los localicionistas y frenólogos).
3. *La radical individual de cada proceso* (lo personalizado, lo singular y particular).

“Esto le hacía afirmar a Goldstein que *vida con defecto no equivale a vida deficitoria*... limitada y deficiente *es una nueva vida* que el organismo se ha visto obligado a improvisar en un incesante proceso de adaptación creativa” (p. 545).

Para Canguilhem (31), la enfermedad no solo es desequilibrio o disarmonía, también es esfuerzo de la naturaleza en el hombre para obtener un nuevo equilibrio. “La enfermedad es una reacción generalizada con intenciones de curación” (p. 18).

Debemos entender *la enfermedad como un valor y un proceso vital que afecta al plano biológico, social y existencial*. Es desde esta óptica como el paciente tiene una dignidad objeto de respeto y cómo podemos afrontar y *fundamentar el fenómeno del estigma* más allá de toda llamada a la moralina, la compasión, al voluntarismo o el buenismo.

Si entendemos la *enfermedad como proceso reconstructivo, adaptativo y*

creativo y como otra forma de ser-en-el-mundo, equivalente por tanto, *a cualquier proceso fisiológico y dinámico, común al funcionamiento de todo organismo viviente*, el estigma y la idea de enfermedad como carencia, como déficit o entidad negativa y estigmatizante, se cae por su propio peso y únicamente quedará como argumento en tal sentido estigmatizador, la ignorancia y las valoraciones y falacias segregadoras y excluyentes, entre las cuales ya nos alerta al respecto F. Colina (38) en su crítica radical de las etiquetas y diagnósticos psiquiátricos como estigmatizadores.

En esta línea de valoración y dignidad y de fundamentar que es la enfermedad, van las movilizaciones actuales de los afectados por distintos procesos estigmatizadores: cáncer, discapacitados, psíquicos, etc.

Pensar la salud (o el sufrimiento) *a partir de las variaciones y de las anomalías*, afirma Sandra Caponi (32), implica negarse a considerar la enfermedad en términos de desvalor o contravalor... “lo normal es vivir en un medio en que fluctuaciones y nuevos acontecimientos son posibles” (p. 292).

Las enfermedades de los hombres no son limitaciones de su poder físico, son dramas de su historia. El hombre está abierto a la enfermedad por su simple presencia en el mundo (39).

La salud y la enfermedad pertenecen a un género de discurso –el de la subjetividad, lo singular y particular– distinto de aquel cuyo vocabulario y sintaxis se aprenden en los tratados de medicina o en las sesiones clínicas.

Para Ricoeur (37) *la autoexclusión, la pérdida de la estima de sí, la estigmatización funciona en la enfermedad desde el plano biológico, social y existencial*. En el plano biológico como carencia de salud, como anomalía y regresión; en el plano social como exclusión sancionadora por las instituciones de diverso orden y en el plano existencial en tanto denegación de reconocimiento y valoración.

“La sociedad tiende a eliminar e ignorar, o esconder a sus discapacitados... se ocultan las desviaciones patológicas como se ocultan las desviaciones de otros tipos, penales, etc. Medicalizadas y penalizadas así son en general las desviaciones” (p. 37).

Si de un lado está la autoexclusión, de otro **actúa la norma –lo normal– como instrumento de orden y normalización**. Foucault hace referencia a la norma como lo que funciona en tanto disciplina y regulación como poder y control social (40).

La norma (lo normal en contraposición a enfermedad, sufrimiento, déficit, etc.) tiende a imponerse en su doble dimensión: tomado tanto en el sentido de norma como medida estadística –la media– o como norma en el sentido de ideal normativo, como regla de conducta –lo correcto, lo debido–, como lo opuesto a irregularidad y desorden e indebido. **En la norma estaría la buena salud. La enfermedad a partir de aquí no se la puede definir más que en términos de impotencia y anomalía**, de desorden. De esta premisa resulta en efecto la depreciación de lo patológico y la exclusión y el estigma. (Como señalaba al principio, en la cita de G. Cano refiriéndose al dolor y al sufrimiento como anomalías, que no podían ser por tanto otra cosa que una presencia obscena).

En esta línea de lo excluyente y estigmatizante de la enfermedad, el sufrimiento, etc., **está el rechazo a lo distinto, a lo anormal**. Se pierde cada vez más –como afirma Byung-Chul Han (41)– la capacidad de escuchar a otros y de atender a su lenguaje y a su sufrimiento... domina el “me gusta” como principio de felicidad y de goce... el sufrimiento se privatiza y se individualiza pasando a ser objeto de terapias que tratan de curar el yo y su psique. No se establece ningún enlace entre mi sufrimiento y tu sufrimiento. **“Se privatiza el sufrimiento y el miedo, impidiendo su socialización y favoreciendo la estrategia del dominio”**.

Vygotski en su Tomo V de sus *Obras Escogidas* al referirse a los *problemas generales de la defectología* (42) hace una dura y rigurosa crítica del modo de abordar el déficit, la psicopatología y la enfermedad, como algo meramente mecánico y cuantitativo (escalas, mediciones, etc.), sin ver lo dinámico, lo cualitativo y lo social del problema (p. 12).

Su tesis central es que **toda enfermedad, defecto o sufrimiento crea los estímulos para elaborar la compensación**... La teoría de la compensación descubre el carácter creativo del desarrollo. Toda **compensación** constituye un **proceso orgánico y fisiológico de creación de nuevos procesos sustitutivos para**

el desarrollo (p. 15) (en la línea de la idea de los neuropatólogos antes citados, V. Monakow, Goldstein, etc.).

Así por ejemplo, el niño ciego o sordo puede lograr en su desarrollo lo mismo que el normal. Pero los niños con defectos lo lograrán de distinto modo, por un camino diferente, por otros medios. Pero no por eso menos capaces.

Ante el déficit o el sufrimiento puede darse un proceso de compensación y creativo, o el fracaso de la compensación refugiándose en la enfermedad o en el sufrimiento neurótico como ganancia.

Alerta de los malentendidos o deformaciones que puedan hacerse sobre el tema, confundiendo sus análisis con valoraciones del remoto pasado místico cristiano, haciendo de la enfermedad o el déficit una resignación o expiación, etc. Deja claro que se valora no el sufrimiento en sí como reacción, sino como creatividad. No la resignación ante el defecto o la enfermedad, sino la rebeldía y superación. No la debilidad en sí, sino los impulsos y fuerzas de energía que encierra (p. 49).

Cualquier defecto no se limita a la pérdida aislada de una función, sino que conlleva una reorganización radical de toda la personalidad y pone en vigencia nuevas fuerzas psíquicas, desarrolla una sobreestructura psíquica, imponiéndolas una nueva dirección... Solo una idea ingenua de la naturaleza puramente orgánica de la compensación, ignora el aspecto sociopsicológico de este proceso (p. 50).

Culmina su visión sobre el déficit y la enfermedad con una idea avanzada y liberadora de abordar la discapacidad y el estigma afirmando: “es erróneo ver en la anormalidad únicamente una enfermedad. En el niño anormal notamos solo el defecto limitándose a constatar que existen tales porcentajes (escalas) cuantitativos de déficit, de sordera, de ceguera, etc...”

Vemos los MENOS, pero no vemos los MÁS. Nos detenemos en los gramos de enfermedad, pero no advertimos los kilos de salud. **Vemos el déficit y no captamos las enormes áreas ricas de vida** que poseen los niños que padecen alguna discapacidad o anomalía” (p. 62).

Toda una nítida y vigorosa defensa de la diversidad funcional actual, de la dignidad y la capacidad de la llamada discapacidad. Se adelanta en casi un siglo a las reivindicaciones de los afectados.

III. TRAUMA Y RESILENCIA

Se habla mucho de trauma. Se “traumatiza” todo hecho impactante, sobrecogedor, chocante, espectacular, que lleve aparejado horror o efectos desgarradores o dramáticos (catástrofes, suicidios, accidentes, violencias, etc.). *Se confunde impacto con trauma*, utilizándose este en el sentido vulgar o usual de choque. *Se traumatiza la adversidad, lo impactante, el sufrimiento, el dolor, el riesgo, la muerte, la vulnerabilidad*, etc. Se confunde trauma con acontecimiento.

Pero debemos conocer también lo que significa otro concepto tan importante e indisoluble como el de trauma, que es el de *Resiliencia, que supone la capacidad de resistencia que todo ser humano tiene ante hechos traumáticos, ante el sufrimiento, ante la vulnerabilidad y el riesgo*.

No debe patologizarse todo hecho “traumático” e impactante. Ni el duelo de las pérdidas que forman parte de la vida y de los acontecimientos de nuestra existencia.

Algunos ejemplos concretos pueden darnos una idea: *Caso Prestige* (hundimiento del petrolero en las costas de Galicia que supuso una gran catástrofe en una amplia zona del litoral). El psiquiatra Prof. M. Trujillo, experto en catástrofes y prof. de la Universidad de N. York, declaraba en el periódico *La Voz de Galicia* (19-2-2003) que habría más de un 20% de estrés postraumático en la población afectada.

La realidad fue que no hubo, que sepamos, casos de estrés postraumático reseñables y si los hubo fueron mínimos casos. *Lo que si hubo fue algo que no se consideraba si solo se patologizan los problemas: la solidaridad, la acogida, la empatía y la participación de la comunidad. La elaboración y el apoyo mutuo* en la tarea de reconstrucción de lo destruido de forma espontánea, solidaria, natural...

Se producían así *mecanismos de experiencia vital y comunitaria*. Se creaban *nuevas experiencias de afrontar las pérdidas* y de conocer la realidad y las adversidades. *Se transformaba el trauma en creatividad y superación, el sufrimiento en autoconocimiento. Favoreciéndose así la autonomía, la creatividad, la solidaridad y la responsabilidad*.

Equivalente al sistema inmunológico que se modifica en respuesta a los patógenos que encuentra, el cerebro está adaptándose constantemente a las condiciones concretas de la vida y la experiencia.

Pero claro, todo ello no está en los manuales de psicopatología ni en el DSM y los manuales diagnósticos.

Un caso reciente nos muestra otro ejemplo al respecto: caso de Ignacio Echeverría, el héroe del patinete de Londres que falleció en el atentado terrorista del ISIS. Cómo reaccionó la familia ante el trauma de su muerte. La hermana lee con profundo dolor, entereza y emoción: “algo muy triste y muy duro se está convirtiendo en algo más bonito y muy grandioso que nos hace querer más, apreciar más a nuestro hermano, a nuestra familia, a nuestros amigos y a nuestro país...”. (Valgan estos dos ejemplos entre los múltiples que podríamos tomar).

Se hace preciso poder tener claro *que definimos y entendemos por trauma*. Antes del S. XIX, como refiere J. Moscoso (18) “un trauma era una lesión anatómica, más específicamente una fractura de huesos o articulaciones” (p. 262)... “la palabra era utilizada en el ámbito de la fisiología y cirugía; trauma se fue desplazando hacia un uso psicológico ligado al rechazo del recuerdo en la conciencia y la amnesia del hecho” (p. 263).

Voy a retomar de Cyrulnik *la definición* que hace *de trauma psíquico* (43). En todo trauma psíquico se necesitan al menos dos momentos indisolubles para crear un trauma. *El 1º momento es lo REAL*, lo que impacta, lo que uno recibe, el hecho, el acontecimiento, el golpe (accidente, violación, maltrato, muerte, catástrofe, etc.). *El 2º momento* provoca el dolor del hecho, el desgarrar, el horror, la pérdida, ... Este 2º momento *es la vivencia, la REPRESENTACIÓN de lo real*. Este momento es subjetivo, singular, inconsciente, simbólico, integrado en la historia del sujeto. Va a depender de: por un

lado, las capacidades propias que constituyen a cada uno; de otro, del entorno que le permita un apoyo, acogida, elaborarlo, verbalizarlo, solidaridad, empatía, etc. por parte del medio. No patologizarlo por principio.

Si la representación se hace con normalidad como en todo tiempo lo hacía la comunidad integrándolo en los hechos vitales y acontecimientos de la vida. Si uno se siente acogido, no culpabilizado, no se patologiza, no se “traumatiza” el hecho y se permite la elaboración, verbalización y expresión de las vivencias, se podrá lograr que ese hecho o acontecimiento “traumático” no se traduzca en trauma psíquico. Taleb señalaba como *frente al estrés postraumático* habría que destacar *el crecimiento postraumático*. (44)

La experiencia nos muestra como *hechos “traumáticos” dan respuestas muy diversas según como hayan sido abordadas y como la comunidad responde, acoge, apoya o por contra se patologizan o medicalizan haciéndolos traumáticos y vulnerables*.

Para Cyrulnik (43) la capacidad de *Resiliencia* (concepto de la física que significa la resistencia de todo material al impacto) *permite a un ser afectado transformar sus magulladuras, lo “traumático” en un organizador del Yo*, a condición de que a su alrededor haya una relación de cariño y apoyo que permita la metamorfosis. En el momento que pueda expresar sus temores, angustias, fantasías, etc., aprende a descentrarse de sí mismo y elaborar las vivencias. Este trabajo de recomposición de su pasado le resocializará y permitirá elaborar su sufrimiento (p. 205).

“Si no consigue dominar la representación del trauma al no acceder a la simbolización por medio de la palabra, dibujo, juego, etc. entonces el recuerdo se impone y captura la conciencia haciendo volver sin cesar, no la realidad, sino la representación de una realidad que le domina” (p. 206).

Estamos asistiendo a toda una serie de *intervenciones “clínicas”* por parte de ciertos profesionales que se imponen y toman carta de naturaleza, caracterizados por una compulsiva necesidad *de ejercer el furor sanandi y protector a toda la sociedad, medicalizando o psicopatologizando toda problemática o malestar*.

Este hecho no es en modo alguno un ideal inofensivo, porque (además de

los intereses de las industrias farmacéuticas y otros profesionales) *hacen a esta sociedad cada vez más vulnerable, incapacitada, infantilizada, irresponsable, frágil y dependiente... y por ello necesitada de expertos, técnicos, guías y salvadores ante cualquier acontecimiento o hecho supuestamente traumático*. Esto conlleva por parte de los afectados a la falta de decisión e iniciativa, la falta de creatividad, autonomía y solidaridad, favoreciendo por contra el victimismo, la pasividad, la dependencia, la irresponsabilidad y la sumisión.

Se hace actual retomar el tema Kantiano de la Ilustración: ¡Sapere Aude! ¡Ten el coraje de servirte de tu propia razón!”

En definitiva, la pregunta que me hago es ¿a quién favorece todo esto? *Hay un desplazamiento y apropiación del poder por parte de los técnicos y los expertos –el poder biopolítico antes señalado– que usurpan a la ciudadanía y a la comunidad el saber propio acumulado y adquirido a lo largo de los siglos y de generaciones en generaciones*. Sin descartar los beneficios de la industria farmacéutica y otros.

Retomo de M. Anxo García Álvarez quien en relación a la demanda de actuación de Salud Mental con las familias, ante el hundimiento del pesquero Bahía en la costa lucense, escribía un artículo al respecto en *La Voz de Galicia* (10-6-2004) manifestando que *“la actuación de los profesionales de S.M. en estos casos, debe ser cautelosa, discreta y reducida al mínimo necesario, confiando en las capacidades de las personas para hacer frente a las adversidades y al apoyo comunitario”*... y añadía algo muy importante a recordar: “A lo largo de la historia de la humanidad fuimos creando medios y capacidades para que las pérdidas no nos destruyan; aprendimos a unirnos y solidarizarnos, a cuidar de los nuestros, a rehacer la vida y el mundo con o sin el ser querido y sin olvidarlo... miles y miles de años de construcción psicológica y cultural...”.

Ahora parece que todo esto es cosa de expertos. En ocasiones podemos necesitar ayuda psíquica cuando la precisemos, pero no que nos tutelen e infantilicen o incapaciten y nos hagan frágiles y dependientes ante toda desgracia o malestar.

CONCLUSIÓN

No es cuestión de patologizar y traumatizar todo sufrimiento y los males-tares y avatares de la vida. Ni el sufrimiento por el sufrimiento. Es el propio sujeto quien dará cuenta del valor y de la función de su sufrimiento.

Recojo en este sentido la voz de alarma que ya en el año 2001 daba la revista *British Medical Journal* sobre la creciente **tendencia a clasificar como enfermedad los problemas de la gente** (45) y propone **un nuevo pacto social contra la medicalización de la vida (podemos añadir la psicopatologización de la misma)** a partir de las siguientes premisas:

La muerte, la enfermedad, el dolor o el sufrimiento son parte de la vida.

La medicina tiene poderes limitados.

Los médicos no lo saben todo.

Los pacientes no pueden trasladar sus problemas a los profesionales de la salud.

Los médicos deben reconocer sus limitaciones.

Estas premisas podemos extenderlas a los profesionales del campo de la Salud Mental.

De todas formas, son algunas de las asociaciones de los propios afectados, las que están manifestando su rechazo a la medicalización y psicopatologización de sus problemáticas. Quizás vengan por ahí un cambio y revulsivo a la patologización de todo malestar o expresión.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) MÁRQUEZ, S., MENEU, R. *La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión clínica y sanitaria*. 2003, vol. 5, nº 2; 47-53.
- (2) LAIN ENTRALGO, P. *La Historia Clínica*. Madrid: Triacastela. 1998; 578.
- (3) RICOEUR, P. *Historia y Narratividad* 4ª reimpresión. Barcelona: Paidós, 2014; 215-230.
- (4) LAURENT, E., *Nuevas encarnaciones del deseo de democracia en Europa*. Foro europeo de Turin de la ALP. 18-XI-2017.
- (5) ZAMBRANO, Mª. *Persona y democracia*. 2ª ed. Madrid: Siruela. 2004; 125.
- (6) PETEIRO, J. *El autoritarismo científico*. Málaga: Miguel Gómez, edit. 2010.
- (7) BACON, F. *Nueva Atlántida*. Madrid: Akal. 2006.
- (8) *La Reserva Federal alerta del impacto de la epidemia de droga en EEUU*. El País 15-7-2017.
- (9) CANO, G. *El imperativo de la felicidad*. El País 13-8-2010.
- (10) CABALLÉ CRUZ, M. "El vedanta advaita ante el sufrimiento". En *Filosofía y dolor*. González, M. (comp.). Madrid: Tecnos 2010; 19-59.
- (11) ESCOBAR, S. "El concepto de sufrimiento en el mundo islámico". En *Filosofía y dolor*. González, M. (comp.). Madrid: Tecnos 2010; 121-157.
- (12) MORERA, J.I. "En torno al sufrimiento de Edipo". En *Filosofía y dolor*. González, M. (comp.). Madrid: Tecnos. 2010; 94.
- (13) LASSO DE LA VEGA, J. "Introducción". En Sófocles. *Tragedias*. 4ª reimpresión; Madrid: Gredos. 1981; 47-54.
- (14) NUSSBAUM, M. *El conocimiento del amor*. Madrid: Machado Libros. 2016.
- (15) VILLAR, A. "El debate de los ilustrados franceses sobre el sufrimiento y las catástrofes". En *Filosofía y dolor*. González, M. (comp.). Madrid: Tecnos. 2010; 189-215.

- (16) SALGADO, E. "Dolor y nihilismo. Nietzsche y la transmutación trágica del sufrimiento". En *Filosofía y dolor*, González, M. (comp) Madrid: Tecnos. 2010; 309-348.
- (17) LÓPEZ SÁENZ, M^aC. "El dolor de sentir en la filosofía existencialista". En *Filosofía y dolor*. González, M. (comp.). Madrid: Tecnos. 2010; 381-437.
- (18) MOSCOSO, J. *Historia cultural del dolor*. Madrid: Taurus. 2011.
- (19) MANN, T. *La montaña mágica*. 11^a reed. Barcelona: Edhasa. 2015; 355.
- (20) NUSSBAUM, M. *El conocimiento del amor*. Madrid: Machado Libros. 2016; 310.
- (21) SANZ, M. *Clavícula*, Barcelona: Anagrama. 2017; 166.
- (22) BAUMAN, Z., Dessal, G. *El retorno del péndulo*, Madrid: F.C.E. 2014; 99.
- (23) FROMM, E. *Ética y psicoanálisis*. 12^a reimp. Madrid: FCE. 1980; 53-54.
- (24) ORTEGA Y GASSET, J. *El hombre y la gente*. Madrid: Alianza. 2010; 50-51.
- (25) ZAMBRANO, M^a. *Notas de un método*. Madrid: Mondadori. 1989; 108.
- (26) MOYA, C. "El sujeto enunciado". En *Tiempo de subjetividad*. Cruz, M. (comp.), Barcelona: Paidós. 1996; 168-169.
- (27) KANDEL, E. *En busca de la memoria*. Buenos Aires: Katz. 2007.
- (28) PRECHT, R.D. *Amor. Un sentimiento desordenado*. Barcelona: Siruela. 2011; 182.
- (29) MERLEAU PONTY, *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Península. 1975; 367.
- (30) ETXENIQUE, P.M. Entrevista. *El Mundo*, Campus, (9-XII-2009).
- (31) CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. 8^a ed. Madrid: Siglo XXI. 2005; 65.
- (32) CAPONI, S. "Canguilhem y el estado epistémico del concepto de salud". *Historia, ciencia y saude*, Vol. IV; Jul. Agost. 1997; 238-307.

- (33) RIVERA, I. "Dolor y muerte en la filosofía hegeliana". En *Filosofía y dolor*. GONZÁLEZ, M. (comp.) Madrid: Tecnos. 2010; 242.
- (34) SACKS, O. *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. 15 ed. Barcelona: Anagrama. 2017; 10.
- (35) INNERARITY, D. "El diálogo entre saber y poder". *Claves de la Razón Práctica*. N^o 209. 2011; 12.
- (36) ECHEVERRÍA, J. *Entre cavernas. De Platón al cerebro pasando por Internet*. Madrid: Triacastela. 2013; 69.
- (37) RICOEUR, P. *Lo justo-2-*. Madrid: Trotta. 2008; 181.
- (38) COLINA, F. *Sobre la locura*. Valladolid: Cuatro ed. 2013; 115-120.
- (39) CANGUILHEM, G. *Escritos sobre medicina*. Buenos Aires: Amorrortu. 2004; 88.
- (40) FOUCAULT, M. *Los anormales*. Madrid: Akal. 2001.
- (41) BYUNG-CHUL HAN. *La expulsión de lo distinto*. Barcelona: Herder. 2017; 12.
- (42) VYGOTSKI, L.S. *Obras Escogidas*. Tomo V. Madrid: Machado Libros. 2012.
- (43) CYRULNIK, B. *Los patitos feos*. 3^a ed. Barcelona: Gedisa. 2002.
- (44) TALEB, N.C. *Antifrágil*, Barcelona: Espasa Calpe. 2012; 67.
- (45) REALES, Ll. *La medicalización de la vida*. *El País Semanal*. Salud (12-5-2007).

*Formación en
“psicoterapia de grupo psicoanalítica”
“Psychoanalytic group therapy” training*

Rosa Gómez Esteban.

Psiquiatra. Presidenta Sección Psicoterapia de Grupo de la AEN. Exsecretaria General AEN y del Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal. Didacta y Supervisora clínica de FEAP. Docente de Área 3, Asociación para el estudio de temas grupales e institucionales. Supervisora de MIR, PIR y EIR en el Instituto Psiquiátrico José Germain, Leganés, Madrid, y en el CSM de San Blas, Madrid. Trabajó en CSM Getafe, Parla y Alcorcón (CAM).

Correspondencia: rosagomezesteban@gmail.com

RESUMEN

La formación en psicoterapia de grupo se basa en cuatro pilares, la experiencia clínica, los grupos de formación teórico-técnica, los grupos de supervisión y el análisis personal. Proponemos un programa de formación para psicoterapeutas de grupo desde la orientación psicoanalítica e insistimos en la importancia de “los grupos” en las instituciones de salud mental.

PALABRAS CLAVE: Metodología grupal, grupos de formación, grupos de supervisión. Análisis personal. Programa de formación en psicoterapia de grupo.

ABSTRACT

This article focuses on training in group psychotherapy based on four pillars, clinic experience, theoretical-technic training groups, monitoring groups and personal analysis, making later on a proposal for a training programme for group psychotherapists focused on psicoanalitic orientation as well as some suggestions about "groups" in mental health institutions.

KEY WORDS: Group methodology, training groups, supervision groups. Personal analysis. Training in group psychotherapy program.

I.- LA FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA DE GRUPO

“En este grupo de formación aprendo, pero para mí también es terapéutico”¹

La psicoterapia, en los países europeos, se incluye en los programas de formación de especialistas en psiquiatría y psicología con mucha diversidad. Desde su inclusión en el título de Especialista en Suiza: “Psiquiatría/Psicología y Psicoterapia”, reconocimiento y concreción en las horas requerida en Alemania, inclusión sin explicitación de su puesta en práctica en Grecia, y otros países donde es excluido en la formación. Respecto a la psicoterapia grupal en España, que es el tema que nos ocupa, se ofrecen prácticas grupales pero sin formación reglada. Aunque no tenemos datos actualizados, las carencias siguen siendo importantes, aunque suponemos mejor que los de la encuesta² realizada hace años en la que se constataba que la mitad de los residentes había participado en grupos, pero más del 80 por cien afirmaba no haber recibido ninguna formación. Consideramos que la psicoterapia de grupo es un instrumento terapéutico fundamental en el tratamiento de las patologías psiquiátricas y psicológicas, y por ello proponemos en este trabajo un programa de formación en psicoterapia de grupo psicoanalítica. Afirmamos que la psicoterapia de grupo es una prioridad en la formación de especialistas en psiquiatría y psicología, y que las metodologías grupales han de ser prioritarias en sus actividades formativas, para que puedan articular la teoría con la práctica y los aspectos subjetivos de cada profesional.

1 - LA FORMACIÓN Y APRENDIZAJE “EN” GRUPO Y “DE” LOS GRUPOS.

La formación de los psiquiatras y psicólogos proponemos que se apoye en cuatro pilares: experiencia clínica, formación teórica/técnica, supervisión

1. Un psicólogo de los grupos de formación.

2. GAMO MEDINA, E., GÓMEZ ESTEBAN R., *Grupos Terapéuticos y Asistencia Pública*, Madrid: AEN, 1997.

y análisis personal. Esta formación tiene como eje central el grupo, que es el instrumento adecuado para el aprendizaje de los programas MIR, PIR y EIR, a la vez que acerca a los profesionales a las dinámicas grupales. Esta formación grupal también es imprescindible para el trabajo en equipo, al generar las condiciones que posibilitan el proceso desde la agrupación a la constitución del “equipo terapéutico”.

El objetivo de los futuros especialistas es el diagnóstico y tratamiento de la denominada “enfermedad mental” o “trastorno mental”, en la que aún hoy en día se priman las causas orgánicas por la preponderancia de las teorías biologicistas; a pesar de la evidencia de investigaciones serias que han mostrado la importancia de los factores familiares y psicológicos en su desencadenamiento y evolución. La negación de estas causas psicosociales favorece la evolución hacia la cronicidad, el aumento exponencial en el uso de psicofármacos y el gasto desmesurado en la atención psicofarmacológica en todos los países. Estas teorías tienen mucha influencia en los profesionales, por las presiones de la industria farmacéutica, de ahí el interés en realizar grupos de formación que permitan reflexionar acerca de la vida cotidiana de los sujetos.

La formación de especialistas con metodologías grupales psicoanalíticas facilitan esta reflexión y la observación de las relaciones entre psicopatología y situaciones conflictivas de la vida del paciente. Estos grupos de formación que proponemos permiten un acercamiento diferente al proceso de salud/enfermedad mental; observarlas como crisis subjetivas, que a su vez son emergentes del grupo en el que está inserto el sujeto, ya sea la pareja/grupo familiar/ escolar/laboral, etc. Asimismo posibilitan la observación y elaboración de los obstáculos y transferencias que se producen en la relación con el paciente y compañeros de la institución.

La teoría freudiana da muchísimos elementos para comprender la dinámica individual y grupal, que muestra la relevancia del inconsciente y sus formaciones (síntomas/sueños/lapsus), y la sobredeterminación de los síntomas, que se originan en relaciones conflictivas, del pasado o actuales (relación de pareja, familia, ámbito laboral, etc). La teoría grupal psicoanalítica permite observar que los síntomas se producen en los vínculos conflictivos con los

otros, manifestándose de múltiples maneras: malentendidos, incomunicaciones más o menos graves, dolores físicos o psíquicos, angustia, tristeza, agresividad, ambivalencia intensa con relaciones de amor/odio, pérdida de autoestima, aislamiento, temor a la soledad, etc.

En estos grupos aprehenden que los síntomas tiene una función para el sujeto, que siempre se dirigen al otro, y que básicamente están referidos a las problemáticas siguiente: sexualidad, muerte, dependencia/separación/soledad, pérdidas/duelos, etc. Se dan en circunstancias de la vida que tiene que atravesar el sujeto y son difíciles y complejas, por lo que con frecuencia el residente no está preparado para afrontarlas; no ha tenido esas experiencias de vida, ni formación teórico-técnica. Pretendemos que en estos grupos aprehendan “cómo hacer con el síntoma, el paciente y la transferencia”, sin obviar los aspectos biológicos. Un aprendizaje que les permita aprender a observar y analizar los sentimientos que les transfieren los pacientes (amor/odio/agresividad/rechazo/violencia...). Para que después puedan elaborar que estos afectos y sentimientos se dirigen a figuras significativas de su pasado, aunque se reactúalicen en el aquí-ahora en el vínculo con el profesional.

Se trata de que subjetiven la complejidad de la práctica clínica, y por tanto, la necesidad de instrumentarse para abordar las inevitables situaciones difíciles que surgirán en su quehacer. La angustia del profesional se relaciona con esta complejidad y con las limitaciones afectivas, teóricas y técnicas, al no haber tenido una formación pertinente en la universidad. Ésta al tener paradigmas biologicistas y conductistas no les ha aportado los instrumentos básicos en la atención al paciente: “saber preguntar y escuchar al paciente”.

La validez del grupo como instrumento fundamental en el aprendizaje, la realizo a partir de una reflexión de dos sesiones grupales. Es un grupo de formación/aprendizaje privado formado por psiquiatras y psicólogos que se forman en teorías y técnicas grupales con la metodología grupal psicoanalítica operativa. Para este análisis utilizo los emergentes más significativos que Bauleo³ denominara “emergente inicial”, “emergente central” y “emergente final” en función de su ubicación en la sesión. El emergente

3. BAULEO, A., “Ficha” del Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal(CIR), *Boletín interno del CIR*, nº 1.

es uno de los conceptos privilegiados de la teoría y la guía para que el equipo coordinador pueda realizar un análisis del acontecer grupal, pero siempre en la asociación de unos con otros (E1, E2...), y por tanto, en el marco de un discurso grupal. La tarea de estos grupos es trabajar los textos teóricos, y articularlos con la práctica clínica (problemática del paciente, y relación con paciente/institución). En esta teoría, a través de la cadena de emergentes se puede realizar una lectura de lo latente grupal (ansiedades, obstáculos y resistencias en el desarrollo de la tarea). Se privilegia los vínculos y las relaciones intersubjetivas, con el grupo y la tarea.

1.1.- *Dos sesiones (al año de proceso grupal): Emergente inicial, central y final*

En la *primera sesión*, el Emergente Inicial fue la explicitación de la angustia que les producía la práctica clínica, que relacionaron con los obstáculos que se presentaban en el proceso del aprender y que era el tema de la información teórica para ese día. Subrayaron de la teoría que los obstáculos eran de dos tipos, epistemológicos y epistemofílicos, los primeros en relación al conocimiento, y los segundos, referidos a lo afectivo. Apoyándose también en la teoría reflexionaron que trabajar sobre estos obstáculos era una de las principales tareas del aprendizaje grupal, ya que su no resolución paralizaba el proceso de aprendizaje y mantenía múltiples disociaciones (teoría/práctica, intelectual/afectivo, pensamiento/acción). Nombraron los afectos que les embargaba la clínica: angustia, bloqueo e impotencia, que coinciden con los síntomas que Freud⁴ trabajara en uno de sus principales textos, “Inhibición, síntoma y angustia”, que es central para pensar la clínica psicoanalítica. Dialogar sobre los síntomas y las dificultades les permitió explicitar su tarea como grupo, “aprender sobre grupos en grupo”, en un aprendizaje con los otros.

El Emergente Central es el interrogante, ¿Cómo cambiar cada uno en el grupo?, que surge después de elaborar los sentimientos de omnipotencia y las exigencias internas que mostraban un elevado ideal del yo, y un superyó muy exigente en los participantes. Habían sido sentimientos compartidos

4. FREUD, “Inhibición, síntoma y angustia”, *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 1975.

y emergentes significativos durante meses del proceso, si bien más problemáticos en las primeras etapas del grupo. Reconocer que es un arduo proceso por la complejidad de la tarea, que a su vez se incrementa por sus altos ideales y exigencias internas. La elaboración de algunos aspectos de la subjetividad, del grupo interno les permite aceptar su identidad como psicoterapeutas de grupo. En la evaluación del trabajo realizado destacan sus resistencias hacia la teoría, a la que se han enfrentado con sentimientos que oscilan entre la impotencia y la omnipotencia. La evaluación les ha permitido disminuir los mecanismos de negación y reconocer la necesidad de acercarse a los textos de manera más articulada con la práctica clínica, es decir, en una praxis que integre ambas.

En el Emergente Final: “nuestros vínculos con los otros son las verdaderas experiencias” vivencian la importancia de los vínculos en el grupo, unido a la comprensión de que es un concepto nuclear en la teoría de grupo operativo, como leen en el texto de Pichón, que era la lectura para ese día. La clínica no es sin el otro, el vínculo se transforma en el desarrollo grupal, al principio se daban unos vínculos más confusos e indiscriminados, y ahora los sienten más discriminados. Es la evolución que también describiera Bauleo⁵ en los tres momentos del aprendizaje en grupo: “Indiscriminación, Discriminación y Síntesis”. Después de un año de dinámica grupal pueden explicitar una mayor discriminación entre ellos, los momentos de identificación previos, y ahora de diferenciación les permite un mejor conocimiento de sí y de los otros.

Esta sesión grupal marca un punto de inflexión, un cambio en el que se efectúa el pasaje desde la angustia que les produce la clínica a la constatación de que es el vínculo con el otro lo que les produce angustia, que a su vez da la experiencia en la vida. Perciben cambios en los vínculos entre ellos y con los pacientes, que han sido propiciados por los movimientos de identificación y desidentificación, y que a su vez han flexibilizado las relaciones con los otros fuera del espacio grupal.

En la *segunda sesión* encuentran la estrategia frente a la angustia, el funcionamiento en “equipo”, que es contenedor de la angustia al posibilitar

compartir la tarea con otros. Pero junto a la necesidad y el deseo de trabajar con esa organización surgen afectos, sentimientos, temores y vivencias muy intensas y displacenteros. El Emergente inicial es una pregunta: ¿Cómo trabajar en equipo?, y el Emergente Central es la expresión de las emociones que suscita el equipo, y que se condensan en el significativo “horror”. Este horror se significa como tensiones entre ellos, conflictos, y temores al daño y ataque de los otros. Hablan de tiburones, celos, envidias, dentelladas, rivalidad, competencia, lucha por el poder..., etc. Aunque estas agresiones al inicio las depositan en el afuera, en los otros, ya que refieren que son “los otros los malos que me quieren dañar”; el trabajo de elaboración posterior les permite explicitar y reconocer el autoritarismo que está en su interior. Así, la portavoz que había nombrado el horror de lo institucional y que a su vez, había resonado en los otros, lo explicita del siguiente modo: “yo, en las reuniones de equipo soy un bulldog”.

El reconocimiento de la propia subjetividad permite plantear un nuevo interrogante en el Emergente Final: ¿Cuál es la tarea de cada uno dentro del equipo? Reflexionan que la necesidad de tener un proyecto previo individual requiere preguntarse acerca del deseo propio, para después pensar en el deseo de hacerlo en común con otros. Las preguntas y respuestas que van encontrando les lleva a un silencio reflexivo prolongado para afirmar al terminar que es en ese momento cuando pueden comprender el proceso de aprendizaje realizado.

En la construcción del discurso grupal que se produce gracias a la asociación de los diferentes emergentes observamos los tres elementos que Bauleo describiera en el “Aprendizaje grupal”: “Información, Emoción y Producción”. La propuesta de grupo Operativo no es un aprendizaje como mera acumulación de conocimientos, sino una nueva manera de aprender que exige un cambio en la actitud de los psiquiatras y psicólogos, que supone un posicionarse en otro lugar que no sea el de mero observador de los fenómenos que manifiesta el paciente; un aprendizaje en el que se busca la integración entre la teoría y la práctica clínica. Se busca una posición de escucha activa que les permita significar los síntomas y la función que cumplen para el sujeto y el grupo.

5. BAULEO, A., *Ideología Grupo y Familia*, Buenos Aires, Ed. Kargieman, 1975.

El proceso grupal es un gran instrumento porque facilita ese cambio de posición que a su vez promueve el del paciente, y pueda asumir el rol protagonista que requiere su tratamiento. Dicho con otras palabras, la elaboración grupal posibilita desplazarse desde el lugar de observador que sabe, diagnóstica y pone un tratamiento aceptado pasivamente por el paciente, a la posición en la que se puede observar y analizar la demanda del paciente y reflexionar acerca del modo de intervención. Es un cambio en la relación entre ambos que permite incluir los síntomas, sueños, y lapsus del paciente, pero también el vínculo establecido por el deseo de ambos.

1.2.- La angustia en el vínculo

Estas dos sesiones son paradigmáticas para mostrar lo que genera angustia a los profesionales, los vínculos que se generan en el quehacer clínico; cuando la angustia les desborda abandonan la especialidad, que suele ser en los primeros años de la residencia. Las metodologías grupales al ofrecer la posibilidad de elaborarla disminuyen la tasa de abandonos y de posibles intervenciones iatrogénicas. La angustia, ese “afecto que no engaña”, como subrayara Lacan⁶, se genera por múltiples causas, entre ellas, la patología y problemáticas latentes, la personalidad del paciente y del profesional, la falta de formación y apoyo social. La angustia es un afecto que surge en todos los profesionales aunque tengan experiencia, pero obviamente es más significativa en los primeros años durante la formación MIR o PIR. Ya señalábamos que la formación universitaria no tenía en cuenta un aspecto nuclear en el trabajo del médico/psiquiatra/psicólogo, la relación médico-paciente, psiquiatra/psicólogo-paciente.

El análisis personal, el conocimiento teórico-técnico, y la experiencia clínica son las tres herramientas imprescindibles en el ejercicio de su profesión, y que les instrumenta para no entrar en los movimientos transferenciales del paciente. Sabemos que si son muy intensos, el terapeuta puede perder la distancia pertinente con los pacientes, la necesaria “neutralidad”. Las metodologías grupales permiten la observación de los fenómenos inconscientes, de los me-

canismos defensivos, resistencias, y de aquellos que son fundamentales para la comprensión de la subjetividad y grupalidad. Entre ellos destacamos la compulsión a la repetición y la pulsión de muerte en los individuos, los grupos, las instituciones, y en lo social.

Las metodologías grupales permiten la reflexión sobre las diversas problemáticas, grupales, intersubjetivas, intrapsíquicas, y transgeneracionales; la reflexión de los hechos psicopatológicos desde las diferentes perspectivas teóricas y la observación de los diferentes modos de intervención; y también la integración de lo corporal con los aspectos teóricos/prácticos e intelectuales/afectivos. El espacio grupal posibilita la integración de las disociaciones, al tratar las problemáticas de manera dialéctica y no dilemática, para que en el proceso grupal puedan surgir los interrogantes que permitan profundizar en la complejidad de la práctica clínica, la teoría, y de todo aquello que resulta enigmático en la clínica.

En el grupo se suscitan preguntas acerca de uno mismo y de los otros, de la modalidad de los vínculos que se establecen con los otros, de lo que es común y singular de cada uno. La emergencia de la angustia que surge en el vínculo con algunos pacientes y compañeros les permite reflexionar acerca de la necesidad de un cambio personal y grupal para abordar las problemáticas de diferente manera. Asumir la necesidad del cambio les lleva a una nueva pregunta en relación a su dirección que se explicita con el siguiente emergente: ¿Cómo orientar el cambio?, un nuevo interrogante a trabajar en posteriores sesiones.

En resumen, el trabajo en común con otros ofrece un “plus”, conocer modos de relación diferentes a los propios y transferencias diversas hacia la coordinación. En el grupo aprehenden que la angustia en su práctica clínica se origina por tres elementos íntimamente relacionados, los vínculos con los pacientes, el equipo y la institución. Respecto a lo institucional, el reconocimiento de las diferentes disciplinas, tareas, y objetivos dentro del equipo facilita la organización de proyectos individuales, de subgrupos, y de equipo. Esta elaboración permite pensar formas más eficaces para organizar lo asistencial, las urgencias, las crisis subjetivas, y las tareas de evaluación, diagnóstico, y tratamiento, lo que favorece la salud de los profesionales. El logro de estos cambios posibilita otros, entre ellos,

6. LACAN, J., *Seminario 10*, Barcelona, Paidós, 2006.

la mejora en las indicaciones e intervenciones terapéuticas, la incorporación de otros profesionales a la mejor organización y análisis de las demandas, y al alivio de las listas de espera que tan perturbador es para los pacientes y el funcionamiento de los centros.

El proceso de formación de los psiquiatras y psicólogos es un aprendizaje lento y arduo que precisa de la construcción de un esquema referencial teórico/afectivo que procure un encuadre interno que posibilite la contención y elaboración de las angustias de los pacientes. La función de los responsables de la formación es instrumentarles para que consigan un “trato” diferente con el paciente, la “enfermedad” y la institución, para que no transmiten su angustia en la relación. Se trata de adquirir instrumentos para aprender a “saber cómo hacer”, y que el paciente no se sienta tratado como un objeto durante el proceso terapéutico. Y un hecho fundamental es que en estos grupos se promueve la emergencia de la pregunta acerca del deseo de elegir la profesión, que es muy significativa para el ejercicio clínico. El surgimiento del deseo de ser psiquiatra/psicólogo/psicoterapeuta grupal requiere tiempo porque precisa ser vaciado de otras significaciones; que el deseo sea sólo analizar sin las interferencias de las transferencias realizadas sobre los pacientes.

2.- LOS GRUPOS DE SUPERVISIÓN^{7 8 9}

La supervisión se entiende como un espacio de análisis y reflexión sobre los aspectos clínicos e institucionales, se trabaja sobre el paciente y sus grupos de pertenencia, y también sobre el terapeuta y su relación con el equipo y la institución. En España, a diferencia de otros países, la supervisión de la práctica profesional ha generado muchas resistencias y temores, por ello ha sido poco demandada por los profesionales en lo público, aunque en el momento actual observamos algunos indicios de cambio.

7. IRAZÁBAL MARTÍN, E., “Supervisión y Grupo”, *Rev. Área 3*, n° 20.

8. SAIDON, O., “Supervisión y formación en Instituciones Públicas”, *Boletín n° 5 del Centro Internacional de Investigación en Psicología Social y Grupal*, Madrid, 1984.

9. MORTON REISER EDUCATORS, ¿“Losing the mind”? *Rev. American Journal Psychiatry*, 1988; 145: 2.

Las actividades de supervisión han sido reconocidas en la formación de los profesionales de los Servicios Públicos de Salud, tanto en Europa como en EEUU Sadock y Kaplan ya las recomendaban hace años por sus buenos resultados para la práctica clínica. En el Programa Docente de la Especialidad de Psiquiatría en nuestro país se recomienda que los profesionales participen en experiencias de grupos verbales con el objetivo de explorar la dinámica de sus relaciones interpersonales; asimismo se hace referencia a la formación del trabajo en equipo.

2.1.- Grupos “Balint” y “Operativos”

Las dos metodologías de supervisión grupal que nos parecen de mayor interés son los Grupos Balint¹⁰ y los Grupos Operativos, los primeros llevan el nombre del autor y es una forma de trabajo que surge a partir de los años 1970 con el objetivo de analizar los casos de la práctica clínica cotidiana de los médicos. En el grupo se expone la historia del tratamiento de algún paciente y las dificultades generadas durante el proceso que serán debatidas por los participantes. Estas experiencias tienen gran interés porque analizan la transferencia de pacientes y médicos, por lo que se producen efectos terapéuticos en los participantes, de ahí su potencial de cambio.

Mientras que en los grupos Balint se hace un trabajo individual en grupo, en la metodología de “Grupo Operativo” se trabaja además de lo individual, lo grupal, y la articulación entre ambos. Es una forma de trabajo en la que “el grupo” es central y el principal agente terapéutico y de cambio para los sujetos; se utiliza con todos los profesionales porque facilita la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo. La metodología operativa es creada por Pichón Riviére a mediados del siglo pasado y permite trabajar tanto los factores individuales, como los grupales y sociales. El eje central en estos grupos es la tarea, que en este caso sería trabajar sobre los aspectos teóricos y afectivos que se movilizan en la relación profesional-paciente y en los vínculos con la institución. Estos grupos posibilitan la elaboración de los obstáculos afectivos y epistemológicos que se generan a lo largo del proceso grupal.

10. BALINT, M., *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos, 1961.

Los grupos de supervisión son imprescindibles porque la práctica clínica supone un contacto diario con la enfermedad, los conflictos, la destrucción y la muerte. De todas estas problemáticas nos habla Bleger, un autor cercano a Pichón, en su libro *Temas de Psicología*¹¹. El autor señala que los profesionales se enfrentan a situaciones difíciles que movilizan sus propios conflictos, lo que genera ansiedad, bloqueo e incremento de los mecanismos defensivos. Añade que si la ansiedad es intensa, el profesional puede desarrollar conductas obsesivas o fóbicas para evitar el contacto personal con el paciente. Estas estrategias defensivas son conscientes o inconscientes, entre ellas, la realización de entrevistas muy protocolizadas, el uso excesivo de medicamentos, o la realización de numerosos test. Por ello, aconseja grupos de estudio y discusión con el objetivo de investigar el trabajo clínico, ya que a través de ellos se disminuye la angustia y se previene la alienación en la tarea clínica.

Las reflexiones posteriores las realizo a partir de la experiencia en supervisiones individuales a los MIR de Psiquiatría y Medicina Familiar y Comunitaria, y supervisiones grupales a residentes de psiquiatría, psicología, médicos de familia y enfermería. A inicios de los años 80, en el CSM de Parla, con los médicos que trabajaban en el Centro de Salud Isabel II; un grupo de 10 médicos que coordiné con técnica operativa, cuya tarea era trabajar sobre la relación médico-paciente, y las ansiedades que les generaba la práctica clínica. En este grupo se constató que la angustia estaba en relación con la enfermedad, pero sobre todo, en función del vínculo establecido con el paciente.

En la segunda mitad de los 80 coordiné unos años un grupo de supervisión con los MIR y PIR de la Zona Sur de Madrid, en el actual Instituto Psiquiátrico de Leganés, lo co-coordinaba con el Dr. Melendo, psiquiatra y psicoanalista. Era un grupo que él había organizado y al que había denominado “Grupo de indicaciones terapéuticas” y que tenía un encuadre semanal. A finales de los 90 inicié otra experiencia de supervisión grupal en el hospital de Móstoles con Javier Guindeo también psiquiatra y psicoanalista. Fue un encuadre muy prolongado con frecuencia quincenal y en él realizábamos la supervisión del

trabajo clínico que realizaban los MIR y PIR del Área X de la CAM. Se trabajaba sobre la práctica clínica con los pacientes e incluía tareas diagnósticas, terapéuticas y el análisis de la vinculación con el paciente y la institución.

En la actualidad realizo grupos de supervisión con Emilio Gamo, psiquiatra y psicodramatista lacaniano en Leganés para los residentes de la Zona Sur de Madrid. En este caso no sólo con psiquiatras y psicólogos en formación, participan EIR que son las enfermeras/os que realizan la especialización en Salud Mental. Y también dentro del Programa de Formación Continuada, junto a Emilio Irazábal, psicólogo y psicoterapeuta grupal una supervisión grupal con profesionales de los CSM. Y en breve trabajaremos con el equipo de psicólogos de paliativos de la CAM junto a Natalia Blein.

2.2.- El “grupo”: instrumento de cambio

La formación en grupos terapéuticos y los espacios de supervisión grupal ayudan a elaborar las pulsiones destructivas que están presentes en todos los grupos, instituciones y colectivos, además de instrumentar a los profesionales en la práctica clínica. Estos espacios son imprescindibles por la complejidad de la tarea, la confrontación con la psicopatología y el sufrimiento humano, y la interdisciplinariedad de los miembros del equipo. En los grupos de supervisión que hemos coordinado, los profesionales aportaban diversos materiales: una primera entrevista de evaluación, un paciente complicado, un problema institucional, un vínculo con el tutor o el adjunto, etc. Es decir, cualquier material que suscitara interés, afectos inquietantes, fantasías, temores, miedos, desencuentros, crisis de angustia o cualquier enigma o pregunta.

Se dialoga acerca de lo que moviliza o sugiere el caso, además de investigar la psicopatología, personalidad del paciente y demanda, factores desencadenantes, posibles diagnósticos, y diversas estrategias e indicaciones terapéuticas. Se reflexiona sobre los casos clínicos a partir de la teoría, para volver de nuevo a la práctica, y así en una espiral continua de aprendizaje, como señalara Pichón Riviére¹² y Bauleo. Estas experiencias permiten elaborar los

11. BLEGER, J., *Temas de Psicología, entrevista y grupos*, Buenos Aires: Nueva Visión, 1980.

12. PICHÓN RIVIÉRE, E., *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1975.

temores, resistencias y ansiedades frente al cambio y aquellas derivadas de su rol profesional. Estos espacios grupales facilitan el aprendizaje de las diversas tareas asistenciales, entre ellas, la evaluación y diagnóstico, y el planteamiento terapéutico en función de la demanda del paciente y los recursos de la propia institución y del profesional. En el grupo conversan y reflexionan acerca de la terapéutica conveniente: tratamiento psicofarmacológico/psicoterapia (apoyo/individual/pareja/familiar/grupal/multifamiliar), o ambos combinados; también se propone la derivación a programas de rehabilitación, servicios sociales, drogas, etc.

Estos espacios grupales posibilitan el aprendizaje de las bases teóricas y técnicas de la profesión, y la observación de los obstáculos afectivos que esterilizan la tarea si no son elaborados. Posibilitan el conocimiento de diferentes modelos de psicoterapia, y a través de su contrastación realizar la elección más pertinente para el trabajo clínico. También aprenden a tener en cuenta la complejidad, los diversos ámbitos en los que está incluido el paciente: pareja/grupo familiar/institución laboral-escolar/comunidad/lo social. Estos grupos requieren un encuadre claro y explicitado en todos sus elementos, y al internalizarse funcionará como un instrumento imprescindible en su trabajo clínico.

Experimentan y vivencian el lugar privilegiado de la “palabra” del paciente, que a su vez exige una “escucha” activa del profesional; una escucha de aquellas palabras que han sido significativas para el sujeto. Unas palabras que generarán otras, y en su articulación advendrá el sentido/“sin sentido” de lo que produce sufrimiento al sujeto; una escucha que está más allá de las palabras, y es del inconsciente del sujeto. Y, por otro lado, es a través de las intervenciones/interpretaciones de los coordinadores como ellos aprenderán a escuchar y en algunos casos a interpretar y producir efectos terapéuticos en los otros. Es decir, los futuros psiquiatras, psicólogos aprenden de los señalamientos, preguntas, puntuaciones o cortes, y con menor frecuencia, de las interpretaciones/ construcciones, herramienta todas ellas que serán fundamentales en su quehacer clínico. De la escucha de lo manifiesto aprenderán lo inconsciente, lo latente grupal, y podrán develar los pensamientos reprimidos y afectos rechazados que están en el origen de los síntomas y de la “enfermedad”.

La formación/supervisión tienen tareas comunes y diferenciadas, en la formación además de lo clínico, se incluye una programación teórica que es preciso elaborar, mientras que en las supervisiones se prioriza la práctica clínica y los vínculos de equipo e institucionales, aunque también se trabajen algunos textos teóricos. Los grupos de formación, por sus encuadres y características, se realizan sobre todo en el ámbito privado; mientras que los grupos de supervisión son de elección cuando hay una práctica clínica común, y por ello se realizan con más frecuencia en el ámbito público. La supervisión grupal permite la elaboración de los aspectos teórico-prácticos y personales, además de posibilitar el trabajo sobre la dinámica institucional. Este hecho es fundamental porque les prepara para el trabajo en la institución, y les facilita un posicionamiento más activo para una mejor integración en las tareas de equipo. Y, por otro lado, también les aporta los instrumentos básicos para realizar las tareas de coordinación con otras instituciones, entre ellas, Atención Primaria, Hospitalización psiquiátrica, Servicios Sociales, Rehabilitación, Instituciones escolares en los programas de infanto-juvenil, CAID, etc.

El grupo funciona como instrumento de cambio si los encuadres son más prolongados, en éstos el compromiso es mayor y se facilita el conocimiento de algunos aspectos de uno mismo y de los otros. En el campo grupal es fundamental la “discusión libre flotante”, como diría Foulkes¹³ (en lugar de la “asociación libre” en lo individual), que permite visualizar los obstáculos, resistencias y transferencias que surgen en el tratamiento, referidas al paciente o al profesional. En las experiencias de supervisión bien coordinadas, al igual que en los grupos de formación, se observan efectos terapéuticos en sus participantes, como ya señalara Balint. Se producen cambios personales que promueven otros grupales y además se generan las condiciones de posibilidad para la construcción de un ambiente terapéutico en la institución. Los efectos de los grupos de supervisión se evidencian en la construcción de relaciones, interacciones y vínculos más saludables y terapéuticos, lo que posibilita la constitución de instituciones más contenedoras y acogedoras para los pacientes.

13. FOULKES, S.H.; *Psicoterapia Grupo-Analítica. Métodos y Principios*. España: Ed. Gedisa, 1981.

Los grupos de supervisión son experiencias de sensibilización a lo grupal y de iniciación para aquellos que deseen continuar un proceso de formación en psicoterapia de grupo. Además del aprendizaje de lo clínico e institucional aprehenden los roles diferenciados que se dan en el interior de los grupos, la dinámica y el funcionamiento de lo grupal, su influencia sobre los sujetos, las resistencias y mecanismos de defensa, la elaboración de la tarea terapéutica, etc. Dicho con otras palabras, la participación en estos grupos facilita la mejor comprensión de los procesos intrapsíquicos, interpersonales, y grupales, además de permitir profundizar en el proceso del enfermar en general.

La supervisión grupal de los residentes y profesionales debería ser un objetivo prioritario en los servicios públicos porque permite la integración en lo corporal del pensamiento/afecto/acción, aspectos que en la formación tradicional están muy disociados. La mayor cooperación e integración en el encuentro con los otros favorece la articulación de los aspectos disociados en los pacientes, que es de gran interés en los más graves porque padecen graves fragmentaciones en su estructuración psíquica y funcionamientos muy disociados.

Los Centros de Salud Mental que han propiciado el trabajo con supervisores externos a la institución han conseguido mejorar la dinámica institucional y la atención a los pacientes, por ello, es de gran interés que estas iniciativas sean más frecuentes en los Servicios de Salud Mental públicos, ya que logran mejorar la atención sanitaria y disminuir el sufrimiento que conlleva la práctica clínica y el difícil trabajo en equipo interdisciplinario. Si no pueden realizarse actividades de supervisión, han de potenciarse las sesiones clínicas, ya que permiten compartir el trabajo clínico entre los distintos profesionales y mejorar la dinámica institucional; pero siempre y cuando sea una tarea compartida por todos los miembros del equipo.

La formación, supervisión y análisis se anuda en el momento de la supervisión, que para Sopena¹⁴ precisa de tres momentos:

–La aproximación teórica al inconsciente a través de los textos de Freud.

–El acercamiento al propio inconsciente en el análisis personal.

–La cercanía al inconsciente del otro en la práctica clínica, que se moviliza en la transferencia.

En síntesis, la supervisión permite observar cómo se incorpora el pensamiento analítico y las dificultades con la transferencia; el supervisor se centra en el análisis y las dificultades que plantea cada caso particular. Y el supervisado aporta los decires del paciente e incluye sus pensamientos y sentimientos en el curso de la sesión. Todo ello, teniendo en cuenta que en la supervisión se trata de articular el discurso del inconsciente con el lenguaje teórico.

3.- ANÁLISIS PERSONAL: ¿INDIVIDUAL O GRUPAL?¹⁵

El análisis personal, aunque figure en tercer lugar, lo pensamos como el instrumento más pertinente para el ejercicio clínico porque es el que mejor permite conocerse a sí mismo, y a los otros. El análisis personal es un valioso instrumento reconocido para el quehacer clínico de los psiquiatras y psicólogos, como se explicita en el documento “La Declaración del Fórum Europeo de psiquiatras en formación”, en el que se afirma que “la experiencia psicoterapéutica personal es un componente valioso de la formación del psiquiatra”.

La importancia de las experiencias analíticas para los profesionales ha sido negada por una ideología social que las ha excluido, del mismo modo que ha negado y estigmatizado las problemáticas psiquiátricas y psicológicas promocionando al mismo tiempo las causas biológicas. A la actitud social excluyente hacia los pacientes psiquiátricos se une la ambivalencia hacia los psiquiatras, que vela la desvalorización que se muestra en la creencia y el dicho popular de que “*todos los psiquiatras están locos*”. Estas actitudes han motivado que entre los profesionales haya sido frecuente el ocultamiento de la experiencia analítica para no recibir comentarios descalificadores, una ideología muy diferente a la de otros países en los que seguir tratamiento con un psicoanalista formaba parte de la cultura.

14. SOPENA, C., “Acerca de la supervisión: Entrevista con Carlos Sopena”, *Rev. AEN*, 1981, nº 0: 73-81.

15. POSTER, QUETEL, “El oficio de psiquiatra y la enseñanza de la Psiquiatría”, *Historia de la Psiquiatría*. Fondo de Cultura Económica.

El análisis personal ha de estar marcado por el deseo de tener esa singular experiencia, ya que implica un cambio y sólo se producirá si el profesional está dispuesto a transitarlo. En lo público nos parece de gran interés que se realicen con metodología grupal, y preferentemente en una etapa previa a iniciar el ejercicio de la función psicoterapéutica, aunque fueran experiencias breves de uno o dos años. Una de las ventajas de que se realice en grupo es que al mismo tiempo se les instrumenta para el ejercicio de la psicoterapia grupal.

Frente a las actitudes de recelo y ocultación se agradece la orientación del “Documento marco de acreditación de psicoterapeutas de la AEN”¹⁶ que fue elaborado en colaboración con la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y la FEATF (Federación Española de Asociaciones de Terapeutas Familiares). Este documento del año 2012 subraya que el análisis personal ha de ser un requisito necesario para el ejercicio de la psicoterapia, aunque en este documento pactado se exija sólo 50 horas. Fuera de nuestro país ésta duración varía desde el límite inferior de las 50 a las 100 horas que aconseja Yalom y otras asociaciones de grupo conocidas, hasta otras organizaciones que solicitan más de 300 horas.

El análisis personal en las instituciones privadas es muy valorado sobre todo en las instituciones psicoanalíticas, en las que figura como uno de los requisitos imprescindibles de la formación. Se piensa como el instrumento que mejor capacita para el ejercicio clínico, ya que posibilita reflexionar y analizar las dificultades, conflictos, fijaciones, y resistencias. Es una elaboración imprescindible porque si no se efectúa la transferencia del profesional puede obstaculizar el trabajo con los pacientes. El análisis facilita la denominada “neutralidad” que nombrara Freud, que hace referencia a la distancia terapéutica con el paciente pertinente que permita realizar las intervenciones adecuadas durante el tratamiento.

Desde nuestra formación psicoanalítica y grupal proponemos que el análisis personal se realice primero en grupo terapéutico y una vez finalizado éste, y sólo para quien desee profundizar más sobre sí mismo, iniciar un

psicoanálisis individual. Pensamos en el análisis grupal como paso previo al individual porque el trabajo sobre las defensas y resistencias se realiza en menor tiempo si se trabaja en encuadres grupales, es decir, cuando se trabaja con otros en una tarea terapéutica. Es fundamental que el grupo terapéutico sea coordinado por un profesional con sólida formación grupal y psicoanalítica. Por otro lado, sugerimos que se inicie con la mayor prontitud posible, en el período de la residencia o una vez que se haya finalizado la formación como psiquiatra o psicólogo.

La cuestión de si realizar un psicoanálisis individual o grupal ha sido muy discutida y defendida con posturas radicalmente diferentes. Entre ellas, subrayo las posturas diferentes de dos autores, la de Foulkes¹⁷, creador del Grupoanálisis que aconsejaba iniciar el análisis personal de manera grupal, y Guimón que defendía la postura contraria, y mostraba sus preferencias para iniciarlo con psicoanálisis individual. Foulkes consideraba que se debía participar en un grupo terapéutico al menos durante tres años para obtener un mayor conocimiento de sí, de las defensas y resistencias, y de ese modo, interrogarse sobre el deseo de realizar grupos terapéuticos. Y añadía que aquellos que desearan profundizar en la experiencia analítica podían iniciar un psicoanálisis individual posteriormente.

Más allá de las diferencias, consideramos que cada uno ha de optar por la modalidad de análisis que mejores resultados le ofrezca, ya que tanto el psicoanálisis individual como el grupal son dos instrumentos muy valiosos para el psicoterapeuta grupal de orientación psicoanalítica. No obstante somos conscientes de las dificultades para realizar un análisis en grupo, ya que en nuestro país apenas existen instituciones privadas que oferten grupos terapéuticos. Situación muy diferente a la del psicoanálisis individual, que es ampliamente ofertado por numerosas instituciones psicoanalíticas privadas. Respecto a la duración proponemos que al menos sea de dos años, unas 100 horas, ya que el tiempo actual requerido de 50 horas nos parece muy limitado. Este tiempo permite acercarse a algunos mecanismos intrapsíquicos e intersubjetivos, y hacerse consciente de las dificultades en la relación con los otros, ya sean éstos pacientes/familiares/compañeros/dinámicas institucionales.

16. RODRÍGUEZ VEGA, B.; ÁVILA, A.; PEREIRA, R., “Documento marco de consenso de acreditación de psicoterapeutas”, *Rev. A.E.N.*, vol. 32, núm. 116, 2012, pp. 917-920.

17. MARTÍ TUSQUETS, J.L., SATNE, L., *La formación en psicoterapia de grupo y psicodrama*, Barcelona, Ed. Argot, 1994-1996.

Estas tres experiencias grupales: análisis, formación y supervisión son complementarias y posibilitan aprender sobre la práctica clínica, la condición humana, los otros y sobre sí mismo. El análisis personal unido a las experiencias en grupos de formación y supervisión potencian el autoconocimiento, lo que es fundamental para prevenir la iatrogenia en el ejercicio de nuestra profesión, es decir, las posibles actuaciones en el vínculo con los pacientes.

El análisis personal, si coincide con el de algunos compañeros, mejora la comunicación y previene las dinámicas patológicas de las instituciones. De todos es conocida la grave incomunicación que se da entre los profesionales en algunas instituciones, llegando a no dirigirse la palabra, o comunicarse sólo por escrito cuando se precisa intercambiar información acerca de los pacientes. La experiencia analítica personal facilita el trabajo en equipo, y cuando no es posible, al menos promueve un menor sufrimiento en las relaciones, para cumplir el objetivo de un mejor desarrollo del quehacer clínico, y el establecimiento de vínculos más terapéuticos con el paciente.

Estos espacios grupales requieren la presencia de un equipo coordinador que canalice las pulsiones agresivas y destructivas del colectivo. La paradoja es que con frecuencia se nombran coordinadores en la institución que por estructura de personalidad las potencian, llegando a ser influencias muy patógenas si carecen de formación. Es decir, la falta de formación y algunas actitudes/aptitudes de ciertos coordinadores han promovido y potenciado algunas respuestas fóbicas en los profesionales. Por ello, hemos asistido a la reclusión de los profesionales en sus despachos, a la evitación de los espacios organizativos para la asistencia, y a la exclusión de las sesiones clínicas, hecho impensable en los servicios de otras especialidades médicas. La exclusión y aislamiento ha producido efectos de alienación que transmiten a los pacientes potenciando de ese modo su propio aislamiento.

En resumen, el análisis personal facilita los vínculos, hecho de interés con aquellos pacientes “difíciles”, no por la gravedad de su patología sino por las dificultades en el trato (demandantes, sucesivos cambios de terapeuta, agresivos, dependientes, querulantes, negativistas, reprochantes, etc.). La experiencia analítica personal es imprescindible porque se trabaja con sujetos, relaciones, y vínculos que pueden ser prolongados en el tiempo.

El análisis disminuye la compulsión a la repetición, es decir, la reedición de situaciones más o menos traumáticas de la infancia en el aquí-ahora; por otro lado, el conocimiento de las propias transferencias evita su depositación en los pacientes, y permite abordar la de éstos en su diferencia.

Finalmente señalo los dos emergentes finales de las dos últimas sesiones de un grupo de supervisión con los residentes en el Instituto José Germain de Leganés que acaba de terminar:

“¿Realmente quiero que mi vida sea tratar a personas con trastorno mental grave?,

“Ser un buen terapeuta, es de lo que trata en nuestra formación”.

En estos emergentes se plantean el objetivo de su formación y se preguntan sobre su deseo de ser psicoterapeutas y de trabajar con estas patologías.

II.- PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA DE GRUPO PSICOANALÍTICA.

Es una propuesta amplia de contenidos para adaptar a los programas de formación de residentes y de formación continuada. Se abordaría en dos años, con un primer curso de iniciación y otro de pre-especialización, que se complementaría con la práctica clínica grupal. En la primera etapa, durante los dos primeros años de la residencia participarían como observador en los grupos terapéuticos que se realizaran en el CSM, con la tarea de recoger el material del grupo en forma de crónica; y en el segundo año, su función sería de observador participante. En la segunda etapa, en los dos últimos años de la residencia, se realizaría la función de co-coordinador, el tercer año junto a un psiquiatra o psicólogo del equipo, con la observación de los R1 o R2, y en el último año de la residencia como coordinador del grupo formando equipo terapéutico con un residente de los cursos iniciales.

Para llevar adelante este programa de formación de psicoterapia de grupo para los residentes se requiere que los Centros de Salud Mental dispongan de profesionales especializados en esta disciplina que se encarguen de organizar, coordinar, y supervisar los grupos terapéuticos. Por eso, la consecución de este proyecto requiere a su vez potenciar la formación en

psicoterapia de grupo en los programas de formación continuada. Los Servicios de Salud Mental han de apoyar esta formación para cumplir los requisitos de acreditación de psicoterapeutas que fueron establecidos por la AEN, la FEAP y la FEATF en nuestro país.

El programa teórico/técnico se organizaría en base a las diversas teorías grupales y algunos textos de la teoría psicoanalítica, con un acercamiento a los principales conceptos y a la aplicación de la psicoterapia de grupo en situaciones y patologías diferentes; desde las más leves a las más graves, y en una amplia gama de edades, desde la infancia a la vejez.

2.1. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

2.1.1. Primer año: Historia de la psicoterapia de grupo y conceptos fundamentales

1. La historia y las principales Teorías Grupales:

- Los pioneros en el trabajo grupal: Pratt, Lewin...
- Grupos Balint, y relación médico-enfermo.
- Psicoanálisis y Grupo: Bion y otros...
- Grupoanálisis: Foulkes...
- Concepción Operativa de Grupos: Pichón Riviére, Bauleo, Quiroga...
- Psicodrama psicoanalítico: Moreno, los Lemoine, Pavlosky, Kesselman...
- Escuela Francesa: Anzieu, Kaes, Pontalis, Bejarano...
- Otras teorías grupales...
- Grupos familiares (Eiguer...) y multifamiliares (García Badaracco...)

2. Conceptos grupales:

- El modelo bio-psico-social del proceso de salud y enfermedad.
- El Grupo familiar y la “enfermedad mental”.
- El Grupo: “estructura” y “dinámica grupal”, Grupo interno/externo.
- La Teoría del “Vínculo”.
- Los grupos terapéuticos:
 - El equipo terapéutico. Roles de coordinación/observación

- Encuadre grupal.
- Tarea: Manifiesta/latente.
- Roles: teoría de la depositación, asunción y adjudicación, liderazgo, portavoz, chivo emisario, expiatorio...
- Las transferencias grupales y las resistencias.
- Interpretación
- Emergente. Lectura de emergentes.

2.1.2. Segundo año: Psicoterapia de grupo en diversas patologías, edades y problemáticas específicas:

1. Grupos terapéuticos por patologías:

- Patologías neuróticas,
- Patologías psicóticas (esquizofrenia y trastornos bipolares),
- Patologías de personalidad (límites, narcisistas, paranoides, dependientes...)
- Patología en la infancia y adolescencia
- Patología en la vejez (básicamente para trabajar las experiencias de duelo).
- Adicciones

2. Grupos específicos:

- Grupos de apoyo parental.
- Grupos de duelo.
- Grupos de patología somática.
- Grupos de pareja.
- Psicoterapia del Grupo familiar.
- Psicoterapia de Grupos multifamiliares

3. El equipo y la Institución.

2.2. LA PSICOTERAPIA DE GRUPO Y LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

Aunque la psicoterapia de grupo tiene su propia especificidad, no olvidamos la gran deuda que tenemos con la teoría freudiana. Los escritos freudianos nos parecen necesarios para la formación e identidad del psicoterapeuta grupal de orientación psicoanalítica, ya que contribuyen al conocimiento del sujeto, del padecer psíquico, de las diferentes estructuras clínicas, y de algunos fenómenos colectivos. Por ello, proponemos algunos conceptos fundamentales y el conocimiento de algunos de los siguientes textos, primero los más clínicos, y después los que nos ofrecen elementos para una mayor comprensión de lo grupal y social:

2.2.1. Primer año: Casos clínicos, Estructuras clínicas y Técnica psicoanalítica:

- El método psicoanalítico de Freud
- Compendio de psicoanálisis
- Casos clínicos: Juanito, Dora, Schreber, el hombre de los lobos y el hombre de las ratas.
- Duelo y Melancolía
- Fragmento de análisis de un caso de histeria
- Obsesiones y fobias
- Paranoia y Neurosis obsesiva
- Las neuropsicosis de defensa
- Neurosis y Psicosis
- La pérdida de la realidad en las neurosis y psicosis
- Técnica psicoanalítica:
 - Sobre psicoterapia, iniciación del tratamiento, consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico, la dinámica de la transferencia, puntualizaciones sobre el amor de transferencia, el uso de la interpretación, trabajos sobre técnica psicoanalítica, el carácter y el erotismo anal...
- El encuadre, la asociación libre, la atención flotante, interpretación...

2.2.2 Segundo año: Teoría psicoanalítica, conceptos fundamentales y textos sociales.

- La interpretación de los sueños
- Tres ensayos sobre las teorías sexuales infantiles
- Teoría del sujeto, y del aparato psíquico
- El yo y el ello
- Inhibición, síntoma y angustia
- Introducción al narcisismo
- La novela familiar de los neuróticos
- Recordar, repetir y reelaborar.
- La pulsión y sus destinos
- El chiste y la relación con el inconsciente
- Más allá del principio del placer
- Análisis terminable e interminable
- Conceptos fundamentales: inconsciente, repetición, transferencia y pulsión.
- Mecanismos defensivos (represión, proyección, negación, racionalización, regresión, formación reactiva, aislamiento, disociación, desplazamiento, idealización, sublimación, actuación...).
- La Psicología de las masas y análisis del yo (los mecanismos de identificación)
- El Malestar en la cultura
- Psicopatología de la vida cotidiana
- Totem y Tabú
- El porvenir de una ilusión, apartados finales
- Moisés y la religión monoteísta, apartados finales.

La formación en psicoterapia de grupo en los servicios públicos precisa de una organización para su puesta en práctica, con este objetivo proponemos la constitución de un “miniequipo de psicoterapia grupal” formado por dos psicoterapeutas grupales, psiquiatra y psicólogo, que a su vez formarían parte del “Equipo de psicoterapia del CSM”. Éste tendría la tarea de canalizar las demandas de tratamiento psicoterapéutico realizadas por los pacientes y las derivaciones de los profesionales. El miniequipo de psicoterapia grupal organizaría los grupos terapéuticos, las terapias de pareja, familia y las multifamiliares. Además de organizar las actividades psicoterapéuticas grupales

en el Centro estructuraría la formación en psicoterapia de grupo de los residentes y del resto de profesionales en los programas de formación continuada.

III. LOS GRUPOS Y SUS DIFERENTES TAREAS: TERAPÉUTICAS, FORMACIÓN, SUPERVISIÓN, SESIONES CLÍNICAS...

1.- Las *teorías, métodos y tratamientos en salud mental* se han complejizado en estos últimos 30 años en nuestro país, desde la segregación y el aislamiento en los hospitales psiquiátricos a los nuevos modelos de asistencia e intervención de la Psiquiatría y Psicología comunitaria. Las metodologías grupales adquieren un valor central para organizar una asistencia planificada, un trabajo de equipo, unos programas de docencia articulados con la práctica, y unos programas terapéuticos que den respuesta a la alta demanda y diversidad de la patología.

2. Lo “*grupal*” es el instrumento que mejor propicia el cambio de los pacientes y de la institución. Lo grupal en sus diferentes tareas, grupos terapéuticos, de formación, supervisión, equipo, apoyo, investigación, consigue aliviar el sufrimiento de los pacientes, y de los profesionales, al lograr que el agrupamiento multidisciplinar se transforme en “equipo interdisciplinar”. Lo grupal es necesario en la organización de la asistencia, formación, supervisión, investigación, e imprescindible para la formación y acreditación en psicoterapia de grupo.

3. Proponemos que *los grupos terapéuticos* sean el principal instrumento de psicoterapia en los servicios públicos, ya que la psicoterapia grupal ha evidenciado sus buenos resultados en el cambio de los pacientes, y a un menor coste/beneficio. Los Centros de Salud Mental acreditados han de garantizar un programa en psicoterapia de grupo y dos responsables para organizar los grupos terapéuticos en las diversas patologías o crisis vitales. Estos responsables organizarán la formación en psicoterapia grupal de los residentes y especialistas, además de ofertar encuadres grupales breves para las patologías leves, y prolongados en las patologías de mayor gravedad; cambios que exigen otros en la política de contrataciones.

4. Proponemos una *formación* grupal en base al trípode: enseñanza teórico-práctica, supervisión y análisis personal. La específica en psicoterapia de grupo ha de realizarse en experiencias grupales donde los profesionales puedan integrar desde lo corporal, el pensamiento/afecto/acción. El grupo como instrumento de la formación, del “aprender a aprender” y aprender a pensar”, modalidad operativa en el que, a su vez, “enseñar es básicamente dejar aprender”. Aprendizaje que incluye los afectos que se movilizan en el encuentro grupal: temores, miedos, inseguridades, desconfianzas, sentimientos de culpa, angustia, amor/odio, y todos aquellos que se generan en la relación con el paciente y la institución. Estos grupos tienen importantes efectos terapéuticos porque en ellos aprehenden la importancia de la palabra, la escucha y la lectura de lo inconsciente; de ese modo, se evita que queden reprimidos o rechazados, y produzcan síntomas físicos o psíquicos en el profesional.

5. Los *grupos de supervisión* son espacios de sensibilización para el conocimiento de lo grupal, en ello se reflexiona sobre el paciente (síntomatología, diagnóstico, intervención terapéutica, y lo transferencial) desde una mayor complejidad (pareja, familia, trabajo, y comunidad). Estos espacios de supervisión de casos individuales y grupales también son importantes dentro del programa de formación continuada para mejorar el vínculo con el paciente y la dinámica institucional; y para que emerja el deseo de ser psicoterapeuta.

6. Las *sesiones clínicas* son el eje de la formación continuada, el espacio donde pueden compartir las experiencias terapéuticas grupales (modo de selección de los pacientes, tipos de encuadre, obstáculos y resistencias al cambio, principales emergentes y evolución de los procesos terapéuticos grupales).

Como punto final deseamos mostrar nuestro deseo de impulsar la formación en psicoterapia de grupo, que está motivado por el objetivo de conseguir una atención psicoterapéutica de calidad, y con ello una mejora en la asistencia psiquiátrica y psicológica de nuestro país.

Cómo manejar la muerte por suicidio de un miembro del grupo: una experiencia grupal en hospital de día de salud mental

How to handle death by suicide of a group member: a group experience in a mental health day hospital

Campos González, A. Psicóloga Clínica.

García-Caballero, A.A. Psiquiatra.

Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Correspondencia: camposalmudena@gmail.com

RESUMEN

Tras conocer la muerte por suicidio de uno de los pacientes del hospital de día de salud mental, se valoró por parte de los profesionales la pertinencia de realizar una intervención terapéutica grupal por parte del psiquiatra del dispositivo. El objetivo de la misma fue prevenir y/o reducir una posible respuesta desadaptativa en los pacientes, que pudiera conllevar a un mayor sufrimiento emocional. El grupo estaba formado por dieciocho pacientes con diagnósticos heterogéneos, alguno de los cuales había realizado intentos de suicidio previos y/o podían presentar ideación autolítica. El resto de profesionales del dispositivo también formó parte del grupo desempeñando una labor de observadores-participantes. El psiquiatra fomentó la expresión de emociones, creencias y pensamientos, realizando con los mismos un trabajo terapéutico y conceptualizándolos dentro de distintos modelos teóricos explicativos (Teoría Interpersonal del suicidio de Joiner, Fases del Duelo de Kübler-Ross), lo que tuvo un efecto facilitador en la elaboración de la pérdida. El resultado fue valorado positivamente tanto por el personal como por los destinatarios.

PALABRAS CLAVE

Suicidio, intervención psicoterapéutica grupal, duelo.

ABSTRACT

After knowing the death by suicide of one of the patients of the day hospital of mental health, it was assessed by the professionals the pertinence of performing a therapeutic group intervention by the psychiatrist of the device. The goal was to prevent and / or reduce a possible maladaptive response in patients, which could lead to greater emotional distress. The group consisted of eighteen patients with heterogeneous diagnoses, some of whom had had previous suicide attempts and / or could present autolytic ideation. The rest of the professionals of the device were also part of the group working as observers-participants. The psychiatrist promoted the expression of emotions, beliefs and thoughts, performing with them a therapeutic work and conceptualizing them within different explanatory theoretical models (Interpersonal Theory of Joiner's Suicide, Phases of Duel of Kübler-Ross), which had a facilitating effect in the elaboration of the loss. The result was positively valued by both staff and recipients.

KEYWORDS

Suicide, group psychotherapeutic intervention, grief.

OBJETIVO

Describir una intervención grupal para la elaboración en crisis de una situación de duelo por suicidio de un miembro del grupo de pacientes que acuden al Hospital de Día de Salud Mental en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo surge a raíz de la necesidad de comunicar la noticia del fallecimiento por suicidio de un miembro del grupo del Hospital de Día al resto de usuarios del dispositivo. En la literatura que trata sobre la intervención en duelo se destaca la importancia de la intervención psicoterapéutica como facilitadora y beneficiosa en estos procesos (1, 2). Con ello se pretende prevenir y/o reducir una posible respuesta desadaptativa que conllevaría a un mayor sufrimiento emocional para la persona y/o el grupo.

En nuestro caso, previamente a la realización de la intervención, se valoró cómo realizar la misma, decidiendo llevarla a cabo en un formato grupal con el objetivo de facilitar la elaboración de la pérdida y la expresión de emociones, tanto de forma individual como en grupo, validar el sufrimiento y resolver las dudas que pudiesen surgir. Por otra parte, también se pretendía evitar el impacto emocional que pudiese darse fuera del dispositivo tras conocer la noticia, no siendo posible controlar ni realizar la intervención oportuna si dicha situación se produjese.

PARTICIPANTES Y MÉTODO

El grupo estaba formado por 18 pacientes del hospital de día de salud mental del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense y 4 miembros del personal de este dispositivo. Además, en ese momento también se encontraban 1 alumno en prácticas y 2 especialistas en formación que también participaron en la actividad. Los diagnósticos de los pacientes eran heterogéneos: Esquizofrenia paranoide, Esquizofrenia desorganizada, Trastorno psicótico sin especificar, Trastorno psicótico crónico, Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno Bipolar tipo I y tipo II, Trastorno de Personalidad Límite, Trastorno de Personalidad Histriónico y Trastorno de Personalidad Dependiente. El grupo estaba formado por 6 hombres y 12 mujeres con edades comprendidas entre los 20 y los 60 años. El grupo fue coordinado por el psiquiatra del dispositivo y los profesionales participantes en el grupo fueron dos auxiliares de enfermería y una enfermera, además del alumno en prácticas y las dos especialistas en formación. Todos ellos tuvieron una función de observadores

participantes. El coordinador del grupo y quien llevó a cabo la intervención terapéutica fue el psiquiatra responsable del Hospital de Día.

La intervención se realizó en una sala de terapia del hospital de día en la que se dispusieron sillas suficientes para los miembros del grupo, colocadas en círculo, una silla vacía al lado del coordinador del grupo, una pizarra en la cual recoger respuestas del grupo, papel, lápiz y una caja. La silla situada al lado del coordinador se utilizó como lugar simbólico del miembro del grupo fallecido, lo cual se explica durante la actividad.

A continuación se describe la intervención:

Previamente a la intervención grupal y en una reunión previa, el psiquiatra, el personal del dispositivo y el alumno y especialistas en formación comentan la noticia. Se diseña en líneas generales el formato del grupo teniendo en cuenta las características de los usuarios del dispositivo. Los miembros del equipo estaban de acuerdo sobre el formato y la idea de colaborar y participar todos en la actividad, aumentando la cohesión grupal. No se exploraron en común en esta reunión situaciones hipotéticas que podrían suceder y cómo poder manejarlas, aunque sí se tuvo en cuenta que este hecho pudiera ocurrir.

El psiquiatra inició la intervención explicando que se haría una actividad grupal distinta a la que estaba planeada, ya que había una mala noticia que quería comunicarles y que creía que era importante poder trabajar en ese grupo entre todos. Se les comunica el fallecimiento por suicidio de su compañero, adecuando el lenguaje, realizando algún comentario empático y alguna autorrevelación, haciendo posteriormente referencia al deseo común de la posibilidad de haberse evitado dicho acontecimiento. Se validaron las reacciones de los usuarios y las expresiones emocionales que surgieron, dando un tiempo suficiente para tomar conciencia de la situación. En ese momento algún miembro preguntó más detalles sobre las circunstancias entorno a las cuales se produjo el suicidio y se les explicó lo que conocíamos de la noticia, es decir, la hora del día a la que ocurrió, el lugar, así como el método de suicidio utilizado. No se facilitó ningún otro tipo de información de carácter personal del fallecido ni sobre su evolución clínica en el dispositivo, con objeto de preservar la confidencialidad y proteger la intimidad del paciente.

Posteriormente, con el objetivo de dar forma y lugar a la expresión de emociones o sentimientos, el coordinador explicó la siguiente tarea a realizar, que consistió en que cada uno de los miembros del grupo tanto pacientes como profesionales, por orden, dijese una palabra que expresara el sentimiento que en ese momento le viniese a la mente o sintiese. El coordinador iba anotando en la pizarra todas las palabras que los participantes iban diciendo, siendo las emociones que más se expresaban: tristeza, impotencia, rabia, ira, dolor... También surgió algún contenido inapropiado como alegría, que se incluyó igualmente, pero que podría estar en relación a posibles síntomas que uno de los pacientes presentaba en ese momento. Es de destacar el respeto mutuo de todos los miembros del grupo y que no se interrumpió ni se calificó negativamente ninguna de las intervenciones.

De los pacientes que participaban en el grupo, al menos cuatro de ellos presentaban riesgo de suicidio, habiendo realizado algún intento de suicidio previo o pudiendo presentar en ese momento o en los días previos ideación autolítica. Este hecho podía implicar mayor movilización emocional de acuerdo a la temática tratada en el grupo, con lo cual el objetivo era que se expresasen emociones y pensamientos para poder realizar un trabajo terapéutico con los mismos. Cuando dichas personas hicieron alguna referencia a sus vivencias y emociones, y las expresaron, se recogieron dichas manifestaciones dándole una estructura y explicación ayudándose del modelo de las *Fases del duelo de Kübler-Ross* (Kübler Ross, 1969)(2), que se explica a continuación.

En la fase de negación la persona, al recibir la noticia de la enfermedad o fallecimiento de la persona querida la primera reacción es negar la realidad de esta noticia, bien de forma consciente o inconsciente, con la finalidad de “amortiguar” el “shock”.

En la fase de *ira* comienza a surgir la realidad de la pérdida y el consecuente dolor, aparece el resentimiento respecto a la persona que se fue, a otros, hacia nosotros y la culpa por tener ese resentimiento.

La siguiente fase es la de *negociación*, en la que suele surgir la esperanza de posponer o retrasar la muerte o enfermedad de esa persona, de pedir que esa persona regrese a cambio de un sacrificio o compromiso personal,

surgen pensamientos de qué se hubiera podido hacer para evitarlo.

En la fase de *depresión* la persona empieza a comprender la certeza de la muerte, sintiéndose irritable e impotente.

Finalmente, en la fase de *aceptación*, a pesar de la ausencia del ser querido, se comienza a vivir con esta ausencia y reconociendo nuestros sentimientos y se empieza a recuperar la rutina diaria.

Estas fases pueden darse a medida que pasa el tiempo desde el conocimiento de la noticia o bien, como es frecuente, pueden presentarse todas o casi todas en un mismo día, siendo esto algo característico de los procesos de duelo. Además, el resto de expresiones emocionales y de intervenciones de los miembros del grupo a lo largo de la sesión se conceptualizaron dentro de este modelo.

Posteriormente se abrió un turno de diálogo para que los integrantes del grupo pudiesen expresar inquietudes, sentimientos, hacer preguntas o cualquier comentario que en ese momento surgiese. Se estableció un diálogo entre los miembros del grupo en el cual el contenido trataba sobre los prejuicios en el tema del suicidio (muy frecuentes en la población general), también autorrevelaciones personales, pensamientos y sentimientos que expresaban cómo se sentían en aquel momento. Todo esto se realizó con respeto mutuo entre los integrantes. Uno de los participantes comentó su recuerdo sobre el último día que el paciente fallecido estuvo en la unidad. Explicó que el compañero le había contado su situación de desesperanza, refiriendo que ese día no había podido hablar de esta situación personal suya con ningún miembro del personal. Este miembro del grupo también añadió que la situación relatada por el compañero de no poder realizar una consulta para aliviar el malestar sucedía en el dispositivo en alguna ocasión con otros usuarios. Este comentario de tipo transferencial fue recogido y explicado por parte del coordinador. Éste explicó que si la situación hubiese sido diferente podría haberse evitado lo ocurrido y señaló la dificultad en muchas ocasiones de predecir o prevenir este tipo de situaciones. Para contextualizar esto último, el coordinador del grupo expuso la *Teoría Interpersonal del Suicidio de Joiner*, (Joiner, 2005)(3). Esta teoría intenta explicar los factores determinantes de la conducta suicida, proponiendo que una

persona llevará a cabo la conducta suicida si siente deseos y tiene la capacidad para hacerlo. Dicho deseo está relacionado con la *falta de pertenencia* y con la *sensación de ser una carga* para otros significativos. Otro factor que Joiner propone es la *capacidad adquirida* para realizar el acto suicida. Si dicha capacidad está presente hay mayor probabilidad de llevar a cabo intentos de suicidio y que estos sean de mayor letalidad, lo que llevará a que tengan más probabilidades de morir por este motivo. Finalmente se añade otro factor, que es la *falta de pertenencia*, que más que una característica estable, se refiere a ella como un estado cognitivo-afectivo dinámico y que tendría que ver con factores de riesgo como por ejemplo el aislamiento, historia de trauma o abuso y falta de apoyo social. Durante la explicación el coordinador se ayudó de ejemplos para ilustrar cada uno de los factores, decidiendo no hacer referencia en ningún momento a ejemplos que pudieran corresponderse con información relacionada con el compañero fallecido.

Finalmente, algunos participantes compartieron recuerdos, sentimientos y pensamientos respecto al compañero. Se realizó una “ronda de cierre” en la cual el coordinador propuso que cada uno escribiera un breve mensaje de despedida en una hoja de papel. Posteriormente todos los participantes del grupo decidieron que los mensajes fuesen leídos en voz alta por el coordinador del grupo, mientras todos guardaban silencio. Por último, se guardaron dichos mensajes en una caja colocada en la sala común (elemento simbólico) y se propuso elegir un día en el cual realizar una tarea de despedida final (quemar, tirar al agua...).

Tras finalizar la intervención grupal tuvo lugar una reunión posterior del equipo donde cada uno realizó una valoración personal sobre los aspectos relevantes de la intervención llevada a cabo. Se compartieron aspectos relacionados con confirmación/desconfirmación de hipótesis o expectativas previas en cuanto a las intervenciones o reacciones de los miembros del grupo. Por ejemplo, se comentó la claridad y la entereza con la que alguno de los miembros con riesgo suicida comentaba las sensaciones y pensamientos que en su caso personal vivía, en momentos de angustia en los que no veía salida. Otros contenidos hacían referencia a reacciones de transferencia y contratransferencia surgidas en el grupo, como la intervención descrita anteriormente en la que un miembro del grupo hacía referencia a

la posibilidad de evitar el suicidio si se hubiese atendido al fallecido aquel día. También se comentaron sentimientos y preocupaciones de los miembros del personal acerca de la noticia y las reacciones de los compañeros al respecto dentro de la actividad grupal.

CONCLUSIONES

Tras esta experiencia, creemos que podría ser conveniente la elaboración de un programa de intervención grupal para estos casos, en el que se puedan recoger intervenciones a llevar a cabo, con mayor concreción y estructuración. Así mismo, sería recomendable analizar previamente posibles situaciones hipotéticas que podrían ocurrir y cómo intervenir o manejarlas.

La experiencia grupal ha sido valorada muy positivamente por los participantes, tanto por los pacientes como por el personal que en ese momento participó en el grupo.

En futuras intervenciones de este estilo podría incorporarse un sistema de valoración del malestar/bienestar emocional de cada uno de los participantes (en formato de escala, por ejemplo) antes y después del grupo.

Creemos que podría haber sido beneficiosa la presencia de un observador que hubiese recogido por escrito la información que iba surgiendo, así como haber registrado las observaciones clínicas durante el transcurso de la actividad. Otra posibilidad pudiera haber sido solicitar consentimiento a los participantes para que el grupo fuese grabado y así luego analizar detalladamente las intervenciones.

Una de las limitaciones de esta actividad fue la ausencia de un protocolo o intervención clínica reglada, que estuviese validada y bien establecida para el abordaje del suicidio y los aspectos relacionados con el mismo en un formato grupal. Con posterioridad a la realización de la intervención grupal hemos revisado la bibliografía (4-6) y no hemos encontrado estudios comparables que sugieran una línea de actuación concreta en estos casos. Sin embargo, sí hemos encontrado bibliografía que versa sobre el abordaje psicoterapéutico del duelo ante el fallecimiento de un miembro del grupo

(O'Neill, S. M. y Kueppenbender, K., 2012) (6), siendo dicha intervención adecuada en situaciones en las que hay un grupo de pacientes realizando psicoterapia de grupo de larga evolución y uno de los participantes se suicida.

Por ello hemos creído que sería interesante poder recoger y describir nuestra experiencia para que otros profesionales que se encuentren en dicha situación puedan beneficiarse de esta experiencia o aportar nuevos enfoques de tratamiento del suicidio en formato grupal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) WORDEN, J.W. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós, 1998.
- (2) KÜBLER ROSS, E., KESSLER, D. The five stages of grief. En Library of Congress Catalog in Publication Data (Ed.). *On grief and grieving* New York: Scribner, 2005; pp 7-30.
- (3) JOINER, T. *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005.
- (4) DYREGROV, K., DYREGRO, A., JOHNSEN, I. *Participants' recommendations for the Ideal Grief Group: A qualitative study*. *OMEGA* (2013); 67 (4), 363-377.
- (5) ROSA MARÍA ESPINOSA GIL, R.M., CAMPILLO CASCALES, M.J., GARRIGA PUERTO, A, MARTÍN GARCÍA-SANCHO, J.C. "Psicoterapia grupal en duelo. Experiencia de la psicología clínica en Atención primaria". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. (2015); 35 (126), 383-386.
- (6) O'NEILL, S. M., KUEPPENBENDER, K. *Suicide in Group Therapy: "Trauma and Possibility"*. *International Journal of group psychotherapy*, (2012); 62 (4), 587-611.

Cobre y esquizofrenia: una revisión

Copper and schizophrenia: a review

Santiago Agra Romero

Psiquiatra USM-III - Servicio de Psiquiatría.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela..

Correspondencia: santiago.agra.romero@sergas.es

RESUMEN

Se procede a la revisión de la bibliografía referente al papel actual que desempeña el cobre en la etiología de la esquizofrenia.

PALABRAS CLAVE

Cobre - Esquizofrenia - Dopamina - Glutamato - Ceruloplasmina - D-penicilamina.

ABSTRACT

This paper is a review of the bibliography regarding the actual role of copper in the etiology of schizophrenia.

KEY WORDS

Copper - Schizophrenia - Dopamine - Glutamate - Ceruloplasmine - D-Penicilamine.

INTRODUCCIÓN

El interés por el cobre en la esquizofrenia se remonta a principios de los años 40 del pasado siglo cuando Heilmeyer (1) midió el cobre sérico en un grupo de 37 pacientes esquizofrénicos y encontró que 32 (86%) presentaban

aumento del mismo. A partir de dicha fecha se han sucedido numerosos trabajos intentando buscar el vínculo etiológico entre dicho metal y la esquizofrenia obteniéndose, como veremos, resultados no concluyentes. Sin embargo, como recoge Fox (2) el papel del cobre en la promoción de la salud global y su actividad germicida ya era conocido por las antiguas civilizaciones (Egipto, Grecia, Roma, India, América precolombina); los egipcios utilizaban la malaquita, cuyo componente principal es el hidróxido de carbono cúprico, para prevenir el crecimiento del *Staphylococcus Aureus* y de la *Pseudomona Aeruginosa*; en el papiro *Edwin Smith* (2450 a.C.) se menciona su uso para la inflamación bucal y heridas infectadas en el pecho, mientras que en el papiro *Ebers* (1500 a.C.) consta que se aplicaba a las quemaduras infectadas. Según Dollwet y Sorenson (3) aparte de los mencionados usos también la empleaban para la esterilización del agua. Simplemente mencionar que los romanos denominaban *cyprium* al cobre por provenir sobre todo de la isla de Chipre (en griego: Kypros).

La presencia del cobre en la sangre fue comunicada por vez primera por Sarzean en 1830, presencia confirmada en 1848 por el químico francés Millon. Harrington (4) nos cuenta que hacia mediados del siglo XIX el uso del cobre como agente terapéutico contra múltiples trastornos se convirtió en moda, sobre todo tras conocerse la relación entre el cobre y el hierro en el tratamiento de la anemia ferropénica conocida en aquellas fechas como “clorosis”, “enfermedad verde” o también “enfermedad de las vírgenes”, a la que se consideraba trastorno nervioso emparentado con la histeria, la epilepsia y la paraplejia. Es este el contexto en el que Burq, médico seguidor del magnetismo animal de Mesmer, en 1847 descubrió por casualidad que el cobre tendía a quemar, irritar o repeler a pacientes con una fuerte “*susceptibilidad mesmérica*” y que el tratamiento con cobre, aunque irritante, producía el llamativo efecto de restablecer la sensibilidad (anestesiada) de la paciente; si esto era así, quizá el cobre podía igualmente curar a las pacientes de sus trastornos histéricos al actuar sobre la anestesia: para Burq el tratamiento con cobre parecía producir resultados positivos en muchas de sus pacientes restaurando la sensibilidad y también aliviando (inesperadamente) las convulsiones y los espasmos nerviosos: el cobre era un agente antiespasmódico. Burq se centró en las enfermedades nerviosas y probó los efectos de otros metales distintos del cobre encontrando que el hierro

producía en su opinión resultados favorables, lo que se llamó “*idiosincrasia metálica*”, es decir, una predisposición fisiológica personal para reaccionar favorablemente a unos metales y no a otros. Según Burq cada paciente debía ser estudiado a nivel individual para descubrir su “*idiosincrasia metálica*” antes de proceder a la aplicación del tratamiento metálico; a la fase de estudio la denominó “*metaloscopia*” y a la fase de tratamiento “*metaloterapia*”, pudiendo esta ser esta interna, mediante la ingestión de los metales a través de sales y aguas minerales, o externa mediante la aplicación de los metales directamente sobre la piel en forma de brazaletes, pulseras, corsés, etc., e incluso bañeras (hechas de secciones alternantes de cobre y acero). La difusión de sus éxitos dio lugar entre las personas con trastornos nerviosos a la moda de portar objetos metálicos como los mencionados (moda que cíclicamente retorna aún en nuestros días) y a las pacientes histéricas a buscar alivio en bañeras con hierro oxidado...

Como vemos desde mediados del siglo XIX el cobre ha estado ligado a los trastornos mentales; por tanto, el propósito del presente trabajo es la revisión bibliográfica del papel desempeñado por este metal en la etiología de uno de los más graves cual es la esquizofrenia.

METABOLISMO DEL COBRE

El cobre es un nutriente esencial ampliamente distribuido en la naturaleza y presente en todos los alimentos, tanto vegetales como animales, a través de los que ingresa en el organismo por vía oral. Entre los alimentos más ricos en cobre destacan ostras, hígado, setas, nueces y chocolate. El cobre también ingresa en el organismo por ingestión de agua de bebida y/o alimentos contaminados, por inhalación en las zonas de extracción y transformación del metal e incluso por absorción transdérmica en dichos lugares. Se almacena en hígado, páncreas, bazo, corazón, huesos, músculo esquelético, cerebro y riñones. El cuerpo de un adulto normal contiene entre 75 y 100mg de los que la tercera parte se encuentran en los músculos, siendo la ingesta media diaria en adultos de 0.9 a 2.2mg y en niños entre 0.6 y 0.8mg. El cerebro humano requiere cobre para su normal desarrollo y función; en comparación con otros órganos del cuerpo, la concentración

de cobre cerebral es una de las mayores, la segunda tras el hígado. Lutsenko et al. (5) estiman que el contenido de cobre del cerebro humano oscila entre 2.9 y 10.7 $\mu\text{g Cu/g}$ y no se distribuye uniformemente en el sistema nervioso central encontrándose la mayor concentración en el hipocampo.

El cobre juega un importante papel en nuestro metabolismo dado que permite el adecuado funcionamiento de muchas enzimas fundamentales y resulta esencial en el mantenimiento de la firmeza de la piel, vasos sanguíneos y de los tejidos epitelial y conjuntivo de todo el cuerpo. También interviene en la producción de hemoglobina, melanina y permite que la glándula tiroides funcione normalmente y es necesario para la síntesis de los fosfolípidos de la vaina de mielina de los nervios periféricos.

La mayor parte del cobre es excretado pero un 50% a través de hígado e intestino pasa a la sangre con la proteína plasmática llamada *ceruloplasmina*, una alfa-2-globulina que liga el 95% del cobre sanguíneo. Es absorbido en el tracto intestinal proximal, aunque según recientes investigaciones las propiedades físicas del cobre permiten su captación precoz en el estómago; si es ingerido, el cobre alcanza el intestino delgado y su captación es facilitada por la absorción simultánea de aminoácidos. Las dietas ricas en calcio y fósforo producen una gran pérdida fecal de cobre si bien el mecanismo es desconocido. El zinc y la vitamina C son antagonistas del cobre inhibiendo su absorción intestinal al mismo tiempo que promueven su excreción. La excreción de cobre ocurre principalmente a través de la bilis y es muy baja (10% en 72 horas), detectándose también cobre en orina.

Como ya se mencionó, el cobre entra en el torrente sanguíneo gracias a la proteína plasmática llamada *ceruloplasmina* y luego de metabolizada es excretada por la bilis. En las células del intestino delgado una proteína transportadora de membrana de cobre *1-CMT1*, lleva al cobre al interior de las células donde una parte se une a las metalotioneinas y otra parte es transportada por la proteína transportadora de cobre *ATOX1* al sistema trans-Golgi. Aquí, como respuesta a la creciente concentración de cobre, un enzima llamada *ATP7A* libera cobre a la vena porta y al hígado. Las células hepáticas también tienen la proteína *CMT1* mientras que las metalotioneinas y la *ATOX1* ligan el cobre dentro de las células hepáticas pero es la

ATP7B la que liga el cobre a la *ceruloplasmina* y la libera al torrente sanguíneo al mismo tiempo que elimina el exceso de cobre a través de la bilis. La albúmina (*transcupreína*), otra proteína plasmática, liga al cobre de forma más laxa que la *ceruloplasmina* y es capaz de transportar el cobre desde el hígado a los tejidos. Solamente el cobre libre, como el no ligado a las proteínas del plasma, es capaz de cruzar la barrera hematoencefálica y alcanzar el sistema nervioso central.

La adecuada absorción y metabolismo del cobre requiere un adecuado equilibrio con el zinc, el hierro, el manganeso, el molibdeno y la fructosa. Puesto que el zinc puede competir con el cobre en el intestino delgado e interferir su absorción, las personas con niveles muy altos de zinc y muy bajos de cobre pueden aumentar su riesgo de déficit de cobre. El molibdeno, aunque no tiene efectos sobre la absorción intestinal, favorece su excreción. Además de su papel como proteína transportadora, la *ceruloplasmina* actúa como un enzima catalizador de la oxidación de minerales, concretamente el hierro. La oxidación del hierro por la *ceruloplasmina* es necesaria para que el hierro se ligue a la proteína transportadora *transferrina*, por lo que las anemias por déficit de hierro pueden ser síntoma de déficit de cobre. Las mutaciones en las proteínas transportadoras de cobre, *ATP7B* y *ATP7A*, pueden inutilizar este sistema de transporte y dar lugar a la enfermedad de Wilson y a la enfermedad de Menkes.

La *ceruloplasmina* y un segundo enzima cúprico, la *histaminasa*, están implicadas en la degradación del modulador químico *histamina* (la *histamina* es un neurotransmisor del cuerpo y del cerebro, un estimulador de la secreción gástrica en el intestino y responsable de la anafilaxis). La *monoaminooxidasa* y la *dopamina-beta-hidroxilasa* son enzimas cúpricos responsables de un importante neurotransmisor, la *norepinefrina*. Otros enzimas cúpricos son: el *citocromo C oxidasa*, el enzima de la fosforilación oxidativa; según Cavelier et al. (6) la actividad de este enzima, clave en la cadena de transporte de electrones, se vio disminuida en la corteza frontal y el núcleo caudado de pacientes esquizofrénicos. La *lisiloxidasa*, implicada con la elastina y el colágeno, y la *tirosinasa*, implicada en la producción de melanina. Investigaciones recientes han señalado la presencia del cobre en la coagulación de la sangre, concretamente como constituyente del factor V. El cobre

también se encuentra en la *Cu/Zn superoxidodismutasa*, presente sobre todo en cerebro, tiroides, hígado, pulmón y sangre; este enzima detoxifica los superóxidos mediante su conversión en peróxido de oxígeno e hidrógeno: $2 \text{H}_2\text{O} \rightarrow \text{H}_2\text{O}_2 + \text{O}_2$. Como afirman Michel et al. (7), la superoxidodismutasa es esencial para la terminación del crecimiento y la diferenciación celulares por lo que cualquier alteración del enzima durante el proceso de maduración cerebral puede llevar a alteraciones de la plasticidad neuronal la cual, a su vez, puede constituir un factor patogénico de la esquizofrenia.

PATOLOGÍA DEL COBRE

El cobre como agente tóxico directo se manifiesta a través de varios cuadros clínicos como son intoxicaciones (aguda, crónica), enfermedades por déficit y por exceso y la aceruloplasminemia hereditaria.

Intoxicación Aguda:

Las sales de cobre ingeridas en gran cantidad pueden producir reacciones tóxicas tanto en humanos como en animales. Tales efectos generalmente son reversibles si bien se han comunicado accidentes fatales tras ingestas masivas con finalidad suicida. El cuadro clínico cursa con náuseas, vómitos, dolor abdominal, necrosis hepática y muerte.

Intoxicación Crónica:

Si exceptuamos la enfermedad de Wilson, se han comunicado casos de cirrosis infantil en la India por excesivo acumulo hepático como resultado del consumo continuado del agua procedente de grifos de cobre o del agua de depósitos tratados con sulfato de cobre para reducir el crecimiento de algas o bien leche almacenada en vasijas de cobre como ocurrió en el Tirolo austríaco. Tampoco se descarta su relación con un trastorno genético autosómico recesivo. Los síntomas de la intoxicación crónica son: náuseas, vómitos, dolor epigástrico, diarreas amarillentas, vértigos, debilidad general, ictericia y deposiciones verdes.

Déficit de Cobre:

El déficit de cobre es muy poco frecuente en humanos.

– Existen tres situaciones clínicas en las que puede estar presente la hipocupremia: prematuros, pacientes con nutrición parenteral exclusivamente y niños con malnutrición grave; más raramente puede presentarse en caso de intoxicación por molibdeno o por consumo excesivo de zinc. Las manifestaciones del déficit de cobre incluyen retraso del crecimiento, anemia, hipercolesterolemia, lesiones miocárdicas, hipertrigliceridemia, hipertrofia cardíaca y deterioro neurológico.

La enfermedad de Menkes o tricopoliodistrofia es un trastorno ligado al gen X (*ATP7A*) que ocasiona déficit de cuproproteínas esenciales (citocromoc-oxidasa; ceruloplasmina y lisiloxidasa) y determina retraso mental grave y muerte en torno a los cinco años de edad.

Exceso de cobre:

– **Enfermedad de Wilson:**

Trastorno hereditario autosómico recesivo (par mutante del gen *ATP7B* localizado en el cromosoma 13) que ocasiona depósito de cobre en hígado, cerebro, córnea y riñón debido a un déficit de la ceruloplasmina; se produce depósito de cobre en los ganglios basales y cursa con trastornos psiquiátricos y neurológicos; para los trastornos psiquiátricos ver la clasificación de Dening (8): formas afectiva, conductual, esquizofreniforme y cognitiva.

– **Enfermedad de Alzheimer:**

Según Iakovidis et al. (9) se han encontrado niveles de cobre elevados en el líquido cefalorraquídeo pero concentraciones plasmáticas del mismo normales. De forma provisional y a falta de estudios más profundos aceptan que en la enfermedad de Alzheimer hay una distribución anormal del cobre cerebral así como una acumulación de cobre en las placas amiloides y un déficit de cobre en las células vecinas.

Aceruloplasminemia hereditaria:

Trastorno genético autosómico recesivo que ocasiona déficit de ceruloplasmina asociado a un síndrome de sobrecarga de hierro. Cursa con confusión mental, demencia, trastornos del movimiento, degeneración retiniana y diabetes.

COBRE, CERULOPLASMINA Y ESQUIZOFRENIA

Como recuerdan Warren et al. (10) el interés por el metabolismo del cobre en relación con las enfermedades del sistema nervioso central continuó con los trabajos de investigación desde Thudichum en 1884, sin embargo, según Bowman y Lewis (11), no fue hasta 1941 cuando Heilmeyer se convirtió en uno de los primeros en estudiar la concentración de cobre sanguíneo en esquizofrénicos adultos encontrando que el 86% de los mismos tenía elevado el cobre sérico. En 1949 Brenner (12) determinó el cobre en niños sanos y en adultos esquizofrénicos y encontró alteraciones en ambos grupos, principalmente en estos últimos: 38% tenían cobre sérico elevado y, dentro de este grupo, los agudos. Sin embargo, estos dos estudios fueron criticados principalmente por importantes problemas metodológicos, concretamente por ser diferentes los criterios diagnósticos de esquizofrenia y por muestras heterogéneas. En 1957, Ozek (13), haciéndose eco de la heterogeneidad de la esquizofrenia, dividió a su muestra en cuatro categorías diagnósticas: aguda, subaguda, crónica y orgánica; al igual que el citado Brenner, Ozek encontró que el grupo de agudos era quien tenía más posibilidades de presentar elevación del cobre sérico. En 1970 Chitre y Pune-kar (14) demostraron que había significativa elevación del cobre sérico en esquizofrénicos; estos habían sido agrupados en subtipos, detectándose el mayor incremento en el subgrupo hebefreno-paranoide. En 1975 Greiner et al. (15) estudiaron la concentración cerebral de cobre sin encontrar diferencias estadísticas significativas entre pacientes esquizofrénicos y sujetos control normales. En 1983 Shore et al. (16) determinaron la concentración de cobre en LCR de esquizofrénicos crónicos comparando con sujetos control normales y no encontraron diferencias significativas en dicha concentración en ambos grupos; tampoco encontraron diferencias en el cobre del LCR entre los subgrupos según diagnóstico (agudos-crónicos; paranoides-indiferenciados), duración de la hospitalización, raza, tratamiento farmacológico, concentración de MAO plaquetaria y anomalías en el scanner. Hacen referencia al trabajo de Tyrer et al. (17) de 1979 quienes habían encontrado que tanto las mujeres como los hombres esquizofrénicos tenían los mismos bajos niveles de cobre en LCR, si bien la muestra estaba constituida por un corto número de pacientes. Los resultados obtenidos por Shore et al. (16) difieren de los de Tyrer et al. (17) por varias razones;

primera, en cuanto a los procedimientos de ensayo (potenciales fuentes de error en estudios previos); segunda, en cuanto a la muestra (Tyrer et al. recurren a esquizofrénicos agudos; Shore et al. a esquizofrénicos crónicos); tercera, Shore et al. cuestionan la “normalidad” del grupo control.

En 1957 Akerfeldt (18) replicó el trabajo original de Heilmeyer encontrando niveles elevados de cobre sérico en esquizofrénicos y supuso que la causa se debía a un exceso de ceruloplasmina. Como apoyo de su hipótesis, informó que la oxidación de la N,N-Dimetil-p-fenildiamina (DPP) era mucho más rápida en la sangre de los esquizofrénicos que en los controles, un resultado que cabía esperar si el suero de los esquizofrénicos contuviese un exceso de ceruloplasmina. De forma provisional Akerfeldt sugirió que el exceso de ceruloplasmina podría ser un marcador indicativo de esquizofrenia en caso de poder comprender el proceso más claramente y en caso de perfeccionar el método; partiendo de esta base propuso que la velocidad de oxidación de la DPP podría constituirse como una sencilla prueba para la esquizofrenia. La reacción inicial a la hipótesis de Akerfeldt fue la del rechazo pues la oxidación acelerada de la DPP no era específica de la esquizofrenia lo que llevó al rechazo no solo de la presunta validez de la “reacción colorimétrica” sino también de la hipótesis del cobre como causante de la esquizofrenia. A pesar de esto otras investigaciones informaban de concentraciones séricas elevadas de cobre y ceruloplasmina: en 1957 para Scheinberg et al. (19) los esquizofrénicos tenían una concentración de cobre con un rango más amplio que el grupo control y llegan a la conclusión de que sería aventurado clasificar a un individuo como normal o como esquizofrénico a partir de la concentración plasmática de la ceruloplasmina; para Horwitt et al. (20) en 1957, los esquizofrénicos presentaban unos niveles de concentración muy superiores al grupo control; para Abood et al. (21), también en 1957, la concentración sérica de ceruloplasmina era mayor en los esquizofrénicos.

Por tanto, los hallazgos de ceruloplasmina elevada y cobre elevado en esquizofrénicos parecían demostrar claramente que había una diferencia real en cuanto al metabolismo del cobre entre esquizofrénicos y sujetos normales (en aquellas fechas se creía en la existencia de un vínculo causal entre el cobre, la ceruloplasmina y la esquizofrenia). Sin embargo, no todos los estudios reflejaban similares resultados: en 1958 Frohman et al. (22) no

encontraron aumento de ceruloplasmina en esquizofrénicos; en 1961 Bakwin et al. (23) no pudieron replicar el hallazgo de 1958 de Aprison y Drew (24) respecto al aumento de ceruloplasmina en niños esquizofrénicos; en 1959 Edelstein et al. (25), estudiando la sangre de 20 esquizofrénicos ingresados y sin tratamiento, no habiendo encontrado hipercupremia significativa en dichos pacientes opinaban que el nivel de cobre no podía ser utilizado como test diagnóstico auxiliar de la esquizofrenia pues no presentaba ninguna conexión con ninguna alteración del metabolismo de la epinefrina (liberación de sustancias tóxicas y alucinógenas como el adeno-cromo y la adrenolutina); sin embargo, Ostfeld et al. (26) en 1958, estudiando los efectos de los alucinógenos en comparación con la esquizofrenia encontró que la ceruloplasmina sérica estaba más elevada en los sujetos normales antes de administrárseles alucinógenos.

Dentro de estos resultados contradictorios interesa destacar la hipótesis de Martens et al. (27), que se remonta nada menos que al año 1959, según la cual la elevación de la ceruloplasmina es una reacción a la esquizofrenia similar a otras reacciones ante enfermedades pero es una reacción que no protege lo suficiente al organismo contra la esquizofrenia (la ceruloplasmina desempeñaría una función protectora) por lo que la elevación del cobre sérico no tendría relevancia etiológica. Martens et al. inyectaron ceruloplasmina a esquizofrénicos comunicando mejoría en el 87% de los casos si bien sus resultados no eran fiables (ausencia de grupo control). La importancia del trabajo de Martens et al. radica en haber establecido que la elevación de la ceruloplasmina probablemente se tratase más de un efecto que de una causa de esquizofrenia y su importancia sería más protectora que patológica.

Otros estudios que replicaron los resultados de Heilmeyer, aparte del mencionado de Akerfeldt en 1957 fueron los Marques-Assis y Bastos (28) en 1968: en una muestra de 46 esquizofrénicos estudiaron el cobre sérico en 26 casos y la ceruloplasmina en 20 casos obteniendo unas cifras elevadas de cobre sérico si bien consideran las variaciones de la ceruloplasmina como no significativas. Para Chugh et al. (29), en 1973, el cobre sérico estaba aumentado en el 56% de los esquizofrénicos sin tratamiento y en el 57% de los esquizofrénicos tratados; con respecto a la ceruloplasmina, el

promedio estaba aumentado en los esquizofrénicos sin tratamiento mientras que estaba disminuido en los esquizofrénicos tratados; Olatunbosum et al. (30) en 1975, cuya muestra de 102 esquizofrénicos nigerianos presentaba un mayor nivel de cobre frente a 95 sujetos control sanos y los de Rahman et al. (31) en 1978, quienes encontraron: cobre plasmático elevado en varones esquizofrénicos, ceruloplasmina elevada en mujeres esquizofrénicas así como otros resultados sugestivos de alteración hepática.

Dado que los estudios del nivel de ceruloplasmina plasmática en esquizofrénicos ofrecen resultados heterogéneos, Virit et al. (32) han sugerido que los mismos pueden deberse a diferencias metodológicas, a circunstancias clínicas así como a diferencias etnobiológicas por parte de los pacientes; así tenemos que Alias et al. (33) informan de elevaciones de ceruloplasmina solamente en las fases agudas pero no en pacientes crónicos ni en sujetos control sanos. Giner et al. (34) sugieren que el aumento de ceruloplasmina podría ser un marcador de mejoría clínica pues encontraron que la ceruloplasmina se incrementaba en fase aguda y disminuía a continuación. Puzynski (35) demostró que los niveles sanguíneos de ceruloplasmina presentaban correlación positiva con la duración de la enfermedad. Morera et al. (36) informaron de la correlación positiva del aumento de la ceruloplasmina solamente con las puntuaciones de las sub-escalas negativas de la PANSS pero no se asociaban con otros hallazgos clínicos de la esquizofrenia. En 2006 Wolf et al. (37) encontraron niveles plasmáticos de cobre y ceruloplasmina más elevados que en los controles; insisten en que el aumento de ceruloplasmina en la esquizofrenia es específico y no el simple resultado de la elevación de las enzimas oxidativas que contienen cobre. Los mencionados Virit et al. (32) demostraron que los niveles plasmáticos de ceruloplasmina en pacientes esquizofrénicos eran significativamente mayores que en sujetos-control sanos; según estos autores sus hallazgos apoyan los resultados previos similares y sugieren que no hay asociación entre los niveles de ceruloplasmina y la PANSS total en cualquiera de sus sub-escalas; además, no encuentran asociación entre los niveles de ceruloplasmina y la BPRS o las escalas de gravedad de la CGI.

Finalmente, el vínculo entre cobre, ceruloplasmina y esquizofrenia todavía está sin aclarar. En opinión de Ghanem et al. (38), aunque su aumento

pueda estar relacionado con otros factores y por sí mismos sean insuficientes para atribuirles causalidad patógena, las anomalías del cobre pueden jugar un papel en la esquizofrenia, como se verá más adelante, mediante la exacerbación o la perpetuación de la desregulación dopaminérgica. Sin embargo, se desconoce a estas alturas si el cobre contribuye a la enfermedad mental o si el cuerpo acumula más cobre en respuesta a la enfermedad.

COBRE, D-PENICILAMINA Y ESQUIZOFRENIA

En 1964 Greiner et al. (15), partiendo de la observación de que los esquizofrénicos tenían piel clara y fácilmente bronceable, propusieron la hipótesis de que dichos pacientes tenían una disfunción de la melanina; para demostrar tal hipótesis recurrieron a la autopsia cerebral de 10 esquizofrénicos encontrando depósitos poco comunes de melanina en cerebro, riñones, hígado y aparato endocrino. Dado que la melanina tiene como precursora a la L-dopa, estos autores dedujeron que la hiperproducción de melanina en los esquizofrénicos podría ser disminuida mediante la reducción del contenido cúprico corporal, por lo que decidieron administrar un fármaco quelante del cobre: la D-penicilamina o dimetilcisteína (es sabido que las fenotiazinas aceleran la producción de melanina, pero dichos depósitos se encontraron antes de su introducción). La D-penicilamina controla la melanogénesis en la esquizofrenia pero muestra un efecto secundario insospechado: una notable mejoría de los síntomas esquizofrénicos. Este hallazgo dio lugar a nuevos trabajos de los cuales algunos confirmaron dicho resultado como los de Hoffer y Osmond (39) en 1962 o como el de Nicholson et al. (40), quienes en 1966 llevaron a cabo un ensayo clínico en esquizofrénicos a base de D-penicilamina y dieta baja en cobre obteniendo resultados alentadores e informando del efecto beneficioso de la D-penicilamina en la esquizofrenia crónica; su hipótesis se basaba en que el efecto terapéutico era debido a un aumento de la excreción urinaria del cobre resultante de la inhibición de un enzima cúprico sintetizador de catecolaminas; sin embargo, otros autores no consiguieron demostrarlo: Adler et al. (41), en 1971, observaron escasa mejoría clínica en 30 esquizofrénicos crónicos tratados con D-penicilamina llegando a la conclusión de que no existían criterios psicopatológicos seguros que avalasen el tratamiento de esquizofrénicos crónicos con D-penicilamina.

Hollister et al. (42) en 1966 también administraron a los esquizofrénicos D-penicilamina pero por una razón diferente: sugerían que la despolimerización podría ser efectiva si la esquizofrenia fuese una enfermedad autoinmune; sin embargo, no encontraron mejoría clínica en los 13 pacientes esquizofrénicos a quienes se había suministrado 1g/día de D-penicilamina durante 5 semanas. Walshe (43), en 1967, fracasó al no encontrar mejoría en cuatro pacientes tratados con D-penicilamina a lo largo de un año. En 1968 Brooker et al. (44), tampoco fueron capaces de mostrar ningún efecto positivo de la D-penicilamina frente a placebo en pacientes esquizofrénicos no paranoides crónicos con independencia de si estaban o no tomando tratamiento. En 1969 Affleck et al. (45) estudiaron a 10 esquizofrénicos, cinco crónicos y cinco agudos-subagudos, llegando a las siguientes conclusiones: primera, reconocen ser incapaces de replicar el grado de mejoría comunicado por los citados Nicholson et al. (40), a pesar de haber logrado con la D-penicilamina una mejoría marginal y transitoria, la cual, en su opinión, no apoya la introducción de este compuesto como tratamiento de tales pacientes; segunda, el grado de respuesta en los esquizofrénicos agudos tampoco aconseja su utilización.

Según los resultados de Greiner et al. (15), la mejoría de los pacientes esquizofrénicos estaba ligada, quizá directamente, a la disminución del cobre cerebral; sin embargo, la quelación del cobre inhibe también otros neuroenzimas mientras que aumenta la dopamina y disminuye la norepinefrina cerebrales mediante la inhibición de otro enzima cúprico, la dopamina-beta-hidroxilasa (DBH). Este incremento de la dopamina puede ser funcionalmente insignificante pues la dopamina no transformada por la DBH es rápidamente destruida por la monoaminoxidasa después de la liberación sináptica. Sin embargo, el estudio de Greiner et al. (15) resulta paradójico al sugerir que la remisión de la esquizofrenia se debería a un incremento de la dopamina.

La hipótesis cobre-zinc de la esquizofrenia:

En opinión de Pfeiffer e Iliev (46), dado que la D-penicilamina es un agente quelante tanto del cobre como del zinc su uso puede ocasionar déficit de ambos metales, metales que tienen una relación antagónica: el déficit de uno produce el exceso del otro; puesto que encontraron bajo nivel de zinc en pelo de esquizofrénicos, para estos autores el tratamiento exitoso de la

esquizofrenia mediante la quelación del cobre dependería de la suplementación del zinc. Previamente a esta hipótesis, Kimura y Kumura (47) habían informado de un significativo descenso del contenido de zinc en el hipocampo, lóbulo frontal y lóbulo occipital de cerebro de esquizofrénicos al compararlos con sujetos normales y pacientes con otros trastornos; aunque no determinaron los niveles de cobre, concluyeron que los bajos niveles de zinc podrían ser causados por la elevación del nivel de cobre debido a la relación antagónica entre estos dos metales.

En 1982 Bowman y Lewis (11), para explicar las alteraciones en la esquizofrenia, estudiaron el aumento del cobre y la disminución del zinc en el pelo de 40 pacientes y la relación con la homeostasis de la dopamina; llegaron a la conclusión de que un subgrupo de esquizofrénicos padecen un trastorno del metabolismo del cobre distinto de la enfermedad de Wilson; en estos pacientes la relación cobre-zinc se encuentra notablemente aumentada, lo cual amplifica la gravedad funcional de la intoxicación del cobre, teniendo como consecuencia actividad hiperdopaminérgica neural. Herrán et al. (48) citan estudios como el de Hullin (49), quien detecta bajas tasas de zinc sérico en esquizofrénicos ingresados en Unidades de Agudos pero no en los crónicos ingresados en larga estancia; atribuye la baja tasa inicial de zinc a un reflejo de la reacción en fase aguda como resultado de ligarse el zinc a la metalotioneína. Los mismos autores, aprovechando la determinación del nivel de cobre sérico en 62 pacientes esquizofrénicos a tratamiento pero no ingresados al compararlos con un grupo-control sano, encontraron que los niveles de zinc en ambos grupos no era diferente; no descartan la intervención de factores como la dieta, el ejercicio físico o el estilo de vida.

Ghanem et al. (38) también se propusieron estimar los niveles de cobre y zinc en pelo de esquizofrénicos y deprimidos y su correlación con la gravedad de la esquizofrenia y del trastorno depresivo mayor; la muestra estaba constituida por 20 sujetos-control sanos, 30 pacientes esquizofrénicos y 30 pacientes con trastorno depresivo mayor. El nivel medio del cobre en pelo fue significativamente mayor tanto en los pacientes esquizofrénicos como en los pacientes deprimidos al compararlos con los sujetos sanos. Por otra parte, el nivel medio del zinc en pelo fue significativamente más bajo tanto en esquizofrénicos como en depresivos cuando se les comparó

con lo sujetos-control sanos. A la vista de tales resultados concluyen que el exceso de cobre y el déficit de zinc pueden desempeñar un papel en la patogenia de la esquizofrenia y del trastorno depresivo mayor. Sin embargo, se necesitan estudios más amplios que confirmen esta hipótesis.

En resumen, algunas líneas de investigación indican que los esquizofrénicos tienen incremento del cobre sérico:

1. Los esquizofrénicos tienen mayores concentraciones de cobre sérico que los sujetos normales.
2. Los esquizofrénicos tienen elevada ceruloplasmina.
3. Los síntomas de la esquizofrenia parecen remitir cuando el cobre es quelado del cuerpo.
4. Paradójicamente, los síntomas también remiten cuando la concentración de cobre aumenta tras la administración de ceruloplasmina.
5. El pelo de los esquizofrénicos tiene mayor cantidad de cobre y zinc que el de los normales pero está más influenciado por la disponibilidad del cobre ambiental que por el estado de la esquizofrenia, lo cual ciertamente implica más un efecto que una causa.

Para Bowman y Lewis (11) el exceso tanto de cobre como de ceruloplasmina séricos implica dos fenómenos. Primero: las elevaciones en sangre pueden reflejar una elevación generalizada del cobre por todo el cuerpo; este era el supuesto subyacente en la mayoría de las hipótesis del cobre y la esquizofrenia y el fundamento del tratamiento de la esquizofrenia mediante la quelación del cobre. Implícito a este supuesto se encuentra el de que el cobre neural está elevado de la misma forma que el cobre sérico. Segundo: la implicación opuesta a la elevación del cobre sérico es que el cobre está elevado en sangre (y quizá en algunos tejidos periféricos) debido a la imposibilidad del cobre para traspasar la barrera hematoencefálica. En este caso la elevación del cobre sérico podría implicar un vaciado del cobre central; esta última posibilidad es congruente con el exceso de ceruloplasmina (podría ser este el mecanismo por el que el cobre es mantenido fuera del cerebro), lo mismo que las mejorías consecutivas a la inyección de ceruloplasmina. Esto no es incongruente con el hallazgo de cobre elevado

en tejidos periféricos como puede ser el pelo pues el cobre puede penetrar en los órganos periféricos ligado a las cuproproteínas, pero también, como ya se indicó, puede pasar libremente a través de la barrera hematoencefálica. Según Tyrer et al. (17), el LCR de los esquizofrénicos contiene menos cobre que el de los normales pero su estudio tiene una implicación clara: los esquizofrénicos pueden presentar de forma simultánea tanto elevación del cobre sérico como disminución del cobre central.

COBRE, DOPAMINA Y ESQUIZOFRENIA

Como recogen Abi-Darham y Grace (50) la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia fue formulada por primera vez por Rossum en 1966 basándose en la observación de que los antipsicóticos podían bloquear los receptores dopaminérgicos. En la actualidad el punto de vista predominante considera que los sistemas dopaminérgicos en la esquizofrenia se caracterizan por un desequilibrio entre sistemas dopaminérgicos corticales y subcorticales: las proyecciones dopaminérgicas mesolímbicas subcorticales podrían estar hiperactivas, dando lugar a la hiperestimulación de los receptores D2 y a los síntomas positivos, mientras que las proyecciones dopaminérgicas mesocorticales al córtex prefrontal podrían estar hipoactivas, dando lugar a la hipoestimulación de los receptores D1, a los síntomas negativos y al deterioro cognitivo. Citan el trabajo de Pycock et al. (51) como precedente a partir del cual se han descrito regulaciones recíprocas y opuestas entre los sistemas dopaminérgicos cortical y subcortical. Numerosos trabajos sugieren que la actividad dopaminérgica prefrontal ejerce una influencia inhibitoria sobre la actividad dopaminérgica subcortical. A partir de estas observaciones se ha propuesto que en la esquizofrenia ambos sistemas del modelo de desequilibrio dopaminérgico podrían estar relacionados ya que un déficit de la función dopaminérgica mesocortical podría derivar en una desinhibición de la actividad dopaminérgica mesolímbica.

Según Bowman y Lewis (11) existen cuatro vínculos funcionales bioquímicos entre el cobre y la dopamina: en cada uno de los casos el cobre o bien es antagonista de la producción de dopamina o bien está implicado en el desglose de la dopamina en otros enzimas.

– La escasez absoluta de cobre podría modificar tanto la producción como la integridad de la dopamina lo que podría resultar tanto en una producción excesiva de dopamina como en una acumulación de dopamina resultante por degradación insuficiente.

– Lo contrario también puede ser verdad: el exceso de cobre central podría inhibir la síntesis de dopamina y estimular su máxima degradación, dando como resultado una carencia de dopamina.

– Si los niveles de cobre central están aumentados en la esquizofrenia y si el cobre es antagonista de la dopamina ¿cómo podría el exceso de cobre causar la esquizofrenia, una enfermedad aparentemente caracterizada por la hiperactividad dopaminérgica? Según estos autores la respuesta se encuentra en la cronicidad y en la compensación (o sobrecompensación) neurológica del déficit de dopamina.

– Señalan que en la enfermedad de Wilson se produce una paradoja similar a la observada en la esquizofrenia. En la enfermedad de Wilson los elevados niveles de cobre permiten sospechar déficit de dopamina pero la corea atáxica nos permite postular una hiperactividad dopaminérgica. De forma similar, los altos niveles de cobre en la esquizofrenia llevan a esperar un déficit de dopamina pero la acción de las fenotiazinas lleva a postular una hiperactividad dopaminérgica.

Bowman y Lewis (11) explican la aparente contradicción entre hiperactividad dopaminérgica y disminución de la dopamina. La depleción crónica de dopamina permite al sistema dopaminérgico adaptarse a un nivel bajo del neurotransmisor mediante el incremento del número (o quizá la sensibilidad) de los receptores dopaminérgicos post-sinápticos. Con la sensibilidad aumentada, el sistema funciona a nivel casi normal con un déficit del neurotransmisor. Mientras este fenómeno no ha sido examinado específicamente en la enfermedad de Wilson, existe cierta evidencia de que en los esquizofrénicos ha aumentado la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos post-sinápticos, lo cual no es atribuible al uso de las fenotiazinas, y posiblemente haya disminuido la dopamina cerebral. Este proceso explicaría cómo el cobre elevado y la baja dopamina resultante darían lugar a un sistema dopaminérgico hipersensitivo y, además, tanto a la esquizofrenia como a la corea atáxica como se ve en la enfermedad de Wilson.

En opinión de Shore et al. (16), aunque algunos investigadores han informado de elevadas concentraciones del cobre sérico en algunos pacientes esquizofrénicos, tales incrementos pudieran no ser específicos de dicha enfermedad pues incrementos de similar magnitud se han observado en infarto de miocardio, estrés, linfoma, leucemia, déficit de hierro y de otros factores dietarios, enfermedad hepática, enfermedad renal y en infecciones tanto agudas como crónicas. Para Bowman y Lewis (11) la hipótesis del incremento de cobre es atractiva pero no convincente pues, aparte de los incrementos de cobre citados por Shore et al. (16), la tal hipótesis no se sostiene incluso con alguno de los propios datos. Por ejemplo, si altos niveles de cobre vacían la dopamina y crean un sistema dopaminérgico hipersensitivo se preguntan por qué la remoción del cobre corporal alivia la esquizofrenia: la remoción del cobre probablemente está alterando los límites de la producción dopaminérgica lo que podría resultar en más dopamina en un sistema ya hipersensitivo. Podría parecer que si la esquizofrenia resulta de un exceso de cobre mediante el proceso descrito aquí, más cobre y no menos podría aliviar los síntomas (mediante una reducción de dopamina). En este sentido la teoría del incremento del cobre es congruente con los hallazgos de los citados Martens et al. (27) pero no con las mejorías consecutivas a la quelación del cobre (a menos que los autores estuviesen tratando inadvertidamente a pacientes con la enfermedad de Wilson).

Por otra parte, mientras los esquizofrénicos tienen elevado el cobre tisular esta elevación puede estar medioambientalmente limitada a niveles más bajos que los de los normales que viven en otras áreas y esto implica más claramente que mientras pueda haber algún aspecto relacionado con la esquizofrenia que cause la elevación del cobre (infecciones, por ejemplo), el cobre elevado no es suficiente para justificar la esquizofrenia. Según Bowman y Lewis (11), si el cobre fuese más bien la causa de la esquizofrenia y no su efecto, habría que preguntarse cómo los residentes de áreas industrializadas evitan la esquizofrenia pues sus concentraciones de cobre deberían ser muy superiores a las de los esquizofrénicos de áreas rurales.

Finalmente, los incrementos del cobre parecen retroalimentar al sistema dopaminérgico. Si hay un incremento del cobre asociado a la esquizofrenia, incluso si esta elevación es un efecto, también puede ser un potenciador

del síndrome esquizofrénico. Como mínimo parecería permitir la persistencia del desequilibrio hiperdopaminérgico.

Con respecto a la relación entre tratamiento psicofarmacológico y cobre Ghanem et al. (38) citan a Herrán et al. (48) quienes sugieren que los niveles altos de cobre pueden ser consecuencia del tratamiento antipsicótico, el cual altera la absorción, la unión con las proteínas plasmáticas y el almacenamiento y/o excreción de los metales. Por el contrario, Gillin et al. (52) llegan a la conclusión de que los pacientes con varios tranquilizantes mayores no muestran ninguna desviación significativa en las concentraciones de cobre y zinc frente a valores normales.

COBRE, SEROTONINA Y ESQUIZOFRENIA

La relación entre serotonina y esquizofrenia se remonta a los años 50 del pasado siglo, cuando se experimentó con LSD. Según Virit et al. (32) el papel de la ceruloplasmina en la esquizofrenia no está aclarado; sin embargo la ceruloplasmina interviene en la oxidación de la serotonina y, a su vez, el cobre altera estructuralmente la serotonina induciendo su oxidación; los productos de la oxidación de la misma son potencialmente neurotóxicos especialmente sobre los receptores serotoninérgicos. Según estos autores, la fisiopatología de la esquizofrenia también podría estar asociada al sistema serotoninérgico cerebral basando tal hipótesis en que los antipsicóticos atípicos actúan a nivel dopaminérgico y serotoninérgico, lo cual permitiría una tasa elevada de antagonismo de receptores 5HT_{2A}/D₂. Se necesitan más estudios para confirmar/descartar tal hipótesis.

COBRE, HISTAMINA Y ESQUIZOFRENIA

A nivel del sistema nervioso central la histamina es producida en los mastocitos, en las células de la glía y en las estructuras histaminérgicas centrales que se localizan en el córtex frontal, hipotálamo, hipocampo y núcleo accumbens destacando la proximidad de los receptores de la histamina y de la dopamina en el núcleo accumbens, área cerebral ligada a la patogénesis de la esquizofrenia. Según Pfeiffer et al. (53), la histamina es regulada por

las proteínas cúpricas histaminasa y ceruloplasmina; mediante el estudio de los niveles de histamina sanguínea estos autores han proporcionado una evidencia adicional sobre la posible aplicación clínica de la medida del cobre sérico en la esquizofrenia. Olatunbosum et al. (30) informan que el 50% de un grupo de esquizofrénicos tenían altos niveles de cobre y niveles bajos de histamina en sangre (grupo *histapénico*); estos pacientes presentaban paranoia y alucinaciones. Los otros pacientes, los que tenían elevada la histamina sanguínea (grupo *histadélico*) tenían depresión suicida. Según estos autores el tratamiento efectivo tendía a normalizar los niveles de histamina en ambos grupos. Dado que la diaminoxidasa, la cual degrada la histamina en aldehído y NH_3 , contiene cuatro átomos de cobre por molécula, especulan con la posibilidad de que el bajo nivel sanguíneo de histamina podría asociarse con una elevada actividad sanguínea de los enzimas que contienen cobre e hipercupremia. Además, sugerían que podría sospecharse la hipercupremia en pacientes con paranoia y alucinaciones mientras que los bajos niveles de cobre sérico serían propios de aquellos con depresión suicida. Para probar esta hipótesis recomendaban la determinación del cobre sérico a una muestra más amplia de enfermos mentales. Vieira et al. (54) en 1995 compararon la actividad de la histaminasa plasmática en un grupo de 33 pacientes esquizofrénicos y un grupo control de 32 sujetos sanos resultando que la actividad de la histaminasa plasmática se encontraba significativamente aumentada en el grupo de pacientes esquizofrénicos y, dentro de este grupo, más aumentada en los esquizofrénicos productivos que en los esquizofrénicos deficitarios así como más aumentada en los esquizofrénicos con síntomas tímicos frente a los sin síntomas tímicos; estos autores reconocían la insuficiencia de los resultados a la vez que proponían profundizar en su estudio.

COBRE, GLUTAMATO Y ESQUIZOFRENIA

La hipótesis glutamatérgica de la esquizofrenia tiene su origen en el descubrimiento de que la fenciclidina (PCP, polvo de ángel) y la ketamina producen síntomas semejantes a los psicóticos y que tal acción está mediada por el receptor del N-metil-D-aspartato (NMDA). El glutamato es el neurotransmisor mayoritario en el SNC de los mamíferos; los receptores del ácido

glutámico se encuentran por todo el cerebro constituyendo el sistema neurotransmisor excitador más importante. El glutamato ejerce su acción a través de receptores de dos tipos de los cuales interesan los llamados ionotrópicos: receptores AMPA, receptores de kainato y receptores del NMDA; estos últimos intervienen en la transmisión rápida de la señal eléctrica y activan la plasticidad neuronal favoreciendo el desarrollo del SNC. Según la hipótesis glutamatérgica de la esquizofrenia, esta enfermedad se debería por una parte a la hipofunción del receptor del NMDA, lo que explicaría la existencia de los síntomas propios de dicha enfermedad y, por otra parte, a la hiperfunción glutamatérgica responsable del daño cerebral estructural por muerte de neuronas (exotoxicidad glutamatérgica), aspecto este que, según Torres et al. (55), comparte con algunas enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer.

Hipótesis quinurénica de la esquizofrenia:

Con respecto a la relación entre cobre y glutamato en la esquizofrenia, en principio no hay evidencia de una participación directa del cobre en la hipofunción del receptor de NMDA, antes bien tal relación parece establecerse de forma indirecta cuando ambas hipótesis, la dopaminérgica y la glutamatérgica, se consideran conjuntamente pues como señalan Erhardt et al. (56), hay evidencias de que ambos sistemas se interrelacionan: el ácido quinurénico fue descubierto en 1853 por el alemán Justus von Liebig en la orina del perro y se produce cuando el cerebro metaboliza el L-triptófano. La hipótesis del ácido quinurénico de la esquizofrenia se basa en el hecho de que este ácido es un antagonista natural de los receptores glutamatérgicos del cerebro humano; cuando la concentración de dicho ácido es elevada da lugar a una hiperactividad dopaminérgica: la liberación de glutamato está regulada por receptores presinápticos de dopamina D2 en las vías corticolímbicas y corticoestriales; los receptores dopaminérgicos inhiben la liberación de glutamato mientras que la hiperactividad dopaminérgica reduce de forma excesiva dicha liberación por lo que se produciría una disminución de ácido glutámico extracelular y, a su vez, una hipoactivación de sus receptores, en particular el del NMDA: la hipofunción de los receptores de NMDA derivaría de la hiperactividad dopaminérgica. En circunstancias normales ambos sistemas tienden a estar equilibrados.

COBRE, MIELINA Y EL MODELO CUPRIZONA DE LA ESQUIZOFRENIA

La cuprizona (CPZ; bisciclohexanona oxalildihidrazona) es un quelante del cobre descubierto a principios de los años 50 del pasado siglo. La CPZ lesiona selectivamente a los oligodendrocitos, aunque los mecanismos subyacentes de la desmielinización por CPZ todavía no se conocen por completo.

Según Herring y Konradi (57) no se sabe si el cobre quelado es inactivado por la CPZ o si es bloqueado pero todavía reactivo. La toxicidad de la CPZ podría ser causada por un incremento del cobre debido a un enriquecimiento celular de Cobre- CPZ o bien a una disminución del cobre debida a su inactivación por la CPZ. Una pista sobre el dilema podría ser el que la administración suplementaria de cobre fracasase a la hora de reducir la toxicidad inducida por la CPZ, indicando que el cobre todavía estaría activo. Sin embargo, una revisión efectuada por un grupo de investigadores afirma que los niveles de cobre se reducen después del tratamiento con CPZ; dado que no proporcionan resultados ni referencias específicas se hace difícil aceptar su propuesta.

Por otra parte, los hallazgos inconstantes e incluso contradictorios, como ya se ha visto, acerca de los niveles de cobre en plasma y cabello humano, llevan a estos autores a proponer la existencia de un subgrupo de pacientes con una predisposición genética que incluye una alteración de la ceruloplasmina en la glía y una alta vulnerabilidad ante la exposición al cobre, sin descartar que la des-regulación del cobre pueda ser debida al estado nutricional, al tratamiento de la enfermedad o incluso a mecanismos fisiopatológicos secundarios (sin especificar). Como se sabe poco acerca de los factores que causan el déficit de mielina en la esquizofrenia, aunque parece razonable asumir que un cierto número de factores genéticos y medioambientales pueden afectar a diferentes aspectos de la oligodendrogénesis, de la interacción axon-oligodendrocítica y de la variabilidad oligodendrocítica, para estos autores el modelo CPZ de desmielinización en roedores puede contribuir a aclarar aspectos sobre la vulnerabilidad durante el desarrollo cerebral y los efectos de la desmielinización en ciertas áreas cerebrales en relación con la conducta esquizofrénica.

CONCLUSIONES

La presente revisión pone de manifiesto que la vinculación del cobre con la enfermedad mental se remonta a mediados del siglo XIX y, como se ha visto, a lo largo de los últimos cincuenta años el cobre en su relación con la esquizofrenia ha pasado de figurar como un agente etiológico principal (el cobre como causante de esquizofrenia) a desempeñar un papel secundario debido, sobre todo, a su vinculación con la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia, hipótesis que venía dominando el panorama etiológico-bioquímico de los últimos cuarenta años. Por tanto, a día de hoy no se puede afirmar que el cobre haya dejado de tener importancia, sencillamente los estudios consultados no parecen demostrar su participación a través de un efecto tóxico directo sobre el cerebro causando la esquizofrenia sino como un componente más de algunos enzimas que intervienen en la bioquímica cerebral de dicha enfermedad y, por sí mismo, no parece desempeñar papel activo en otras hipótesis explicativas más en boga actualmente.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) HEILMEYER, L., KEIDERLING, W., STRUVE, C. *Kupfer und eisen al korpereigne wirkstoffe und ihre bedeutung beim krankheitsgeschehen*. Jena, Fischer, 1941.
- (2) FOX, P.L. *The copper-iron chronicles: the story of an intimate relationship*. *BioMetals* 2003; 16:9-40.
- (3) DOLLWET, H.H., SORENSON, J.R. *Historic uses of copper compounds in Medicine*. *Trace Elements in Medicine* 1985; 2:80-87.
- (4) HARRINGTON, A. *Metals and magnets in medicine: hysteria, hypnosis and medical culture in fin-de-siècle Paris*. *Psychological Medicine* 1988; 18:21-38.
- (5) LUTSENKO, S., BHATTACHARJEE, A., HUBBARD, A.L. *Copper handling machinery of the brain*. *Metallomics* 2010; 2:596-608.
- (6) CAVELIER, L., JAZIN, E., ERIKSSON, I., et al. *Decreased cytochrome c oxidase activity and lack of age related accumulation of mtDNA in brain of schizophrenics*. *Genomics* 1995;29:217-228.

- (7) MICHEL, T.M., T HOME, J., M ARTIN, D., ET AL. *Cu, Zn-and Mn-superoxide dismutase levels in brains of patients with schizophrenic psychosis.* J Neural Transm 2004; 111(9):1191-1201.
- (8) DENING, T.R. *Psychiatric aspects of Wilson's disease.* Brit J Psychiatry 1985; 147:677-682.
- (9) IAKOVIDIS, I., DELIMARIS, I., PIPERAKIS, S.M. *Copper and its complexes in Medicine: A biochemical approach.* Molecular Biology International 2011; Volume 2011, Article ID 594529, pags 1-13.
- (10) WARREN, P.J., EAEL, C.J., THOMPSON, R.H.S. *The distribution of copper in human brain.* Brain 1960; 83(4):709-717.
- (11) BOWMAN, M.B., LEWIS, M.S. *The copper hypothesis of schizophrenia: a review.* Neurosci Biobehav Rev 1982; 6:321-328.
- (12) BRENNER, W. *Fe and Cu metabolism during childhood schizophrenia.* Z. Kinderheilk 1949; 66:14.
- (13) OZEK, M. *Direct effects of chlorpromazine on the intermediary metabolism.* Arch Psychiat Ges Neurol 1957; 195:408.
- (14) CHITRE, V.S., PUNEKAR, J. *Changes in serum copper and PPD-oxidase in different diseases. Part II. Comparative studies in Wilson's disease, schizophrenia and parkinsonism.* Ind J Med Res 1970; 58:5,5,563.
- (15) GREINER, A.C., BERRY, K. *Skin pigmentation and corneal and lens opacities with prolonged chlorpromazine therapy.* Can Med Ass J 1964; 90:663-665.
- (16) SHORE, D., POTKIN, S.G., WEINBERGER, D.R., et al. *CSF copper concentrations in chronic schizophrenia.* Am J Psychiatry 1983; 140(6):754-757
- (17) TYRER, S.P., DELVES, H.T., WELLER, M.P.I. *CSF copper in schizophrenia.* Am J Psychiat 1979; 136:937-939.
- (18) AKERFELDT, S. *Oxidation of N,N-dimethyl-p-phenylendiamine by serum from patients with mental illness.* Science 1957; 125:117-119.
- (19) SCHEINBERG, I., MORELL, A., HARRIS, R., BERGER, A. *Concentration of ceruloplasmin in serum of schizophrenic patients.* Science 1957; 126: 925-926.
- (20) HORWITT, M., MEYER, B., MEYER, C., et al. *Serum copper and oxidase activity in schizophrenic patients.* AMA Archs Neurol Psychiat 1957; 78:275-282.
- (21) ABOOD, L.G., GIBBS, F.A., GIBBS, E. *Comparative study of blood ceruloplasmin in schizophrenia and other disorders.* AMA Archs Neurol Psychiat 1957; 77:643-645.
- (22) FROHMAN, C.E., GOODMAN, M., LUBY, E.D., et al. *Ceruloplasmin, transferrin, and tryptophan in schizophrenia.* AMA Archs Neurol Psychiat 1958; 79:730-734.
- (23) BARKWIN, R.M., MOSBACH, E.H., BAKWIN, H. *Concentration of copper in serum of children with schizophrenia.* Pediatrics 1961; 27:642-644.
- (24) APRISON, M., DREW, A. *N,N-Dimethyl-p-phenylendiamine oxidation by serum from schizophrenic children.* Science 1958; 127:758.
- (25) EDELSTEIN, E.L., KRASSILOWSKY, D., GDALIA, J. *A study on serum copper level in 20 acute schizophrenics.* J Ment Sci 1959; 105(439):511-513.
- (26) OOSTFELD, A.M., ABOOD, L.G., MARCUS, D.A. *Studies with ceruloplasmin and a new hallucinogen.* AMA Archs Neurol Psychiat 1958; 79:317-322.
- (27) MARTENS, S., VALBO, S., MELANDER, B. *Studies on the role of ceruloplasmin in schizophrenia.* Acta Psychol Neurol Scand 1959; 34: Suppl 136:349-360.
- (28) MARQUES-ASSIS, L., BASTOS DE JORGE, F. *Copper and ceruloplasmin concentrations in the blood serum of schizophrenic patients.* Arq Neuro-Psiquiat (São Paulo) 1968; 26(2):127-130.
- (29) CHUGH, T.D., DHINGRA, R.K., GULATI, R.C., BATHLA, J.C. *Copper metabolism in schizophrenia.* Indian J Med Res 1973; 61(8):1147-1152.
- (30) OOLATUNBOSUM, D., AKINDELE, M., ADADEVOH, B., ASUMI, T. *Serum copper in schizophrenia in Nigerians.* Br J Psychiatry 1975; 127:119-121.
- (31) RAHMAN, R., RAHMAN, A., HASSAN, Z. *Variation of copper and ceruloplasmin levels with liver function tests in schizophrenic patients.* Biomedicine 1978; 29:238-241.
- (32) VIRIT, O., AALTINDAG, A., SELEK, S., et al. *Increased plasma ceruloplasmin levels in schizophrenia.* Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2008; 18(4):282-287.
- (33) ALIAS, AG., VIJAYAN, N., NAIR, D.S., SUKUMARAN, M. *Serum ceruloplasmin in schizophrenia: significant increase in acute cases especially in catatonia.* Biol Psychiatry 1972; 4:231-238.
- (34) GINER, J., MORELL, M., OSORIO, C. *Serum levels of ceruloplasmin as an index of clinical evolution in schizophrenic patients.* Rev Esp Fisiol 1972; 28(1):39-44.

- (35) PUZYNSKI, S. *Investigations on ceruloplasmin in chronic schizophrenia*. Pol Med J 1966; 5:1484-1491.
- (36) MORERA A.L., HENRY, M., GARCÍA-HERNÁNDEZ, A., FERNÁNDEZ-LÓPEZ, L. *Proteínas de fase aguda como marcadores biológicos de la psicopatología negativa en la esquizofrenia paranoide*. Actas Esp Psiquiatr 2007; 35(4):249-252.
- (37) WOLF, T.L., KOTUN, J., MEADOR-WOODRUFF, J.H. *Plasma copper, iron, ceruloplasmin and ferroxidase activity in schizophrenia*. Schizophr Res 2006; 86:167-171.
- (38) GHANEM, A., ALI, E., EL-BARAKY, A., ET AL. *Copper and zinc levels in hair of both schizophrenic and depressed patients*. Mansoura J Forensic Med Clin Toxicol 2009; XVII (1):89-101.
- (39) HOFFER, A., OSMOND, H. *Some schizophrenic recoveries*. Dis Nerv Syst 1962; 23:204-210.
- (40) NICHOLSON, G.A., GREINER, A.C., MCFARLANE, W.J.C., BAKER, R.A. *Effect of penicillamine on schizophrenic patients*. Lancet 1966; 1:344-347.
- (41) ADLER, M., MATTKE, M., NEDELMANN, K. *Effect of d-penicillamine in chronic schizophrenia*. Pharmakopsychiat Neurol Psychopharmak 1971; 4:45-51.
- (42) HOLLISTER, L.E., MOORE, F.F., FORREST, F. *Antipyridoxine effect of D-penicillamine in schizophrenic men*. Am J Clin Nutr 1966; 19:307-312.
- (43) WALSH, J.M. *"A study of copper transport in schizophrenia"* in: Molecular Basis of Some Aspects of Mental Activity. O. Walaas Ed. London, Academic Press, 1967.
- (44) BROOKER, B.K., PAPESCHI, R., MURRAY, L. *Negative results of a trial of penicillamine in chronic schizophrenia*. Postgrad Med J 1968; 44(Suppl):48-55.
- (45) AFFLECK, J.W., COOPER, A.J., FORREST, A.D., et al. *Penicillamine and schizophrenia – a clinical trial*. Br J Psychiatry 1969;115:173-176.
- (46) PFEIFFER, C.C., ILIEV, V. *A study of zinc deficiency and copper excess in the schizophrenias*. Int Rev Neurobiol 1972; Suppl 1:141-165.
- (47) KIMURA, K., KUMURA, J. *Preliminary reports on the metabolism of trace elements in neuropsychiatric diseases*. I. Zinc in schizophrenia. Proc Jap Acad 1965;41:943-947.
- (48) HERRÁN, A., GARCÍA-UNZUETA, M.T., FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, M.D., et al. *Higher levels of serum copper in schizophrenic patients treated with depot neuroleptics*. Psychiatry Research 2000;94:51-58.
- (49) HULLIN, R.P. *"Serum zinc in psychiatric patients"* in: Zinc Deficiency in Human Subjects. Alan R. Liss, New York, 1983, pp. 197-206.
- (50) ABI-DARGHAM, A., GRACE, A.A. *"Dopamine and schizophrenia"* en: Schizophrenia. Weinberger DR, Harrison PJ Eds, Wiley-Blackwell, 2010.
- (51) PYCOCK, C.J., KERWIN, R.W., CARTER, C.J. *Effect of lesion of cortical dopamine terminal son subcortical dopamine receptors in rats*. Nature 1980; 286:74-77.
- (52) GILLIN, J.C., CARPENTER, W.T., HAMBRIDGE, K.M., et al. *Zinc and copper in patients with schizophrenia*. L'Encephale 1982; 8:435-444.
- (53) PFEIFFER, C.C., ILIEV, V., JENNEY, E.H., CAWLEY, J. *A longitudinal study of trace metal therapy in the copper loaded schizophrenic patient*. Psychopharmacology Bulletin 1971; 7(3):33-34.
- (54) VIEIRA, R.M.X., DASILA, I.J., AZEVEDO, M., MANSO, C.F. *Análise da histaminase plasmática em doentes esquizofrénicos e a sua relação com parâmetros clínicos*. Acta Médica Portuguesa 1995; 8:289-297.
- (55) TORRES RAMOS, M., VALLEJO, ILLARRAMENDI, A., GONZÁLEZ GARCÍA, G., MATUTE, C. *"Alteraciones en la señalización glutamatérgica en la esquizofrenia"* en: Investigación y práctica clínica en psiquiatría. P. Pichot Editor, Aula Médica Ediciones, 2004.
- (56) ERHARDT, S., SCHWIELWE, L., NILSSON, L., et al. *The kynurenic acid hypothesis of schizophrenia*. Physiol Behav 2007; 92(1-2):203-209.
- (57) HERRING, N.R., KONRADI, C. *Myelin, copper, and the cuprizone model of schizophrenia*. Front Biosci (Schol Ed) 2011; 3:23-40.

***Hipnotismo, medicina y psiquiatría en Galicia
a finales del siglo XIX y primeros años del XX***

***(del Dr. Sánchez Freire al ilusionista
hipnotizador Onofroff)***

***Hypnotism, medicine and psychiatry in Galicia at the end of
XIXth century and the early years of XXth***

(from Dr. Sánchez Freire to illusionist hypnotist Onofroff)

Xaqueline Estévez Gil**, *David Simón-Lorda**, *Jessica Otilia Pérez Triveño,
*María Victoria Rodríguez Noguera**, *Manuel Fernández de Aspe*****

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense. Servizo Galego de Saúde.

*Psiquiatra; ** MIR de Psiquiatría.

Correspondencia: dsimlor@gmail.com

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es exponer y contextualizar la recepción y el uso del hipnotismo en Galicia a finales del siglo XIX y principios del XX. Expondremos los trabajos y experiencias de la aplicación del hipnotismo en 1888-1889 por el director del Manicomio de Conxo, Dr. Timoteo Sánchez Freire, así como algunas publicaciones de prensa sobre el hipnotismo realizadas por la Iglesia Católica gallega. También trazaremos el paso del ilusionista hipnotizador Onofroff a través de Galicia, durante este período. En mayo de 1894, Onofroff fue obligado a ser examinado por la Real Academia de Medicina de Madrid, debido a las presiones de la Iglesia Católica, relacionadas con el éxito de sus espectáculos hipnóticos e ilusionistas en todo el país.

PALABRAS CLAVE

Hipnotismo, Galicia, siglo XIX, ilusionismo, psiquiatría.

ABSTRACT

The objective of this work is to expose and contextualize the reception and use of hypnotism in Galicia at the end of the 19th century and the early years of the 20th century. The work and experiences of the hypnology in 1888-1889 by the director of the Manicomio de Conxo (Santiago de Compostela), Dr. Timoteo Sánchez Freire will be explored, as well as, some press publications on the hypnotism, carried out by the Galician Catholic Church. We will also trace the passage of the illusionist hypnotist Onofroff through Galicia, during this period. In May 1894, Onofroff was forced to be examined by the Royal Academy of Medicine in Madrid, due to Catholic Church's pressures, relating to the success of his hypnotic and illusionist spectacles, throughout the country.

KEYWORDS

Hypnotism, Galicia, XIXth century, illusionism, psychiatry.

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace unos años venimos investigando los tratamientos e intervenciones terapéuticas (hidroterapia y balneoterapia, electroterapia, piretoterapias, insulínoterapia...) así como prácticas de reclusión que se aplicaron en la psiquiatría y la medicina en la región de Galicia (España) en los períodos de finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX (Bustos et al, 2013; Simón et al, 2015, Simón et al, 2016; Rodríguez Noguera et al, 2017). En este trabajo, ampliaremos esta línea investigadora centrándonos en el hipnotismo, en la psiquiatría y la medicina de la época, así como en la sociedad de Galicia en el período antes referido.

Rastreadremos además el paso por Galicia y España de diferentes ilusionistas e hipnotizadores teatrales en este período, así como algunos posicionamientos de la Iglesia y del estamento médico en torno a estos espectáculos y a la propia hipnosis.

Para el trabajo hemos usado fuentes de archivos, textos de la época, revisión bibliográfica sobre historia del hipnotismo en España e Hispanoamérica, así como usado fuentes hemerográficas (Galiciana Digital, BNE digital, prensa gallega y española) que nos han permitido contextualizar y ampliar el conocimiento en esta área poco documentada y estudiada hasta ahora en Galicia.

2. LA HIPNOSIS COMO TERAPIA EN UN PERÍODO CRÍTICO

Autores de referencia como Antonio Diéguez (2003), Mauro Vallejo (2013-2015) o Ángel González de Pablo (2016) han venido estudiando cómo la hipnosis aterriza en España desde comienzos de la década de 1880, y en sintonía con el renovado interés que la medicina prestó a la hipnosis gracias a la labor de Charcot en París. Charcot concebía el uso de la hipnosis desde la expresión de la patología y como un campo de experimentación para poner de manifiesto la enfermedad. Las prácticas hipnóticas llegan acaparando la atención no sólo de los médicos españoles, sino también de escritores, teólogos y del público en general. En España se produce una inclinación generalizada en favor de la escuela rival de Charcot, la llamada Escuela de Nancy, liderada por Bernheim, que abogaba por un hipnotismo eminentemente terapéutico, y partía de la premisa de que la sugestionabilidad se entendía como un estado universal, cultural y social (Desdentado, s.f.). En estos años se produjo asimismo un importante posicionamiento contra la hipnosis por parte de la Iglesia Católica en los debates que surgen en medios académicos y de prensa acerca de la hipnosis. Se multiplicaron además las demostraciones en teatros o ferias, así como las sesiones públicas destinadas a la curiosidad general; magnetizadores y curanderos echaron mano de la curiosa herramienta terapéutica para engrosar sus audiencias o clientelas (Graus, 2014, 2017).

3. UNA ETAPA DE ESPLENDOR DE LA HIPNOSIS EN ESPAÑA Y EN GALICIA

En 1888, Juan Giné y Partagás (1836-1903), publica en Barcelona *El hipnotismo en la clínica*, que recoge trabajos suyos publicados en la revista *La Independencia Médica*. En este texto hacía una clara defensa en el uso de la hipnoterapia. Otro científico de alto prestigio del siglo XIX dedicado al estudio de la

hipnosis es Santiago Ramón y Cajal, quien se manifestó muy interesado en esta práctica, y así, en 1889 publica *Dolores de parto considerablemente atenuados por la sugestión hipnótica*.

En ese mismo año de 1889, el médico Abdón Sánchez Herrero, publica en Valladolid la obra de referencia, *El Hipnotismo y la Sugestión: Estudios de Fisiopatología y Psicoterapia*. Sánchez Herrero, fue considerado una “verdadera autoridad” del hipnotismo en España (Sánchez Herrero, 1889). Aunque también se decantaba por las experiencias de Bernheim y se reconocía pionero en la psicoterapia moderna, no dejó de lado la investigación experimental sobre hipnotismo y sugestión, más característica de la escuela de la Salpêtrière.

En este mismo año ocurre un hecho singular a nivel internacional, coincide en 1889 la celebración del Primer Congreso Internacional de Hipnotismo, realizado en París, al que acude Abdón Sánchez Herrero.

3.1. La Hipnosis llega al Paraninfo universitario de Santiago de Compostela... y al Manicomio de Conxo (1888)

La historia de la hipnosis como recurso curativo contra las enfermedades nerviosas en la Galicia de finales de siglo es un capítulo aún no bien estudiado. En Galicia podríamos quizás hablar del inicio de la medicalización o manicomialización de la locura alrededor del año 1885, data en la que a iniciativa de la Iglesia católica compostelana se abre el primer Manicomio de Galicia, en el antiguo monasterio de Conxo, situado en el municipio de Conxo (A Coruña), colindante con el de Santiago de Compostela.

Su primer director fue el médico Timoteo Sánchez Freire, figura clave en la medicina y la protopsiquiatría gallega de este período. Este médico (Sobrado dos Monxes (A Coruña), 1838- Santiago, 1912) llegó a ser Catedrático de Patología General y Anatomía Patológica (1871), y de Clínica Quirúrgica (1872). Fue una figura importante en la época, muy ligado a los poderes conservadores y a la Iglesia compostelana. De hecho, por encargo del Cardenal Payá fue uno de los miembros de la comisión que verifican la autenticidad de los huesos de Santiago Apóstol, que fue un momento clave para el relanzamiento de las peregrinaciones a Santiago de Compostela (Simón, 2005).

Publicó poco a lo largo de su vida, pero uno de sus textos destacados fue *La hipnología en nuestros días*, publicado en 1888. Este libro fue el discurso leído en el paraninfo de la Universidad Literaria de Santiago durante la solemne inauguración del curso académico en octubre de 1888 a 1889 (Sánchez Freire, 1888).

La prensa local de la época ensalzó y dedicó espacios sobre discurso en periódicos como *La Gaceta de Galicia*, *El Correo Gallego*... Así, con fecha 20 de octubre de 1888 en *El Correo Gallego* (Ferrol), se publica un largo artículo titulado “El hipnotismo”, y del que extraemos un párrafo:

“Pasa el Dr. Sánchez Freire a tratar de las aplicaciones médicas de la hipnología, esperándolo todo del momento en que la psicología tome entre las ciencias biológicas el lugar que le corresponde, y confiando en los éxitos que pueden esperarse de la analgesia hipnótica para sustituir a la anestesia quirúrgica, de los efectos del hipnotismo en las neurosis como moderador, y sobre todo del refuerzo poderosísimo que tal vez traiga en manos hábiles la hipnología para el tratamiento de las enfermedades mentales, a las que el Dr. Sánchez Freire consagra tantos afanes”.

Su discurso sobre la hipnología fue pionero en Galicia (y nos atrevemos a decir que casi contemporáneo de lo que venía publicando Giné), y muy adelantado para la época en este aspecto, teniendo en cuenta que el libro de referencia de *El Hipnotismo y la Sugestión* de Abdón Sánchez Herrero data de un año posterior. Pocos días antes de la lectura de este discurso en el Paraninfo, se había celebrado en Barcelona un importante Congreso Médico¹ en el cual hubo unas cuantas intervenciones y ponencias sobre el Hipnotismo.

Podemos pensar que era un acto académico sin más, en el cual un profesor de la Facultad de Medicina o un médico eminente realiza una disertación erudita acerca de un tema polémico o novedoso, pero lo cierto es que ya a inicios del año 1888, Sánchez Freire estaba realizando sesión de hipnotismo a pacientes del Manicomio de Conxo. Hay evidencia documental sobre ello en archivos clínicos de la época, aunque desconocemos a cuántos de ellos se les aplicaron tratamientos de hipnosis.

1. II Congreso médico / por iniciativa y subvención del Consejo General de la Exposición Universal de Barcelona, 9 al 15 de septiembre de 1888

En la revisión de los historiales clínicos del Manicomio de Conxo que hemos podido consultar y que abarcan desde 1887 a 1936, solo hemos encontrado clara referencia a tratamiento de hipnosis en un caso de verano de 1887.

La joven Pilar N.M., ingresa en el Manicomio en julio de 1887 a los 23 años. Era soltera y natural de Lugo. En la escueta historia clínica al ingreso, se especifica que tiene antecedentes histéricos, y que “*meses antes de su ingreso en el manicomio tuvo un acceso de manía que obligó a su reclusión*”. Presenta un delirio incoherente con cierta tendencia al de grandezas. Es diagnosticada de “*Locura circular*”. El hipnotismo, los “bromurados” y los “tónicos” fueron los tratamientos empleados en la paciente.

Hay una nota en su historial dando datos respecto a alguna consulta o intervención previa a ese ingreso de 1887, así como de evolución posterior hasta tiempo después del internamiento en Conxo. Pensamos que fueron notas realizadas por su médico Timoteo Sánchez Freire, pero lo cierto es que ningún historial está firmado. Esta anotación clínica, por su extensión y por dar cuenta de evolutivos a lo largo de cierto período, es poco habitual en los historiales consultados:

“Ninguno de estos medios produjeron resultado en cuanto a su estado mental, hasta el comienzo del año 88. En esta fecha en que empezó a emplearse el hipnotismo, mejoró rápidamente hasta el punto de poder dedicarse a su vida normal. De entonces acá, preséntasele dos veces al año accesos de manía que suelen durar de 15 a 20 días; y en la actualidad (julio del 98) estos accesos repítense con gran frecuencia, pues casi aparecen en todos los períodos menstruales” (Fuente: Archivo Clínico Manicomio de Conxo).

Hemos logrado consultar el “*Libro de Ingresos del Manicomio*”, y comprobar que esta paciente permanece internada hasta septiembre de 1919, siendo dada de alta con anotación de “*Recogida*”.

Es llamativo que la Iglesia compostelana no atacase a Sánchez Freire por su defensa del hipnotismo, máxime cuando ya en esos años se publican algunos textos (Ponte, 2014) que tuvieron amplia repercusión y difusión como el firmado por el jesuita Juan J. Franco, titulado *El hipnotismo puesto en moda*, y editado en Lugo en 1889 (con licencia eclesiástica y aprobado por la censura). En este libro se afirma que “*El hipnotismo tiene un efecto*

nocivo sobre la salud, y apoyándose en la teoría cristiana, argumenta que, en todo proceso hipnótico, así como los discursos científicos relacionados con él, interviene “la mano del diablo”” (Franco, 1889)².

Bien pudiera ser que las buenas relaciones y vínculos de Sánchez Freire con la curia compostelana lo protegiesen de problemas con la Iglesia... Ahí queda la hipótesis.

Pese a todo ello la prensa gallega sigue destacando las sorprendentes hazañas terapéuticas de Sánchez Freire con la hipnosis y la sugestión. Así, en un artículo de *La Gaceta de Galicia* de 3 de Julio de 1889 se describe ampliamente uno de estos casos, en el artículo titulado “Un caso de sugestión a distancia notabilísima” (citado en Ponte, 2014);

“El sabio profesor de la Universidad de Santiago Dr. D. Timoteo Sánchez Freire, prestaba no hace mucho tiempo su asistencia facultativa a una señora de esta localidad que venía padeciendo una hemorragia uterina rebelde a cuantos medios había empleado el doctor.

Complicada esta afección con un desequilibrio del sistema nervioso de la enferma, viose esta atacada de un insomnio pertinaz que consumía sus pocas fuerzas y agotaba rápidamente su existencia. Por medio de sugestiones repetidas consiguió el Sr. Sánchez Freire, no sólo obligar a dormir todas las noches a la enferma en cuestión, sino suspender totalmente la hemorragia que venía padeciendo.

En este estado de las cosas fue llamado a Madrid el notable clínico, confiando la asistencia y el cuidado de la enferma a uno de sus auxiliares de la ciudad compostelana. En la ausencia del Sr. Sánchez Freire reprodujose de una manera terrible la hemorragia de que hemos hecho mérito; y no siendo posible al profesor auxiliar cohibir las grandes pérdidas que la enferma experimentaba, escribió al profesor de cabecera, participándole el grave estado de esta y la imposibilidad de que se encontraba de modificarla en lo más mínimo.

El distinguido profesor médico procedió entonces a la sugestión a distancia; la escribió una carta de seguridad y en ella la decía: El día que reciba usted esta carta cesa la hemorragia que usted padece y tenga usted la seguridad de que no volverá a presentarse hasta el día de mi regreso a esa ciudad. Pocas horas

2. Citado en Comas (1895).

después de enterarse la enferma del contenido de la carta, había cesado por completo la hemorragia que la enferma sufría volviendo a presentarse con matemática exactitud el mismo día en que el señor Sánchez Freire le hacía su primera visita de regreso” (*La Gaceta de Galicia*, 3 de julio de 1889).

4. ESPECTÁCULOS TEATRALES DE HIPNOTISMO Y FASCINACIÓN EN GALICIA

En toda Europa hubo numerosos espectáculos teatrales y de ilusionismo que poco a pocos fueron pasando de las antiguas prácticas y experimentos magnéticos hacia un creciente interés por el hipnotismo, echando mano de la curiosa herramienta terapéutica para engrosar sus audiencias o clientelas (Vallejo, 2015; Graus, 2017). Según Vallejo, el hipnotismo “fue un elemento que se hizo en distintas esferas de la vida cultural. Era un tema era de candente actualidad, y el pueblo se mantenía interesado con este tipo de prácticas que parecía que fascinaban y tenían en debate a la comunidad científica. Se multiplicaron las demostraciones en teatros o ferias, así como las sesiones públicas destinadas a la curiosidad general; magnetizadores y curanderos echaron mano de la curiosa herramienta terapéutica para engrosar sus audiencias o clientelas”.

El hipnotismo comienza a divulgarse en Galicia desde ya al menos 1882 a través de espectáculos teatrales antes de que comience a ser aplicado o valorado por la medicina gallega de la época (Simón, 2012). Eran espectáculos de teatro e ilusionismo que poco a poco fueron pasando de experimentos magnéticos hacia un creciente interés por el hipnotismo.

Así, la sociedad de Ourense ya se asombraba en 1883 con las actuaciones de una serie de espectáculos de “sonambulismo, hipnotismo y magia”. Las actuaciones de una pareja formada por la sonámbula “Emma Zanardelli” y por el “Dr. May” fueron recogidas y ensalzadas por el semanal ourensano *La Tertulia*³ en fecha de 4 de noviembre de 1883: “Experimentos científi-

3. *La Tertulia* era el órgano de la sociedad cultural del mismo nombre que tenía su actividad en la ciudad. Agrupaba esta sociedad y publicación a una selecta mezcla de la intelectualidad ourensana y gallega del momento: Emilia Pardo Bazán, Valentín Lamas Carvajal, Alfredo Vicenti, Juan Manuel Paz, Juan Neira Cancela, Aureliano J. Pereira, Juan Sieiro, Leonardo Mármo, Benito F. Alonso, Antonio Gaité Lloves y el médico decano de la Beneficencia de Ourense el Dr. Ramón Rodríguez Quesada (Simón, 2012).

cos-maravillosos de magnetismo humano e hipnotismo, por el doctor May y la célebre estática Emma Zanardelli” (Simón, 2012).

El hipnotizador Alberto Santini Sgaluppi, conocido en España como Doctor Das o Dr. Dax (Graus, 2017) actuó en la casa Real, en teatros en Vigo, pero también en lugares como los Salones de las Diputaciones gallegas⁴, e incluso se traslada desde Galicia a actuar al palacio real de Lisboa⁵...Fue una figura de gran éxito en Madrid hacia 1888, en donde actúa en salones privados, cuarteles, teatros... y pese a que fue cuestionado por el estamento médico madrileño de la época (el Dr. Pulido y la Sociedad de Higiene), llega a abrir un establecimiento terapéutico dedicado a la hipnosis, que será cerrado en 1890 por problema económicos y legales (Graus, 2017). Otro de estos ilusionistas teatrales que anduvo por Galicia a finales del siglo XIX fue Mr. Lenson, que realizó sesiones de Hipnotismo en el famoso Café Español en Santiago de Compostela⁶.

Pero tal vez el más famoso y polémico ilusionista-hipnotizador que aparece en escena en España a finales del XIX fue el llamado “*El fascinador Onofroff*”. En Galicia interviene ya en 1893 con “Sesiones de Hipnotismo”⁷, pero hay datos que colocan a este hipnotizador en actuaciones en Sevilla en 1882 (Schmigalle, 2015).

5. EL MISTERIOSO ONOFROFF Y EL I CONGRESO INTERNACIONAL DE HIPNOSIS DE PARÍS DE 1889

Onofroff fue uno de los ilusionistas más célebres del momento, hacía giras consiguiendo llenos completos en sus actuaciones en los que hacía diferentes números que producían gran expectación: lectura de pensamiento con ojos vendados, simulacro de un crimen e hipnosis. Estos últimos eran los más atractivos para el público.

4. En septiembre de 1888 en la de A Coruña, citado en *Gaceta de Galicia*, Núm. 215, 24 de septiembre de 1888.

5. *El Correo Gallego*, Año XI, Núm.2370, 10 de octubre de 1888.

6. *Gaceta de Galicia*, Núm. 112, 16 de mayo de 1895.

7. *El Correo Gallego* (Ferrol), 8 de julio de 1893.

Así por ejemplo en 1889 vemos como en un periódico parisino se puede leer una crónica de una de sus actuaciones:

Anoche, a las ocho y media, en la sala de conferencias del Teatro de los Capuchinos, Onofroff presentó una noche de adivinación, de fascinación y de sugestión mentales. El célebre ‘fascinador y misterioso lector del pensamiento’ se entregó a varias experiencias que, aunque ya conocidas, no dejaron de inquietar a las conciencias perturbadas. Por ejemplo, después del simulacro de un asesinato, el operador, a quien varias personas escogidas al azar entre el público habían vigilado en un cuarto bien cerrado, encontró, con los ojos vendados, al asesino, a la víctima, al puñal y al objeto robado. Después Onofroff realizó varios actos siguiendo la orden mental dada por los espectadores. En fin, ejerció su poder magnético con sujetos de buena voluntad. Un joven universitario fue vencido inmediatamente. Un nativo del Sur, que respondía con chistes a los intentos de fascinación, se vio declarado ‘mal sujeto’. Una muchacha fue constantemente refractaria, a pesar de haber dicho amablemente que ‘estaba de acuerdo’. En cambio, un joven empleado de comercio y un pintor, flaco, pálido y cabelludo, se sometieron a pedir de boca y sin resistencia a la acción del magnetizador. Obedecieron a todas sus sugerencias. Cantaron, lloraron, se rieron, temblaron de frío, según el beneplácito de Onofroff. Cayeron en catalepsia; se despertaron, restregándose los ojos, asombrados de haber hecho tantas cosas en tan poco tiempo y de haber divertido tanto a la asamblea. En resumidas cuentas, esta representación divirtió vivamente al público, pero también lo dejó algo turbado y con algo de pesadilla⁸.

Ya en 1889 había demostrado la fuerza de sus espectáculos, y su fama en Europa llega a estar incluso presente en el I Congreso Internacional de Hipnosis de París de 1889. En este importante congreso se toma resolución en contra de los shows públicos de hipnosis y se plantea la necesidad de regular su praxis. En la comunicación que abrió tal debate, redactada por el doctor Ladame (de Ginebra), se expuso que:

“Recientemente, para concluir, hemos sostenido una polémica en la prensa luego de las sesiones públicas de otro magnetizador famoso, el señor Onofroff, cuyas representaciones fueron prohibidas cuando él dio a sus individuos sugestión hipnóticas proclives a alterar el orden público, al enviarlos a la hora del mediodía

8. *Journal des Débats*, 20 de julio de 1889, p. 3 (tomado de Schmigalle, 2015).

a ejecutar diversas pantomimas en una de las plazas más frecuentadas de la ciudad” (Ladame, 1889).

Todo lo que rodeaba a esta figura fue siempre muy misterioso. Hubo dudas respecto a su origen, se barajaron múltiples procedencias como belga, ruso, polaco, italiano o catalán (Vallejo, 2013, 2104, 2015; Schmigalle, 2015; Graus, 2017).

6. ONOFROFF, LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE ESPAÑA (MAYO DE 1894) Y EL SALTO A HISPANOAMÉRICA (1895)

Tan importante fue el despliegue y el alcance mediático de sus espectáculos en España que, en la primavera de 1894, por presiones de la Iglesia y de la Sociedad Española de Higiene, el Gobernador solicita a la Real Academia de Medicina de Madrid, que cite a Onofroff para ser evaluado por la misma y explique las prácticas de hipnotización que venía realizando en el Circo Colón en Madrid. El Obispado de Madrid y la Sociedad Española de Higiene veían conveniente “prohibir los espectáculos de ejercicios de sugestión hipnótica”, el cual pretendía la prohibición de dichos espectáculos⁹. Recordemos que a La Sociedad de Higiene ya se había posicionado en contra del hipnotizador Das en 1888 (Graus, 2017).

Onofroff escribe a la Real Academia con fecha 12 de mayo de 1894 manifestando que desea ser recibido por la institución académica para informarles acerca de los trabajos que ejecuta en el Circo de Colón.¹⁰

La prensa se posiciona asimismo en este proceso, y así la revista *La Ilustración Española y Americana*, en mayo de 1894, critica al Obispo de Madrid por solicitar que los espectáculos de Onofroff sean valorados por la Academia de Medicina. Lo mismo hará el periódico librepensador y cercano a la masonería, *Las Dominicales del Libre Pensamiento*¹¹ en su artículo “El hipnotismo y la Iglesia”.

9. *La Unión Católica* (Madrid), 12 de mayo de 1894. La Correspondencia de España, 17 de mayo de 1894.

10. “Solicitud de prohibición del hipnotismo, 1894”. Biblioteca-Archivo de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid.

11. *Las Dominicales del Libre Pensamiento*, 18 de mayo de 1894, página 3.

También se recoge en artículos de prensa la opinión de médicos de prestigio como Abdón Sánchez Herrero, el cual es entrevistado en *El Imparcial* con fecha de 14 de mayo de 1895, y manifiesta que: “He publicado varias veces mi opinión razonada, opuesta en un todo a este género de espectáculos, y si alguna modificación tuviera que hacer en ella, sería para condenarlos con mayores energías. Las modificaciones del sistema nervioso, cuando no van a corregir una perturbación del mismo, perturban ellas, y además provocadas en público son contagiosas”¹².

El 15 de mayo comparece Onofroff ante varios miembros de la Sección de Higiene de Academia de Medicina¹³, y al mismo tiempo continuaba con sus espectáculos en el circo de Colón. Por lo referido en la prensa (*La Correspondencia de España*, 17 de mayo de 1894), tras la reunión con el ilusionista, se acordó se nombraría “una comisión que ilustrase a la autoridad gubernativa y que proponga el oportuno dictamen que siente jurisprudencia en estos casos”. Dicha comisión estaría formada por los doctores Taboada, Pulido¹⁴ y Moreno Pozo. Con fecha 18 de mayo, la Real Academia envía oficio al Gobernador Civil emitiendo un dictamen acerca del caso, en donde concluyen que:

“1º Las consideraciones en que se funda la Sociedad de Higiene para reclamar la prohibición de espectáculos en que se emplea la sugestión o el hipnotismo, se hallan de acuerdo con lo que reclama el actual estado de la ciencia.

2º Los procedimientos de sugestión hipnótica, peligrosos y nada conformes con la moral en manos imperitas, deben estar reservadas para el ejercicio de la medicina en casos de conveniencia justificada y bajo la responsabilidad de los profesores que los emplean”¹⁵.

En plena crisis de este asunto, tras el dictamen de la Real Academia, con fecha de 20 de mayo de 1894, algunos médicos madrileños organizan una “conferencia práctica de hipnotismo y fascinación” en el salón de subastas del Ayuntamiento de Madrid, y que contaba con el beneplácito del alcalde. La prensa¹⁶

12. ABDÓN SÁNCHEZ HERRERO, *El Imparcial*, 14 de mayo de 1895.

13. *La Unión Católica* (Madrid), 16 de mayo de 1894.

14. Pensamos que este doctor Pulido era uno de los que a través de la Sociedad de Higiene ya se había posicionado en contra del hipnotizador Das en 1888 (Graus, 2017).

15. “Solicitud de prohibición del hipnotismo, 1894”. *Biblioteca-Archivo de la Real Academia Nacional de Medicina*. Madrid.

16. “Sesión de Hipnotismo. Ayuntamiento de Madrid”, *La Correspondencia de España*. 21 de mayo de 1894.

informa que el Médico Municipal, el doctor Mariano Herreras, terminó su intervención manifestando que “dichas prácticas eran peligrosas en manos inexpertas. Pudiendo dar lugar a trastornos de la mayor importancia en la salud de los sujetos con que se experimenta, por lo cual solo deben practicarse por médicos conocedores del asunto”. Como vemos son conclusiones similares o en la línea de las de la Real Academia de Medicina, realizadas un par de días antes.

Según la prensa católica, el gobernador prohíbe las representaciones de Onofroff e incluso un senador interviene en la polémica indicando que está medida se extenderá al resto del país: “El gobernador civil ha prohibido terminantemente que aparezcan de nuevo en los circos de Colón y Parish los hipnotizadores señores Onofroff y Hermann. El Sr. Aguilera ha dicho en el Senado que serán prohibidas en la Península las representaciones hipnóticas del Sr. Onofroff”¹⁷.

A las alturas de enero de 1895, el hipnotizador seguía trabajando en Madrid; “El sábado próximo debutará el popular y aplaudido adivinador D, Enrique Onofroff. El cual obsequiará a la prensa hoy, a las tres de la tarde, con una velada en el hotel Peninsular” (*El Sol*, 10 de enero de 1895). En los anuncios se obvia la palabra hipnotismo, tal vez porque no ofreciese ese número en su espectáculo.

Bien fuese por poner tierra por medio por si acaso había alguna complicación legal o por otros motivos que se desconocen, el caso es que Onofroff decide dar el salto a Hispanoamérica en 1895.

En los años siguientes recorrerá Buenos Aires, México, Perú, Río de Janeiro... Todas sus experiencias dieron lugar a reacciones a favor o en su contra por parte de distintos actores del escenario local: prensa, médicos alienistas, grupos espiritistas... así como facilitó la divulgación de la hipnosis, puso en crisis el discurso médico imperante y de alguna manera abrió caminos al descubrimiento del inconsciente que sería el paradigma de la psiquiatría y la psicología en décadas siguientes al inicio del siglo XX. Todo un interesante proceso que viene siendo bien estudiado y analizado por el psicólogo e investigador argentino Mauro Vallejo (Vallejo, 2013, 2014, 2015).

Hacia 1900, la prensa española vuelve a dar noticias de la vuelta de Onofroff

17. *La Lectura dominical*, 3 de junio de 1894.

y sus espectáculos, aunque debemos señalar que su nombre ya era usado por otros magos e ilusionistas, alguno de ellos se presentaba en prensa como “hermano de Onofroff”. El caso es que la prensa de la época da cuenta de actuaciones de “Onofroff” en 1900 en Las Palmas de Gran Canaria, en 1903 en Viveiro (Lugo), incluso la prensa anuncia que actuó en Ourense en el Café La Unión en agosto de 1905¹⁸. En 1916 realiza en la ciudad de Vigo (Pontevedra) una sesión para médicos y para prensa¹⁹... Y en 1916 también hay noticias de alguien apodado Onofroff en la villa de Ribadavia (Ourense):

“En la Sociedad Club Artístico, de la villa del Avia dieron una notable conferencia científica Luisa Mariscal y el célebre hipnotizador Onofroff. El acto resultó concurrendísimo” (*La Voz de Galicia*, 4 de diciembre de 1917).

Sin embargo, otra noticia del otoño de 1917 en la revista *Galicia Pintoresca* hacía referencia a una “velada científica” en el Centro de Artesanos (¿en A Coruña?) en la que intervino el doctor sueco Baylach “Onofroff” y la renombrada clarividente Luisa Mariscal.

Hacia 1920 el auténtico Onofroff parece estar establecido por Cataluña, donde mantiene relación y contacto con el pintor surrealista Dalí (Mayrata, 2013). Habrá actividad por España de este curioso hipnotizador hasta al menos 1929.

Onofroff publicó algunos manuales o libros acerca de la sugestión y el hipnotismo, con títulos como: *Para no envejecer. El hombre no muere... ¡Se mata! Método práctico autosugestivo para conservar el vigor y el aspecto de la juventud* (Barcelona: J. Horta y Cía., s/f), *Aprendan a hipnotizar. Tratado práctico por correspondencia. Resultado infalible en diez lecciones* (Barcelona, s/f), o *L'hypnotisme à la portée de toutes les intelligences* (Quebec, S.-A. Demers, 1902) (Graus, 2017).

18. *El Eco de Orense*, 31 de agosto de 1905.

19. *Diario de Pontevedra*, 10 de febrero de 1916.

7. HIPNOTISMO EN GALICIA EN LAS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX.

Tras el discurso de Sánchez Freire de 1888, lo cierto es que apenas hay producción científica en Galicia en torno a la hipnosis. Tan solo hay un breve artículo acerca del hipnotismo publicado en la Revista Academia Médico-Quirúrgica Compostelana en febrero de 1895. Es un trabajo titulado “El hipnotismo”, y lo firma Lorenzo Comas y Martínez (Comas, 1895). El autor era un aventajado y premiado alumno de Medicina que se graduará en 1896, pero que realiza las labores de secretario general de la Academia Médico-Quirúrgica compostelana en todo el año 1895. En este texto se hace una defensa del mismo y de la necesidad de seguir estudiándolo científicamente. Critica la posición y afirmaciones del jesuita Franco en contra del hipnotismo.

Otra faceta diferente pero que entronca en varios aspectos con el mundo del hipnotismo, fueron algunas aportaciones realizadas desde el mundo del espiritismo y teosofía por médicos de Galicia, especialmente por Manuel Otero Acevedo, uno de los precursores de la Neurocirugía en España (Carro, 1998), pero que llega a ser un autor de referencia por sus trabajos en el campo de las investigaciones psíquicas, los médiums y el espiritismo (Graus, 2014).

Tampoco volverá sobre el hipnotismo pese a su prolífica producción científica y de prensa, el Dr. Juan Barcia Caballero (católico-conservador), que fue el sucesor clínico de Sánchez Freire en Conxo (tras un breve período de Goyanes Cedrón al frente de la dirección del centro tras la jubilación de Sánchez Freire en 1906).

Sin embargo, algunos gabinetes médico-quirúrgicos gallegos ofertaron la hipnosis entre sus terapias a principios del siglo XX. Así, por ejemplo, el doctor José García Fernández en 1911, en los anuncios publicitarios de su “Gabinete Quirúrgico y electroterapia” en A Coruña comunicaba que “podemos recurrir al hipnotismo y a la sugestión en aquellos padecimientos puramente psíquicos...”²⁰ (Simón et al, 2016). Hemos revisado los anuncios médicos de los consultorios y sanatorios psiquiátricos de Galicia, y no hemos encontrado referencias al hipnotismo salvo en el caso señalado.

20. *El Eco de Galicia*, 4 de noviembre de 1911.

Casi habrá que esperar a la obra del internista Roberto Nóvoa Santos (1885-1933), que dedica un apartado especial a la hipnosis en la parte de Psicopatología General de su *Manual de Patología General*. Este Manual permitió que el pensamiento fisiopatológico llegase a las aulas universitarias al más alto nivel científico de la época. La primera edición aparece en tres tomos, entre 1916 y 1919. La obra tuvo ocho ediciones, la última en 1948.

A partir de 1920, comienza el período de decadencia de la hipnosis. Hubo voces de prestigiosos neuropsiquiatras de la época como la del madrileño Gonzalo Rodríguez Lafora, que publica en *La España Médica* en marzo de 1918, un trabajo titulado “El médico general y la Neurología” en el que denunciaba que los tratamientos eléctricos y el hipnotismo eran tratamientos que “se prestaban a la farsa y a la explotación inmoral”. Respecto al hipnotismo: “*Mas también aquí debemos limitar su empleo a las verdaderas indicaciones y no utilizarlo en casos en los cuales su ineficacia es conocida. Recientemente hemos visto dos paralíticos generales, uno en su segundo año y otro en su quinto mes de enfermedad, sometidos a procedimientos hipnóticos. [Como si se pretendiese sugestionar a los spirochaetes!]*” (Rodríguez Lafora, 1918)

8. CONCLUSIONES

En Galicia la hipnosis fue promocionada e introducida en 1888 tanto en el mundo académico universitario como en su práctica clínica en el manicomio de Conxo (Santiago de Compostela) por el médico Timoteo Sánchez Freire. Asimismo, tuvieron importante papel en la divulgación popular de la hipnosis toda una serie de ilusionistas teatrales que periódicamente actuaron en España y en Galicia en ese mismo período, destacando como figura paradigmática el ilusionista Onofroff (Vallejo, 2013, 2014, 2015; Graus, 2017).

A lo largo del año 2017, asistimos en España al florecimiento del hipnotismo teatral a través de programas televisivos y espectáculos hipnóticos en numerosas localidades del país –e incluso alguno de estos mentalistas-hipnotizadores han retomado el nombre de Onofroff–. La proliferación e impacto de estos programas televisivos ha motivado el reciente posicionamiento en contra de éstos por parte de algunos Colegios Profesionales de Psicólogos... Así, en febrero de 2017, el Grupo de Trabajo de Hipnosis

Clínica del Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya (COPC) y de la Asociación para el Avance de la Hipnosis Experimental y Aplicada (AAHEA) ha publicado un comunicado sobre este tema²¹. ¿Estaremos iniciando un nuevo capítulo en la Historia de la hipnosis en la España del siglo XXI?...

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

Fuentes:

Archivo de Galicia-Santiago de Compostela.

Archivo Clínico del Manicomio de Conxo (1885-1930).

Fondo Archivo clínico hospital psiquiátrico de Conxo: Expedientes Clínicos de pacientes. Caja G5812-5816.

Hemeroteca digital de Biblioteca de Galicia.

<http://www.galiciana.bibliotecadegalicia.xunta.es/GalicianaDixital>

Hemeroteca Digital. Biblioteca Nacional

<http://hemerotecadigital.bne.es/index.vm>

Biblioteca-Archivo de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid.

Solicitud de prohibición del hipnotismo, 1894 [9] h. pleg.; 22 cm.

Bibliografía:

BUSTOS CARSONA, T.; SIMÓN LORDA, DAVID; ESTÉVEZ GIL, X.; MUÑOZ, C.X. “Sobre “baños tibios prolongados”, balnearios y locura en Galicia (finales del siglo XIX y primeros años del siglo XX)”. En: SIMÓN LORDA D, GÓMEZ C, CIBEIRA A, VILLASANTE O (eds.): *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la Historia desde el siglo XXI*. Bilbao: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2013, pp. 375-386.

21. SERRANO (2017). http://www.psiara.cat/view_article.asp?id=4731

- CARRO OTERO, J. *Materiais para unha Historia da Medicina galega*. 1998. T.I. Santiago: Xunta de Galicia.
- COMAS Y MARTÍNEZ, L. “El hipnotismo”. *Revista de la Academia Médico-Quirúrgica Compostelana*, Núm. 3, 15 de febrero de 1895.
- DESDENTADO ESPINOSA L. *Hipnosis en España desde la década de 1880 hasta 1936*. S.f. Tomado de http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Desdentado_Espinosa_Hipnosis_Espana.pdf (consultado en 8 de marzo de 2017).
- DIÉGUEZ GÓMEZ, A. “Hipnotismo y medicina mental en la España del siglo XIX”. In MONTIEL L., GONZÁLEZ DE PABLO Á. (Ed.) — *En ningún lugar en parte alguna: Estudios sobre la historia del magnetismo animal y del hipnotismo*. Madrid: Frenia, 2003, pp. 197–228.
- GONZÁLEZ DE PABLO, Á. “Consolidar, colonizar, excluir: estrategias de legitimación de la hipnosis médica”. In MÜLBERGER, Annette (Ed.) — *Los límites de la ciencia: Espiritismo, hipnotismo y el estudio de los fenómenos paranormales (1850-1930)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), 2016.
- GRAUS, A. Hypnosis in Spain (1888-1905): From spectacle to medical treatment of mediumship. *Studies in History and Philosophy of Science, Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 2014, volume 48, pp. 85-93.
- GRAUS, A *La ciencia del médium. Las investigaciones psíquicas en España (1888-1931)*. 2014, Barcelona: Centre d’Història de la Ciència, Universitat Autònoma de Barcelona. Tesis doctoral. 2014.
- GRAUS, A. Hypnosis lessons by stage magnetizers: Medical and lay hypnotists in Spain. *Notes Rec.* 2017, 71, 141-156.
- LADAME. “La nécessité d’interdire les séances publiques d’hypnotisme- Intervention des pouvoir publics dans la réglementation de l’hypnotisme”. In BÉRILLON. Edgar Bérillon (ed.), *Comptes rendus du Premier Congrès International de l’Hypnotisme*. París: Octave Doin, 1889, pp. 28-44.

- MAYRATA, R. *Dalí y el fascinador Onofroff*. En: <http://www.ramonmayrata.com/2013/05/dali-y-el-fascinador-onofroff.html> (consultado el 19 marzo de 2017).
- PONTE HERNANDO FJ, REGO LIJÓ I. “*La locura y el bisturí. I Centenario de don Timoteo Sánchez Freire (1838-1912)*”. Santiago: Seminario Mayor Compostelano y Universidade de Santiago de Compostela, 2012.
- RODRÍGUEZ LAFORA, G. “El médico general y la Neurología”, *La España Médica*, marzo de 1918.
- RODRÍGUEZ NOGEURA MV.; SIMÓN LORDA D; BALSEIRO MAZAIRA E; MOREIRA MARTÍNEZ MM; RODRÍGUEZ CARMONA L. (2017): “Piretoterapias, curas de Sakel, electroshock y otras terapias (Psiquiatría en Galicia-España, 1916-1984). En: ANA LEONOR PEREIRA y JOÃO RUI PITA (eds.) (2017): *História interdisciplinar da loucura, psiquiatria e saúde mental VII*. Coimbra: SHIS/ Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra.
- SÁNCHEZ FREIRE, T. *La hipnología en nuestros días. Discurso leído en la Universidad Literaria de Santiago durante la solemne inauguración del curso académico de 1888 a 1889 por D. Timoteo Sánchez Freire catedrático de clínica quirúrgica*. Santiago de Compostela: Imp. J.M. Paredes, 1888.
- SÁNCHEZ HERRERO A. *El Hipnotismo y la Sugestión: Estudios de Fisiopatología y Psicoterapia*. Valladolid: Establecimiento Tipográfico Hijos de J. Pastor, 1889.
- SCHMIGALLE, G. “El nuevo Cagliostro”: Onofroff, Rubén Darío y la crónica La esfinge. *Anales de Literatura Hispanoamericana*, 2015, vol. 44, 109-135.
- SIMÓN LORDA, D. “Locura, Medicina, Sociedad: Ourense (1975-1975)”. Ourense: Xunta de Galicia, 2005.
- SIMÓN LORDA, D. “Magnetismo, hipnotismo y sonambulismo: Ourense, 1883”, *Diario de un médico de guardia*, <<http://diariodeunmedico-deguardia.blogspot.com/2012/02/magnetismo-hipnotismo-y-sonambulismo.htm>>, 2012 (Consulta: 27/02/2017)

SIMÓN LORDA, D; BUSTOS CARDONA, T; ESTÉVEZ GIL, X. “Interín no pasen al manicomio...”. *Locura y reclusión en Galicia-España (finales siglo XIX y primeros años siglo XX)*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2015; 35 (125), 93-110.

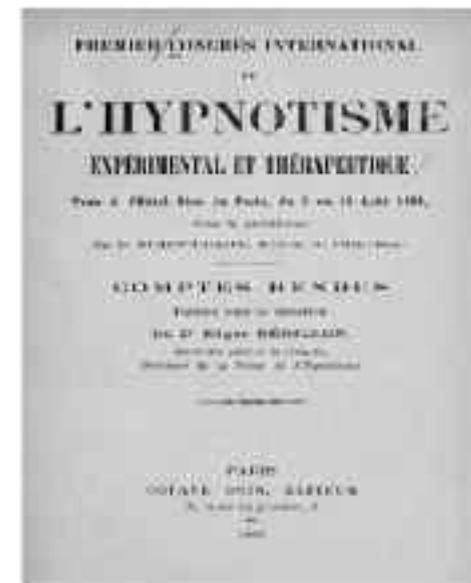
SIMÓN LORDA, D.; ESTÉVEZ GIL, X; RODRÍGUEZ NOGUERA, MV; MOREIRA MARTÍNEZ, MM; BUSTOS CARDONA, T. “Electroterapia, medicina y psiquiatría en Galicia (España) a finales del siglo XIX y primeros años del XX”. *SISO/SAÚDE*, 2016, núm. 58/59, 211-233.

VALLEJO, M.S. *Los alienistas argentinos ante el Ilusionista Onofroff (1895)*. Buenos Aires: V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, 2013.

VALLEJO, M.S. “Buenos Aires mesmérica. Hipnosis y magnetismo en la cultura y la ciencia de la capital argentina (1870-1900)”. *Iberoamericana*. XIV, 56 (2014), 7-26.

VALLEJO, M.S. “Alberto Díaz de la Quintana y las tensiones del campo médico en Buenos Aires (1889-1892). Hipnosis, curanderismo y médicos extranjeros en la Argentina finisecular”. *Revista Culturas Psi/Psy Cultures* (Buenos Aires), marzo 2015, N.º 4, 53-84.

NOTA: Una versión mas corta y con menos referencias bibliográficas fue publicada en mayo de 2017 como capítulo del libro coordinado por Ana Leonor Pereira y João Rui Pita (eds) *História interdisciplinar da loucura, psiquiatria e saúde mental VII*, Coimbra: Sociedade de história interdisciplinar da saúde – Centro de Estudos interdisciplinares do Século xx da Universidade de Coimbra-Ceis20 / Grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia – GHSCT, 2017.



Portada actas Primer Congreso Internacional de Hipnotismo en 1889



Timoteo Sánchez Freire (tomado de Ponte, 2014)



Portada del discurso de Dr. Sánchez Freire, 1888, Santiago.



Retrato de Onofroff en 1895. Aparecido en la Revue Illustrée du Rio de la Plata (sixième année, n° 62, mars 1895, p. 50) (tomado de VALLEJO, MS «El ilusionista Onofroff en Buenos Aires (1895) y Ciudad de México (1900). Hipnosis, magnetismo y el problema de lo paranormal en dos contextos latinoamericanos», Nuevo Mundo Mundos Nuevos [En ligne], Colloques, mis en ligne le 18 septembre 2015, consulté le 10 mars 2017).



Analgesia Espontánea. Del libro *El hipnotismo y la sugestión*, 1889, de Abdón Sánchez Herrero.



Catalepsia. Del libro *El hipnotismo y la sugestión*, 1889, de Abdón Sánchez Herrero



“Una sesión de hipnotismo”, *La Ilustración Española y Asturiana*, 1886. Tomado de <http://www.bne.es/es/Micrositios/Exposiciones/Magia/Exposicion/Seccion06/Obra03.html?origen=galeria>



Portada del libro *El hipnotismo y la sugestión*, 1889, de A. Sánchez Herrero.



Tomado del libro *El hipnotismo y la sugestión*, 1889, de A. Sánchez Herrero.

TDAH. Ciencia hiperactiva y poco atenta

Javier Peteiro Cartelle. Doctor en Medicina y Bioquímico.
Jefe de Sección Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Correspondencia: javierpeteiro@gmail.com

Hace pocos días (el 15/02/2017), la prestigiosa revista médica *Lancet Psychiatry*¹ publicó los resultados de la investigación desarrollada por el Grupo de Trabajo Enigma ADHD², en un artículo firmado por 82 autores, comparando las imágenes de resonancia magnética cerebral entre 1.713 pacientes con TDAH y 1.529 controles, con edades comprendidas entre los 4 y los 63 años.

Los resultados muestran diferencias de tamaño de estructuras subcorticales entre ambos grupos, que fueron más claras en el caso de menores de quince años. Teniendo en cuenta el tamaño muestral estudiado, así como los efectos observados, en línea con descubrimientos previos, parece natural que los autores del artículo concluyan algo tan impactante como que el TDAH es un desorden del cerebro, lo que puede ayudar a reducir el estigma de atribuirlo a una mala educación (“just a label for difficult children and caused by incompetent parenting”), proporcionando un modelo que concibe el trastorno como un retraso en la maduración cerebral. En este contexto, es importante que el mayor efecto se haya constatado en la amígdala, dada su implicación en la regulación de las emociones. No se hallaron diferencias con respecto al tratamiento ni con relación a la gravedad de la situación clínica; sólo con la presencia o ausencia del diagnóstico.

1. HOOGMAN, MARTINE ET AL. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. (2017). *The Lancet Psychiatry*, Volume 4, Issue 4, 310 – 319.

2. <http://enigma.ini.usc.edu/ongoing/enigma-adhd-working-group/>

Al margen de que estos resultados tengan un interés morfológico observacional y que puedan abrir la vía a una investigación más enfocada a la realidad fisiopatológica, conviene considerar críticamente sus aspectos metodológicos.

Nos hallamos ante una heterogeneidad potencial en la asignación diagnóstica por parte de los distintos grupos participantes (países muy diversos), así como en la evaluación de imágenes, aunque se intente paliarla con métodos de armonización. Se trata de un diseño caso-control no aleatorizado, algo claramente distinto a un proyecto longitudinal randomizado. No se tiene en cuenta la gravedad del cuadro sino sólo el diagnóstico. Con respecto a los estudios de neuroimagen, se excluyeron como “outliers” los situados por encima o debajo de una vez y media el rango intercuartílico. Finalmente, la significación estadística se acompañó de una diferencia morfológica más bien pequeña, teniendo en cuenta que el caso que señalan como más claro, la amígdala, se asoció a una “d” de Cohen de -0.19.

La metodología y la discusión del artículo apuntan a algo que va más allá de la ciencia que en él pueda existir y que parece, a pesar del número de casos estudiados por neuroimagen, bastante pobre. Estamos ante más de lo mismo. Desde hace años se viene insistiendo en diferencias en la maduración cerebral establecidas por métodos morfológicos macroscópicos, que son muy groseros si tenemos en cuenta la complejidad del cerebro.

La información obtenida no dice propiamente nada a escala individual, teniendo en cuenta que no parece influir en la imagen la gravedad del cuadro ni su tratamiento. Por otra parte, ha de recordarse que el criterio diagnóstico carece de métricas y marcadores y es susceptible de sesgos subjetivos. No se trata de negar que el TDAH exista pero parece aconsejable tener en cuenta que se da un probable exceso diagnóstico que puede fácilmente inducir a medicalizar comportamientos que simplemente se separan de la norma sin ser propiamente trastornos psíquicos. Parece probable que, de haber vivido su infancia en la actualidad, Einstein, Feynman y muchos más célebres científicos e inventores fueran tratados con metilfenidato.

¿A qué obedece la publicación de un trabajo así que no parece aportar nada sustantivo ni en el orden fundamental ni mucho menos en el aplicado, y

que supone una metodología criticable? La respuesta parece residir en la pretensión neopositivista de sustentar la tesis de que el TDAH (y cualquier comportamiento TDAH-like) es un trastorno de desarrollo cerebral, eliminando así cualquier atisbo de responsabilidad parental o personal en que alguien lo padezca.

Sorprende la insistencia de adoptar con nuevos métodos el viejo enfoque frenológico de equiparar una imagen (obtenida por resonancia magnética ahora) a un comportamiento. En la entrada anterior publicada en este blog hice referencia al valor conferido en un artículo de la Revista *Nature* a la imagen cerebral en el caso del autismo.

Es obvio que los trastornos mentales implican al cerebro pero es mucho menos evidente que uno nazca predeterminado a estar deprimido o a sufrir TDAH. La existencia de una relación, anatómica en este caso, no implica en absoluto a priori que lo sea de causalidad, y suponerla es anticientífico y sólo sostiene la idea preconcebida de que el trastorno mental es siempre patología neurológica.

Por otra parte, la estigmatización del trastorno mental en general no se anulará por hacerlo neurológico, sino por una correcta visión del problema, algo que implica una adecuada atención clínica, educativa y social a los pacientes, caso por caso, incluyendo los “outliers” y evitando reduccionismos homogenizadores neomecanicistas.

<https://javierpeteirocartelle.blogspot.com.es/2017/02/tdah-ciencia-hiperactiva-y-poco-atenta.html>

Psicoanálisis, ciencia y caza de brujas

Marta Maside. Psicoanalista ELP - A Coruña. Psicóloga Clínica

Correspondencia: mmd@cop.es

Hace unos días leí, con desagradable sorpresa, que la OMC (Organización Médica Colegial) abría un Observatorio desde el cual denunciar lo que viene a denominar las “prácticas pseudocientíficas”, entre las cuales lista una serie bastante dispar, y en ella, figura el psicoanálisis.

Sorpresa, porque la existencia de los colegios profesionales responde a la necesidad de regular una práctica: la propia. Cada uno, la suya. ¿Por qué iba a erigirse la OMC en reguladora de otras prácticas? ¿Ha leído todas esas doctrinas en profundidad, ha revisado sus clínicas para poder emitir un juicio fundado acerca de su pertinencia o su “cientificidad”?

Desagradable, porque encontré el nombre del psicoanálisis entre esas prácticas “pseudocientíficas”. No sabía que la OMC hubiese leído a Freud, a Lacan y a Miller con tanto detenimiento, que hubiera puesto en práctica la clínica y el análisis personal de los practicantes, para llegar a concluir que se trata de una pseudociencia. Porque los que sí que lo hemos hecho, los que los hemos leído y los seguimos leyendo, concluimos otras cosas.

Como en los últimos tiempos ya he venido escuchando esta cantinela más de una vez, me parece necesario aclarar un punto de partida: el objeto de estudio del psicoanálisis es la subjetividad del ser humano. La subjetividad es el producto del encuentro, singular e irrepetible, de cada ser hablante con el lenguaje; producto que se irá construyendo y estructurando a lo largo de su existencia, y que gobernará todas sus decisiones en la vida.

Subjetivo, es el par opuesto de *objetivo*. Lo que estudia la ciencia es aquel objeto

que es medible, cuantificable, reproducible, y cuyos efectos, bajo determinadas condiciones, son siempre replicables. ¿Puede aplicarse el método científico a la subjetividad para extraer un saber sobre la misma? No lo parece.

Sigmund Freud, un neurólogo, llegó a esa conclusión y se apartó de la biología para seguir el rastro de unos síntomas que no obedecían a las leyes científicas de la anatomía, sino a la lógica de la palabra -como supimos años más tarde, gracias a la posterior investigación de J. Lacan.

Es decir, que Freud encontró en su práctica médica datos empíricos que apuntaban a inferir la existencia de otro mecanismo, psíquico, que actuaba porque producía efectos en el cuerpo de los pacientes. A este mecanismo psíquico lo llamó inconsciente. Y fueron estos casos clínicos los que lo condujeron a investigar las leyes de su funcionamiento, y el método más apropiado para abordarlo. Tarea en la cual sigue implicado el psicoanálisis a día de hoy. Primero con Freud, después con Lacan, y ahora con J.A. Miller.

El psicoanálisis es una disciplina que desde su nacimiento ha extraído el cuerpo de sus conocimientos de los hallazgos de la clínica. Esto es, supone el empirismo de la observación y el tratamiento del caso por caso.

El psicoanálisis no es una ciencia, es una disciplina rigurosa, con unos principios definidos, que aborda el sufrimiento psíquico -la salud mental, podemos decir- y que lo trata por la vía de la palabra, obteniendo unos efectos tanto terapéuticos como de saber, que están a disposición de cualquiera que desee conocerlos o de hacer la experiencia de un análisis.

La subjetividad no es sólo lo que gobierna nuestra vida, la herramienta con la cual afrontamos e interpretamos los acontecimientos; sino que concentra todo aquello que nos hace humanos, porque surge del anudamiento particular que se produce entre la palabra y el afecto en cada uno de nosotros. No deberíamos olvidar esto, en los tiempos que corren de la burocratización y la protocolización generalizadas, en los que el peso de la ciencia, seguramente mal entendida o mal aplicada, no soporta ningún tipo de incertidumbre... ¿pero qué es la ciencia, sino se funda en el deseo de saber? ¿Es el único método de conocimiento posible para el ser humano?

La subjetividad tiene sus propias leyes, que no pueden medirse con escuadra, ni analizarse con microscopio, ni reproducirse mediante réplica exacta de su algoritmo. Y a lo mejor, ni falta que hace.

A Coruña, 19 de mayo de 2017

La revolución necesaria

Raúl Velasco Sánchez. Periodista y escritor.

Correspondencia: elfildelatoca@gmail.com

La era digital ha representado una revolución de la que aún desconocemos sus verdaderas consecuencias, puesto que recién vamos dando los primeros pasos. El uso de teléfonos inteligentes, tabletas y otros soportes se han generalizado en todo el mundo globalizando la información y haciendo de su análisis (BigData) el verdadero negocio del futuro.

Hasta hace poco, uno de los campos que se salvaba de esta suerte de control invisible, de servidumbre facultativa, era el farmacológico. En la mayoría de los casos, exceptuando los tratamientos involuntarios (ambulatorios o no), la ingesta quedaba reservada a la intimidad de cada consumidor. Pero esto se ha acabado.

Hace pocos días se ha presentado en Nueva York un nuevo formato de Abilify que consta de un sensor digital que avisa al médico y la familia si se ha consumido correctamente. Por llegar están otros que incluso informan de la zona de la lengua en la que se ha depositado la pastilla antes de tragarla. Sus defensores afirman que este tipo de medicación está diseñada para ahorrar al estado y al contribuyente los sobrecostes de un mal tratamiento y recuerdan que para tomarlo se necesita la voluntariedad del paciente, que podría revocar su consumo cuando quisiera.

No hay que ser muy sagaz para darse cuenta que el mismo argumentario que se ha esgrimido en las últimas décadas para suprimir o rebajar libertades y derechos vuelve a erigirse como tótem de la moral y la ética.

El bien común como fin último y definitivo ha servido para justificar la

construcción de una sociedad orwelliana y distópica, propia de la literatura de ciencia ficción. Para ello la psiquiatría sigue apuntalando las bases de su “mundo feliz”.

Michel Foucault decía que *“el poder disciplinario, se ejerce haciéndose invisible; en cambio impone a aquellos a quienes somete un principio de visibilidad obligatorio”*. La opción de aceptar voluntariamente este tipo de tratamiento sólo maquilla una realidad donde las decisiones de las personas con sufrimiento mental no son ni mucho menos libres. La violencia y las relaciones de poder están intrínsecamente ligadas al discurso psiquiátrico: invalidando voluntades, silenciando narrativas, deshistorizando biografías, castrando, en definitiva, física y simbólicamente a los pacientes. La coerción es una práctica habitual tanto en las plantas de agudos, como en las consultas externas. Se obliga, desde la fuerza que impone el poder decidir sobre la libertad de un ser humano, a asumir una serie de preceptos para poder ser considerado un buen enfermo crónico, desde la conciencia de enfermedad hasta la necesidad de tomar de por vida una serie de drogas con poca efectividad clínica, pero lamentables efectos secundarios. Esta realidad global proyecta serias dudas sobre la capacidad real de decidir, libremente, como ciudadano de pleno derecho, a cualquier persona diagnosticada con un Trastorno Mental Grave.

Mientras tanto, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) nos recuerda en un reciente informe titulado *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental* que: *“Nos han vendido el mito de que la mejor solución a los problemas de salud mental son los fármacos y otras intervenciones biomédicas”*. A su vez apuntan que *“En el ámbito clínico, los desequilibrios de poder favorecen el paternalismo e incluso las visiones patriarcales, que dominan la relación entre los profesionales de la psiquiatría y los usuarios de los servicios de salud mental. Esta asimetría desempodera a los usuarios y menoscaba su derecho a tomar decisiones sobre su salud, con lo que se crea un entorno en el que pueden producirse y se producen violaciones de los derechos humanos. Las leyes que permiten a los profesionales psiquiátricos llevar a cabo tratamientos e internamientos forzosos legitiman ese poder y su uso indebido. Este uso indebido de las asimetrías de poder impera, en parte, porque con frecuencia las disposiciones jurídicas obligan a los profesionales y al Estado a adoptar medidas coercitivas”*. Y concluyen en que: *“La discriminación, de iure y de facto, sigue influyendo en*

los servicios de salud mental, y priva a los usuarios de diversos derechos, como el derecho a rechazar el tratamiento, a la capacidad jurídica y a la vida privada, y otros derechos civiles y políticos. El papel de la psiquiatría y otros gremios de la salud mental es particularmente importante, y se necesitan medidas para garantizar que sus prácticas profesionales no perpetúen el estigma y la discriminación”.

Mientras la norma social imperante y el paradigma dominante sigan partiendo de un modelo biomédico, el poder ejercido sobre los pacientes seguirá siendo en esencia castrador. Es necesario por tanto un cambio de paradigma real y éste sólo puede realizarse desde la disidencia a las estructuras que alimentan este discurso. La desobediencia civil no es un derecho, en ocasiones es un deber. Parafraseando a Henry David Thoreau *“el mejor gobierno es el que debe gobernar menos”*, podría afirmarse que cuanto menor sea la incidencia en la autonomía de un paciente, mejor pronóstico tendrá.

El nuevo formato de Abilify no tiene nada de revolucionario, es más bien un paso atrás, una regresión maquillada de avance tecnológico, en el cambio necesario a la hora de entender el sufrimiento mental. Al fin y al cabo la principal causa de servidumbre voluntaria es la costumbre y casi todos los que participamos de este mundo de la Salud Mental llevamos muchos años siendo martilleados con las mismas consignas perniciosas y reduccionistas.

Quizás no nos importe que todos nuestros datos, nuestros gustos, nuestras experiencias compartidas en redes sociales sirvan para crear un perfil cada vez más exacto de lo que deseamos consumir. Puede que algunos estemos encantados de exhibirnos en selfies, videos, memes y tal vez deseemos llegar a ser trending topic o tuitstar. Hemos asumido alegremente formar parte de este gran hermano global, en el que la manipulación de la información, el control de masas y la vulneración de derechos humanos, nos hace a todos más débiles respecto a los opresores. Nos hemos convertido en mercancía, en rebaño, en esclavos de un sistema al cual lo único que le interesa es perpetuarse. Vivimos un sueño dentro de otro, una realidad virtual, en una sociedad donde las relaciones y hasta el lenguaje se han pervertido, convirtiéndose en objetos de deseo y consumo. Somos un pueblo al que ya no interesa cultivar o ennoblecer, sino seducir hasta convertirnos en mejores clientes: más egocéntricos, más impacientes, más irracionales.

La verdadera y necesaria revolución en salud mental está surgiendo precisamente de lugares opuestos a lo que nos estamos convirtiendo como sociedad. Hablo de la razón, de los derechos humanos de las personas con discapacidad, de la palabra viva y experiencial, del trabajo en equipo y horizontal, del respeto hacia ese otro al que su lenguaje no le alcanza para explicar sus certezas, de las virtudes de lo colectivo, de la naturalización del sufrimiento, de la recuperación de los saberes profanos –que diría Correa– de la colectivización de los cuidados, de la carioterapia, de la promoción de la autogestión del malestar, del salir a la calle sin miedo a ser excluido o rechazado por loco, de mirar al mundo y comprender, en definitiva, aquellas palabras de Giuseppe Resisi que “*La locura es la razón de uno y la razón la locura de todos*”.

Barcelona, 17 de Noviembre del 2017

Salón de actos do Hospital Universitario Lucus Augusti (H.U.L.A). Rúa Dr. Ulises Romero nº 1, 27003 Lugo



INSCRIPCIÓN: SALIDMENTALLUGO@GMAIL.COM (Data límite: 17/4/2016)

Probablemente, a oficina de psicoanálise entre Freud e Mahler iniciou o interese da historia da psiquiatría polo estudo de relacións entre os conflitos intrapsíquicos cos creacións musicais. Este encontro é o argumento central do filme que presentaremos ao comezo da xornada.

O mundo da ópera clásica foi tamén estudado desde a perspectiva psicopatolóxica, tal e como propón o texto enviado polo doutor Juan Garrabé.

Más alén da música clásica, dedicaremos unha ponencia a Brian Wilson, líder dos Beach Boys, e a súa relación co seu primeiro e deshonroso tratamento.

Outros temas presentados nestas xornadas serán a relación entre a voz e as emocións así como a curación/estabilización ao través da creación musical.

O pianista James Rhodes di que a música é o espantoso das emocións e que tocar a “Chaconne” de Johann Sebastian Bach proporcionalle o equilibrio necesario para sobrevivir a unha infancia terrible.

Entre todos, trataremos de aprofundar nesta espalpitante relación entre o psiquismo e a música.

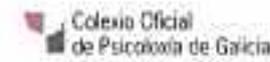
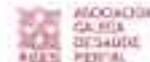
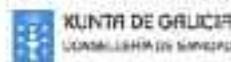
Programa

9.00	Presentación da Xornada	12.30	Os sinais da voz ELIAR MARTINEZ (PILICHA) (Carreira)
9.20	PROYECCIÓN PELÍCULA: "MAHLER SOBRE O DIVÁN" ("Mahler auf dem Divan") Dirección: Paweł Aulón & Fede Aulón (2012, FR)	13.00	Brian Wilson versus Paul McCartney: Loucura e Beleza ANTÓN SEGANE (Psiquiatra e Músico)
11.00	Gustav Mahler A/E JANDRA NOWOL (MR, H.U.A.) FATIMA PIÑEIRO (FR, H.U.L.A.)	13.30	Mesmer, Mozart e o magnetismo animal texto de JEAN GARRABÉ loc por Tiburcio Angosto
11.30	Descanso café	14.00	Coloquio e peche das Xornadas TIBURCIO ANGOSTO
12.00	A música como vía curativa A/E IBAÑADE IFORASTA DE JATTA (Profesor)		

Organiza: COMISIÓN DE DOCENCIA DA UNIDADE DOCENTE DE PSIQUIATRÍA E PSICOLOXÍA CLÍNICA DO H.U.L.A.

Coordina: ELENA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ (Psiquiatra H.U.L.A.) + TIBURCIO ANGOSTO SAURA (Psiquiatra Hospital Vithas Fatima de Vigo) LUIS VILA PELLADO (Xefe de Servizo Psiquiatría H.U.L.A.)

Entidades colaboradoras:



La entrevista entre Freud y Mahler

Alejandra Nóvoa Justo

MIR 3 Psiquiatría, HULA

correspondencia: alejandra.novoa.justo@sergas.es

Gustav Mahler nació en el seno de una humilde familia de origen judío y con escasos recursos económicos. Su padre Bernhard Mahler, se dedicaba a la destilería del alcohol y su madre María Hermann, era ama de casa y padecía del corazón.

Desde su infancia, la amenaza de la muerte marcó profundamente a Mahler y actuó como catalizadora de gran parte de sus vivencias y sentimientos. Mucho antes de que llegara a la adolescencia, fue testigo de la muerte de seis de sus hermanos y el suicidio de otro de ellos. Su infancia estuvo marcada por la presencia anual de un ataúd en su casa.

Como respuesta a la adversidad el pequeño Gustav optó por sumergirse en su propio mundo como mecanismo de evasión de la realidad; no sólo por la muerte de sus seres queridos, sino también por la mala relación entre sus padres. El carácter violento y dictatorial de su padre marcó de dolor la vida de su esposa y de todos y cada uno de sus hijos.

La vida de Mahler continuó viéndose marcada por numerosos acontecimientos traumáticos en su adultez: su dimisión como director en la Ópera de Viena, el fallecimiento de su hija mayor María, el diagnóstico de una enfermedad cardíaca de Malher 48 horas después, y el aborto de Alma, quien se encontraba en estado de gestación cuando perdieron a su hija. También el matrimonio entre Alma y Gustav se vio afectado por un inesperado acontecimiento.

En 1901, Mahler había conocido a la mujer que se transformó en pocos meses en su esposa, Alma María Schindler, 19 años menor que él. Mahler aseguraba amar profundamente a su esposa, pero su amor incluyó ciertos términos impuestos, como la exigencia de que Alma renunciara a sus aspiraciones musicales (además de ser una buena pianista, Alma despuntaba como compositora de *lieder*) para que Mahler pudiera dedicarse exclusivamente a dirigir y componer, mientras ella atendía a su familia, supervisaba las finanzas, ejercía como copista de las partituras y lectora de las pruebas de las obras de su marido. Con los años Alma se hastió de ejercer un papel que la hacía sentir prisionera en una vida que giraba alrededor de la genialidad de su esposo. Había anhelado año tras año el amor de Mahler, concentrado en sí mismo y en su creación, abandonando interiormente a su joven y hermosa esposa. Durante los últimos años de su matrimonio la mujer se sentía no deseada, vacía, marchita...

Tras la muerte de su hija mayor, Alma quedó sumida en un profundo duelo que le hizo buscar refugio en un balneario de Tobelbad, cerca de Graz (Austria) donde conoció y se enamoró del joven arquitecto Walter Gropius.

Mahler descubrió la infidelidad de su mujer a través de una carta en la que el arquitecto detallaba con todo lujo de detalles los momentos de intimidad vividos en la relación que, sin duda, mantenía con Alma. Se trataba de una carta que por error llevaba como destinatario al señor Mahler en lugar de la señora Mahler. Tal vez un desliz freudiano de Gropius que Mahler interpretó como una petición de mano de su esposa que le lanzaba el arquitecto.

Mahler se sintió aterrado ante la posibilidad de que su esposa pudiera abandonarlo. Sumido en la melancolía, su amigo y discípulo Bruno Walter, le sugirió que consultara profesionalmente con un afamado psicoanalista

vienés de origen judío llamado Sigmund Freud, y que tiempo atrás había tratado a Walter de una parálisis histérica en un brazo.

Mahler pidió cita a Freud a través de un telegrama al que siguió otro en el que le manifestaba un cambio de opinión y cancelaba la consulta. Lo mismo ocurrió en un segundo intento, hasta que en agosto de 1910, y mientras Freud disfrutaba de unas vacaciones en el Mar del Norte, recibió un tercer telegrama urgente en el que Mahler le pedía desesperadamente su ayuda.

Aunque Freud era reacio a interrumpir sus vacaciones, se sintió incapaz de rechazar la angustiada petición de ayuda y citó a Mahler en un hotel de la ciudad holandesa de Leiden el día 26 de agosto de 1910.

No deja de resultar llamativo (y para muchos no casual), que Freud escogiera para el encuentro una ciudad con un nombre que traducido al alemán significa sufrimiento. Por otro lado, "Freude" en alemán significa alegría, placer...: Mahler buscó la alegría en el sufrimiento.

En una conversación que duró cuatro horas, se entrevistaron. Freud quedó sorprendido de la facilidad con que Mahler comprendió los principios del psicoanálisis. En una carta dirigida a la psicoterapeuta Marie Bonaparte en 1932, Freud le comentó que Mahler estaba interesado en saber la causa de que en los momentos más exaltados y trágicos de sus propias sinfonías siempre se veía impulsado a añadir una ligera cancioncilla. Freud comenta que en la entrevista que sostuvieron le había mencionado algunas situaciones traumáticas de su infancia: cuando el pequeño Gustav contaba poco más de cinco años, fue testigo de una violenta discusión entre sus padres en la que su progenitor actuó de un modo especialmente cruel y hostigador con su esposa. Incapaz de soportar el drama, Mahler escapó corriendo hacia la calle y justo al salir escuchó el sonido de un organillo con el que un músico callejero interpretaba una popular canción austríaca. La cancioncilla provocó en el pequeño Gustav una súbita reacción de desconcierto: "*¿cómo puede sonar esta alegre melodía al mismo tiempo que en mi casa ocurre un drama tan horrible?*".

Freud, también desentrañó una obsesión materna que el compositor proyectaba en su mujer. Le hizo saber a Mahler que en cada mujer de la que

se había enamorado buscaba a su madre y explicaba el retiro de su deseo sexual hacia Alma y que había propiciado la crisis. Freud dijo al respecto: “con una madre tan agobiada por inquietudes como por un gran dolor, usted desea que su esposa sea igual a ella”.

Además, para Freud, Alma también mantenía una fijación complementaria a la de su marido: “ella ama a su padre hasta el extremo de que sólo fue capaz de elegir y amar a un hombre como usted”.

Freud le preguntó a Mahler: “¿cómo es posible que un hombre como usted pretenda mantenerse unido a una mujer como la suya?”. Freud le aconsejó que debía elegir entre continuar con su pasión por la música u optar por dedicarse más a su mujer. Mahler, aparentemente, optó por esto último y logró recuperar la energía sexual. Es llamativo que en el último año de su vida no compuso más música, dejó inacabada su décima sinfonía con claros mensajes a Alma.

A lo largo de la sesión, Mahler reconoció sin tapujos todos sus complejos y todos sus miedos, así como su comprensión acerca de que su esposa hubiera buscado en otro hombre algo que él, por sus episodios de impotencia, rara vez podía ofrecerle.

Agradecido, Mahler le dedicó un poema a Freud:

*“Las sombras de la noche fueron disipadas por una palabra poderosa.
El incansable tormento terminó.
Al final unido en una sola cuerda.*

Mis tímidos pensamientos y mis tempestuosos sentimientos se mezclaron”.

Cuando aún no había transcurrido un año desde su sesión terapéutica con Freud, Mahler sufrió un empeoramiento de su enfermedad cardíaca. Murió el 18 de mayo de 1911.

En una carta dirigida a Theodor Reik (discípulo de Freud) el psicoanalista declaró varios años después: “si doy crédito a las noticias que tengo, conseguí hacer mucho por él en aquel momento. La consulta me pareció necesaria para él, porque en esa época su mujer se revelaba contra el hecho de que había apartado su libido de ella. A través de interesantísimas incursiones por la historia de su vida,

descubrimos sus condiciones personales para el amor, especialmente su fijación materna. Tuve gran oportunidad de admirar la capacidad para la comprensión psicológica de ese hombre tan genial. En esa ocasión no se dio ninguna luz en la fachada sintomática de su neurosis obsesiva. Fue como si uno cavara un único boquete a través de un misterioso edificio”.

Al enterarse Freud de la muerte de Mahler, rápidamente escribió a Alma recordándole que no había pagado la larga consulta en Leiden. Desde entonces, Alma (que sobrevivió a su esposo más de 50 años) manifestó su desprecio hacia el psicoanalista, y siempre que hablaba de él lo hacía describiéndolo como “el idiota de Freud”.

La muerte y el sufrimiento jugaron un papel muy importante y siempre presente en la vida de Mahler. Alma, cuenta en sus recuerdos: “A Mahler le gustaba el buen humor y la alegría, pero algún sombrío principio le obligaba a contenerse... sólo durante el último año de su vida, cuando el exceso de sufrimiento le había enseñado el sentido de la felicidad, su alegría natural se liberó realmente”.

Perfeccionista, exigente, rígido, intransigente, amante del orden, obstinado, autócrata... Por su relación con la muerte y la alegría y por su intento de dominar el destino podemos decir que Gustav Mahler era un obsesivo motivado: siempre le ocurría lo que trataba por todos los medios de evitar. Un hombre obsesionado con la muerte y a la vez perseguido por ella, que sentía la angustia y la necesidad del “hambre de inmortalidad”.

Música, Locura y creatividad. Gustav Mahler

Fátima Piñeiro García

PIR, HULA

correspondencia: fatima.pineiro.garcia@sergas.es

Vamos a hablar ahora de la personalidad de Gustav Mahler. Me gustaría, para empezar, citar unas palabras de Bruno Walter, el cual, además de su amigo era director de orquesta, encargado de dirigir algunas de las obras del músico.

Este, en una biografía que realiza sobre el músico, escribe:

“Mahler era un maniaco-depresivo con una veta sádica. Los músicos lo respetaban, pero odiaban ejecutar bajo su dirección. Era el tipo de director que podía tomársela con este o aquel ejecutante, el tipo de director que comenzaba un ensayo de Lohengrin y gritaba a los músicos antes de que sonara una sola nota: “¡demasiado alto!”

Vamos a hacer ahora una **breve biografía**, señalando los momentos más destacados de su vida.

Gustav Mahler nace en **1860**, en Kalište, una zona rural y precaria que actualmente pertenece a la República Checa. Los Mahler tuvieron 16 hijos, de los cuales 6 murieron durante su infancia. De todas las pérdidas que sufrió en la infancia, para Gustav fue especialmente dura la pérdida de su hermano **Ernst** en **1875**, debido a un problema cardíaco con solo 13 años. Mahler tenía apenas dos años más que su hermano y su fallecimiento lo marcó profundamente.

En la infancia de Mahler tuvo una gran influencia también la relación con sus padres: él era violento y estricto, tanto con su mujer como con los hijos,

por lo que Mahler tuvo siempre una relación mucho más cercana a su madre.

Otra de las fechas señalables en su biografía es el año **1901**. En este año conoce a Alma Schindler, 19 años más joven, y que pasará a ser su mujer, como veíamos en la película.

Sin embargo, si se puede hablar de un año que marque indudablemente la vida de Gustav Mahler, ese es sin duda el año **1907**. Triste año para él, ya que se unen 3 tragedias, tanto en lo personal como en lo profesional, los cuales también hemos ido viendo a lo largo de la película:

- El cese como director de la ópera de Viena.
- La muerte de su hija, por difteria.
- El diagnóstico de una enfermedad cardíaca incurable, de la cual fallecería tan solo 4 años después.

Podemos ver en esta pequeña biografía algunas de las posibles razones que llevaban a esta personalidad tan perfeccionista de Mahler: su vida estuvo desde el principio marcada por la muerte (sus hermanos, su hija, el diagnóstico de su enfermedad). Quizás su necesidad de control, visible también a la hora de dirigir y componer, no era, si no, **una forma de intentar evitar la muerte**, tan presente en su vida.

Sus obras nos muestran también sus **partes “oscuras”, tristes**, ya que se dice del músico que podía pasar rápidamente de la alegría a la profunda tristeza. En la obra de Mahler a veces parece debatirse entre el bien y el mal, como si existiera un conflicto interno entre dos extremos: puede que esto fuese la forma de reflejar la situación que vivía en casa: el conflicto entre una madre delicada y desdichada y un padre intimidante y agresivo.

De hecho, sus primeras composiciones fueron los Kindertotenlieder (Canciones a los niños muertos). Estos eran una adaptación de poemas de Friedrich Rückert, que el músico convierte en canciones en honor a sus hermanos fallecidos, en especial a Ernst. Alma cuenta en sus memorias que en una ocasión le dijo a Mahler: “¡Gustav, no tientes al destino!”, preocupada por estas lúgubres composiciones de su marido. En cierto modo quizás fue una triste predicción, ya que solo 3 años después perdió a su hija María.

Como veíamos en el comentario inicial de Walter, Gustav Mahler era alguien perfeccionista, **obsesivo, tanto en sus composiciones como en la forma de interpretarlas**: era una persona autoritaria y dura cuando la ejecución no cumplía sus expectativas. Esta obsesividad se refleja en sus obras: tan detalladas, cuidadas. Era así mismo una persona obstinada, cuando se proponía algo nada lo podía desviar.

Era además, como otros obsesivos, una persona **supersticiosa**. Tenía miedo a componer una novena sinfonía: consideraba que era un peligro ya que otros autores como Beethoven o Schubert fallecieron tras componer sus novenas. De hecho, la “novena sinfonía de Mahler”, se llama “lieder” a secas, y él se negaba a considerar esta como una novena sinfonía. Cuando empezó a componer la décima, le dijo a su mujer “Ahora el peligro ha pasado”. Sin embargo, falleció llegando a completar solo el Adagio de esta obra, la cual fue completada y estrenada póstumamente.

Mahler era un hombre torturado por las dudas; inseguro desde los aspectos más cotidianos de su vida, hasta a un nivel existencial. Quizás fue esta inseguridad lo que lo convirtió en una persona aparentemente arrogante, y hasta déspota a la hora de trabajar.

Lo que queda claro es que el músico tenía clara su misión: estaba unido a la música, ya que consideraba que lo acercaba a lo espiritual, a lo religioso y a lo relacionado con las grandes preguntas que se hacía sobre la vida y la existencia. Algunos biógrafos incluso plantean que sus sinfonías son en cierto modo, una forma de responder a estas preguntas.

Podría, en definitiva, definirse como un neurótico, a menudo rumiativo sobre el sentido de la vida, el sufrimiento o el amor, temas presentes permanentemente en sus obras. Por eso, me gustaría concluir esta exposición con una reflexión que Mahler realiza sobre el sufrimiento y la condición humana.

¿De dónde venimos? ¿A dónde vamos? ¿Es verdad, como dice Schopenhauer, que he deseado realmente vivir antes de ser concebido? ¿Por qué me creo libre, mientras mi personalidad me aprisiona como un calabozo? ¿Para qué sirven estos sufrimientos? ¿Cómo la crueldad y el mal pueden ser la obra de un dios misericordioso? ¿Nos revelará por fin la muerte el sentido de la vida?

A música como vía curativa

Abe Rábade

Pianista de jazz e profesor

correspondencia: bles@produccionesbles.com

A música é un fenómeno habitualmente asociado ao pracer. Ao pracer de quen toca cifrando o código e ao pracer de quen escoita descifrando o código.

Cunha pequena provocación inicial, penso que non sería errado afirmar que a música podería obxectivamente estar tan asociada á dor coma ao pracer. Pero como en moitas outras manifestacións culturais, operou historicamente na música una inxustificada etiqueta naíf que a rebaixa a ter unha simple función hedonista, non axustada en absoluto á natureza poliédrica dun fenómeno cultural tan complexo.

Neste mesmo sentido, o físico e escritor británico Philip Ball afirma o seguinte na súa coñecida obra “*O instinto musical*”: “Hai moitos máis motivos para comer aparte da fame, pero non está claro, nin moito menos, que a razón principal da música sexa o desfrute, no mesmo sentido no que a razón principal para comer sexa a supervivencia”.

Eu penso que a música, sobre todo, é un depósito de significados intelectuais, emocionais e simbólicos (sexan estes pracenteiros, dolorosos ou neutros). Pensemos en calquera acontecemento social que pretenda ter relevancia: voda, funeral, cerimonia de iniciación, entrega de premios... Acaso non se valen sempre da música como un dos garantes desa pretendida transcendencia? Funciona esta polo tanto, como un xeito de consagrar os actos sociais e amplificar o significado pretendido nos mesmos. Iso é o que fai da música unha das poucas manifestacións de poder pacífico que existe. E penso que esa manifestación de poder pacífico ten a capacidade de equilibrar (consciente ou inconscientemente) a quen toca e a quen escoita. Falo dunha vía

curativa desde o punto de vista intelectual, emocional e simbólico. Deixémoslles o plano físico aos médicos (aínda que seguramente o noso corpo se acabe beneficiando sempre do equilibrio que a nosa mente ten o potencial de acadar mediante a exposición a sons organizados).

Nesta intervención quero abordar o fenómeno da música analizando os tres elementos en xogo neste feito comunicativo: o músico, o oínte e a propia música. Cambiarei a orde por razóns estratéxicas na pequena reflexión que farei sobre os tres elementos.

Comezo polos oíntes:

A igrexa católica deixou fóra dos pecados capitais dous sentidos: o olfato e o oído. Se cadra non é de todo unha toleada insinuar que este feito, este olvido -pretendido ou non-, reforzou culturalmente o poder evocador dos perfumes e da música. Estes reforzos culturais do mundo dos olores e do mundo dos sons actuaron posiblemente como vías de escape fronte á imposibilidade de podelo facer abertamente cos outros tres sentidos, tan fortemente reprimidos pola poderosa moral canónica. Canta xente non terá sobrevivido sicolóxicamente grazas a una melodía ou a un perfume que lle trouxo certo equilibrio persoal que nin vista, tacto ou gusto poderían terlle traído dun xeito socialmente aceptable...

Tomando máis ou menos en serio esta observación sobre os dous sentidos “libres de pecado”, o que está claro é que a música foi despregando ao longo dos tempos una funcionalidade para o individuo no seu contexto social. A este nivel (o funcional) poderíamos dicir que a música desprega unha tríada viaxeira para a maioría de oíntes. Viaxeira porque vai desde o EU ata o OUTRO pasando por unha ponte que habilita esa conexión. Sería unha tríada formada por 3 Is:

Intimidade
Identidade
Integración

A Función-Intimidade: Na esfera do íntimo a música adoita aparecer como garante da transcendencia (dun xeito semellante ao anteriormente falado

sobre os acontecementos sociais como funerais ou vodas, pero na esfera estrictamente persoal). Un paradigmático exemplo desta primeira función da música sería o baixón anímico habitualmente experimentado tras unha ruptura sentimental que precisa dunha liturxia ambiental en forma de “balada de desamor” (máis ou menos hortera...) que actuaría como grande catalizador dese momento. Incluso poderíamos dicir que dun xeito paradoxicamente incorpóreo –as notas non ocupan espazo físico– a música sería quen de corporeizar todas esas emocións, provocando seguramente a catarse necesaria, cargando de simboloxía ese momento e axudando a limpar e equilibrar en definitiva á persoa nesas circunstancias.

A Función-Identidade: Nun nivel intermedio, a música tería a capacidade para axudar a conformar a identidade da persoa. É dicir... como son eu?, que estilo ou estilos reforzan quen eu son?, de que maneira as miñas transformacións persoais tamén transforman o meu gusto musical? (e tamén... como o gusto musical pode ir cambiando quen eu vou sendo?). Partamos da base de que case todas as persoas tendemos a un gusto musical amplo (en maior ou menor medida) pero asentado habitualmente en máis dun estilo. Concibamos así mesmo estas querencias estéticas como móbiles tamén ao longo da nosa biografía. Son un proceso aberto en continua transformación, no que a descuberta forma parte esencial e nos fai conectar con partes durmidas –por así dicilo– de nós mesmos que eses estilos esperan e potencian.

A Función-Integración: Por último, a música favorece a integración cando actúa como un axente que axuda a abrir as portas e ventás do individuo –ou entrar en laberintos tamén...–, pero en definitiva, saír do EU mediante a forxa dunha identidade. Esta identidade permítenos conectar con semellantes que senten certos estilos musicais coma nós e, sobre todo, que senten e viven toda a cultura asociada a eses estilos dun xeito semellante ao noso. Non esquezamos que dalgunha maneira, integrarse socialmente (neste caso mediante a música) tamén implica comprender a singularidade inasimilable do outro (neste caso concreto ser consciente de que hai múltiples estilos e rasgos culturais asociados a estilos musicais que pese a non ser os que vivimos como propios axudan a integrar socialmente a outros que non son eu; a isto tamén lle chaman madurez...)

Sigo cos músicos:

Desde o punto de vista dos facedores de música, esta ten 3 dimensións: a laboral, a artística e a científica, o que traduciría automaticamente a música en oficio, arte e ciencia. Nunha pretendida carreira longa e fructífera un músico debe estar nutrindo constantemente esas tres dimensións. Así, sabemos que o control técnico do instrumento se vai atinxindo en fases nas que primaria o que podemos denominar aspecto deportivo da música (un aspecto determinante, por suposto, pois é a condición 'sine qua non' para calquera pretensión expresiva cun instrumento, pero que tristemente pode chegar a engaiolar a unha preocupante cantidade de músicos que quedan atrapados nunha pirotecnia carente de profundidade artística). Este control técnico bebería e daría de beber ás dimensións laboral e científica. Estrictamente da esfera científica sería o estudo da harmonía ou das técnicas de composición, por exemplo. A música ten moito de exercicio intelectual abstracto nestes dous aspectos. A sorte é que é unha matemática que sempre ten correspondencia no plano físico, porque os acordes e as composicións acaban facendo vibrar o aire, afortunadamente. E que hai do artístico? Acó é onde considero que se produce a grande paradoxa. É obvio que son moitos os intérpretes e compositores que saben destilar musicalmente o magma social do seu tempo. Pero para achegarse a ese ideal é precisa unha concepción evolutiva da música e do músico. No fondo é preciso andar un camiño dialéctico entre música e músico. É este un camiño que ten de feito moitos paralelismos coa mística e coas vías do denominado desenvolvemento espiritual –unha peza clave nas relixións orientais e tamén na concepción máis libre e menos dogmática das relixións monoteístas–. É practicamente unha vía espiritual da que estou falando, a que sería garante dun alto grao de evolución artística para o músico practicante (valla o paralelismo). Chega un momento no cal a música é case indisociable de quen é a persoa que a interpreta ou compón. Nos estilos onde a improvisación xoga un papel esencial falamos dun grao de conexión aínda maior, xa que entra na ecuación tamén o factor espontáneo que fai aflorar o momento concreto no que a execución musical está tendo lugar... traendo así ao primeiro plano todo o potencial expresivo que o intérprete saiba ou poida ofrecer en tempo real. Penso que en calquera estilo musical (con ou sen improvisación asociada) e mesmo falando del nas súas dimensións interpretativa ou compositiva

acontece isto: a evolución e mellora son só posibles cando están intimamente ligadas á evolución e profunda exploración persoais de quen toca ou compón.

Aí é onde penso que se produce a paradoxa: o músico debe forzosamente entender o que é a música para os oíntes (a súa funcionalidade) se pretende evolucionar. Só dese xeito afloran os novos retos instrumentais ou compositivos. Entendendo que a música é íntima, identitaria e integradora, con todo o que iso implica... coa cantidade de emocións, ideas e símbolos que afloran potencialmente nun só acorde, nunha pasaxe musical, na peza enteira, nun disco ou nun concerto... Aquí é precisamente onde penso que reside a dimensión artística da música, a que entronca cunha busca de significados musicais e vitais de natureza case mística. É unha busca chamada a non rematar nunca porque a súa natureza é infinita, como a sensibilidade potencial que temos para atopar posibles novos significados que ligan a música coa vida.

O xeito de conformar un repertorio, ou de planificar unha obra musical escrita debora levar aos facedores de música a contemplar certa funcionalidade social polo tanto (intanxible, si, pero non por iso menos eficaz). Habrá ideal máis nobre para os músicos que formarse na capacidade de tentar adiviñar o pouso emocional, o poder evocador ou a excitación concreta que pode exercer una determinada peza sobre o oínte? As posibles paisaxes sonoras son innumerables: desde as máis rudas e violentas do Trash Metal ata as máis contemplativas e sutís das frutas xaponesas Shakuhachi pasando polos contaxiosos e hipnóticos ritmos de Mali. Dentro de cada un destes contextos tan diferentes entre si, aparece sempre (case coma un universal) a pretensión de contar unha historia con puntos de tensión e relaxación ao longo do programa de concerto. Este relato mantén a natureza de cada unha destas manifestacións musicais, pero nel opera un arco expresivo que nos leva de viaxe transitando diferentes emocións. É evidente que estas paisaxes musicais non saben de clase, nin de época, nin de nación... Penso que de maneira consciente ou inconsciente, grandes da música tan variopintos como J.S. Bach, Camarón de la Isla, Jimi Hendrix, John Coltrane, Maurice Ravel, Vladimir Horowitz, Prince ou Arvo Pärt ou Salif Keita fixeron (ou seguen facendo, no caso de Pärt e Keita) iso: conectar de maneira maxistral cun depósito de significados intelectuais, emocionais e simbólicos. escoitar a súa música é

potencialmente curativo, porque nos permite conectar persoalmente co arquetipo racional, emocional ou simbólico presente na mensaxe da súa música e alimentarnos da súa profundidade.

E conclúo coa propia música:

Para comprendermos a carga intelectual, emocional e simbólica que ten a música penso que é moi ilustrativo facer unha inversión de termos e buscar primeiro a carga musical que teñen o intelecto, as emocións e o simbólico. Estes afloran dun xeito case delator na oralidade. A fala de cada un de nós é unha especie de música inconsciente que aflora a cada palabra pronunciada. Dá conta de rasgos xerais da nosa personalidade, do noso estado de ánimo momentáneo, dos nosos desexos, dos nosos medos, de quen somos por dentro... Delátanos a cada ritmo, intervalo e dinámica que “escollemos” para falar ou máis ben que nos “é escollida” e imposta inconscientemente por parte daquela razón, emoción ou presenza simbólica predominante que nos habita no momento da verbalización. Con todo isto estoume referindo precisamente a atopar música onde non existía a pretensión de que houbera música... Esa involuntariedade musical do discurso falado é o que converte en autenticamente reveladora a música que de aí se pode destilar. Quero ilustrar esta cuestión con dous exemplos contrastantes. Son transcripciones da música que subxace á expresión oral de dúas persoas. É dicir, a codificación de cada sílaba, palabra e frase falada nas 12 notas musicais, na súa correspondente oitava, no ritmo no que se produce toda a cadea de ataques e coas variacións dinámicas (volumes) correspondentes a través do discurso. Propoño un xogo... Imos escoitar soamente a música que lle foi sustraída a cada un dos discursos, polo tanto sen a voz orixinal que foi transcrita. Gustaríame que fixeramos logo un pequeno polen de ideas, adxectivando a música que oímos. O propósito de afondar nas sensacións que nos produciu a música con adxectivos, é tentar adiviñar de que tipo de discurso se pode tratar e incluso de cal é o estado anímico das persoas que falan. A ver que pasa con este pequeno experimento...

(escoitamos o audio 1 “Había Nieve” e adxectivamos)

(escoitamos o audio 2 “Cada Noite eu Chorando Pensaba” e adxectivamos)

(desvelo un a un os audios e fago un pequeno comentario sobre a natureza dos dous discursos e como a música deles é capaz de transmitir sen as palabras)

E xa concluíndo. Falando de definir a música... Un dos meus mellores amigos, o baterista e percusionista Marcos Vázquez pensaba que a definición que todos aprendemos de pequenos sobre a música (aquela definición clásica que di “A música é o arte de combinar os sons, e estes co tempo) era así: “A música é o arte de combinar os sons, e estes, co tempo...). A min paréceme una definición moito máis axustada á realidade, porque ten en conta dalgún xeito o factor evolutivo e a vía de profunda búsqueda a través do tempo inherente á música da que falei nesta intervención.

E quero precisamente rematar cunha última reflexión sobre o tempo na vida e o tempo na música. Creo que hai 3 temporalidades que conviven simultaneamente nas nosas vidas, e tamén o fan cada vez que interpretamos ou escoitamos unha peza musical. Os seus nomes simbólicos ben poderían ser: o tempo-Xesto, o tempo- Camiño e o tempo-Aroma.

O Tempo-xesto é intuitivo. Escollelo ben e precisalo fai que o inmediato teña xenio, como unha miniatura fugaz.

O Tempo-camiño conta a historia. Conduce os xestos de maneira consciente e lineal (por iso se adoita pensar que é o único tempo que existe).

O Tempo-aroma é un pouso calmo. Envólveo todo en espirais que vaporizan lentamente os nosos desexos máis profundos (e tamén os medos).

Penso que estes 3 tempos están sempre activos cando tocamos Música, pero aínda están máis presentes nas nosas vidas.

Moitas grazas.

Os sinais da voz

Pilar Martínez Conde (Pilocho)

Cantante

*Oín cantar e chorei,
oín cantar e chorei:
Vállame Deus como cantan
amores que eu olvidei!*

Se houbera que suliñar unha peculiaridade que fai diferentes aos seres humanos da inmensa maioría dos animais, esta sería a capacidade de articular palabras, de expresarnos e de falar, que marcan as relacións duns con outros. As palabras son os vehículos que transportan o son, o son que nos permite relacionarnos, o son que atravesando a historia e o tempo, e evolucionando con eles, consegue que nos identifiquemos có grupo e mesmo que nos sintamos parte del. Palabras e silencios que compoñen o son da música propia de cada individuo, a nosa propia voz.

A voz acompáñanos dende antes de descubrir o exterior do corpo das nosas nais, a voz que escoitamos e que quedará impresa no noso acervo persoal como unha importantísima carpeta de vivencias non racionais pero presentes e influentes posteriormente, para lembrala e sentila, como a música grata da banda sonora do noso desenvolver ata asomar ao mundo. A voz converterase así, posteriormente, no son máis importante que producirá o instrumento musical có que todas e todos nacemos, o noso corpo.

Os estudosos da neuroloxía parecen estar de acordo en que xa os neardentais, con unha sonoridade menos clara que a actual e bastante máis nasal, tiñan xa a capacidade de comunicarse por medio da linguaxe articulada.

En base a iso consideran que é máis que seguro, que utilizaran a súa voz de xeito cantado, ben soa, ou ben acompañada, de percusións corporais ou golpeando sobre obxectos da natureza. Tamén é importante a pesares da ambigüidade que hai ao respecto, tomar en conta que os primeiros instrumentos musicais que se atoparon datan de 35.000 anos atrás.

Non hai tampouco acordo sobre cando se pode datar a aparición da linguaxe tal e como agora a concibimos pero sí o hai en torno a que o coñecido como homo erectus, anterior ao neardental, xa imitaba os sons da natureza pola propia supervivencia, imitaba sons producidos por outros animais, o que lle podía proporcionar un extra na súa alimentación e tamén, cousa moi importante, traducía ao son da súa voz as emocións que os feitos naturais ou cotiáns lle provocaban: a dor pola perda dalgún dos seus, o grito para chamar a outros conxéneres, e moitas outras manifestacións vocais que lle proporcionaban alivio. Desas manifestacións ao canto non hai distancia ningunha. Así pois, en definitiva, descubrir que mentres haxa alento, hai voz e se hai voz por suposto hai vida, é seguramente outro dos seus grandes achádegos.

O poder da voz non se oculta ao longo da historia da humanidade.

Non podemos obviar que todas as crenzas teístas que tanta influencia tiveron nos nosos antergos, que pensaban que toda a creación proviña da voz de Deus, conformaron a dedicación das voces humanas a adorar, suplicar ou glorificar a existencia do mesmo, e non só na relixión católica falando de que “no principio era o verbo que se fixo carne...”, senón que, tódalas culturas albergan un comezo similar de crenza colectiva na harmonía dos sons da natureza que serviron para ser reproducidos e imitados, por parte das diversas civilizacións con intención de facerse partícipes das cerimoniais de achegamento entre humanos e deuses, e mesmo nas distintas facetas da vida e da morte das persoas; cerimoniais de nacemento e pasamento, de cambios de estación, de estímulo para o traballo, de cambio de status de nenos a adultos, de despedida e benvida de guerreiros e por suposto de intimidade e achegamento entre a familia, que sempre se celebraron, ou mellor dito, se acompañaron de cantos e sons producidos, moitos deles pola voz humana.

Algúns autores fan comparacións moi gráficas para facernos entender cómo se produce a voz nas persoas. Das que eu lín, a que máis me chamou

a atención foi a que compara a incidencia dos raios de sol sobre un prisma de cristal e produce e descompón a luz nas sete cores do arco iris, así sería que a voz podería producir, segundo se utilice, os diferentes tons ou vibracións que coñecemos e que cada persoa tería a súa resonancia propia, a súa voz característica que producen os armónicos que conforman o noso timbre individual. Todos temos a capacidade de escoitalo e algúns, con unhas capacidades sinestésicas maravillosas son capaces de velo ou de ulilo ou de relacionalo con outros sentidos e convertilo así nunha forza de poder extraordinario.

A forza, a enerxía que o noso son, a nosa voz ten, é realmente apabullante, moitísimo máis grande do que moitos de nós poderíamos imaxinar.

Non se nos pode escapar, e menos neste contexto de profesionais da saúde mental como sodes a maioría de vós, o que sucede con moitos dos vosos pacientes cando escoitan voces dentro da súa cabeza que son capaces de alterar por completo as suas vidas e os seus comportamentos.

Non podemos esquecer o que supón un constante estímulo negativo ou unha perpetua censura do comportamento dunha persoa converténdose nun dos peores maltratos que se poden sufrir, e non se precisa para facelo máis que de palabras.

Hai moitas achegas literarias para ilustrar o poder das voces tanto sobre materiais inertes como sobre materia viva.

Todos coñecemos o feito de escachar a copa de cristal cando canta unha soprano. O feito de que sexa unha soprano, ése sí é o mito, non inflúe para que isto sexa certo, porque realmente trátase de un fenómeno estudado pola física acústica que indica que, partindo da premisa de que o son, a voz polo tanto, se transmite a través de ondas que posúen unha frecuencia determinada, cando esta frecuencia coincide coa frecuencia da resonancia do cristal da copa, exactamente a mesma frecuencia que se ha de escoitar previamente e manténdoa durante un tempo na emisión estable, prodúcese ese estoupido, dependendo tamén das cualidades do cristal, que non sexa poroso para que non absorba as vibracións.

Tamén hai relatos acerca das transformacións que pode chegar a sufrir o

corpo humano cando utiliza baixo presión a voz propia modificada de timbre, chegando a cambios radicais nos caracteres secundarios do corpo como po exemplo desenvolver mamas ou provocar un parón no crecemento do vello facial cando algúns homes cantan con voces de muller. Prodúcese logo cambios hormonais que revirten cando se deixa de utilizar a voz para papeis operísticos con intensa carga emocional. (Relato do Holocausto do grupo de músicos xudeus no campo de concentración nazi).

Todos coñecemos tamén o poder da voz que relatan as relixións e as lendas como a das sereas que coas súas voces fermosísimas arrastraban aos mariñeiros a estrellarse contra os penedos provocando a destrución dos navíos, ou a historia bíblica de Josué o lugartenente de Moisés que conquistou Xericó e derribou as súas murallas utilizando as voces das xentes do seu pobo e os instrumentos de corno dos seus sete sacerdotes. As teorías sobre o poder das voces sobre a materia chegan a propoñer como unha posibilidade, que os exipcios foran quen de mover esas inmensas pedras a base de coros de milleiros de persoas. Quén sabe...

O que sí é certo, é que a través da voz puidemos ir gardando, xeración tras xeración, unha inmensa cantidade de tradicións orais, que conforman un patrimonio de inconmensurable valor. Todos os cantos dos que gardamos testemuña gráfica dende o primeiro fragmento de arxila que aparece en Ugarit, unha antiga cidade portuaria situada na costa mediterránea no que hoxe sería o norte de Siria, (pobre Siria hoxe tan maltratada e berce, como Grecia, dalgunha das civilizacións máis antigas que se coñecen), unha cidade desaparecida no ano 1200 a.c. e que nos deixa a máis antiga notación musical que se coñece. Pero si resulta conmovedor algún dos achádegos das civilizacións antigas, para min sería sen dúbida o epitafio que se coñece có nome de Seikilos que aparece en Dinamarca a mediados do século pasado, cando unha pequena columna que se utilizaba como base para poñer unha maceta, portaba estrañas inscricións sobre o mármore, que resultaron ser unha auténtica partitura con texto tallada a man. Unha vez transcritas, aparte da notación musical, atopamos as palabras que Sículo, na Grecia do século I d.c. dedicara á súa muller Euterpe con motivo do seu pasamento. É por certo ben interesante rescatar o que di, porque era Sículo un auténtico sabio, cando neste canto funerario mandou escribir:

Mentres vivas,
se alegre, que nada che perturbe.
Que a vida é curta
e o tempo cóbrase o seu dereito.

Cantores exipcios, gregos, troveiros, xogrades, bardos, inuits, xitanos, cegos... e así cantores de tódalas civilizacións que nos precederon e que aínda hoxe exercen o seu oficio, cantautores, bluesmen, fadistas, cantaores flamencos, tanguistas, rapeiros e tantos outros que coas súas voces dan testemuña das súas vidas e das súas experiencias, as máis das veces ben pouco comprendidos e soportados ata que o sistema os fagocita e os cuspe como produtos comerciais.

Existe tamén a crécia, sobre todo en cantos propios de culturas determinadas como é o blues, o tango, o fado ou o flamenco, de que as experiencias previas e o escoitar aos anterigos, convivir ou mamar, como se dí, dende nenos, as maneiras de cantar esas determinadas músicas, prepara aos futuros cantantes dun xeito especial para poder facelo. Non o dubido, todos coñecemos o pasado tormentoso na vida de moitos e moitas cantantes pero tamén sabemos, e xa falamos ao comezo desta lectura que a aprendizaxe inicial, a dos primeiros anos, é realmente definitiva no que a identificación grupal se refire e a imitación e bagaxe sonora aprendida no seo materno tamén.

As voces, as nosas voces, a voz de cadaquén é tamén un sinal da propia identidade. E curiosamente non é fácil para cada un de nós recoñecela. Sucede con moitísima frecuencia que cando nos gravamos non nos recoñecemos, non somos capaces de recoñecernos na voz que sona. Non é a mesma voz para nós e para os demais.

Na nosa voz depositamos e transmitimos o que somos, o que somos e o que nos sucede en cada momento; delátanos constantemente diante da xente que nos coñece e fai crear un perfil, tan de moda últimamente esta palabra, sobre nós, que pode configurar unha idea acertada ou totalmente falsa para quen non nos coñece e nos escoita fugazmente.

As emocións, os estados de ánimo, o cansancio vocal, calquera variable interna ou externa a nós, ten a súa incidencia na voz das persoas.

Non se precisan grandes estudos científicos para observar que cando un está excitado, nervioso, alegre, ilusionado... tende a falar máis a presa e máis agudo; pola contra, cando estamos baixo a influencia dun disgusto, tristeza, dó, ou dor física mesmamente, o ton baixa e a velocidade tamén o fai.

Na voz en vivo, cousa que non sucede cós intercambios de texto, whatsapp por exemplo, que nós facemos últimamente, resucitamos, como sempre ocorre, as sensacións que tivemos cando, por exemplo, falar por teléfono non nos deixaba comunicar como quixeríamos coas persoas queridas, porque xa tiñamos a sensación de non comunicar como cando temos interlocutor diante de nós, pero, co paso do tempo, co paso do uso realmente, fomos desenvolvendo habilidades para ser certos á hora de darnos conta de que á persoa que fala dende o outro lado lle sucede algo ao escoitar a súa voz. Quén non puxo en cuestión a voz que escoitaba dicindo: pásache algo? É que tés a voz un pouco rara... Hai unha fermosísima peza teatral, convertida despois nunha ópera por Francis Poulenc, de Jean Cocteau, que escribiu para a súa queridísima amiga Edit Piaf pero que Piaf, a pesares de ser a grandísima que foi, non foi quen de levala a escena. A obra chámase “La voz humana”, foi escrita no ano 1930, cando o teléfono comezaba a súa popularización en París, e pon en escena con unha soa personaxe, unha dura ruptura sentimental. Nun dormitorio dunha vivenda particular, clase alta, unha muller, que fixeron grandísimas actrices da historia do cinema como Anna Magnani, Ingrid Bergman ou Amparo Rivelles na escena española, e recentísimamente, en formato operístico, no Auditorio Gustavo Freire de Lugo, a soprano Laura Alonso, sofre en alta voz a separación do seu home. Na peza ponse de manifesto que enganosa pode ser a información que se pode dar, cando non se ve á persoa coa que se fala e tamén, qué enganosa a información que se recibe, cómo se pode manipular coa voz como vehículo, sen piedade e sen pudor, utilizando o único que podería poñer calma a unha ansiedade por separación: un teléfono que a muller permanentemente demanda que funcione. É realmente interesante de ver e difícil, seguro, poñela en escena.

A entonación que poñemos cando falamos, é realmente a música da voz, nada hai máis revelador que a entonación que poñemos cando dicimos por exemplo un sí ou un non para entender qué carga emocional traen consigo.

A entonación que, curiosamente aí, nese contexto, no que ninguén desafina e todos e todas comprendemos; a entonación, e aquí comezo a adentrarme no terreo das voces profesionais, as voces de locutores, actores e actrices e tamén, cómo non, nas voces de cantantes é unha das bazas máis importantes que temos para xogar.

A voz, segundo un dos máis recoñecidos foniatras, que estudou e coidou voces profesionais durante toda a súa vida, Jorge Perelló (“Canto y dicción” 1980), non é máis que aire sonorizado, ou o que é o mesmo, aire convertido nunha vibración capaz de producir unha sensación acústica. Qué prosaico non? Despois de tanta literatura para falar do tema, pero, realmente, para tratar as cuestións dende o punto de vista máis científico-técnico, descompoñelas ata a súa orixe seguro que é a mellor estratexia de traballo, non o dubido, (pero a miña cuestión posterior sería, qué tipo de sensación acústica queremos ou procuramos producir). O aire pulmonar pasa polo esfínter glótico onde se produce unha vibración das cordas vogais que se amplifica polo efecto dos resonadores faciais. Iso sería en pouquísimas palabras o proceso de “producción” da voz.

A voz falada e a voz cantada proveñen exactamente do mesmo instrumento, proveñen do mesmo corpo, dos mesmos órganos, non é tanxible e polo tanto traballamos nelas a través de sensacións e sons. A voz falada usámola todos e todas para comunicarnos con alguén a quen temos a moi pouca distancia. Cando a distancia se amplía pasamos ao grito, cousa típica nos patios escolares por exemplo, ou en lugares, onde habendo un volume alto de son, vémonos obrigados a berrar por riba do ton habitual, coas consecuencias de todos sabidas, afonías, ronqueiras etc., tan frecuentes despois de noites de farra. As diferencias pois entre voz falada e cantada parten precisamente deste punto, de que a necesidade de facerse escoitar por un auditorio, obríganos a utilizar outro tipo de técnicas que nos permitan proxectar a voz máis alá do que a voz falada nos esixe, utilizar moitas máis notas e con maiores distancias, máis volume de aire e mellor control da respiración, maior esixencia técnica e por suposto moitos máis coidados, todo isto sempre baixo a premisa inesquecible da súa dependencia total da estética e da música, chegando a sacrificar incluso a articulación tan imprescindible na voz falada. (Sacrificio das consonantes)

Pero a voz falada tamén é de uso profesional en moitos casos e moito máis frecuente o seu uso e o seu deterioro, se non se toman medidas de hixiene vocal, do que pode parecer. As e os profesionais da educación, profesoras e profesores que han de facer uso continuado da voz, non tanto a longas distancias como a auditorios ruidosos que obrigan a excesos vocais que entrañan consecuencias de sufrimento vocal como afonías ou ronqueiras, que se ven alimentadas pola ansiedade de ter que cumprir as programacións escolares, con ou sen voz, que día tras outro machacan a súa voz por non saber “colocala” adecuadamente porque ninguén lles ensinou a facelo.

A colocación, que é un dos termos máis usados cando falamos da voz, o lugar idóneo onde sentir a súa resonancia e transcendencia sen mancar as nosas cordas vocais, o lugar que mellor resolverá os problemas de proxección para chegar aos interlocutores ou máis profesionalmente dito, a regulación óptima entre o acoplamento acústico da cavidade de emisión, có xerador glótico, ao dicir da foniatra Teresa García Real.

Máis profesionais da voz falada, os locutores habituais ou ocasionais, que precisan unha dicción óptima xunto con unha precisión na velocidade de emisión que manteña a atención dos seus escoitantes, baixo o risco de que cambien de emisora, de canle de TV ou mesmo de público que abandona as salas de conferencias cando se satura dunha emisión monótona ou monocorde e pouco estimulante. Vendedores ou voceadores que sabiamente van aprendendo a protexer as súas voces por pura supervivencia modulando con insistencia cada pouco tempo o que lles serve tamén para captar mellor a atención dos seus posibles compradores.

Tampouco vou obviar que para algún destes profesionais, o uso do micrófono ou do megáfono supuxo unha axuda importante, pero pouco ten a ver o uso traballado da voz e a súa proxección con un aumento de volume ou corrección de son como o que fan agora os micrófonos e tampouco no caso da voz cantada.

A voz cantada ten polo tanto unha serie de condicionantes que esixen unha formación técnica vocal moi importante e que orixina tamén moitas ma-

neiras de enfrontala. A dependencia eterna da formación e o mantemento físico, o traballo vocal, os desprazamentos as veces realmente agotadores para unha persoa que ha de aclimatare a un novo lugar de traballo cada día, sen esquecer tampouco, como falabamos da voz en xeral, da dependencia de factores externos, novamente, estados de ánimo, emocións, cuestións familiares ou sociais... e tantos condicionantes que poden poñer a proba a profesionalidade de calquera, cando se pon diante do público sen facer o exercicio previo de concentración e afastamento dos problemas para momentos posteriores. A quebra é bastante habitual e apearse da voraxine do traballo supón en moitos casos non poder volver a coller o ritmo.

Pero non resulta tan fácil cando se traballa con emocións e os traballos artísticos, e o canto é un deles, no que se esixe do profesional unha sensibilidade e ao mesmo tempo un mantemento da distancia con esas emocións, as veces é realmente duro de manter. É típica a frase utilizada en tódolos teatros e escenarios de que has de emocionar, pero non emocionarte, porque aí perderías os papeis e, falando de voz, quebrarías como un cristal ao calor do lume.

A aprendizaxe da técnica vocal para cantantes, e sobre todo no canto lírico, que é o que máis esforzo require, supón un extra de formación para calquera dos outros tipos de canto, xa que revisa tódalas posibles dificultades de abordaxe para traballar as técnicas respiratorias, a musculatura fonal e a beleza do son da voz limpa. As diferentes escolas e métodos de canto ofrecen os seus avances e resultados incluso en forma de compendios de partituras, organizados por orde de dificultade, comezando polas escalas máis sinxelas e avanzando polas distancias interválicas de menor a maior grao, semitóns e alteracións que obrigan a traballar ordenadamente coa voz axudándose de pequenos textos e melodías con dificultade crecente. Todo iso induce lenta pero seguramente a acadar habilidades como calquera aprendizaxe de calquera instrumento. Tamén é verdade que hai persoas que nacen con maiores ou mellores capacidades para cantar, incluso con unha colocación natural, con esa colocación da que falabamos un pouco antes, que proporciona un extra no canto, pero realmente, cando sofren un traspés por algún motivo, e créanme, no mundo do canto, os traspés poden ser infinitos, e están á orde do día, (un percance físico que

che aparte un tempo, un asunto familiar que requira a túa presenza, un baixón de autoestima...) ter estudado a técnica do canto dende cero, proporcionáanos unha seguridade de poder retomar, que sin ela, a pesares da natureza non teríamos posibilidade de conseguir sen facer un grande parón que nesta profesión suporía unha factura moi dura de pagar.

Tamén é ben certo que un bon uso vocal, como o que a hixiene e a técnica proporcionan, evita danos, reparables ou irreparables que se producen por un mal uso da voz. Edemas, nódulos, pólipos e afeccións varias que nalgúns casos se reparan con un repouso vocal breve ou con exercicios, pero outros requiren intervencións cirúrxicas que a todos os que nos dedicamos a isto nos preocupan porque, voz só hai unha para toda a vida. As ronqueiras permanentes e a aparición de aire no falar son sinais preocupantes e que deberamos facernos ver, anque sabemos que moitos dos grandes cantantes de fermosísima voz rota, pagan a peaxe do quirófano periódicamente e aí están e, esa voz é precisamente a súa identidade, aquela coa que se lles reconece.

Falamos xa da identidade que nos proporciona a nosa voz e que polo tanto non hai dúas voces iguais, pero para poder traballar nelas ou con elas, empréganse clasificacións aceptadas case unánimemente, con moitas subdivisións, para facer unha achega o máis próxima posible á voz que se quere clasificar. As habituais, soprano e contralto coas mezzos intermedias para as voces de muller e os tenores e os baixos, cós barítonos no medio para as voces de homes. Baixo o meu humilde punto de vista hai que escoitar e traballar sen tantos prexuízos, que acaban por negar evidencias e gustos da xente que canta dunha maneira ou doutra e ao final sempre vai a aparecer o lugar axeitado para cantar máis cómodo e máis libremente. Non quero esquecer aquí as voces que no seu momento fixeron os castrati, nun momento, nun longo período, no que a igrexa, e non só a de Roma, xa que este costume comezou no século XII na igrexa bizantina, que rexeitaba a presenza de mulleres, por impuras, nas súas estruturas corais, e cubría a súa falla castrando aos nenos que preparaba e seleccionaba, segundo as súas habilidades vocais có consentimento das súas familias, para as que supoñía, nos máis dos casos, un alivio económico, que a igrexa se fixese cargo deles, manutención incluída. Algúns deles pasaron á historia con fama e

status social elevado como o caso tratado xa no cine de Farinelli, pero dúbido que así fora para a inmensísima maioría deles. O último castrado, do que quedou constancia, chegou a comezos do pasado século e consérvase del unha gravación sonora do ano 1902.

Utilizar a voz cantada, que obriga a implicar a determinados músculos faciais que son comúns aos que utilizamos na risa, na sorpresa ou simplemente na alegría, supón desencadear as mesmas sensacións que elas e proporciona un extra de gozo e de satisfacción que nos deixa aliviados e preparados para afrontar calquera cousa con outra disposición moito máis grata. Por iso é que mentres cantamos temos esa sensación de esquecer todo e disfrutar nós e tamén facer disfrutar aos demais.

Se canto
 Não sei o que canto
 Misto de ventura
 Saudade, ternura
 E talvez amor
 Mas sei que cantando
 Sinto o mesmo quando
 Se tem um desgosto
 E o pranto no rosto
 Nos deixa melhor

Amália Rodrigues

La otra vida de Brian

Antón Seoane

Psiquiatra e músico

correspondencia: aseomon@yahoo.es

Brian Wilson. Un músico genial y loco, o al revés. No ha sido el único, Schumann, Rajmáninov y otros más...

Todos ellos, atrapados en un mismo lenguaje complejo y con procesamientos propios, según de quien hablemos: Compositor, Intérprete, Oyente, o de las 20.000 Células de Corti.

“*La Otra Vida de Brian*”. Quizá hubiera sido el título idóneo, pero las siestas embarulladas propician el descontrol y amaneces intentando reflexionar sobre LA MÚSICA! En fin, *La Otra Vida de Brian*; ya que como el de la película, fue crucificado por sus propias ideas y genialidades y por el cenáculo de un entorno siniestro y hostil. También, como el primer Brian, precisó de tiempo para ser entronizado.

Bien mediada la década de los sesenta, los “enteradillos”, ya sabíamos que la guerra de fondo era: *Beatles/Beach Boys*. De un lado, estos últimos; tres hermanos, un primo y un amigo, mecidos al sol de California. Grandes voces, músicos mediocres pero con un genio como líder. De otro lado: cuatro buenos músicos, dos de ellos, genios también y que siendo muy jóvenes, marcharon a Hamburgo, para, un año después, poner todo patas arriba.

Dos poderosos acordes, enmarcan el periodo, en que nuestro líder, enloqueció. El primero, disonante, de *A hard days night* y el segundo, tónico y resolutivo con que concluía *Sgt Peppers*. Pues bien, entre uno y otro acorde, Brian Wilson, se volvió loco, sus compañeros, como poncio pilatos lo ignoraron, mercantilizándolo y sus productores lo invitaron al holocausto y a la miseria.

La otra vida de Brian; es la de un niño enurético recalcitrante, posiblemente disléxico, con cualidades musicales innatas, que recibió su primer revés, cuando en un examen, no concluye la composición de una sonata. Después, se manifestaría lucidamente autodidacta, reconociéndose analfabeto en solfeo, no constando, que se sepa, ninguna partitura autógrafa, como tampoco de sus admirados *Beatles*.

Creció dentro de una especie de disfuncionalidad social, con ciertos matices aspergoídes, teniendo en la música su verdadera pasión, “*La música es la voz de Dios*”, proclamará caminando hacia la locura.

Dirá J.A. González en su libro “*Divina Locura*”: “*Culto en sus conocimientos e intuiciones musicales y torpe en sus relaciones con el exterior, maduro e infantil, Brian era la indeterminación*”, a lo que se podía añadir: de la que eclosionaba cuando se encerraba en el estudio con su piano –*el lugar donde ocurre la magia*–, con sus máquinas y con sus voces, primero para crearlas, después para sufrirlas. El que fue su letrista de confianza y amigo, Tony Asher, lo definió escueto y certero: *Un músico genial, pero un aprendiz de ser humano*, anteriormente, ya lo había definido como, *un niño, que nunca había dejado de serlo*.

Nuestro protagonista, fue, el mayor de tres hermanos; hijos de una madre, Audree, buena cantante, que acabó alcoholizada a base del maltrato de su marido, el padre de la saga. Este, Murry Wilson, además de trabajador no cualificado, era un músico de vocación con “pretensiones”; compositor, pianista, pero en absoluto dotado del Don de su primogénito. Descrito como tiránico y déspota; todos los hijos serán víctimas de su carácter y malos tratos, físicos principalmente y en el caso de Brian, psicológicos. Ninguno de ellos irá a llorarlo cuando falleció en 1973.

Una relación insana y atropelladamente especular, hasta el último día, caracterizó el trato que dispensó, en exclusiva, a nuestro personaje, al que tanto le costaba reconocer su genialidad, que a punto estuvo de destruir su obra. Aun así, Brian siendo pequeño, también había sufrido su dosis de daño físico, dejándolo sordo para siempre, de su oído derecho, al golpearle con un bate. En este daño, el padre, perpetraba una especie de truculenta equivalencia, ya que, en un accidente laboral había perdido un ojo... un oído por un ojo.

De “*Bendita Locura*”: *Para Brian, el padre era un enigma que podía ser salvaje con una sonrisa en los labios, sancionando una y otra vez, las que despreciaba como torpezas del hijo. Así, se fue transformando en un niño vulnerable, tímido y sumiso. Aun por encima, el doble falsetto al que podía llegar con su voz, era considerado por su padre, como propio de un “mariquita”, manera de cantar que después sería la marca identificatoria de los Beach Boys. Parafraseando al psiquiatra De Bernardi que seguiría las peripecias de su caso, Brian Wilson se sentía como un niño en un mundo poblado, exclusivamente de adultos, concluyendo el párrafo de “Bendita Locura”: como Pessoa entendía que su alma era una cosa decorativa. No llegó a saber si sufrir es humano, corrió en pos de la verdad, la belleza del sonido, para terminar frente al muro del alma muda.*

Pese a su máscara de humor y sociabilidad, con los matices aspergoídes al fondo, fue un solitario sin amigos reales ni confidentes, salvo contados, todos ellos nacidos alrededor de su poder creativo, fue el caso de sus letristas y también de Paul McCartney. Torpe en sus primeros escauceos pasionales, en la vida cotidiana era incapaz de tomar decisiones nimias; también en su vida afectiva, amando a dos hermanas, buenas cantantes, un amor, disonante pero armónico, con una se casó, a la otra la amó. Con la que fue su mujer, Marilyn, tuvo dos hijas a las que reconocería, pasado el tiempo, que no había hecho ningún caso, mientras transitaba, primero la gloria y después la locura.

1ª PARADA DEL VIACRUCIS

Camino del Gólgota

Después de unos cuantos discos de buen nivel, en 1964, el grupo lanza una canción que los elevó a las alturas, *I Get Around*. Fue durante su grabación, cuando el hijo gritó a su “paterpatrone”: *Vete del estudio y deja de intervenir en mi música, lárgate de aquí; estas despedido*. Después, ya libres, hicieron su primer gran álbum, *Beach Boys Today*. Tenía, 21 años.

Pensó entonces que, para siempre, se había quitado de encima el ojo de un Dios terrible, pero más tarde, sufriría una venganza demoledora.

A partir de esa conseguida emancipación, todo el primer acto, transcurre,

entre 1965 y 1966. Los *Beach Boys*, que ya eran reconocidos por críticos y seguidores, asisten a lo inevitable, llegaba la *Beatlemania* a EEUU y con ella nacía una vorágine, que acabaría con Brian Wilson loco.

El 65 había nacido para su grupo con éxito, con su disco de emancipación, pero inmediatamente después los *Beatles* lanzaban su rotundo, *Rubber Soul*, disco que a Brian le impactó profundamente, tanto que a partir de ahí, no quiso volver a pisar los escenarios y así, mientras su grupo, intentaba mantener el tipo en directo, decidió encerrarse a componer: ¡lo nuevo debía ser algo que nunca se había hecho!.

Para más intensidad, ese mismo año, *B.Dylan* publica *Like a rolling stone*. Toda una onda de nuevas significaciones golpea el sistema, había aparecido El Sentido.

Hasta que llegó, el Big Bang, el 66. Los británicos lanzaban un álbum y un single perfectos, *Eleanor Rigby* y *Revolver*, tan solo tres meses después, de que Brian Wilson presentase su obra maestra, gestada en exclusiva, en la soledad de su cabeza, *Pet Sounds*. Con su casa discográfica en contra, con todo el grupo reclamándole, menos música “rara” y más himnos al surf, en él, se proclamaba que las olas que había que surfear estaban en otra dimensión. Pero del pretendido “exitazo”, el disco pasó a la nada; máxime, cuando, fatalmente, se publicó el mismo día en que *Dylan* revolucionaba El Todo, con su álbum *Blonde on Blonde*. La que iba a ser su gran obra, pasa entonces, sin pena ni gloria, convirtiéndose en un disco maldito, que sume a Wilson en la desesperación y la tristeza.

Nuestro personaje, instalado en la debacle y la desesperanza, se sintió desubicado, no asumiendo, porque no entendían y gozaban de aquellas composiciones. Con posterioridad quedó claro, que el álbum, contenía una música a contracorriente del gusto de entonces. Definitivamente, *Pet Sounds* había planteado una ecuación musical que casi llevó veinte años despejar y valorar. “Complejo para aprenderlo en una primera escucha”, había dicho *L.Berstein*, “música culta”, apostillaba *Phillip Glass*. Su partitura y construcción; todo en él, venía del futuro. Resultado: todo aquello no encajó en la mentalidad de aquel tiempo convulso y se consumó la derrota, a la postre, demasiado prolongada.

Pero pese a todo, Brian tuvo su remanso de gloria; tenía un as en la manga, guardaba una canción con la que cerrar aquel año explosivo, *Good Vibrations*. Horas y horas de grabación, de mezclas para materializar lo que el definía como, “pequeña sinfonía”. No hubo discusión, al fin, era recibido entre unánimes aclamaciones; todos dijeron que se trataba del single mejor de todos los tiempos; estaba en un pedestal! pero, llegó el segundo acto.

1967 y uno tras otro, los *Beatles* lanzaron cuatro desafíos: *Magical Mystery Tour*, *All you need is love*, tras golpear previamente, la mente de Wilson, con dos discos más.

Reafirmado con *Good Vibrations*, Brian había declarado que volvería sobre sus fueros grabando algo sublime, se llamaría *Smile*, “como una sinfonía adolescente a Dios”, de una musicalidad atonal, timbricamente compleja, ambiciosa pero..., recibe la visita de Paul McCartney, encuentro en el que se va a retorcer su aturdimiento, su estado de trema, cuando el beatle, deja caer a un atónito Brian “tienes que darte prisa con *Smile*, nosotros ya hemos acabado el nuestro”. El “nuestro” era la brillante y total respuesta a *Pet Sounds*; *Sgt Peppers*, el “apres coup” definitivo.

El primer golpe, tiempo ha, que se había producido. Cuatro meses antes el daño, la escisión, había eclosionado. Entregado a destajo a la que sería su “sinfonía a Dios”, un día, yendo en carretera, emerge de la radio la certeza presentida, manda parar el coche, y quedándose en silencio, de su boca emergió la apocalipsis, “lo hicieron ya, lo que yo quería hacer con *Smile*, lo hicieron ya”. Acababa de oír *Strawberry fields forever*. Desbaratado, su reloj se acababa de parar y en Brian, ya nada, realmente volvería a ser lo mismo.

La que debía ser su próxima “sinfonía”, quedó varada para siempre, como un futurible inacabado pese, a que, con el paso de los años, llegó a publicarse tal y como él había imaginado; pero ya nada era igual. La sombra de *Pet Sounds* le seguiría para siempre.

A partir de ahí, todo lo invitó al desvarío, él mismo, las drogas que consumía, la actitud mezquina de sus compañeros, su padre que seguía y seguía, la compañía discográfica Capitol, su mujer, los amantes de su mujer, malos terapeutas y más drogas y más gominolas; hasta que entró en el túnel, del que realmente ya no saldría hasta 1992.

2ª PARADA DEL VIACRUCIS

Judas sale al camino

Alucinaciones auditivas, las del padre en primer plano, falsos reconocimientos, pensamientos paranoides, algunos de ellos centrados en la figura de su admirado productor Philip Spector; aterrorizado hasta el embozo de la cama, su incapacidad para componer y sobre todo, un profundo y pasivo abandono, eran síntomas de un evidente desequilibrio que curiosamente, el entorno metabolizó a través de una apreciación; chocante. Su propia mujer afirmaría, tiempo después, que no había notado en él, nada raro, hasta 1969. Todo aquel destrozo, a ojos de sus allegados, no pasaba de ser, *Las Cosas de Brian*, como si fuesen cotidianas rarezas sin más, ignorando que más allá de la que consideraban una extravagante filosofía vital, pudiese existir un verdadero sufrimiento. En definitiva, su locura, a nadie concernía.

Pasaban los años y lo que preocupaba a los *Beach Boys*, era que su líder se había quedado colgado, de una trágica broma, *Smile*, aunque de su natural talento siguieran saliendo esporádicas buenas canciones, y lo que era peor, tenían que ocultar a su público, a los media, a la compañía discográfica, que la locura y las drogas eran la causa; lo que chirriaba con la pulcritud de imagen, que los otros integrantes del grupo querían transmitir, eran *¡El grupo de América!*...pero su cabeza pensante iba por libre, pudiendo adorar tanto al Dios armónico como a Lucifer.

En 1969, el padre, que aún seguía poniendo en su tarjeta, *“El hombre que hizo a los BB”*, lleva a cabo su vendetta. Siempre intrigante y oscuro en los contratos con su propio hijo, vende en secreto los derechos de autor de todas sus canciones por 700000 dólares, 30 millones a comienzos del 2000. De un plumazo, había arrebatado a Brian la única seña que lo identificaba plenamente como persona, sus composiciones, el resultado de su don identitario, la música.

Era 1973 y Brian estaba permanentemente del otro lado del espejo, cuando coinciden en el tiempo, la vida y la muerte. Nace su segunda hija, su esposa se la acerca y un Brian, ausente durante todo el acontecimiento y hasta el límite angustiado le confiesa: “no puedo, tienes tu que ocuparte de ellas, hay demasiadas cosas raras dentro de mí, no sé cómo ser padre, no quiero

ver a nadie, no quiero hablar con nadie”. Casi, sincrónico en el tiempo, su padre, fallecía. Brian entonces, se encerrará en un cuarto de servicio, habitado por cocaína, alcohol, LSD, anfetaminas, helados, hamburguesas, pasteles, y las inevitables gominolas, llegando a los 160 kg de peso.

Era 1975 cuando Judas sale a su encuentro. Acuciados por seguir ganando dinero con sus canciones, con el beneplácito de su mujer, su grupo decide recuperarlo. Llamen entonces a quien era un atípico psicoterapeuta, Eugene Landy. Psicólogo Clínico, entra en la vida de Brian, en una primera etapa de dos años, 1975 y 76, después de una fallida tentativa de ingreso.

El autor de *“Divina Locura”* así lo describe: *Era de pequeña estatura, hiperactivo hasta el mareo y se presentaba como Terapeuta Alternativo, tratando a toxicómanos en su clínica, cuyo nombre formaba las siglas Free: Libre y Gratuito; ninguna de ambas cosas resultó cierta.*

Con un aspecto cercano al que podría ser Chico, el hermano pianista de los Marx, el flamante terapeuta, puso en marcha su terapia de 24 horas de Control Total: ejercicio físico, medicaciones que no podía prescribir, dietas, vitaminas, horarios etc, y sobre todo, un aislamiento carcelario de todo lo que recordara el entorno del paciente, de modo que, al final de esa lobotomía virtual, este, se había transformado en un ser dependiente, como si fuese el único miembro de una extraña secta. Landy controlaba, hasta la edición de algunos discos “enfermos”. Lo estrujó, paseándolo como un ídolo tonto, por famosos late shows, hasta que, ya, como nuevo “paterpatrone”, reclamó la mayoría de los derechos de autor de las nuevas canciones, aduciendo que “existían y se grababan gracias a su tratamiento”.

Una vez más, la variable del dinero se manifestaba arma terapéutica. Cuando el extravagante Landy exigió doblar su minuta a 20000 dólares mensuales, Brian salió de su gominola toxica, para, por primera vez en su vida, golpear a alguien. Seguía igual de loco, pero, con un sonoro ¡Hijo de Puta! y un puñetazo, aquella terapia concluyó. Pero Judas, volvería a salir al camino.

Pasaron años de deterioro para él, para su familia y para su grupo, que demandaba más composiciones mediocres, *“canciones hamburguesas”* les llamaba

Wilson, y aun así, de vez en cuando, el Don reaparecía pero, el declive era evidente. Mientras, las únicas medidas que se tomaban, eran mal dirigidas por su primo *beachboy*, Mike Love, al mando de un ejército de matones ocupados en controlarlo, aplicarle duchas frías, reducirlo, etc. y pese a todo; de todo se metía. Mendigaba cigarrillos por la calle, descalzo y andrajoso, siendo el conductor del autobús escolar de sus hijas, su proveedor del mal.

Era 1978 y un día Brian desapareció de su casa/manicomio, consiguiendo llegar hasta San Diego. Con la tremenda panza emergiendo bajo su camisa, sin dinero, sin ubicación, deambula y deambula, entrando aquí y allá, incluido un estudio de grabación, en el cual a cambio de componer lo que quisieran, solicita una papelina de heroína. Pasará 40 días ingresado en un centro de desintoxicación, mientras su mujer preparaba los papeles de divorcio. Vuelto al redil, se dedicará a su pasatiempo favorito; un clásico manicomial: “*Miradme. Voy a dar 700 vueltas al estanque*”.

De ahí, pasó a un ingreso puramente psiquiátrico durante tres meses, reclusión de la que, los *Beach Boys* lo sacaban en procesión para conciertos importantes, casi oculto detrás de un piano que ni tocaba.

1982: Judas sale de nuevo al camino y en un periquete, reproduce pero agigantada la estrategia de su primer tratamiento, control y aislamiento total; su minuta será de 650.000 dólares al año, los derechos de autor serán gestionados por él, pasará a ser su productor musical, deberá figurar como coautor de las canciones y como guinda, le hace coparticipar de una sociedad, *Brain and Genius*, que solo enriquecería a Landy, logrando ya, al fin, ser nombrado beneficiario casi único, en su testamento.

A Brian solo le quedaba cumplir el papel; se refería a Landy literalmente, como su dueño, remedo de Frankenstein, el cual le dejaba tocar el piano siempre que se portase bien y pese a todo; de todo seguía entrando. También los miembros de su grupo, que a cambio de que compusiera lo que fuese, contribuían cómplices a los excesos. Obviamente, también Landy le daba de todo: Ansiolíticos, Antidepresivos, Neurolépticos, Litio, etc, inflando aquella pasiva bola de grasa.

Así, hasta 1991. Habían sido nueve años de caos, con un solo beneficiario, el terapeuta. “*Desde que comencé el tratamiento no he estado solo ni una vez,*

soy un prisionero. He intentado suicidarme en la piscina. Vivo en un infierno. Tengo miedo de Landy”. En una cita clandestina, así le hablaba de su situación a su amigo Tony Asher, colaborador de la que había sido su obra maestra.

Poco a poco, amigos que aún tenía, lo admiraban y que habían asistido ignorantes o impávidos a tanto desatino, empezaron un movimiento, casi nacional, para recuperar los restos de Brian.

Desde 1982, un *trust* familiar, presidido por uno de sus hermanos intentaba tutelar, la fortuna de Wilson, dada la incapacidad legal de Brian. Esa tutela era la que perseguía Landy, pero se encontró con la conjunción, por intereses diversos, de muchas personas que querían recuperar lo mejor de su ídolo. Los *Beach Boys*, al ver que el dinero acabaría en manos de Landy, su dubitativa exmujer, la clara decisión de sus dos hijas y sus letristas, consiguieron, entonces, que en Diciembre de 1991, la Corte de Santa Mónica dictase una resolución por la que se reconocía la potestad de Brian a gestionar sus propios asuntos, revocando una decisión anterior sobre su incapacidad mental. La misma resolución dictaba orden de alejamiento para Landy, al que también, se le retiraba su licencia.

A favor de viento, en 1993 empezaría la relación con la que es su actual pareja, Melinda. Después aun quedaron flecos, bizarros y muchos con su propio grupo, pero hubo final feliz, recuperó la relación con sus hijas, para las que produjo algún disco, siguió componiendo, recibió el reconocimiento de sus colegas, desde Neil Young, Elton John a Bob Dylan, Pink Floyd, etc., asistió al estreno de su biopic *Love and Mercy*, estrenado en 2014, de nuevo hizo discos, el ultimo de 2015 y de nuevo subió a los escenarios.

Con una cronicidad que se percibe infranqueable o simplemente, consecuencia de una personalidad que pese a todo, sigue siendo disfuncional, básicamente ahora, se divierte tocando en directo, lo que la técnica de su tiempo impedía hacer, *Pet Sounds*. Se divierte, pese a su irredento pánico escénico y las “voces” que se le cruzan en escena: *vas a morir!, más vale que te cuides!*. Como guinda, recuperó sus derechos de autor con una indemnización de 10 millones de dólares. Que se sepa, su tratamiento actual es el apoyo de su familia, pero quizá, no solo.

3ª PARADA DEL VIA CRUCIS

*(Cantaba el Brian crucificado)****Siempre mira hacia el lado brillante de la vida.***

Como otros compositores, él quiso alcanzar “ese brillo de la luz” o como cantaba su alter ego, “la luminosidad de la vida”.

Brian Wilson se volvió loco, aparte de por su personalidad y por tóxicos varios, porque, quiero creer, ya estaba loco de innovación, cuando intentó deconstruir su propia música, su grupo, la música que hacían y por contingüidad, aquella que admiraba, la de los *Beatles*.

Se admiraron, se admiran; Brian expresamente les dedicó “la integral” de los *Beach Boys*, a sus queridos *Beatles*. Ambos buscaban la belleza, incluso en sueños, tal como contaba McCartney. Demostrando que la música nos precede y que posiblemente no compongamos y que quizá, tan solo tropezemos con ella, el beatle le preguntaba a George Martin si *Yesterday* ya existía, es decir, si era una de tantas partituras nacidas de la eclosión del Cero Tiempo. El saber de G.Martin lo convenció, de que solo él, había descubierto aquella melodía; como quien escudriña el universo y se encuentra con algo que demandaba ser encontrado, aunque fuera en sueños.

Rilke nos acerca a ese pretendido brillo: *Tú, idioma donde los idiomas acaban. Tú, tiempo perpendicular, te levantas sobre el rumbo de corazones desvanecientes. Tú, extranjera: Música!*

Joseph Conrad pone en boca de un personaje de Lord Jim: “*Vamos por la vida con los ojos medio cerrados*”. Arranca de este modo el autor de “*Bendita Locura*”, para acabar el párrafo acercándose al misterio, “*aquella que supera la dictadura del lenguaje, para revelarse más allá de las palabras*”. Cantaban los *Beatles*, “*vivir es fácil con los ojos cerrados*”.

Podríamos proclamar, ¡Y aun a pesar de la música no estamos locos!. Un Mundo/Música, sin significaciones que salgan al paso llenando el vacío, supondría una invitación a la locura, a golpe de sonidos que nos resultarían no codificables. Precisamos no del oído para escucharla, precisamos desde el vaso de plástico, a la poesía, desde la Venus de Milo a la estación espacial, desde un alicate, al verde de la jungla, desde un rostro bello a un rictus amargo, preci-

samos la conciencia, sea esta, lo que sea. A solas con la música, acabaríamos trastornados, quizá por eso Brian Wilson, decía que la música era una cámara insonorizada, el todo y la nada, el silencio y la fanfarria en una misma definición, lo dicho, lo imposible. Pero, no es cierto; hay vida sobre un horizonte negro, aun “*con los ojos cerrados*”, nuestra red neuronal la construirá.

Hace años, asociaba, la música, a una resonancia efímera y mágica que apenas dura, lo que su vuelo, como un efecto Doppler súbito, que parece romper la línea del tiempo. Anuncia mil significaciones, nos envuelve y veloz, nos deja como si fuese una bofetada de irrealidad que, por un instante, nos somete a la ley de la Belleza Inexplicable, la música!, un curioso trampantojo de nuestra mente, en donde restos mnésicos de todo tipo, navegan libres en un mar, libre de las ataduras de palabra y significación.

Paradigma del efecto Doppler, es la alarma de la ambulancia, la expresión perfecta de lo que entendemos por música. Nos anuncia lejanos restos diversos, de la vida y de la muerte. Apenas la hemos oído, cuando ya se aleja, dejándonos con la sensación de que algo, no cesa de estar sucediendo, algo que nos concierne e interroga. Apenas un instante y tantos posibles sentidos en un único tono.

La música es la concatenación de infinitos cantos de sirenas que vienen en oleadas de ambulancias. Los que saben, dicen que solo podemos retener con facilidad, secuencias de siete dígitos y de golpe, son los bíblicos setenta veces siete que acabamos de dejar atrás y tenemos que preparar nuestro córtex para la llegada de otros setenta veces siete y que todo ello, además, conforme una secuencia lógica. No saber que nota, que frase, que modulación va a venir a continuación, produce el suspense, a la espera de resolución. En palabras de J. Lehrer: *La música solo nos excita cuando induce a la corteza auditiva a luchar por descubrir su orden.*

La música nos ofrece la calma y el barullo en esa avalancha de cantos de sirena; ¡nos impide pensar!. Básicamente ese es el misterio que encierra, nos impide pensar, aturdiéndonos entre señuelos e intrincadas significaciones, a las que nuestro cerebro y nuestra percepción, se ven abocados a la búsqueda de sentido.

Nos exige abandonarnos, lejos de la necesidad absurda de comprender.

La música no da tregua, la música insiste!. Es una descarga comicial que resetea nuestro córtex dejándolo en un microstandby que precede a un nuevo impacto y así, hasta el clímax; cuando la corteza auditiva haya encontrado el orden buscando y propicie que las endorfinas, regresen a casa.

Brian Wilson, Strawinsky, Bob Dylan y tantos otros. El primero acabó loco, el segundo enloqueció a los que asistieron al estreno de *La consagración de la primavera* y el tercero lleva años enloqueciendo a los seguidores de sus canciones, porque cada vez que las canta las deconstruye. Optaron por lo imprevisible. Bach, afirman los eruditos, “*amaba la excepción, ...en donde se aguarda lo predecible, aparece, otra cosa*”.

En los tres casos, contextos aparte, intentaron unir lo antagónico: la consonancia y la asonancia, la continuidad y la sorpresa, el tono resabido y el fluido atonal; decía Wilson, que las olas que él buscaba, nunca surfeó!, eran las armonías imposibles.

Por si fuera poco, la partitura se puede matizar, descomponer en planos, etc, a según y cómo, el músico, la subjetivice. La clave es; *La Inflexión*: lo no previsto; variaciones sutiles, en el tono, en el fraseo. En palabras sabias: *que la nota siguiente no grave en la lógica del discurso que la precede y del que la continúa; subvertir la lógica de la naturaleza, como si un objeto gravitase aleatoriamente sobre su sol*. La inflexión propone en cada momento algo nuevo, desafiando la plasticidad de nuestra placa base. Se precisa del organizador, del corrector y ahí está el córtex procesando, a la búsqueda de un patrón global, que dé sentido en cada instante, a la interrelación entre notas, ritmos y armonías.

Prueba evidente de que todo en música es casi deformable, es que muchos creadores e intérpretes, Glenn Gould, ejemplo socorrido, grabo y regrabó las famosas *Variaciones Goldberg*, eligiendo al final, una versión y no otra, aquella?, quizá ayer, hoy, tal vez?, mañana, quizá otra?, quizá la versión Definitiva?.

Lo inmutable en música, es que nada es definitivo, nada es la versión final, también los vacíos de Cezanne alimentan el infinito o la sonrisa de Monna Lisa nos sigue invitando al pasmo, pero ya son, o tal vez, simplemente están. En el mundo de los sonidos, todo es más enrevesado. Cuanto de estacato?, de legato?, cuanto de forte? Von Karajan sacaba de quicio a muchos melómanos; sus forzados pianísimos y el tempus, el tempus! Solo nuestra

mente dicta y construye, cada vez, cada vez, que esa es la versión definitiva, cada vez, la definitiva.

Adoramos lo conocido, como agradecemos la excrecencia, la repetición amansa las fieras, pero el dilema se plantea cuando nuestra corteza auditiva tiene que ordenar y dar sentido a lo que no tiene fácil gobierno. Los seguidores de Dylan que nos cabreamos con sus canciones, dopamina que llevamos invertida, somos los mismos que encarnaron en su locura, ¡hicieron real!, el pentagrama de *La Consagración de la primavera*, ¡y la música se hizo carne!, enloquecieron realmente y llevados de la alerta del reptil, destrazaron butacas, atriles e instrumentos. En este caso, víctima de un transitorio Sd Kabuki, el cerebro había sido desafiado a encontrar en algún recóndito lugar de su memoria, algún patrón que hiciera de aquel caos, tan solo música. Hoy ya forman parte de nuestras carpetas de memoria, *Las señoritas de Avignon* y ningún bienpensante, vaya usted a saber, prohibiría una composición, por contener una disonancia desconocida, tal como le sucedió a Schönberg.

Y aun, pese a la música, no nos volvemos locos. Ni cuando esperamos y esperamos el acorde final que resuelva la tensión acumulada, ni cuando el mas críptico Miles Davis nos proponía ecuaciones sin solución, ni cuando intentamos descerrajar las sonoridades interiores que habitan la *Gagaku*, la música clásica de la corte imperial japonesa. De esta última, podríamos decir que la oímos como los niños oyen, la podemos disfrutar casi como homo sapiens, pero representa una incógnita que no podemos aprehender. La música precisa la memoria, la geometría y el mapeo de la conciencia. Dicen los sabios: *Cuando escuchamos música, sentimos la emoción de una abstracción. Sentimos, pero sin saber por qué*.

Al escuchar lo indescifrable, nos quedamos sin paisaje y por un efecto extraño de nuestra mente, asistimos a lo que oímos, como si fuésemos ciegos, y aun así y pese a todo, no acabamos locos; “*vivir es fácil con los ojos cerrados*”, que cantaban los *Beatles*, a lo que añadían, “*nothing is real*”, “*nada es real*”. Podemos vivir con los ojos cerrados, algo dentro de nosotros construirá el sentido... pero, ¿realmente lo precisamos?.

Decía el poeta Carlos Oroza: *Yo no pinto pájaros, pinto vuelos*.

De eso se trata.

*Crónica sobre as xornadas estatais de saúde mental
Asociación española de neuropsiquiatría
“Sujet_s a lo social”*

Diego González Peña. MIR
Hospital Universitario Lucus Augusti.

Correspondencia: diego.gonzalez.pena@sergas.es

Os pasados días 1, 2 e 3 de Xuño, tiveron lugar en Madrid, as vinteseavas xornadas estatais de saúde mental da AEN co lema “Sujet_s a lo social”, baixo o cal se daban citas persoas diversas do eido da saúde mental. Máis a asistencia non só estaba composta por profesionais “psi”, contando tamén con outras perspectivas e experiencias, como as do mundo do traballo e a educación social, a terapia ocupacional e outras que é preciso subliñar, como por exemplo a das persoas usuarias, superviventes ao sistema, diagnosticadas... que (creo que por primeira vez nas xornadas estatais) tiveron unha voz nas diferentes palestras que compuñan o programa, así como nos necesarios debates que naceron delas.

Tentaremos dar unhas breves pinceladas sobre algunhas delas, comezando coa xornada do xoves, aberta por unha mesa sobre *La psiquiatricación del suicidio* na que Guillermo Rendueles falou da psiquiatricación do suicidio, da visión actual que a sociedade e a clínica impón sobre o mesmo, e da morea de dispositivos, diagnósticos e intervencións que se desenrolan arredor do (ou en contra do) suicidio. Aportou así mesmo unha visión das motivacións e dos contextos que arrodean a actos deste tipo, de gran valor para achegarnos a este fenómeno social de carácter tan complexo e poliédrico.

Chegou o momento para, despois do acto inaugural das xornadas, a seguinte mesa que levaba por nome *Psicopatología De(s)generada*, que xerou un rico debate arredor da cuestión do xénero e a súa importancia na nosa práctica, cuestión que se viu reflectida na estrutura do debate, grazas a priorización da palabra das mulleres no mesmo, evitando así monopolios e monólogos aos que por desgraza estamos acostumadas.

Ana Távora, abordando a complementariedade no espacio terapéutico introduciunos como a socialización da muller como suxeito pasivo/sumiso nos obriga a repensar a nosa posición como terapeutas para conseguir establecer unha relación de confianza e horizontalidade, evitando dicotomías activo/pasivo, débil/poderoso, ou vítima/salvador que poden enturbiar a relación e perpetuar os sufrimentos.

Cristina Polo fixo o propio na súa intervención, sobre a identificación e deconstrución dos mandatos de xénero nas narrativas terapéuticas, resaltando a importancia das claves que as teorías feministas aporta e como incorporalas ao traballo psicoterapéutico para comprender mellor esas “psicopatoloxías” e intervir (ou non facelo) para evidenciar e desmontar estes mandatos silenciosos que restrinxen e provocan sufrimento.

Na tarde do xoves, dúas mesas transcorreron de forma simultánea, así como as comunicacións libres das xornadas. Versaron sobre a cuestión da horizontalidade na relación terapéutica, nas que estiveron, Amaya Vilalonga Alba (Supervivente ao sistema de saúde mental. Educadora social e formadora en Apoio Mutuo. Coordinadora de actividades da Federación andaluza En Primera Persona), que orientou a súa intervención cara á análise dos distintos factores, actitudes e limitacións que conleva determinadas visións do que é ou debe ser a interacción clínico-doente, e a necesidade de evitar intervencións dende unha posición de omnipotencia, o que conleva o uso do poder e interfire nos procesos de recuperacións das persoas con sufrimento psíquico. A súa intervención *El trato horizontal como "cura" del abuso de poder* foi acompañada pola de Olaia Fernández Fernández (Postpsiquiatra. Grupoanalista. Parte do colectivo FLIPAS. Non diagnosticada), *Para qué estamos aquí: retirada, violencia necesaria, límites y pactos de cuidado*, unha reflexión precisa sobre a parte que nos toca, aos profesionais, nos procesos de acompañamento na saúde e no malestar das persoas con diagnósticos psiquiátricos e a

necesidade de repensar e eliminar prácticas, até o de agora maioritarias, que na meirande parte das veces incrementan o malestar no canto de mitigalo.

Ao mesmo tempo, transcorría a mesa *Psiquiatría y cambio social en el tardofranquismo y la transición: contradicciones y resistencias*, na que interviñan, David Simón Lorda, Ricardo Campos Marín y Rafael Huertas Alejo. Unha (re)visión sobre unha época convulsa e de cambio na psiquiatría do Estado Español, abordando as contradicións, dificultades e expectativas que xeraron todos os variados movementos que compuxeron a chamada “Reforma”.

O venres pola mañá falarían Sami Timimi, Psiquiatra infanto-juvenil en Gran Bretaña, sobre *La Macdonalización de la salud mental en la infancia y el mito del progreso*, unha crítica as actuais liñas de investigación e tratamentos dos famosos “trastornos”, convertidos en epidemia nas últimas décadas, o TDAH e os “trastornos do espectro autista”. Unha análise crítica da metodoloxía “científica” e dos xogos conceptuais, como as relacións que se constrúen entre: listaxes de síntomas, “trastornos”, conectando esto con alteracións neuroquímicas ou cambios en probas de imaxe para no último paso, indicar tratamentos farmacolóxicos dirixidos a “arranxar” estas alteracións.

Ademais, deixou claves útiles para interacción coas familias destas crianzas (etiquetadas xa ou non) así como pequenos trucos para sortear as trabas ou presións que nos pon o sistema (como anécdota, ante a presión por diagnosticar e buscar etiquetas, explicou que o seu diagnóstico preferido era o “trastorno adaptativo”).

Puentes en lugar de muros: hacia la verdad y la reconciliación en la psiquiatría. Este era o título escollido por Helen Spandler, Profesora e investigadora na Facultade de Traballo Social e investigadora da unidade de investigación psicossocial na University of Central Lancashire. Explicou a necesidade dun diálogo aberto e horizontal entre asociacións de activistas e persoas con diagnóstico cos profesionais, e unha permeabilidade neste encontro que permita recoñecer e reparar erros e perdas, que fomente os desempoderamentos, e que facilite unha vía de acción conxunta sen practicas impositivas ou coercitivas.

Xa pola tarde, tiveron lugar as mesas sobre *Medidas coercitivas: avanzando en alternativas*, *Reflexiones críticas en torno a las prácticas de rehabilitación*, e

Intervenciones psicológicas en atención primaria. Destacar o debate xerado na primeira destas mesas, e as intervencións de varias persoas que sufriron medidas coercitivas en primeira persoa, así como a importancia destas intervencións para concienciar da imperiosa necesidade de buscar alternativas a estas prácticas, co obxectivo último non de reducilas, senón de abolilas por completo.

Na mañá do sábado contamos con dúas mesas simultáneas, *Uso de antipsicóticos a largo prazo. La ética del riesgo, y La rehabilitación y la recuperación en la atención comunitaria. La necesidad de un debate global* (organizada pola sección de rehabilitación da AEN). Na primeira das dúas, tivemos a ocasión de escoitar a José A. Inchauspe Arostegui (Psiquiatra, director del CSM San Juan, Pamplona) e a Emilio Pol Yanguas (Licenciado y Doctor en Farmacia, Especialista en Farmacia de Hospital, Jefe de la unidad de farmacia del Centro Dr. Esquerdo para enfermos mentales de Alicante), que evaluaron cuestións como o dilema entre desescalada e mantemento de tratamentos con neurolépticos de forma indefinida, o balance beneficios/riscos, os efectos secundarios a corto e longo prazo, así como as implicacións ético-legais dos tratamentos ambulatorios involuntarios.

Remataron as xornadas coa conferencia de clausura coa intervención de Fernando Vidal (Profesor de investigación en el ICREA y profesor en el Centro de Historia de la Ciencia en la UAB) coa súa ponencia *¿Por qué “somos nuestro cerebro”?* *Una perspectiva cultural e histórica*, na que abordou a evolución histórica da concepción do complexo corpo/mente, dende as teorías humorales ata a neurociencia actual.

Finalizan as xornadas, con máis de cincocentos asistentes, con mesas de calidade nas que se trataron temas que hoxe en día teñen unha grande influencia no día a día de profesionais vinculados a saúde mental dende diversos eidos, así como nas persoas que son tratadas ou maltratadas polo(s) Sistema(s), e que teñen sufrimento emocional e psicolóxico que require unha atención o máis horizontal, humana e respetuosa posíbel. En resumo, as xornadas reflicten un compromiso da AEN por mellorar a atención, criticar a situación (social e sanitaria) actual e unha apertura a escoitar os “outros discursos” arredor da saúde e da enfermidade, para buscar vías de traballo conxunto dende o respecto e o apoio mutuo.

Presentación del libro: Una pragmática de la fragilidad humana. Vida y trabajo en el capitalismo impaciente (BOL, Vigo)

Begoña Conde. Psicóloga clínica, Psicoanalista ELP - Vigo

Carolina Iglesias. Psicóloga clínica - Vigo

Correspondencia: bego.conde.bordes@gmail.com

El 26 de mayo, la BOL (biblioteca de orientación lacaniana) de Vigo organizó en el precioso y afortunado marco de la EMAO (Escuela Municipal de Artes y Oficios) de Vigo la presentación del libro: *Una pragmática de la fragilidad humana. Vida y Trabajo en el Capitalismo Impaciente*, editado por la UOC (2017). El texto es resultado de la colaboración de 11 autores coordinados por Eugenio Díaz, psicoanalista miembro de la ELP-AMP, fue este el invitado a su presentación en nuestra ciudad. Acompañado por Begoña Conde, psicoanalista lacaniana de la sede de Vigo, y por Ricardo Fandiño, psicólogo clínico y presidente de ASEIA (Asociación para a Saúde Emocional na Infancia e Adolescencia) que participaron y animaron la charla coloquio posterior, muy rica y viva, de los asistentes al acto.

Los allí presentes disfrutaron de la coincidencia de varios buenos encuentros:

Primero, entre el marco y su objeto, pues hay mucho de arte en el oficio de los autores del libro y en el tratamiento que dan a las “diversas fragilidades humanas”.

Segundo: hablamos de trabajo en una institución catalana: la Fundación Cassiá Just, a la que todos los autores del libro están vinculados, desde un lugar emblemático en nuestra ciudad, que es el edificio que alberga a otra institución abierta a la ciudad, intención también que la BOL comparte.

Tercero: presentar una forma de trabajo uno por uno como cada una de las piezas que sale de los talleres artesanales de la EMAO.

Pero sin duda el mejor encuentro se produjo entre los invitados de mesa: Eugenio Díaz y Ricardo Fandiño, y de ambos con el público. Sin conocerse previamente y procediendo de escuelas diferentes en el ámbito psicoanalítico (reichniana y lacaniana) transmitieron al auditorio, una lectura común de la sociedad actual y de las consecuencias en los individuos de la época, ya sean, adolescentes, familias así como diversos colectivos en riesgo de exclusión social.

Si bien se tocaron diferentes puntos en los que se profundiza en el libro, incidieron especialmente, por interés clínico, en un rasgo clave en las adolescencias actuales, que es la ausencia de adultos de referencia.

Fandiño puso de relieve una de las enseñanzas claves del libro, que constata a diario en su trabajo y que comparte con los autores: la dificultad añadida que suponen los desencuentros profesionales con las instituciones, ante lo que queda siempre como nuclear la alternativa de escucha y acompañamiento, que les llevó a un grupo de profesionales a decidirse a constituir ASEIA, que él preside. Eugenio Díaz abordó y matizó de manera amena y rigurosa, algunos de los ejes que vertebran el libro: qué quiere decir y en qué se concreta eso que se ha dado en llamar capitalismo impaciente, la complejidad de organizar y sostener el trabajo entre varios o la construcción de casos, por citar algunos. Los dos coinciden en proponer un hacer “rebelde” ante la institución.

Dicho tempo dio paso a una conversación sobre las adolescencias, con activa participación del público.

Los talleres experimentales con padres, su carácter no-didáctico, y sí dando paso a la palabra, despertaron curiosidad y debate, del cómo poder hacer del adulto ante el adolescente.

De ahí una de las enseñanzas derivadas tanto del libro como del coloquio posterior que tuvo lugar, es la importancia de incluir en el trabajo con los adolescentes a padres y profesores, al ser figuras claves en este momento de su recorrido vital, a la hora de que cada uno construya sus adultos de referencia propios.

I xornada galega sobre traballo social e saúde mental.

“Relegados á condición de infra-cidadáns: novos desafíos en saúde mental” (AGSM-AEN, Ourense)

Luis Rodríguez Carmona. Traballador social.
UHRP Piñor. CHUO.

Correspondencia: luis.rodriguez.carmona@sergas.es

Finalizada a I Xornada de Traballo Social e Saúde Mental celebrada no campus universitario de Ourense o pasado venres día 24 de novembro do 2017, queremos amosar o noso agradecemento a todas as persoas que participaron.

A celebración da xornada ten sido un evento pioneiro na nosa comunidade e polo tanto é preciso facer unha valoración da mesma:

1.- A mesa primeira “*A loucura: coma un feito social*”, puxo o foco de maneira brillante noutro xeito de entender e abordar a enfermidade; conceptos como o respecto, o relato do suxeito ou as distintas formas nas que se presenta a enfermidade estiveron moi presentes. Fíxose mención, con datos estatísticos, á ratio de doentes e de profesionais en perspectiva comparativa entre os países da Unión Europea, onde España se atopa nos últimos postos e coma esta circunstancia tan determinante impide que a calidade asistencial chegue a toda a cidadanía.

2.- A segunda mesa “*A loucura: entre a encrucillada do sanitario e o social*”, pretendeu dar esas respostas a tanta precariedade e necesidade (algunhas delas límites) que todos os alí presentes podemos constatar nos nosos traballos diarios.

Se ben a mesa non alcanzou as expectativas desexadas, en aportar solucións, deixou claro a todos os presentes que dende o movemento cidadán poderase cambiar a inoperancia que a administración presenta.

3.- A primeira hora da tarde, a terceira mesa “ *A loucura: como antónimo de dereitos e liberdades*”, tratou dos dereitos e liberdades dos cidadáns que teñen un diagnóstico de enfermidade mental. Os poñentes deron conta de cómo enfermidade e dereitos soen en ocasións colisionar. Fíxose fincapé en que todo estado de dereito debe sempre protexer e garantir os dereitos de calquera cidadán.

4.- A cuarta mesa “*A loucura: experiencias dende o traballo social*”, analizou os factores que proporcionan a exclusión social na cidadanía con enfermidade mental partindo desde unha realidade micro-social e buscando ás explicacións no macro-social.

Tamén se puxo de manifesto nas ponencias dúas maneiras de abordar a exclusión social e o necesario achegamento do profesional ao ámbito comunitario.

Sen dúbida que o éxito da xornada debeuse principalmente a todos os participantes das áreas sanitaria e social que acudiron. Detectouse unha necesidade que xa se sospeitaba e que permaneceu demasiado tempo oculta e disgregada por toda a comunidade galega, que foi esta posta en común. A xornada tentou facer o máis importante: visibilizar os nosos traballos e as nosas dificultades.

Polo visto nalgunha mesa en particular, queda concluir que dende a cidadanía e dende os profesionais, hai que iniciar un novo proxecto de cambio sobre un modelo socio-sanitario fracturado e caduco.

Dende hoxe quedamos novamente emprazados para unha próxima xornada co propósito de que poidamos seguir enriquecéndonos profesionalmente. É necesaria a confluencia e participación de todo/as para que nos permita impulsar un novo avance e un novo modelo social, que dea voz aos profesionais que traballamos cunha cidadanía en claro retroceso dos seus dereitos e liberdades. Dende a Asociación Galega de Saúde Mental invitamos a todos os profesionais a que se sumen a este decisivo esforzo que non pode dilatarse xa por máis tempo.

Grazas pola vosa participación e un saúdo a todos.

Luís R. Carmona. Coordinador da xornada.

XXI XORNADAS DE TRASALBA

GALICIA STYLE

PSIQUIATRÍA, PSICANÁLISE E LITERATURA

*Pazo Museo Otero Pedrayo
Trasalba - Amoeiro, Ourense*

Sábado 28 de maio de 2016

GALICIA STYLE

No ano 1991 celebráronse no Pazo de Trasalba as primeiras xornadas baixo o título xenérico de *Psiquiatría, psicanálise e literatura*. O nome facía honra a un pulo por conservar e ampliar os lazos que unen disciplinas que nunca terían que estar a separarse por moito que se empeñen dende diferentes lugares e discursos.

Foi o bulebulé do inxenio do Lamas e a súa arela quen pariu a idea, e quen fixo que a *afectio societatis* fixera de pez para tecer a rede de Trasalba, cun certo estilo clandestino e un acabado informal (pero coidado), rasgo definitivo de toda a serie.

Un tempo despois, adicáronse cada ano a un tema xenérico: a ausencia, as emerxencias, a comunidade, o retorno, a marea negra do Prestige e a saúde mental, coa música a outra parte, os nomes do mal... e así ata 21 títulos que compoñen unha pequena cronoloxía intelectual do país e do oficio. Os contidos e as palabras foron conformando uns encontros abertos, dialogantes e cheos dun bo facer que espabilaba os maxíns dos asistentes quen, nun entusiasmo poucas veces visto, xa comezaban a artellar o seguinte Trasalba.

Dende daquela, e xa vai un cuarto de século (que se di pronto), fomos quen de mantelas con continuidade 20 edicións. Por elas desfilaron xentes das

letras, das artes, da política, do cinema, da canción, do xornalismo... de todos os recunchos de Galicia, ademais de profesionais do terreo deste oficio *psy*, enredados coa tolemia e co asunto das paixóns, sufrimentos e outras historias humanas.

Esa aposta aínda continúa tras un pequeno paréntese duns anos de silencio, posiblemente interpretable e que coincide cun certo espaxamento e diásporas varias.

Este ano celebramos de novo as XXI xornadas ás que todos estades invitados. O título xenérico é **Galicia Style** con toda a retranca que ten escribir títulos deste xeito.

Xurde dunha teima sen resolver sobre a que vimos falando de xeito informal dende xa hai tempo, ata que, por fin, a idea coagulou en facer un encontro (por certo, un mecanismo moi *Trasalba style*).

Trátase de poder falar sobre o que os termos *Galicia e estilo* suscitan nos diferentes invitados, e a partires do que nos contan, facer una conversa que sexa texto e pretexto. Abrir preguntas, desenferruxar os miolos e atreverse a pensar sobre o que acontece ou o que non; do que, se non o fai, debera; do porque si ou porque non.

Se identidade e identificación non son o mesmo: ¿que rasgos nos configuran como pobo?, ¿é Galicia sitio distinto como dicía Reixa? ¿que relacións mantemos co poder? ¿de que maneira gozamos como pobo? ¿que relación temos co saber? ¿e a relación coa pulsión de morte?.

Estas son algunhas das cuestións polas que orientarse para abrir o debate.

Se o estilo supón unha posición subxectiva e a consistencia do mesmo a través do tempo lle podemos chamar identidade, poderíamos aventurar un subtítulo ao redor da cuestión do estilo: ¿que posición ética como pobo temos fronte o desexo, o amor e o goce?

Sobre destas cuestións e outras moitas posibles, falarán os nosos convidados, aportando o seu saber e reflexións sobre o asunto, e o que lles suscita.

Contamos para animar a xornada con: Santiago Lamas, Xaime Subiela, Ana Cibeira, Antón Casais, María Antonia de Miguel, Moncho Campos, Francisco Fdez. Naval, Xosé García, Olga Novo e Sánchez Salorio.

Estades todos invitados.

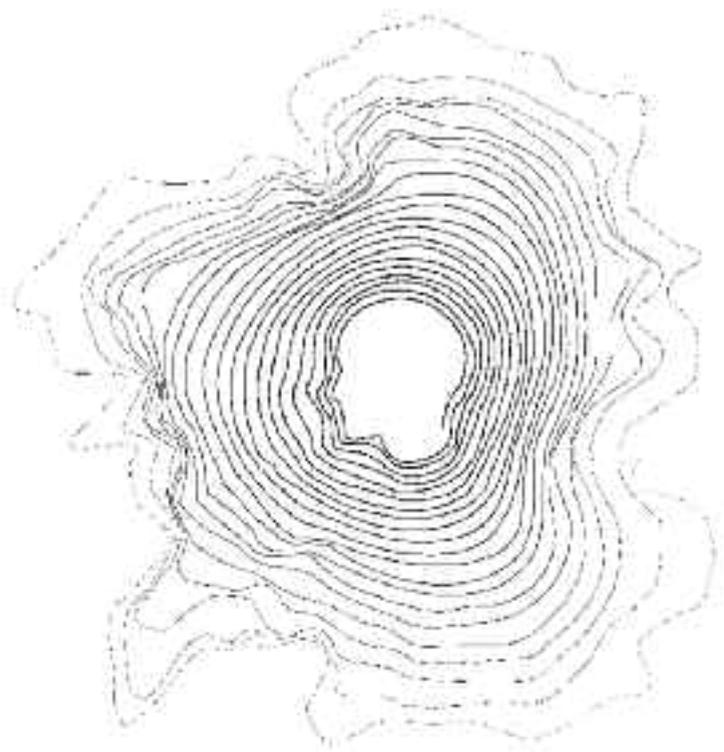
PROGRAMA:

- “A-discreción”. Antón Casais. (Psiquiatra, psicoanalista).
- “Galegos en Venezuela: 1950-1980. Adaptación e choque de percepcións”. Xosé Ramón Campos. (Profesor historia Universidade Vigo)
- “A nena e o infinito canto do tubérculo”. Olga Novo. (Poeta, profesora IES)
- “A fraseoloxía como expresión de estilo”“. Francisco Fernández Naval (Chisco). (Novelista e poeta)
- “A identidade galega como creba: unha proposta estilística”. Xosé Manuel García (economista)
- “Fronteira interior: ¿onde remata Galiza por dentro de nós? Unha aproximación dende a práctica da poesía”. Ana Cibeira (Poeta).
- “A pasión de Concepción Arenal. ¿Un torrente ou abismo?”. María Antonia de Miguel. (Psicoanalista)
- “A indiferencia coma feito diferencial galego”. Xaime Subiela (Politólogo)
- Santiago Lamas presenta ao Profesor Manuel Sanchez Salorio (médico oftalmólogo, humanista): “Cambio de papéis na función social do médico. Reflexións sobre una peripecia”.

Galicia Style

XXI XORNADAS DE TRASALBA
Psiquiatría, Psicanálise e Literatura

Sábado 28 de Maio de 2016,
18:00 horas (21:00 horas)
Teatro da Universidade Ourense
91500000



Participantes a cargo de:
Antón Casais
Mancho Campos
Clara Novo
Francisco Fernández (Chisco)
Xosé Manuel García
Ana Cibrero
Mano Antonio de Miguel
Xaime Subiza
Rosalba Salgado

Imprimir en
www.gam-ourense.org
P. U. P. 20 €

A. *Casais*. Psiquiatra. Psicanalista.
Complejo Hospitalario Universitario Ourense.

Bos días. Xa estaba plantexado o título, pero antes de escribir estas follas coincidiu que a Dra. Gómez e máis eu fixemos unha viaxe a Lugo. Polo camiño, ela íame contando “¿ves esa aldea alí?, non ten máis de quince casas; dela estudaron polo menos dez rapaces. ¿Ves aquela outra? ... estudaron oito. Un deles saíu o outro día no periódico –Manolo de Penábao–, é catedrático. Un tío seu emigrou ao Brasil cando non tiña máis de catorce anos. Non fora nunca á escola, coma os pais do Manolo. Eu contaríalle o mesmo se viaxáramos por Carnota.

En tres ideas –economía produtiva baseada no sector primario, emigración e funcionariado– estaba plantexado o marco de referencia dos corpos, a vida e a morte da maioría da sociedade galega dende finais do século XIX até pasados os anos 70 do século XX; un marco sobre o que pensar un modo de ser, un estilo de vida.

GALICIA STYLE

I. Agora ben, ao combinar Galicia e estilo non pretendo facer un catálogo de rasgos que reunirían aos membros dunha clase como iguais, senón sinalar un movemento de nominación, un modo de ser polo cal un colectivo, un pobo, en canto real, inscríbese de maneira singular no mundo a pesar das diferenzas entre cada un dos elementos incluídos no colectivo. Unha nominación, por tanto, que se sostén na diferenza.

II. Propono a *discreción e a continxencia* como dúas referencias da posición subxectiva galega, como xeito de acercarme ao tema. Ao fin e o cabo penso a cuestión do estilo coma unha posición subxectiva.

A. *A cuestión da continxencia* é de colleita propia. Eu escoitei decotío expresións do tipo: “A vida dá moitas voltas, o que hoxe é, mañá non é, ou é doutro xeito”. Escoiteinas en xente que, por suposto, non lera o Teorema de Gödel; pero en ambas fontes, unha derivada da praxis, da experiencia, e outra teórica, conclúen o mesmo: a ciencia, a episteme, non é completa, e alí onde ela cala, ábrese o espazo onde as cousas poden ser dunha maneira ou doutra, o espazo onde é posible os encontros coa fortuna, coa boa e mala sorte. Ambas fontes teñen outra vertente: non hai ciencia nin lei que nos dea garantía nin de saber, nin de futuro. A vida é continxencia. J. Lennon di algo así como “a vida é o que che pasa mentres ti planificas”

B. A discreción como referencia tivo outra orixe, pero tampouco foi difícil de atopalo, en realidade salta aos ollos. Sempre que os medios de comunicación entrevistan a un galego, con carácter máis ou menos persoal, sexa nun diario galego, madrileño ou mesmo americano, aparece o termo “discreto” ou expresións pertencentes ao mesmo campo semántico para definir as súas actitudes.

Vexamos: A revista *Grial* recolle o pasamento de *Xosé Neira Vilas* coa seguinte expresión: “váisenos de xeito súpeto e discreto, tal coma era o seu modo natural de estar no mundo¹. O diario *El País*² infórmanos que o *N.Y. Times* lle adica unha páxina de eloxio a *Miguel Saco*, ourensán que vive en N.Y., consultor do museo Metropolitan e das casas de subastas Christie’s e Sotheby’s. O xornalista pregúntase que lle pasa a un galego-neoiorquino cando lle cae unha páxina desas, sendo como é “unha persoa silenciosa en varios idiomas, que domina a arte de non falar máis do necesario, feliz no seu anonimato”.

Para finalizar e non aburrir, recordar que no Gran Premio de Hungría de Fórmula I, do 2013, os Lotus de Raikkonen e Grosjean apareceron coa bandeira galega nos aleróns traseiros en sinal de respecto e apoio aos afectados polo accidente de tren en Angrois. O dono desa escudaría, así coma de diferentes empresas a nivel internacional, era *Gerard López*,

1. DOLORES VILAVEDRA. *Grial*. Decembro 2015.

2. JAVIER RIOYO. Un “gentleman”, “art decó” y gallego en Nueva York. *El País Semanal*. 24/02/2016.

natural de Espasande d’Abaixo. *El País*, refírese a el, ao longo da entrevista, como unha persoa discreta a pesar do seu grande éxito empresarial³.

Podería citar moitísimos máis, como por exemplo a *Manuel Gallego*, un dos arquitectos do estado español máis poderosos e menos coñecidos⁴.

En resume, persoas, sumamente cualificadas e exitosas, cada un no seu campo, con traxectorias vitais ben distintas, pero discretos e galegos. Discretos no senso de non buscar as primeiras candilexas que se presenten, pero cunha determinación nas súas vidas que ben podemos dicir que se volcaron nelas a discreción, sen límites. Esto último tampouco é nada extraño no noso país⁵.

III. Pero ¿que nos di o dicionario da entrada “discreto”? Pois remítenos a prudencia, pasar desapercibido, non chamar a atención. Pero quero plantexar que *prudente e pasar desapercibido* son dúas derivadas distintas da discreción.

A primeira, a que vai de discreción a prudencia nace dunha relación coa continxencia. Está vinculada coa capacidade creativa, valor e coraxe deste país.

Pola contra a segunda derivada, que vai de discreto a pasar desapercibido, vincúlao co temor ao poder, co temor a non estar á altura do que o poder espera de nós, coa parálise.

Inténtome logo explicar:

1. Para falar da prudencia e a continxencia é inevitable referirse a Aristóteles⁶. Podemos servirmos do mapa que traza, a condición de non ser fieis á súa ortodoxia, co fin de expor o tema con outra lóxica máis acorde coa noso análise.

3. JESÚS RODRÍGUEZ. “Gerard López, el millonario invisible”. *El País Semanal*. 23/12/2015.

4. ANATXU ZABALBEASCOA. “Un muelle que une tierra y mar es la arquitectura más rotunda”. *El País Semanal*. 15/02/2016.

5. A Dra. Cibeira, o Dr. Puga, o Dr. Michel Escauriaza estiveron pendentes de facerme chegar cada noticia que saía na prensa nesta dirección. Non por iso todos comparten a análise que eu fago

6. PIERRE AUBENQUE. *La prudencia en Aristóteles. Las cuarenta*. A medicina, a estratexia e a navegación pertencen ao campo da prudencia. Páx 113.

Para o filósofo, a Prudencia non é ningún tipo de sabedoría rural de segunda división. Na *Ética a Nicomaco*, sitúa a Prudencia como un xeito de perfección da razón, xunto coa ciencia, a intelixencia, a sabedoría e a arte. O máis interesante é como Aristóteles ubica cada maneira de perfección da razón no seu mapa conceptual, e como as diferencia.

A ciencia, a episteme, é un coñecemento universal e necesario a partir do cal, aquel que a posúe, trata os casos particulares. Do mesmo xeito, a xustiza legal, a lei social, é universal e abstracta. Todo isto dá moita seguridade, exclúe dúbidas e responsabilidades: é o mundo do caso particular ao que se lle aplica o protocolo. Agora ben, di Aristóteles que hai –que existen– cousas na vida práctica que non se poden tratar rectamente a partir dun saber universal e necesario, son cousas que poden ser dunha maneira ou doutra, e en tanto tales chama continxentes. Hoxe xógase a final da Champions. Se fóramos adestradores dalgunhas das dúas equipas, estaríamos na obriga de elixir unha estratexia para afrontar este partido; elixir una sen garantías porque non hai ningún coñecemento universal e abstracto que nos diga que necesariamente habería que facelo dunha maneira. Entón, ¿como xogamos? Depende⁷.

Trato de subliñar que entre a universalidade abstracta da lei ou do coñecemento científico e a continxencia da vida práctica hai, ante todo, un abismo.

Nesa zona de baleiro xurídico ou de incompletitude da ciencia é onde xorde e se ubica o home prudente, alí é interpelado a tomar unha decisión; unha decisión mediada por unha pregunta persoal que sosteña unha elección no momento oportuno (Kairos), nin antes nin despois.

¿Baixo que criterios se actúa de xeito prudente? O home prudente non está excluído de posuír un coñecemento universal e abstracto, pero non é prudente en base a tal coñecemento; é prudente en base a un saber que se sostén na praxis, na experiencia propia acadada nun recorrido singular, a partir do cal se autoriza a si mesmo, para restaurar a consistencia da polis, di Aristóteles. No momento da elección articúlase desexo e logos (lingua, fala, razón), e tal articulación é a que da a dimensión ética, a elección.

7. Para Aristóteles, a estratexia na guerra, na política, ... na vida, e por tanto tamén no fútbol, pertence pola súa natureza ao mundo da continxencia. Tamén un oficio moi galego, a navegación.

Autorizarse a si mesmo a unha elección ante as continxencias da vida, pero no momento oportuno. ¿Que é o momento oportuno, o momento indicado? Pois é ese espazo que separa a ocasión favorable do instante fatal. Nesa situación excepcional, ao ser, élle imposible coincidir consigo mesmo –ser idéntico a si mesmo– porque se abre a posibilidade da destrución máis extrema. O ser está dividido e enfrontado a unha situación onde está en xogo o éxito ou o fracaso; fronte á cal pode retroceder angustiada ou entregarse a discreción, sen límites.

2. **Galicia.** Este pequeno resume dun mapa conceptual tan xeral, elaborado tan lonxe de nós, permite de tódolos xeitos ubicar certos lugares de corte onde é necesario unha elección, e onde a subxectividade pon en xogo o desexo, e está eticamente comprometida.

Se os galegos somos prudentes neste sentido estaríamos situados nesa brecha entre un saber universal-necesario, e a continxencia. E ademais saberíámolo.

Fainos falla recordar que para nós, o saber científico e legal que até certo punto protexería dos avatares da vida –protocolizándoa– é un saber español. Non hai coma tal, ciencia, filosofía, ou lei producida en galego durante séculos.

Pola contra, o xeito de responder ás continxencias da vida a partir da experiencia acumulada, fíxose en galego; en realidade nas distintas falas que xermolaron en Galicia e onde cristalizou a experiencia vivida, todo o que o que tal experiencia se pode simbolizar, pois sempre deixa un resto imposible de facelo. A fala resona no corpo porque está encarnada, encarnada como só o poden estar as marcas de encontros continxentes e das eleccións feitas no momento oportuno. Deste xeito funcionan como bisagra entre o goce corporal e a razón que lle intenta dar sentido. A lingua xa é unha elaboración de saber sobre a fala, e tal cousa, en Galicia, fíxose hai ben pouco.

Cando penso nas continxencias da vida, penso nese fenómeno social maior en Galicia que é a emigración e o seu contragolpe no interior do país, pero non necesariamente.

Esa brecha entre saber universal e continxencia permite pensar certa lóxica das cousas, en Galicia, ao longo do século xx. Por exemplo, vemos como familias iletradas, por un lado, mirando cara á seguridade do saber formalizado esforzáronse tanto porque os seus fillos foran á universidade; por outro lado, eles mesmos enfrontados ou coñecedores da continxencia da vida viron como o mundo se abría entre uns que foran quen de crear, inventar, “triumfar” e outros que caeran na máis absoluta desgraza.

Da primeira opción –das universidades galegas– saíron os mais altos funcionarios do estado español (exército, administración, xustiza, universidade, poder político, etc.). Finalmente, a súa seguridade non vén dada tanto polo tipo de saber senón pola opción funcional, un traballo para toda a vida, para orgullo da súa nai e tranquilidade da familia. Escoitase “O Manolo esta moi ben en Madrí. Ten moi bo soldo, está ao enxuto e non fai nada”. O Manolo –catedrático–, por suposto traballa aínda que sexa ao enxuto, dise galego coma o que máis, incluso fala galego na intimidade, pero nunha Galicia con proxecto propio séntese perdido, desamparado, retornado ao un mundo de incertidumes que non soporta, que o angustia, que lle recordan toda a pobreza pasada, ou aquel momento de elixir entre funcionario e a empresa do pai. Hoxe dubida da súa elección.

No campo da segunda opción, onde alguén se ve abocado a unha relación coa vida sen protocolo, diferencio dentro dunha única secuencia, os seguintes momentos: unha pregunta, o acto da elección e as súas consecuencias inmediatas e mediatas.

Unha pregunta, “¿Que facer?”. Manolo Rivas di algo así como que o máis claro significante que representa a Galicia é a fouce do signo de interrogación. Se o noso himno empeza coa pregunta “¿Que din os rumorosos?”, seguramente ten razón Rivas. O único problema é que unha pregunta que non se segue dun tempo para comprender, e non leva a un momento de concluír, pode ser paralizante. Podemos pasar a vida preguntándonos, “¿Que din os rumorosos?”, “¿quen é o rumoroso ese?”, “¿de quen vén sendo ese rumoroso?”, etc.

As consecuencias (triumfadores e desgraciados) van dende as creacións e invencións máis innovadoras –con recoñecemento social ou non– ás

desgrazas máis absolutas. As razóns remiten ás subxectividade implicadas e contexto no que se desenvolveron.

Poderíamos adicarlle toda a Xornada ao tema dos triunfadores galegos. Recentemente aparece no diario *El País* un artigo adicado a Arsenio⁸, exadestrador do chamado “Superdepor”. Alí recórdase que para os corresponsais estranxeiros que o entrevistaban era inaudito “o escepticismo –a distancia– coa que se relacionaba co éxito”. Quedaban pasmados que o éxito non se transformara en vaidade, soberbia, etc. Arsenio mostraba a distancia entre o suxeito que el era, e aquilo que o pode representar nun momento. Hai pouco saíu na prensa que un grupo de galegos en Nova Iork utilizan a publicidade, tamén a discreción, con fin de relanzar os seus negocios. Chegaran á conclusión de que o marketing non é presumir.

Outros triunfadores, fan a casa na aldea e dinlle aos seus, con orgullo e con razón: “eu sobrevivín”. Nese mesmo movemento constrúen unha insignia coa súa vida. A angustia aparece cando na aldea xa non hai ninguén que poida escoitar a mensaxe, cando ao outro lado non hai máis que baleiro porque a aldea mesma desapareceu. Quizais sexamos a primeira xeración que se enfronta a esta situación na historia de Galicia.

Aquí temos o subgrupo dos triunfadores simbióticos, funcionarios simbióticos (simbioses emocional) como antes o proletariado simbiótico (simbioses económica). Algúns deles triunfan en Madrid e fan o chalé en “Sanjenjo” ou “Sanguengo”, segundo lles dea. Chaman a atención dos veciños con pequenos cambios na fonética ou na prosodia. Igual que eles, os emigrantes a Ermua están todo o día con “aita” dun lado para o outro; e os americanos non sacan da boca o “okey”, “orrai” (all right). Son eses xeitos, un pouco pueriles, de dicirle a quen lle escoite que se libraron da pobreza, que participan da riqueza do mundo en que viven.

Pelexar a vida coa continxencia pode levar a grandes triunfos pero tamén a grandes desgrazas. En Galicia a desgraza cálese, non fai falla contala “porque todo se sabe”, e sabendo da desgraza do veciño tampouco hai

8. XOSÉ HERMIDA. *El País* de 14 de Mayo de 2016.

outra resposta que o baleiro. Temos o caso das vacas d'Axulfe e Pepe do Carballiceiro; as primeiras mortas e o outro criminalizado, pero sos. Non é estraño o orgullo co que se expresa esa tolemia de “eu non lle debo nada a ninguén, nunca me fixo falta”.

Ao inicio deste apartado plantexaba que aínda que a entrada “Discreto” nos dicionarios nos remitía a prudente e a pasar desapercibido practicamente como sinónimos, en realidade eran dúas derivadas distintas de discreción ou mesmo de prudencia.

Vexamos. Se a lei para Aristóteles tiña ou debería ter unha vinculación coa xustiza e por tanto cabía a posibilidade sempre de ser modulada polo home equitativo, hoxe todos somos coñecedores da vinculación da lei co poder.

Un dos aspectos da discreción, *a de pasar desapercibido*, non chamar a atención, a do anonimato, é analizable na súa relación co poder e non na relación ca continxencia.

A discreción en tanto pasar desapercibido consiste en absterse de enfrontarse co poder ou coa orde social, en manterse a distancia, en non chamar moito a atención se non é para manifestarlle respecto. Incluso pensar no enfrontamento de xeito vívido mestúrase con temor ante un risco certo, e pon en marcha ese fantasma terrible de onmividencia fronte ao cal é mellor manterse no anonimato. Detrás desa mirada que todo o ve, non está ningún deus bondadoso, senón unha figura terrible, arbitraria e aniquilante que reduciría calquera suxeito da palabra a un obxecto de goce.

Deste tipo de discreción saen de entre nós esas figuras con ansia de ser comprendidos... e logo autorizados ou avalados a facer o que queren. Sen autorización parecen que non van a ningures.

Tamén saen esas figuras “especialmente sensibles ás presións do poder”, figuras que se senten abandonadas se o poder do que se queixan tambalea. Traballan pola consistencia do “status quo”, incluso a propia perda.

E sen embargo creo que os últimos séculos da Historia de Galicia puido inaugurarse cun gran enfrontamento,... seguido de derrota. Beiras⁹ recólleo así: “Semellan ser auga levada... as convulsións da sociedade

galega do século xv. Cincocentos anos deberían ter sido dabondo... Pero o país galego non puido ou non soubo recuperarse daquela desfeita, boa proba de que o tempo histórico callou, é... que en moitas dimensións da nosa personalidade colectiva continúa vixente aquela grave frustración.”

Realizada a desfeita sinalada por Beiras, o proceso continúa coa dominación a través do síntoma¹⁰. J.A. Miller apunta o amor ao traballo como un trazo común a distintas nación sen estado. Cita aos cataláns e aos bohemios. Creo que os galegos poderíamos entrar perfectamente nesta serie de pobos que teñen o traballo como síntoma compartido. No caso dos chineses, cando non dispuxeron do poder de gobernarse, parece que tomaron a dirección do opio e non tanto do traballo; sen dúbida empuxados polos ingleses que aproveitaron un gusto previo do pobo chinés por esa sustancia.

Cando a un pobo dominado xa non lle queda nada e o amo imponlle o sistema do traballo; traballar pode volveuse a súa segunda natureza, aínda que teña a estrutura do síntoma, nun proceso que articula repetición, goce (satisfacción e dor) e que no seu núcleo máis fondo non fai lazo social. Un proceso que consiste en traballo, máis traballo... e despois máis traballo, cun carácter de implacable mandato kantiano que aniquila calquera singularidade. Non é estraño que haxa xente que diga que “a primeira vez que me sentín recoñecida, persoal e profesionalmente, foi en Alemaña. Na miña casa nunca traballaba dabondo ou nunca o facía ben de todo”. E en Alemaña tampouco son mancos neste tema.

Para concluír, nomeo como “a-discreción” a unha estrutura que articula os distintos aspectos de discreto citados no texto. Entre outros:

1. A discreción de non chamar a atención fronte ao poder que determina una posición subxectiva con certo tufo covarde.
2. Combinada cun traballo, a discreción no senso de máis, máis... e máis, de carácter superioico.

9. XOSÉ MANUEL BEIRAS. *O Atraso económico de Galicia*. Pax. 21. Galaxia

10. J.A. MILLER. *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*. Paidós // *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Paidós.

3. Podendo todo iso xirar, a partir dun encontro continxente, a una discreción-prudente na que nos autorizamos a nós mesmos a seguir un camiño mais aló do poder, da mirada do poder.

4. Unha estrutura que creo que está tambaleándose actualmente porque se esixe novas respostas a un novo marco.

Galicia é un país sumamente complexo, diverso, cunha historia que pode precisar os momentos de eleccións forzadas con consecuencias de futuro. Del saíron creadores, inventores, apaixonados e timoratos, líderes de dereita e de esquerda –ademais dun rei dos jíbaros–, heroes, estratexas, cobardes, triquismiquis e mercenarios. Todas son respostas de galegos. Calquera anhelo de uniformidade está condenado ao fracaso.

Pero chegado aquí, teño a sensación de non ter dito nada. Esa nominación que pretendía quedou en suspenso. Quizais non é casualidade, e ese sexa realmente un importante aspecto do problema, o tema da nominación. Miguel Ángel Teijeiro¹¹ afirma que na literatura do século de ouro español, os galegos son descritos coma xente que non ten problema en abandonar aos seus amos, renegar da súa fe ou da súa orixe, ocultala ou pedir desculpas polo mero feito de ser galegos se lle xeraba algún problema económico ou social”. Creo que máis que auto-odio é que xa ían de clandestinos, xa trataban de pasar desapercibidos co obxecto de sobrevivir individualmente. A pregunta é se se pode sobrevivir colectivamente de clandestinos ou para tal cousa é necesario consentir no nome que nos vén dado. Que o Gadis propoña “vivamos coma galegos” non é pouco neste momento. Boa sorte de cara ao futuro.

11. MIGUEL ÁNGEL TEJEIRO. *Galicia y los Gallegos en la literatura del Siglo de Oro Español*

A fraseoloxía como expresión de estilo

Francisco X. Fernández Naval. Novelista e poeta

Entón hai unha cultura galega?

.....
*Disfrutou Galicia desde o amencer dos tempos
históricos dunha conciencia orixinal. Esa conciencia
pervive aínda hoxe. Ela inspirou os períodos vitais de Galicia*

Ramón Otero Pedrayo

Ensaio Histórico sobre a Cultura Galega (1932)

Ola, bos días, quero agradecerlle a Asociación Galega de Saúde Mental a organización cada ano, e van XXI edicións, destas xornadas de reflexión, tan necesarias nun tempo no que todo acontece nos extremos da présa, do brillo, do banal e do ruído. Personalizo ese agradecemento na persoa de Antón Casais, porque foi el quen me convidou a participar na edición deste ano, unha noite de inverno e de mencións, o que non deixa de ser unha referencia de estilo.

Galicia Style, velaí a proposta de debate desta edición. Na documentación que se nos achegou, manifestábase a intención de reflexionar sobre estilo e/ou identidade. Polo tanto, se cadra, cada un de nós teríamos que iniciar os minutos de exposición que nos corresponden, manifestando a nosa idea sobre cada un destes conceptos.

Na miña opinión, Identidade é un sentir común dun grupo de persoas que recoñecen e expresan a súa pertenza a unha comunidade. Trátase dun concepto de forte carga emocional, que constrúe o ser dun grupo fronte os outros. Nese sentido poderíamos dicir, que resulta exclusivo, tanto na acepción de único como de que exclúe, xa que a identidade refórzase poñendo en evidencia as diferenzas. Isto levaríanos á idea de que necesariamente somos con e para os outros, xa que precisamos deles, tamén para nos definir e identificar e eles necesitan de nós. A identidade sería o eu interior, empregando unha expresión astrolóxica.

Teño para min que a identidade é concepto ideolóxico dende a orixe, que se transforma en político cando, recoñecidos os fundamentos e intereses comúns, se articula un discurso que tenta dotar á identidade dun contido co que confluír e participar no ámbito do debate público. A identidade podería ser sinónimo de nación, en particular do que se entende como nación cultural, aquela comunidade humana con nome propio, que habita un territorio definido e común, que comparte mitos e memoria histórica, que pode ter lingua de seu, e na que se manifesta un sentido interno e solidario de pertenza. Sabemos, porén, que nin territorio, nin lingua, son elementos determinantes da identidade.

O estilo faría referencia ao xeito de vivir e aos trazos máis visibles da personalidade que definen a colectividade. O estilo sería o xeito de se relacionar coa vida e coa morte, de interpretar o mundo e as cousas, unha idiosincrasia que se estende á maneira de traballar e gozar da festa, de expresar o loito, de vivir a sexualidade, de comer e de beber, de ser ou non ser hospitalarios. Falamos de estilos de vida, concepto relativamente moderno que nace na década dos trinta do século pasado, cando as sociedades, como consecuencia das migracións masivas, empezan a perder identidade e homoxeneidade, volvéndose mestizas. O exemplo máis evidente é o American way of life, ou xeito de vida dunha sociedade, a estadounidense, resultado de múltiples migracións. Unha das características do estilo é que non resulta exclusivo, nin excluín-te, polo que persoas que conviven nunha colectividade con forte consciencia identitaria, poden ou non compartir este sentimento, pero si asumir o estilo de vida. O estilo, ademais, ten a particularidade de ser flexible e pode ser incorporado como propio por

unha sociedade que o recolle doutra, velaí, no noso caso, o gusto polas parilladas criollas. O estilo sería o eu exterior, a expresión da comunidade.

Eu decidín falar de fraseoloxía porque creo que se a lingua transmite información sobre o nós máis profundo, a fraseoloxía vén sendo a verbalización dos trazos de personalidade da colectividade expresados nesa lingua. Debo dicir, antes de continuar, que non son experto en fraseoloxía, se ben teño acudido a ela en múltiples ocasións á hora de escribir, sobre todo narrativa, porque sinto que ela é o reflectir do nós. Entendo como fraseoloxía, o conxunto de refráns, dicires, locucións, frases feitas, adiviñas. que empregamos a cotío. Considérase que, en calquera lingua, o maior nivel de destreza está relacionado co coñecemento e dominio da fraseoloxía, dos dúbidos sentidos, dos significados equívocos.

Un dos referentes da fraseoloxía galega é Xesús Ferro Ruibal, quen dende o Centro Ramón Piñeiro dirixe os Cadernos galegos de fraseoloxía, que van polo número 16 e que podedes consultar na rede. No ano 1995, Ferro Ruibal entraba na Real Academia Galega cun discurso titulado: Cadaquén fala como quen é. Reflexións verbo da fraseoloxía enxebre. Nel, entre outras moitas ideas, expoñía un parecer ben interesante dende o meu punto de vista. Afirmaba Ruibal que convén matizar a percepción que temos dos séculos escuros como tempo de silencio literario e documental. Para el esta é unha realidade parcial, xa que malia as dificultades e aínda que iletrada, a poboación de Galicia non deixou de ser creadora, e creación súa é a rica tradición de mitos, ritos, contos, parodias, adiviñas, cantigas, refráns, ditos, todo o conxunto de creacións artísticas que corren de boca en boca, que resultan incontrolados para o poder e que, aínda sendo humildes, non deixan de ter a condición de creación artística complexa e libre. Así, ata a Ilustración e o Rexurdimento, non fomos quen de poñer os alicerces do que hoxe coñecemos como literatura nacional, pero si soubemos explicarnos e explicármolos. Para Ferro Ruibal, durante ese tempo escuro, os galegos crearon, gozaron e transmitiron esa cultura oral que nos compensa da inactividade da literatura de autor. Unha cultura oral que nos espella.

Carme López Taboada e María Rosario Soto Arias, no seu traballo *Sete catas na orixe da fraseoloxía*, afirman que esta, especialmente se se enfocan

aquelas expresións portadoras de valor léxico, reflicten a cosmovisión do pobo que a xerou.

Pero sendo certo o que di Ferro Ruibal, non o é menos que existen ditos anteriores á construción da cultura popular da que el fala; anteriores aos séculos escuros, e que poden axudar a entender unha parte do que foi a nosa historia a partir do século xv. Hai anos, escribín unha novela protagonizada polo detective privado Suso Espada, personaxe creado para manter relación co público xuvenil, e decidín situala en Istambul. Alí, Suso coñece a unha moza sefardí, que axuda na tenda de seu pai, vendendo panos de seda. A rapaza é real, eu coñecina e mantiven con ela unha fermosa conversa, da que lembro unha pregunta que me fixo: ¿Cúal es la diferencia entre rojo y encarnado? Pois ben, decidín introducila na historia como personaxe, axudando a Suso como tradutora e interprete na cidade do Bósforo. Coma sempre, acudín á fraseoloxía para darlle forza e verdade ás súas expresións. Cara oriente, levado na memoria cando a expulsión e conservado como patrimonio oral, a comunidade sefardí conservou un refrán xudeu que me sorprendeu cando o descubrín, pero que comprendín axiña, lembrando que nos séculos xiv e xv en Galicia había un enfrontamento de todos contra todos: igrexa contra nobres, nobres contra monarquía castelá, nobres entre si, irmandiños contra nobres, igrexa contra irmandiños... O refrán di: Todos gallegos y no nos entendemos. Intúo que aínda hoxe hai algo de verdade nese dito.

O ano pasado convidáronme a dar o pregón das festas do Corpus de Ourense. Nel, contra o final, proclamei que hai un xeito particular de ser, que é ser de Ourense. Falaba de estilo, claro. Lembrei entón un chiste de Forges, publicado nos anos setenta ou principios dos oitenta, no que se ve a dous homes arrastrándose polo deserto, barbados e case sen roupa, e o que vai detrás, exclama: Meu Ourense! Maneira ben particular, breve e plena, de expresar a saudade, ese sentimento que tentaron definir Ramón Piñeiro, no seu traballo Para unha filosofía da saudade, e Torres Queiruga, no discurso de entrada na Real Academia Galega, titulado: *Nova aproximación a unha filosofía da saudade*. Para este último, a saudade é unha singularidade luso-galaica, referida a sentimentos anímicos e espirituais. Piñeiro consideraba a saudade como un sentimento de soidade carente de significación

patolóxica, non como a morriña, que na súa opinión ten algo de tristura depresiva. É moita a literatura oral e de autor que temos sobre a saudade. Pensando en Antón deixo aquí esta referencia local, frase da parroquia de Lira, en Carnota, onde din: Dende aquela ten saudades de Lira.

Pero se falamos de viñetas, de tentar explicar como as frases de uso común se refiren a nós, como expresan, por exemplo, a relatividade coa que enfrontamos a vida e a morte, como non lembrar aquela de Xaquín Marín que Eva Veiga lembrou para min, na que se ve a dous homes sentados nun banco diante da Torre de Hércules? Supoño que isto haberá que imaxinalo cos necesarios silencios. Di un: *Sabes o que che digo?* (silencio que non está no debuxo pero que convén expresar) *Que todo che vén sendo relativo*. Ao que o outro, logo doutro silencio que tamén supoño, responde: *Iso depende*.

Si, a fraseoloxía fala ben de como somos. Con tendencia á saudade, á prudencia, discretos e retranqueiros, quizais algo tristes e desconfiados, eses serían algúns dos nosos trazos de carácter, relatados de maneira transversal pola fraseoloxía, porque case todos os nosos dicires expresan algo diso na súa esencia, sexa cal sexa o significado.

Repasando, brevemente, algúns dicires que falan de nós e do xeito que temos de enfrontar as cousas, podemos lembrar:

Polo si ou polo non, referido á prudencia.

Se chove que chova, o clima e unha certa enteireza, que non resignación.

Manda chover na Habana!, cousa extraordinaria e eco da emigración.

Unha voda sen caldo, memoria da fame.

Vai chorar a Cangas, incorporación dun feito histórico ao ser colectivo.

Ir na misa co recado, referencia aos preguiceiros, lacaceiros ou nugallaos.

Estaba de ser, un xeito de aceptar a fatalidade.

Éche pan emprestado, unha maneira de entender a vida.

Imos indo ou *O caso é ir indo*, que expresaría, este si, certa resignación.

Non todo é terra chan, dicir, sen dicir, que temos dificultades.

Á mantenta, facer algo con verdadeira intención.

Un díxome díxome, xeito de definir a murmuración.

Deus é bo, pero o medo non é malo, para un por se acaso.

Con respecto á discreción, non hai moito un veciño meu de Lira sorprendeume cunha expresión concisa e plena. Desaparecera unha muller, que veciños e garda civil buscaron durante semanas polos montes e polo litoral. Atopouna un mergullador, entre unhas penedras das illas Lobeiras, prendida a un aparello de pesca atrapado entre as rochas. Pregunteille ao meu veciño que lle acontecera para saír do seu cuarto e, presuntamente, deixarse levar polo mar, e el respondeume: *Padecía*. Pregunteille eu: *De que?* E el dixo moi serio: *Do seu*.

Acaso na memoria de moitos de nós permanece aquel *Aquí pasou o que pasou*, de Iglesias Corral, para dar conta, ou para non dala, dun feito histórico transcendente, como foi a moción de censura contra o goberno de Fernández Albor en 1986, frase pronunciada diante dos xornalistas ao final do Consello da Xunta onde aconteceu todo.

Empregamos comodíns, expresións polivalentes e polisémicas, que substitúen verbos e substantivos, como o “aquel”: *A meu pai deulle un aquel e levámolo a Santiago, aquelárono ben, pero está moi aquelado*. Díxome un día un mariñeiro de Muros, e eu tardei en saber que seu pai sufrira un infarto e que ingresado no hospital en Compostela, o médico informara de que o seu estado era grave.

Somos quen, ademais, de facer préstamos a outras linguas, velaí o *Habelas hainas*, ou *Tarde piache*, que aparece en moitos textos como expresión italiana, sendo, como é tan de nós.

A fraseoloxía, hoxe, é moi empregada na publicidade. Este é un fenómeno que se dá en todas as linguas, sendo a nosa principal referencia as campañas realizadas dende o ano 2007, pola cadea de alimentación Gadis: *Vivamos como galegos, Sintamos como galegos, Presumamos como galegos, Sairemos como galegos*, con aquelas dúas incidencias fraseolóxicas: *Malo será* e *Se chove que chova*.

A fraseoloxía, polo seu valor referencial, descontextualizada e ofrecida a través de medios non habituais, como son a televisión ou o cine, liberada do efecto automático que opera sobre nós cando a empregamos, produce varios efectos: por unha banda aumenta a atención, de maneira que o dito

non pasa desapercibido; alumea e resalta a semántica que a frase encerra; fíxase na memoria e actúa de maneira emocional sobre cada un dos membros da colectividade e, tamén, sobre esta no seu conxunto.

As campañas de Gadis pretendían vender, provocando un sentimento de pertenza, de comunión, de solidariedade. Aínda hoxe é posible seguir na rede o impacto que tiveron os anuncios, proxectados no cine e na televisión. A campaña fai referencia ao estilo, á expresión da personalidade, non tanto á identidade. “Vivamos como galegos” significa: comer ben, gozar das mellores praias e paisaxes, participar da festa, acudir os domingos á casa da nai e á aldea, vivir instalados na eterna dúbida entre subir ou baixar a escaleira, responder cunha pregunta.

Galicia terra coma un xardín, sempre verde; Fin da terra e centro do universo; os galegos inventores do fútbolín; o lugar onde o xantar é unha relixión; xente riquiña, cun neoloxismo, riquiñez; habitantes dunha terra pura, máxica e sen igual; onde están as mellores nais e os mellores pais; a colectividade que máis nomes ten para a choiva, pero sabedora de que, empregue o que empregue, sempre escampa; onde as cousas boas son da casa... Con ameixas de Carril, pan de Carral, Lacón con grelos, Rapas das Bestas, Pementos de Padrón, Illas Cíes, o mellor fútbol, as mellores festas, –ata 17.340, di o anuncio de Vivamos como galegos–, elementos todos que remiten ao xantar e á festa como referencias de participación e expresión colectiva.

Como vemos, todos eles invocan lugares comúns e tópicos, que non afondan tanto no ser da comunidade, na identidade que o anuncio ignora, como nas súas manifestacións, e ese é o aspecto que me gustaría salientar aquí.

Nos anuncios, a fraseoloxía xoga un papel fundamental para definir o estilo:

A utilización de Bueno (así, castelanizado o din no anuncio) *Vai calor?... Bueno/ Vai frío?... Bueno/ E a familia?... Bueno*.

A pregunta total: *Fran, que?*

Con maneiras indirectas de nos achegar: *E logo, ti de quen ves sendo?*

Con máximas que relativizan: *Igual que che digo unha cousa, dígoche outra*

Cunha maneira positiva de expresar a resignación: *Non me queixo...*

Hai varios traballos críticos sobre estes anuncios publicitarios. Francesco Screti refírese á banalización dos elementos que identifican a nación. Na súa opinión, o emisor, a través da descrición, narración e representación dos estereotipos máis pintorescos e folclóricos dos galegos, constrúe un discurso compartido polo grupo, xoga cos conceptos dentro/fóra, e banaliza os elementos políticos e ideolóxicos do nacionalismo, que emprega para obter obxectivos e beneficios comerciais.

Helena González, fai fincapé no feito de que a marca utiliza as emocións para potenciar o consumo; vulgariza e ridiculiza o papel da muller; remodela e aprópiase dos elementos de cohesión dándolle un tratamento superficial e manipula de maneira intencionada, un feito complexo e traumático como foi a emigración.

M^a Ángeles Rodríguez Fontela, nun traballo comparativo dos anuncios de Gadis e Campofrío (desta segunda marca analiza os spots dirixidos por Álex de la Iglesia e Iciar Bollaín), considera que para conseguir os seus obxectivos, o publicista serve ao imperativo da aparencia, do que se manifesta no máis superficial, e anula no receptor o impulso interpretativo crítico, asegurando que a publicidade convida á rendición, non á reflexión.

Porén, seguindo como vos dicía a resposta da xente nas redes sociais, podemos apreciar que:

Unha gran parte das opinións, expresadas por galegos, manifestan sentir orgullo e identifícanse coas imaxes que ven nos anuncios e co discurso que escoitan.

A publicidade de Gadis provoca fóra reaccións excesivas. Unhas descualifican pola mensaxe dos anuncios a toda a colectividade; comentarios que nos definen como chovinistas e aínda, nalgún caso, son interpretados como un primeiro paso cara un proceso semellante ao que coñecemos como o dereito a decidir da sociedade catalá. Algúns falan, aínda, de camiño cara a independencia.

Atopei a opinión dunha muller que afirma que xa se sabe que Gadis é galega e que os seus donos nunca se manifestaron contra o nacionalismo.

En calquera caso, a min chamoume a atención, logo de ler ducias de entradas nos blogs e chats, que moita da xente de fóra da comunidade, residente ou non aquí, manifestan a súa opinión de que, sexamos conscientes ou non, somos tal e como o anuncio nos retrata, pero esta sensación non vén propiciada pola imaxes, senón por esas dúas frases que son agora de uso común, emblemático e retranqueiro: Se chove que chova e Malo será. E lembro, entón, aquela reflexión de Sartre, de que unha parte do noso ser vén condicionado por como nos ven os outros.

Dito o anterior, concluiría esta comunicación dicindo que a fraseoloxía manifesta ao exterior unha maneira de ser e de nos comportar, de afrontar as circunstancias da vida. A fraseoloxía fai referencia ao estilo, en tanto que reflicte actitudes, costumes, comportamentos e xeitos de vivir, pero afírmase en valores profundos, de maneira que formaría parte da identidade. Pero non é sinónimo dela. A fraseoloxía, como expresión do estilo, é quen, por si mesma, de verbalizar como nos vemos, incluso como somos, pero na miña opinión, soa, en ausencia doutros factores, non abunda para construír unha identidade, o que tamén lle sucede ao estilo.

BIBLIOGRAFÍA

- FERRO RUIBAL, XESÚS. *Cada quen fala como quen é. Reflexións verbo da fraseoloxía enxebre*. Discurso de entrada na Real Academia Galega .RAG, 1996
- GONZÁLEZ, HELENA. <http://galegoencork.com/helena-gonzalez-in-cork/>
- LÓPEZ TABOADA, CARMEN. SOTO ARIAS, M^a ROSARIO. *Sete catas na orixe da fraseoloxía. Estudos de lingüística galega 2*. 2010, pp. 221-233. DOI 10.3309/1989-578X-10-11
- MELLADO BLANCO, CARMEN. “A relevancia da teoría da modelabilidade de Valerii Mokienko a través da súa monografía”. *Fraseoloxía Eslava* (1980/tradu. 2000). *Cadernos de fraseoloxía Galega*, 6, 2004, pp. 149-158

PIÑEIRO, RAMÓN. “Para unha filosofía da saudade”. vv.AA (1953) *La saudade*. Editorial Galaxia. Vigo.

RODRÍGUEZ FONTELA, M^a ÁNGELES. “Retórica Publicitaria e identidade cultural. Estudio comparativo de los Spots de Gadis y Campofrío”. *Tropelías. Revista de Teoría de la Literatura y Literatura Comparada*, núm. 22. 2014

Screti, Francesco. “La banalización de la nación: el anuncio *vivamos como galegos* de Supermercados Gadis”. *Revista Comunicación*, núm. 9, ano 2011. Pp. 222-237. ISSN 1989-600X

Torres Queiruga, Andrés. *Nova aproximación a unha filosofía da saudade*. Discurso de entrada na Real Academia Galega. RAG, 1980.

Galegos en Venezuela (1950-1980) Adaptación e choque de percepción¹

Xosé Ramón Campos
Universidade de Vigo

INTRODUCCIÓN

A emigración galega a Venezuela é a máis recente das que tiveron como destino o continente americano e iso foi debido a que este país incorporouse tarde –finais da década de 1940– ao grupo de países receptores de inmigración masiva, xa que, o século XIX estivo caracterizado por unha gran inestabilidade política e unha economía de carácter agropecuario. Mais, o descubrimento e a explotación masiva de xacementos petrolíferos desde o segundo decenio do século XX supuxo unha profunda transformación da economía e da sociedade venezolana. O petróleo converteuse na base económica do país e, desde 1926, o valor da produción petroleira superou ao dos produtos agrícolas tradicionais: cacao e café. Venezuela pasou de ter unha economía agro-exportadora a ter unha economía mineiro-exportadora ou simplemente petroleira.

Na década de 1930 eran moi poucos os galegos que se atopaban neste país e na súa maioría procedían de Cuba, debido a que a illa atravesaba neses datas unha grave crise económica, o que levou consigo unha forte recesión do mercado de traballo. Pero, unha vez finalizada a Guerra Civil española e durante os primeiros anos da contenda mundial, irán chegando pequenos grupos de refuxiados galegos desde Portugal, Francia, Cuba, República Dominicana, Curaçao ou Aruba.

1. Este artigo forma parte dun traballo máis amplo sobre a emigración galega a Venezuela, para cuxa realización, ademais da utilización de fontes bibliográficas, hemerográficas e de arquivo, se traballou con 182 historias de vida e 424 cuestionarios cumplimentados, sempre que foi posible, polo propio informante, aínda que en moitos casos foi necesario facelo por eles.

Deste xeito, en Venezuela, a comezos da década do corenta atopamos un reducido grupo de galegos, na súa maior parte exiliados republicanos, que desenvolveron un importante labor asociativo na capital do país, de tal maneira que, en abril de 1945, fundaron o primeiro centro galego de Venezuela, o *Lar Galego*, e participaron na creación de dúas máis: *Centro Gallego* (1948) e *Casa de Galicia* (1956). O cuarto existente nos anos cincuenta, *Amigos de Santiago* (1956), foi creado por uns poucos emigrantes procedentes de Santiago de Compostela. Os tres primeiros terminarían fusionándose en 1960 dando lugar o nacemento da *Hermandad Gallega de Venezuela*.

A existencia das primeiras sociedades viuse favorecida na década de 1950 pola chegada de gran número de emigrantes, cando Venezuela se converteu nun país receptor de inmigración masiva debido á profunda transformación económica que estaba a experimentar, impulsada polo auxe petrolífero e pola política inmigratoria de portas abertas do goberno do ditador Marcos Pérez Jiménez. Así, só en cinco anos, entre 1953 e 1958, entraron uns 150.000 españois, o que supón a metade de todos os que emigraron a Venezuela entre 1945 e 1982. Aproximadamente un terzo eran galegos, que chegaron ao país atraídos por unha forte demanda de man de obra eficiente e barata para levar adiante o programa de grandes obras públicas. Sobre todo en Caracas, que vive un urbanismo acelerado, é onde se instalou máis do 70% dos galegos que chegaron ao país. Trátase agora duns emigrantes despolidizados e cuns obxectivos económicos moi claros.

A maioría procede do medio rural e aséntanse na capital, onde os paisanos xa instalados os informan dos posibles postos de traballo e aloxamento; tamén contan co asesoramento dos centros galegos, entre cuxos obxectivos está o socorro mutuo e a asistencia ao emigrante recién chegado ao país, normalmente sen familia e sen recursos económicos.

Carecen de cualificación profesional e, en xeral, teñen escasos coñecementos técnicos ou culturais, polo que comezan realizando os traballos máis humildes e de calquera tipo, con soldos baixos e sen horario. Guíaoos o seu desexo de prosperidade e a súa capacidade de traballo. Os homes traballan de conserxes, criados en casas de familia (servizo doméstico, xardineiros, chóferes...), albaneis, carpinteiros, zapateiros, xastres, peóns, camareiros, no transporte público (condutores de carriños e taxistas), etc. As mulleres

traballan no servizo doméstico (serventas, cocineiras, neneiras), en talleres de costura, tinturarias, conserxerías, etc.

Foron moi comúns os cambios de traballo ou de actividade, e un dos principais obxectivos da maioría foi o de instalarse pola súa conta. Así, despois dun tempo traballando duro e non gastando máis que o imprescindible, moitos conseguiron uns aforros que lles permitiron establecer algún negocio. Calquera tipo, xa que os galegos, a diferenza dos italianos que se especializaron en compañías construtoras e restaurantes ou os portugueses en panadarías e abastos, non demostraron predilección por ningún ramo especial dentro do comercio (salvo en contadísimas excepcións). No sector dos tecidos hai unha importante presenza galega e tamén en zapaterías, ferraxarías, tendas de mobles, tinturarias, xastrerías, tendas de electrodomésticos, pensións, hoteis, axencias de festexos, empresas construtoras, restaurantes (algún dos mellores do país son galegos e fixeron importantes contribucións á cociña criolla). Na industria do plástico destaca Manaplás, empresa fundada por Saturnino Cuquejo e no sector agroalimentario, o Grupo Souto. O certo é que pouco a pouco, a presenza de galegos fíxose patente en case que todas as actividades urbanas, comerciais e industriais e pronto moitos deles pasaron a formar parte da clase media do país.

A emigración galega a Venezuela diminuíu notablemente dende o ano 1960, debido a que só se permitía a reagrupación familiar e a que a corrente migratoria galega se reorientou cara Europa. Sen embargo, desde 1974 e ata 1981, nótase unha tenue afluencia de galegos que entran a traballar no país con visado de turista. Venezuela nese espazo de tempo mantivo unha situación política estable, unha economía boiante e unha moeda cotizada (favorecida pola chamada crise do petróleo) o que a converte de novo en foco de atracción. Agora, entre os que chegan xa poucos son agricultores, a maioría ten algunha cualificación profesional ou estudos e emprégase no sector servizos, aínda que o obxectivo segue sendo traballar por conta propia.

En 1983 consolídase unha situación de crise económica coa caída do prezo do barril de petróleo, o crecemento da débeda externa, unha inflación sen precedentes e unha forte desvalorización do bolívar fronte ao dólar, que culminou o 18 de febreiro dese ano no famoso *venres negro*. A partir de aí, ao longo da segunda metade da década do oitenta e sobre todo durante a década

do noventa, apréciase entre españois, italianos e portugueses, unha marcada tendencia ao retorno aos seus países de orixe, como consecuencia da crecente inestabilidade económica e política en que se irá sumindo Venezuela.

INTEGRACIÓN

A adaptación é un dos primeiros procesos polo que deben pasar os inmigrantes ao chegar a unha terra estraña e o normal é que, aos poucos, se vaian acomodando ao medio físico da sociedade de acollida. Na primeira xeración de emigrantes galegos a Venezuela, aínda cando queden definitivamente no país, non hai integración ou se a hai é moi incompleta, máis froito das circunstancias que dunha vontade decidida e madura. Unha integración que, como ben di González Fernández (2005: 131): “(...) debe ser entendida como un proceso gradual, a través do cal os novos residentes se converten en participantes activos da vida económica, social, política e cultural do país de inmigración”.

De acordo coas entrevistas realizadas, as dificultades de adaptación están relacionadas directamente coas dificultades para conseguir traballo, a obtención duns ingresos estables e un lugar digno para vivir². Sen seguridade económica non habería un clima propicio para a integración e, entre os que o conseguiron, a gran maioría prosperou economicamente. Os que chegaron de nenos son os que menos dificultades tiveron para integrarse.

É difícil integrarse totalmente nunha sociedade. E aínda que digas ‘eu son venezolano’, un sempre ten as súas raíces e máxime os galegos. (...) Agora, os que xa están integrados son os fillos, porque naceron alá e son criollos. O estranxeiro sempre ten aquilo de que é estranxeiro (R1:37).

A pesar de manifestar sentirse contentos e de pasar a maior parte da súa vida entre a sociedade que os acolleu, son máis os elementos que indican que o inmigrante galego non se integrou que os que nos indican que si o fixo. As poucas relacións sociais que teñen cos venezolanos son case sempre

2. A abundancia de traballo, as facilidades para conseguir vivenda, a similitude da lingua e, sobre todo, a presenza no país de parentes e paisanos son factores que facilitan a adaptación á sociedade receptora.

superficiais, excepto por cuestións de traballo. Este absorbe a maior parte do tempo e o pouco que queda libre (se queda) emprégano en relacionarse con paisanos nos parques e plazas, onde se xuntaban espontaneamente (despois do traballo ou os domingos) e nos centros galegos.

Con respecto a estas asociacións, non está moi claro o seu papel relativo á integración do inmigrante no país receptor, xa que, se por unha banda poden servir de vehículo de axuda e de adaptación á sociedade receptora, por outra poderían facilitar o illamento dos inmigrantes con respecto a dita sociedade ao reproducirse nelas os costumes, pautas de conduta e o tipo de relacións propias do país de orixe, elementos que os manteñen unidos de forma simbólica coa cultura galega, neste caso, reforzando o apego exclusivo co país de orixe e apartándose da cultura propia do país receptor.

Curiosamente, mentres a primeira xeración pensa que non tivo ningún problema para integrarse, os fillos cren que os seus pais nunca o fixeron, debido á inseguridade persoal, social e xurídica existente no país, ademais do desexo sempre latente de regresar a Galicia (E2: 93). Esta segunda xeración, xa nada en Venezuela, considera, salvo excepcións, que integrarse é un proceso moito máis complexo do que os seus pais pensan.

Eugenio Vázquez Gigirey, que estudou medicina en Santiago de Compostela, traballou no Hospital Juan Canalejo da Coruña e exerceu como médico en Caracas durante uns anos a partir de 1960. Coñeceu de preto a emigración galega e mesmo realizou unha tese doutoral sobre os fillos dos emigrantes galegos en Venezuela (1979). Con respecto á integración dos galegos en Caracas, considera que non é posible na primeira xeración; o inmigrante pódese adaptar, pero nunca se integra no país de destino:

(...) la primera generación o sea el emigrante, no se puede integrar de ningún modo, porque su personalidad ya está formada, sus costumbres están hechas..., sus criterios jurídicos, morales, sociales, están establecidos y lo metes en una sociedad, que, para empezar, es una sociedad de aluvión, llena de distintos criterios a los que mirar. Y como te vas a integrar, allí, ¿a qué te vas a integrar? No había una estructura social criolla propia de Venezuela porque eso estaba invadido por... la avalancha de gente del resto del país que iba a Caracas, del interior que iba a Caracas... No es muy fácil integrarse, porque no tienes un espejo al que

mirarte y esto es lo que hay, es muy variado... Pero de todos modos, el emigrante nunca se integra al país de destino... Integrarse es muy difícil, puedes adaptarte un poco, adaptarte, pero integrarte no, es muy difícil. En la primera generación no hay nada que hablar... La segunda es toda una problemática. Los hijos tratan de adaptarse a toda costa y si lo consiguen bien, y si no lo consiguen, regresan a los guetos, o sea, hay bastantes guetos en los que refugiarse (...) (EA 20: Gigirey).

Ademais, tal e como explica Pilar Taboada (pintora e escultora de Lalín, emigrada a Venezuela en 1960) o risco de aculturización e desarraigo está sempre aí:

(...) tú no te integras a la cultura total del pueblo donde vives, pero vas perdiendo parte de tu cultura de origen. Eso tiene un riesgo de 'aculturización', en ese aspecto, y debemos estar muy conscientes de ello... Eso no significa que tú cortas con tus raíces, fíjate bien; es esa división permanente que tiene el emigrante, donde tú eres un poco extranjero aquí y un poco extranjero allá... no soy totalmente española, no soy totalmente gallega, no soy totalmente venezolana (...) (EA 4: Pilar Taboada).

Os “MUSIÚS”

O criollo non comprende ben a estes galegos que traballan moi duro e aforran todo o que poden, polo que os ridiculiza e fai chistes³. Aínda así, considéaos honrados, traballadores e leais. Aínda que, como manifesta Andrés Vila, “(...) sempre nos tiñan aquela cousa. Díciannos ‘estranxeiros’ ou ‘portugueses’, pero a palabra que eles empregaban [habitualmente] para referirse a nós era ‘musiús’” (H 750). En Venezuela, ao estranxeiro ou a alguén con aparencia de forasteiro coloquialmente dinlle “musiú”, deformación da palabra francesa “monsieur”. Aplícase tanto aos estranxeiros como ás persoas de pel branca e ollos ou cabelos claros. É unha fórmula de tratamento afectuosa para persoas foráneas, pero que en determinadas ocasións e contextos tamén pode ser utilizada de maneira despectiva. A orixe pode estar relacionada cos vendedores ambulantes de teas, sirios ou libaneses, que percorrían o país e se dirixían aos posibles clientes chamándolles “mon-

3. Os “chistes de galegos” en Venezuela fixéronse común tardiamente, na década dos oitenta, por influencia argentina. Ata entón os máis común eran os “chistes de gochos”, en referencia aos naturais da área andina vengo-

sieur”. Esta palabra, ao ser adaptada ao son e á pronuncia local, transformouse en “musiú”.

Chamaban ós emigrantes... ‘musiú’, porque viña da palabra francesa que, en francés seica dicen un tipo señor que din ‘mesié’, ‘mesié’ non, bueno, entón eles debido a iso pois a nós foron transformando a palabra hasta o punto que nos chamaban ‘musiú’ e non ‘mesié’ e chamaban ‘musiú’ (...) (H 317).

En ocasións foi percibido como un insulto por parte de galegos, españois ou calquera outro estranxeiro: “A veces ofendíante con tanto chamarche ‘musiú’” (R1:82). Efectivamente, podía ser utilizado de maneira despectiva ou como insulto segundo o tipo de entonación que se lle dese e por suposto, xa non deixaba lugar a dúbidas se ía acompañado de expresións como “coño de madre” ou “que nos vienen a comer aquí la arepa” (“que nos queren quitar o traballo”) (H 1304).

O CONFLITO LINGÜÍSTICO

A pesar de que en Venezuela se fala o mesmo idioma⁴, para moitos galegos as dificultades para expresarse en castelán supuxeron nos comezos un serio contratempo: “A miña adaptación foi un período longo, xa que eu era galego falante e non entendía á perfección o español. Por isto atopeime con problemas á hora de atopar traballos hasta que me adaptei completamente (...)” (EA 12: Antonio).

Os emigrantes asumiron a estigmatización da súa propia lingua pola ideoloxía dominante e o proceso de asimilación lingüística ao castelán, que en parte, xa ten lugar en Galicia antes de saír do país (Gugenberger, 2001: 256). Aínda que a maioría dos entrevistados indica o galego como a súa primeira lingua aprendida no ámbito familiar na nenez, tamén é certo que gran parte deles adquiriran rudimentarios coñecementos do castelán no seu breve paso pola escola e poderíase dicir que eran bilingües en menor ou maior grao xa en Galicia. Pero o certo é que en xeral, chegan a Venezuela cun sentimento de inferioridade en canto á súa lingua e consideran

4. Neste sentido a vantaxe é clara con respecto a aqueles que emigraron a Europa: “En Venezuela hay la ventaja del idioma, mientras que en Alemania y Suiza, a donde también emigré, tuvimos muchas dificultades y durante el primer año solo nos entendíamos por señas” (EA 52: González).

ao galego un idioma de segunda categoría. Foron moitos os que se sentiron cohibidos por non expresarse ben en castelán e se esforzaron en falalo o mellor posible para non ser obxecto de burlas ou tomado por portugués⁵: “(...) aquí a palabra que utilizaban en tono peyorativo era a de ‘portugués’. Inclusive aos galegos chamábanlle ‘portugués’ cando os querían molestar ou ofender (...)” (EA 3: Meilán).

Está claro que a emigración esixe adaptación, en maior ou menor grao, á sociedade receptora⁶, pero isto non significa necesariamente a perda da lingua nin doutros elementos de identidade. O idioma galego utilízase sobre todo no ámbito privado, no fogar e cos paisanos: “Con los gallegos siempre hablábamos el gallego. [¿Con la familia?] También y con los paisanos hablaba en gallego... con los venezolanos no se podía hablar... había que hablar en castellano” (EA 18: A Graña).

En xeral, ven con bos ollos que os seus fillos saiban falalo, aínda cando, como xa se dixo, atribúan maior importancia ao castelán, por crela unha lingua máis culta. A segunda xeración, aínda que entende perfectamente o galego, practicamente non o fala.

(...) ellos eran gallego hablantes [los padres] y de hecho fueron siempre gallego hablantes. Y entre ellos, y en casa, cuando hablaba mi padre y mi madre, pues entre ellos hablaban gallego. Lo que pasa es que a mi hermana y a mí nos hablaban en castellano. Incluso ellos con sus amigos y todos siempre hablaron gallego. Y te puedo decir que mi hermana, a pesar de no haber nacido en España, de no haber nacido en Galicia, pues ella entiende perfectamente el gallego, y como ella todos los hijos de emigrantes, y te digo que todos, a pesar de no hablarlo, sí entienden perfectamente el gallego (H 1055).

5. A emigración portuguesa foi relativamente importante en Venezuela (a terceira de europeos, detrás da española e a italiana). Procedían, na súa maioría, da illa de Madeira, Aveiro e Porto e foron obxecto de burlas a causa das súas vestimentas e das dificultades para expresarse en castelán, ata o punto de que “portugués” foi utilizado polos crioulos a modo de insulto, sendo moitos galegos tomados por portugueses. Posteriormente, adicáronse en gran medida ao pequeno comercio de comestibles, colmados, abastos e panaderías, etc., o que fixo que en momentos de subida dos prezos se lles botase a culpa, non á mala xestión económica do goberno, senón aos portugueses.

6. Por unha banda, séntense cómodos e adecúanse ao clima, adaptan comidas e ata participan do caos e da corrupción, pero pola outra, non se integran a un colectivo ao que consideran “distinto”.

OS MODELOS FAMILIARES

O comportamento endogámico reflíctese nas pautas matrimoniais. A maioría prefire casar cunha muller da súa terra: o 62% dos homes casaron con galegas e o 13% con mulleres do resto de España. Por tanto, no 75% dos casos, emparelláronse con españolas. No caso das mulleres, estas porcentaxes aínda son máis altas: o 77% casou con galegos e o 13% con homes do resto de España; entón o 90% das galegas emparelláronse con españois. Tan só un 3% fixérono con venezolanos e un 7% con estranxeiros (portugueses sobre todo). Este comportamento débese a que o matrimonio cun paisano ou paisana diminúe o risco de fracaso e, sobre todo, axuda a seguir mantendo o sistema de valores que se deixou atrás.

Ada Iglesias, filla de galego e venezolana, confirma que o seu caso non é frecuente e que os pais dos seus amigos son ambos galegos. Conta que a súa avoa paterna, cando se decatou de que o seu fillo casaba cunha venezolana decidiu, a pesar de non viaxar nunca fóra de Galicia e debido a certos prexuízos da época, trasladarse a Venezuela para comprobar se casaba cunha negra e non cunha muller venezolana branca como lle asegurou:

(...) cuando mi abuela se enteró de que se casaba mi padre con una venezolana, lo primero que hizo fue ir a ver si era negra, se fue a Venezuela porque tenía pánico, era un criterio de que la mezcla de razas no era positiva. Esa mezcla que sí se dio, yo conozco casos de italianos. Italianos sí se mezclaron bastante más, sobre todo con mujeres negras, con mujeres de piel muy negra ellos se mezclaron bastante más (...) (EA 15: Ada Iglesias).

Algunhas parellas coñecéronse nas pensións rexentadas por galegos onde se instalaban homes e mulleres recentemente chegados de Galicia. Tamén houbo casos nos que comezaron a relacionarse traballando na mesma casa de familia. Neste sentido, a emigración uniu parellas cuxas posibilidades de coñecerse na Galicia daqueles anos eran moi limitadas.

Outro lugar de encontro, onde se coñeceron e iniciaron moitas relacións de parella, foi nos bailes dos centros galegos, que tiñan fama de ser os máis animados entre as colectividades de inmigrantes. Entre os seus beneficiarios sempre houbo españois orixinarios doutras comunidades autónomas que, chegando en número reducido, optaron por integrarse nas sociedades

galegas xa constituídas, incluídos canarios, o grupo máis numeroso entre os españois. Para asistir aos bailes non era necesario ser socio, só había que pagar o importe da entrada:

A mi mujer la conocí en el Centro Gallego, que organizaba bailes a los que yo iba (...). Bueno sí, yo soy canario, de Santa Cruz de Tenerife, pero aunque aquí en Caracas había un Centro Canario, pues a mis amigos y a mí nos gustaba más ir al Gallego, que era mucho más animado y al que iban muchas mujeres, con decirle que la mía también es canaria (...) (Fernández Morales, 1992: 300).

O DILEMA DA NACIONALIZACIÓN

Adquirir a nacionalidade venezolana non é indicador fiable de integración. Este país nunca puxo demasiadas dificultades para dar a cidadanía aos españois que a solicitasen e os que a obtiveron case sempre foi por motivos económicos: a Lei do Traballo de 1936 xa establecía que o 75% dos traballadores de calquera empresa debían de ser venezolanos e mesmo para poder ser titular dun negocio tamén había que selo. Por tanto, obedece máis a presións indirectas de organismos estatais que a decisións espontáneas e libres⁷: “Siempre fui española, y eso fue en mi contra porque para los trabajos y todo tenía más ventajas si eras del país de donde estabas, por lógica” (H 1086).

Segundo os datos estatísticos do Censo de 1961⁸, soamente o 19,32% dos españois se nacionalizaran venezolanos. Homes na súa maioría (72%, segundo o Anuario Estadístico de Venezuela: 1957-1963), moitos dos cales adquiriron a nacionalidade do país receptor para poder ter o negocio ao seu nome, xa que se non, debían realizar unha serie de trámites burocráticos que complicaban moito a situación: “(...) sí me nacionalicé, creo que

7. “Entre los extranjeros que permanecen, el porcentaje de naturalizados es relativamente bajo. (...) El mayor número de naturalizados se encuentran entre la población masculina, sin duda debido a las presiones ejercidas por la Ley de Trabajo y los reglamentos sobre inversiones extranjeras. (...) Es de interés destacar que la toma de la nacionalidad venezolana no siempre influye en la radicación del individuo. Los muestreos indican que más del 10% de las personas que recibieron la ciudadanía venezolana salieron luego definitivamente del país” (Berglund y Hernández Calimán, 1985: 58).

8. Anuario Estadístico de Venezuela 1957-1963.

en el año 75... 74, 75 ya que cuando empecé a poner negocios por mi propia cuenta, el país requiere naturalización o en caso contrario, hay que hacer unos trámites para ser inversionista extranjero pero son unos trámites que cada año había que en esa época andarlos renovando y era muy problemático...” (H 1171).

En 1980, segundo datos da DIEX (Dirección de Identificación y Extranjería), dos 273.937 españois cedulados no país, 78.390 adquiriran a nacionalidade venezolana, o que supuña o 28,61% do total, o máis alto das principais colectividades de inmigrantes (italianos 18,22%; portugueses 15,25%; e colombianos 7,45%). Apréciase un incremento do dez por cento sobre os rexistros de vinte anos antes, que se debe por en relación cunha poboación cunha porcentaxe alta de pequenos e medianos empresarios, máis asentada e arraigada no país.

O certo é que foron moitos os galegos que non se sentiron obrigados ou non necesitaron nacionalizarse en ningún momento da súa estancia no país, e iso que os españois tiveron todas as facilidades para adoptar a nacionalidade venezolana, o único inconveniente, como se viu, era que se así o facían perdían a española.

Aínda que non existe un convenio de dobre nacionalidade entre España e Venezuela, con todo hai cidadáns que ostentan as dúas nacionalidades. Aqueles que se naturalizaron venezolanos puideron recuperar a cidadanía española tras a entrada en vigor da Constitución de 1978. En cambio, entre os exiliados políticos españois, unha vez perdidas as esperanzas de volver ao seu país, a porcentaxe de nacionalizacións foi de case o cento por cento.

VIOLENCIA E INSEGURIDADE SOCIAL

A inseguridade é outro dos factores que contribúe a que non haxa integración: “La intranquilidad era lo que te mataba. Siempre había atracadores. ¡Yo no vivía tranquila!” (R1:57). Desde o momento da chegada teñen que facer fronte a esta situación e tomar precaucións. Pouco a pouco, irán descifrando os códigos locais e desenvolvendo unhas pautas de comportamento a seguir.

Delincuencia e inseguridade sempre as houbo, aínda que nalgunha época máis acentuada que noutras. Moitos afirman que na ditadura de Pérez Jiménez había máis seguridade e vivíase mellor: “(...) cuando Pérez Jiménez, como aquí [Galicia]... Pero ó vir despois o cambio... A inseguridad personal despois de Pérez Jiménez sempre foi moita. É o único malo que hai alí [Venezuela], non hai outra cousa mala, para min ¡eh!” (EA 39: Valdés). É algo que resulta moi chocante para xentes que proceden de lugares nos que a tranquilidade é o elemento dominante e non se está afeito a este tipo de situacións de inseguridade e violencia:

(...) los que íbamos de aquí [Galicia], de pueblos, o de aldeas, que el único crimen que habíamos conocido era el de los cantares de ciego, pues llegabas allá y te afectaba, y con el tiempo más porque... Al comienzo solamente te sonaba que mataron a uno aquí y al otro allá, pero eso siempre existió, seguridad nunca hubo... porque todavía no conocías a la gente, pero cuando pasaban los años y ya empezaste a conocer a la gente y de pronto te caía cerca un homicidio y tal, empezó a afectarnos... (EA 20: Vázquez Gigirey).

Esta situación vai xerar en moitos inmigrantes ansiedade, medo a saír á rúa e problemas de adaptación, a parte de desconfianza nos diferentes corpos de seguridade venezolanos, aos que tamén se consideraba implicados en moitos delitos.

A falta de seguridade e a violencia pasaron a formar parte das vivencias cotiás coas que tiveron que convivir a maioría dos inmigrantes. Unha inseguridade relacionada cuns desaxustes sociais que se foron acentuando co tempo e que se agudizarían a partir dos anos oitenta, ata converter a Venezuela nun dos países máis inseguros e cos máis altos niveles violencia do mundo.

Esta situación xerou medo a saír de noite e a reclusión nos domicilios a partir das sete ou oito da tarde: “As cousas máis malas pasaban de noite e nós de noite non saíamos” (R1:56). Estas situacións de inseguridade deron lugar a que as actividades de lecer se realizasen, na medida do poder adquisitivo de cada un, nas instalacións dos centros galegos ou nas de clubs privados de praia, onde a seguridade era total. Aínda que, para moitos, as reunións nos parques e prazas de Caracas e as saídas ao Junquito ou á praia coa familia e amigos seguiron sendo habituais.

Á inseguridade física únese a inseguridade social nun país no que a sanidade pública e as prestacións sociais do Estado son case inexistentes e onde unha enfermidade pode acabar cos aforros de toda unha vida.

Yo creo que es más grave la inseguridad social. Porque aquí el que caiga enfermo y tenga un poco de dinero, mientras no se le acabe el dinero va muy bien, bueno muy bien dentro del problema, de la enfermedad que tenga, pero el día que se le acabe el dinero tiene que tirarse a morir... Y como no existe en Venezuela la asistencia social, el seguro social aquí es una mierda, no sirve para nada, aunque fue uno de los primeros de Latinoamérica, cuando funcionó, pero hoy no sirve para nada, porque todo se fue en corrupción, entonces no hay... Una persona aquí se enferma, no tiene dinero y se muere... (EA 2: Ramos).

Aqueles que poden permitilo deben recorrer á contratación de seguros privados e non sempre é unha garantía. Por outra banda, ser atendido nun hospital privado supón un esforzo económico considerable que a gran maioría non pode permitirse.

La gente le tiene mucho miedo a una enfermedad, a un accidente, sus ahorros se pueden ir... todos los de un cierto nivel tenemos seguro para todo, para carro, de vida, enfermedad... Aquí entrar a una clínica particular, porque las cosas del Estado están colapsadas significa que tú vas a tener que hipotecar en un momento dado la casa si tú no dispones de esa cantidad para..., porque estamos hablando de millones... las personas que están ahí no aceptan al señor que llega muriéndose si tu no anticipas una cantidad de dinero fuerte... (EA 4: Pilar Taboada).

Esta falta de seguridade social fixo que moitos españois que se naturalizaran venezolanos fosen recuperando a súa nacionalidade de orixe para poder volver a España como retornado e acollerse, en caso de necesidade, ás prestacións da Seguridade Social española.

CHOQUE DE PERCEPCIÓNS

Por outra banda, en xeral, os galegos consideran aos venezolanos frouxos, pouco traballadores, derrochadores, cuns principios éticos e morais pouco firmes e que viven ao día: “As costumes de alá [Venezuela]... son distintas

a estas, alí o criulo non..., non é unha xente que... lle guste, por exemplo, traballar e aforrar os cartos como facemos nós... o deles é, se teñen como lle chaman alá un 'fuerte', que son cinco bolívares, pois é pa tomar cervexa ou tomar caña branca ou que sexa..." (H 514).

Pero hai quen se aparta destes tópicos e considera que hai traballadores e vagos, como en todas as sociedades. Aínda que no caso de Venezuela, dadas as condicións ambientais e socioeconómicas do país, era posible unha subsistencia sen demasiados esforzos, sobre todo ata a crise económica dos anos oitenta:

(...) el venezolano es igual que el gallego y que el español. Los hay flojos [vagos] y los hay trabajadores. Yo considero que el venezolano es trabajador y es responsable. Claro que también está el flojo, el que no quiere saber nada porque..., compra cuatro latas, cuatro ladrillos, les pone una lata por encima, va a la esquina y compra una docena de 'cambures' [plátanos] y una 'Pepsi Cola', y una arepa, y ya comiste, ¿entiendes? Y no hay frío, no hay nieve. Lo único que puede venir es una riada y te lleva todo el rancho para abajo. No importa, lo pone en otro lado (EA 2: Ramos).

Os inmigrantes, en xeral, sinten que ao nativo non lle gusta a súa presenza no país, porque supoñen unha forte competencia en materia laboral. Traballan duro, as horas que faga falta e por salarios baixos, o que leva consigo que os criulos os fagan sentir estranxeiros e lles mostren que a súa presenza xa non é necesaria no país.

A maioría dos entrevistados coinciden en sinalar que o venezolano é aberto, acolledor, afable, servicial e moi receptivo. Hai quen pensa, como Pilar Taboada, que non hai frouxeira, que o verdadeiro problema está na falta de motivación:

(...) El venezolano es un ser excepcional... el venezolano es un ser espontáneo, abierto, muy carismático, o sea, donde tú te sientes integrado... puedes ir a su casa en cualquier momento, eres excelentemente recibido, hay más apertura, no hay tanto protocolo... Estamos en un país tropical, donde es determinante la temperatura, el tipo de alimento. Eso podría producir una cierta apatía... yo no puedo considerar a un pueblo que se levanta a las seis de la mañana para acudir a su trabajo, donde los niños van al colegio a tal hora, donde

la mayor responsabilidad es de mujeres que son padre y madre en sus casas y sacan adelante una familia con esfuerzo, ¡yo no puedo considerarlo flojo!... No hay flojera, es falta de motivación (EA 4: Pilar Taboada).

Os galegos que tiveron algún tipo de negocio con empregados venezolanos coinciden en que, aínda sendo bos operarios (cando acudían ao seu posto de traballo), non tiñan a capacidade de traballo dos galegos ou doutros estranxeiros. Tampouco eran aforradores, pois o fin de semana gastaban todo o que gañaran e, en moitos casos, o absentismo laboral dos luns era algo co que debían contar á hora de organizar o traballo:

(...) Nosotros nunca tuvimos problemas. Yo nunca tuve problemas con ninguno, incluso los trabajadores que estaban allí, los quería, me querían, nunca me dejaron el trabajo sin hacer, que eran venezolanos, alguno marchó a las 8 de la noche y a las 3 de la mañana volvía a estar planchando, sin pedírselo... Los venezolanos allí no eran malos, no. Eran una gente que no ahorra, lo gastaba todo al momento, al día, andaban todos al día, todos al día, pero después no eran malos. Hombre, si cuadra, para trabajar alguno, un lunes y eso, porque 'tomaban' un poco más el domingo, le venía un poco más flojo... No, tampoco eran irresponsables, quizá, venían así un poco más cansados, más flojos... (EA 47: Freire).

O certo é que a maioría dos empresarios galegos, nos postos clave ou de confianza dos seus negocios, preferiron ter a paisanos antes que a venezolanos.

A pesar de ser vistos pola sociedade receptora como brutos, de cuestionar o seu afán de aforro, o seu desexo de prosperar e os seus malos hábitos hixiénicos, en xeral, os galegos sentíronse ben considerados e ben tratados polos venezolanos, que tamén os vían como honrados, tenaces, traballadores e persoas de fiar: "[Ben considerados]... por honradez, maiormente por honradez, traballadores e honrados. O que pasa é que naquelas datas non estabamos como está hoxe a xente, non se estudaba tanto... era do que carecíamos, de preparación. Pero como honrados e traballadores... excelentes..." (EA 39: Valdés).

Por outra banda, os chistes de galegos (de influencia arxentina) e as burlas sobre a maneira de falar ou outros estereotipos negativos nos medios de comunicación tampouco foron comprendidos e causaron malestar: "(...) nos

usaban como de mofa... yo al venezolano nunca lo pude... que se rieran de mi acento y que hicieran chistes en la televisión de los gallegos, no nunca, nunca lo comprendí” (H 1054).

Periodicamente, houbo –e segue habendo– brotes de xenofobia contra o estranxeiro, algo normal nunha sociedade de aluvi3n con altos niveis de poboaci3n de orixe for3nea. A ca3da do r3xime de P3rez Jim3nez levou consigo manifestaci3ns contra os estranxeiros como rexeitamento, por unha banda, 3 vinculaci3n que co r3xime tiveron sobre todo os italianos e por outra, aos logros econ3micos conseguidos polos europeos durante ese per3odo. Posteriormente, de maneira moi puntual “en la fiesta nacional y en la celebraci3n de la independencia de Venezuela, se produc3an muestras de rechazo a los espa3oles [nacionalismo]” (R1:38).

Para moitos galegos, que lles lembrasen e lles fixesen ver que eran estranxeiros continuamente era algo ofensivo, a3nda que o achacaban sobre todo aos sectores sociais m3is baixos: “Uno siempre es extranjero, y siempre hay alguien que le recuerda que es extranjero, pero es de clase baja, clase bruta” (E1:148). O venezolano ve con desconfianza, e 3s veces mesmo con envexa, a estes inmigrantes que, a base de esforzo e traballo, melloraron considerablemente a s3a situaci3n econ3mica e pasaron a formar parte das clases medias do pa3s: “Muchos de ellos [gallegos] se sienten rechazados por el venezolano, tal vez, porque el venezolano envidia el progreso que los gallegos han logrado en este pa3s gracias a su esfuerzo y trabajo, lo cual hace que el gallego se cree la imagen general del venezolano flojo y vividor” (E2:40).

3 evidente que nin todos os galegos son brutos e ignorantes, nin todos os venezolanos frouxos e irresponsables. Hai valores moi positivos en ambas culturas que permitiron a convivencia e o enriquecemento mutuo. Ning3n pobo 3 absolutamente desprezable nin absolutamente maravilloso: “(...) aqu3 [Venezuela] a solidaridade 3 un elemento que eles o exercen sen xiquera saber o que 3... ao mellor resulta que hai unha herdanza xen3tica de ser solidario, (...) e eu creo que o maior defecto que hai en Europa, (...) 3 a insolidaridade tan terrible que hai. Iso 3 polo menos un valor moi positivo da sociedade venezolana (...)” (EA 6: Xos3 Manuel L3pez Trelles).

En xeral, por parte dos galegos hai moito agradecemento ao pa3s que lles

permitiu traballar e prosperar economicamente, a3nda que sempre poida haber algu3n que lles lembre que son “extranjeros”: “Uno se ve obligado a querer a este pa3s porque... le ha dado muchas cosas, pero tambi3n se siente un poquito acomplejado cuando llega un venezolano y le dice ‘no, que t3 eres extranjero’. 3C3mo t3 me vas a llamar extranjero a m3, si yo tengo 40 a3os en este pa3s?” (Derham, 2002: 316).

O emigrante vese dividido entre a terra de orixe, que lle deu a s3a identidade e a s3a cultura, e a outra que o acolleu, lle proporcionou traballo, benestar e progreso. En moitos casos consid3ranse discriminados, tanto en Venezuela como en Galicia, e non se senten de ningunha parte, nin se senten ben en ning3n sitio, pero ao mesmo tempo forman parte dos dous lugares: “Na mi3a opini3n, o problema m3is grande de ser emigrante 3 que non te sintes nin dun lugar nin doutro e, ao mesmo tempo, es parte dos dous. En canto te vas dun, xa est3s a pensar no outro” (R1:21).

Un problema de identidade que 3 com3n a todos os emigrantes que permaneceron durante moitos anos na emigraci3n e que, evidentemente, afecta tam3n aos fillos, como manifesta o testemu3o seguinte dun venezolano fillo de galegos:

Definitivamente existe una divisi3n, ya que te sientes venezolano, pero los nacionales te hacen sentir extranjero, y te sientes espa3ol, pero los espa3oles, te hacen sentir venezolano. Es una dualidad dif3cil de explicar y para conocerla, hay que sentirla (E2:39).

Non ser de ning3n lado, non sentirse de ningunha parte, tratar de non perder a cultura propia e non integrarse totalmente na cultura do pa3s adoptivo 3 unha das desventuras do emigrante, “nin de ac3, nin de al3”. Galego en Venezuela, venezolano en Galicia. Sempre estranxeiro.

BIBLIOGRAF3A CITADA E FONTES

3LVAREZ SILVAR, G. (2002): *La migraci3n de retorno en Galicia (1970-1995)*. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias Pol3ticas y Sociol3g3a. Tesis doctoral.

AMAE, R.-5692, Exp. 6. Informe del embajador español en Venezuela Manuel Valdés al Ministro de Asuntos Exteriores sobre emigración a Venezuela. Caracas, 28 de marzo de 1955.

AMAE, R.-5692, exp. 6. Carta del Embajador de España en Venezuela al Ministro de Asuntos Exteriores sobre emigración española a Venezuela. Caracas, 18 de abril de 1955.

Anuario Estadístico de Venezuela. 1957-1963. República de Venezuela, Ministerio de Fomento, Dirección General de Estadística y Censos Nacionales, Caracas, 1964.

BERGLUND, S. y Hernández Calimán, H. (1985): *Los de afuera: un estudio analítico del proceso migratorio en Venezuela.* Caracas, Centro de Estudios de Pastoral y Asistencia Migratoria (CEPAM).

CONTIÑA, R. (1982): *Gallegos en Venezuela.* Caracas, Ed. Logos.

DERHAM, M. J. (2000): *Inmigration, Assimilation and Nation-Building in Venezuela: The Pérez Jiménez Government and its Aftermath.* University of Liverpool. Tesis Doctoral.

FERNÁNDEZ MORALES, M.J. (1992): *La emigración española a Venezuela de 1850 a 1960.* Madrid, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Geografía e Historia. Tesis Doctoral.

GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, M.P. (2005): *Lo vivido en su hondura: migraciones y cotidianidad. Presencia de inmigrantes gallegos en Venezuela.* Universidad Central de Venezuela, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. UCV-Tesis.

GUGENBERGER, E. (2001): "Identidad, conflicto lingüístico y asimilación: Observaciones sobre la lengua gallega en Buenos Aires", en Núñez Seixas, X. (ed.): *La Galicia Austral. La inmigración gallega en la Argentina.* Buenos Aires, Editorial Biblos, pp. 251-277.

FONTES ORAIS

Entrevistas realizadas polo Autor (EA):

EA 1: Juan Antonio Iglesias. Data entrevista: febreiro 1995.

EA 2: Manuel Ramos. Data entrevista: 21/03/1995.

EA 3: Eduardo Meilán (A Coruña). Data entrevista: 22/03/1995.

EA 4: Pilar Taboada (A Estrada, Pontevedra). Data entrevista: marzo 1995.

EA 5: Juan Manuel Giraldez. Data entrevista: marzo 1995.

EA 6: Xosé Manuel López Trelles (A Coruña). Data entrevista: 29/03/1995.

EA 12: Antonio (Cartelle, Ourense). Emigrou a Venezuela en 1954 e retornou a Galicia en 1963. Data entrevista: mayo 1997.

EA 15: Ada Iglesias (Caracas, Venezuela). Nada en 1968, regresou a Galicia no 2006. Data entrevista: 07/07/1998.

EA 16: Saturnino Cuquejo (Baltar, Ourense). Nado en 1928, emigrou a Venezuela en 1957. Data entrevista: 28/01/1999.

EA 18: A Graña (Covelo, Pontevedra). Data entrevista: 30/07/2004.

EA 20: Eugenio Vázquez Gigirey (A Coruña). Emigrou a Venezuela en 1960. Data entrevista: 02/02/1999.

EA 21: Pedro Álvarez Domínguez (Nogueira de Ramuín, Ourense). Nado en 1933, emigrou a Venezuela en 1958 e retornou a Galicia en 1985. Data entrevista: 04/02/1999.

EA 39: Antonio Valdés (Sober, Lugo). Nado en 1919, emigrou a Venezuela en 1955 e regresou a Galicia en 1982. Data entrevista: novembro 1997.

EA 47: José Freire (Sober, Lugo). Nado en 1931, emigrou a Venezuela en 1955 regresou a Galicia en 1963. Data entrevista: 20/02/1998.

EA 52: Ildefonso González Domínguez (Calvos de Bande, Ourense). Nado en 1935, emigrou a Venezuela en 1953 e regresou a Galicia en 1958. Data entrevista: 04/04/1998.

Entrevistas recollidas no Fondo HISTORGA (Arquivo de Historia Oral de Galicia. Facultade de Xeografía e Historia. Universidade de Santiago de Compostela), (H):

H 275: Estrella Grela Leobalde (Ordes, A Coruña). Nada en 1932, emigrou a Venezuela en 1956 e regresou a Galicia en 1967.

H 317: Francisco Pérez Somoza (Celanova, Ourense). Nado en 1933, emigrou a Venezuela en 1957 e regresou a Galicia en 1968.

H 321: Manuel Rodríguez Enríquez (Celanova, Ourense). Nado en 1931, emigrou a Venezuela en 1955 e regresou a Galicia en 1982.

H 514: Manuel Conde Vieitez (Toén, Ourense). Nado en 1943, emigrou a Venezuela en 1970.

H 750: Andrés Vila Martínez (Portas, Pontevedra). Nado en 1940, emigrou a Venezuela en 1957 e regresou a Galicia en 1971.

H 1054: Francisco Alfonso Reboreda (Portas, Pontevedra). Nado en 1940, emigrou a Venezuela en 1957 e regresou a Galicia en 1979.

H 1055: Mercedes Maquieira Miguens (Caldas de Reis, Pontevedra). Nada en 1954, emigrou a Venezuela en 1963 e regresou a Galicia en 1981.

H 1086: María José Pampín Monzo. Nada en 1953.

H 1090: Andrés Carballo Castro. Nado en 1958, emigrou a Venezuela en 1978 e regresou a Galicia en 1989.

H 1141: Luis Ferreiro (Celanova, Ourense). Emigrou a Venezuela en 1967.

H 1171: Ramón Alonso Sieiro (Boborás, Ourense). Nado en 1950, emigrou a Venezuela en 1970.

H 1253: Miguel Pias Castro (A Baña, A Coruña). Nado en 1936, emigrou a Venezuela en 1953 e regresou a Galicia en 1983.

H 1274: Valisneria Andión Márquez (Forcarei, Pontevedra). Nada en 1930, emigrou a Venezuela en 1963 e regresou a Galicia en 1983.

H 1304: Manuela Pesqueira Santiago (Marín, Pontevedra). Nacida en 1924, emigrou a Venezuela en 1955 e regresou a Galicia en 1958.

H 1329: Emilio Sumavielle Acuña (Ourense). Nado en 1931, emigrou a Venezuela en 1957 e regresou a Galicia en el 2003.

Entrevistas realizadas polo autor a Emigrantes galegos a Venezuela de 1ª xeración (E1):

E1 148: Home (Bande, Ourense). Nado en 1947, emigrou a Venezuela en 1967.

Entrevistas realizadas polo autor a Emigrantes Retornados galegos de Venezuela de 1ª xeración (R1):

R1 21: Home (Ribadavia, Ourense). Nado en 1937, emigrou a Venezuela en 1957 e regresou a Galicia en 1969.

R1 32: Muller (Bande, Ourense). Nada en 1914, emigrou a Venezuela en 1959 e regresou a Galicia en 1980.

R1 37: Home. Nado en 1927, emigrou a Venezuela en 1951 e regresou a Galicia en 1982.

R1 38: Muller (Ourense). Nada en 1938, emigrou a Venezuela en 1957.

R1 56: Muller (A Merca, Ourense). Nada en 1930, emigrou a Venezuela en 1957 e regresou a Galicia en 1966.

R1 57: Home (Sober, Lugo). Nado en 1920, emigrou a Venezuela en 1955 e regresou a Galicia en 1960.

R1 82: Home (Sober, Lugo). Nado en 1939, emigrou a Venezuela en 1958 e regresou a Galicia en 1977.

Entrevistas realizadas polo autor a fillos de Emigrantes galegos en Venezuela (2ª xeración, E2):

E2 39: Home (Caracas, Venezuela). Nado en 1967. Pai de A Coruña, nai de Barcelona.

E2 40: Muller (Caracas, Venezuela). Nada en 1975. Pai de A Coruña, nai de A Coruña.

E2 93: Home (Caracas, Venezuela). Nado en 1963. Pai de Pontevedra, nai de Lugo.

La Pasión de Concepción Arenal: ¿Un abismo?

Mª Antonia de Miguel. Psicoanalista.

Vigo

¿En qué momento la figura de Concepción Arenal pasó a ser para mí algo más que una mujer, que por serlo de excepción para su época, da nombre a calles, institutos o centros culturales...? Primero me capturó, no quiero decir me sedujo porque es demasiado intensa la palabra, de forma imaginaria, si de forma imaginaria al ver la película/documental, protagonizada por la gran actriz que es Blanca Portillo.

A partir de ahí ya no me conformo con un nombre que nombra espacios públicos quiero saber más de ella quiero entrar en su espacio privado y empiezo a leer, busco su biografía, no encuentro muchas cosas pero...empiezo a anudar, de lo imaginario a lo simbólico, y encuentro.

Veo a esta mujer en el tiempo en que para andar por la calle una mujer necesita una mano para subir su falda, que llega al suelo y otra para sujetarse el sombrero sin el que no se puede salir de casa; la veo en la primera escena de la película correr para llegar al cadalso con la carta del indulto en la mano, conseguida con ímprobos esfuerzos, para impedir la ejecución de una presa condenada a la pena capital por infanticidio, y la admiro.

Encuentro esta carta: "Amistad y pena de muerte" y confirmo su posición en la vida: la de correr tras un imposible con el convencimiento de que algo se podrá hacer a pesar de todo.

La carta la encuentro en una selección de fragmentos de su obra que se recogen en un estudio de África López Souto en la editorial Baia Pensamiento, uno de los pocos estudios semi-biográficos que he encontrado, escrito en un hermoso gallego, que puede apreciar hasta una semi-anal-

fabeta de este idioma que soy yo, pues lo leo pero no lo escribo. Voy a leerla a la letra:

“San Pedro de Nós, 11 de junio de 1886

...Tuvimos algunos días hermosos, pero hoy vuelve a llover. Mañana nos vamos a La Coruña con un motivo bien triste. Hay un reo condenado a muerte en primera instancia y que lo será probablemente en el tribunal superior. En este pueblo, de costumbres suaves (el verdugo no es gallego), el patíbulo es doblemente horrible; desde principio de siglo no se ha levantado por delitos comunes en La Coruña, cuyos habitantes piden a la reina indulto.

Yo he hecho la representación e iremos a recoger el mayor número posible de firmas. No faltaría la tuya si estuvieses por aquí.

Recuerdos de nuestra amiga y de Fernando, que no está aquí, pero que mucho te recordó ayer cuando vino.

Los míos a Tornos y a tus hijos y para ti el cariño de tu cordial amiga.

Concha””.

Encuentro esta carta y compruebo que ficción y realidad se recubren y que la luchadora por los derechos humanos está llena de afectos amistosos, de dulzura y suavidad de maneras, “pueblo de suaves costumbres” así califica al pueblo gallego, que es el suyo –es ese su estilo, suave, dulce, a la vez parco y serio–. Suave es otra forma –quizás más cercana al estilo femenino–, de llamar a la prudencia y por alguna razón aún me conmueve más.

Solo una gran pasión puede mover a alguien a hacer con su vida lo que hizo Concepción Arenal: tres años de universidad bajo la apariencia de un hombre, disfrazada, ya que de otra manera no hubiera podido en su tiempo acudir a las aulas, escribir sin cesar, en alguna ocasión publicando con nombre masculino, sin desplazarse para asistir a los congresos de su interés pero enviando a todos y cada uno de ellos sus trabajos. Hay a este respecto una curiosa anécdota: gozando como gozó de una inmensa consideración por estos trabajos fuera de su patria mucho más que en la suya, la asociación Howard, para la reforma de las prisiones la nombró su miembro correspondiente en

España, con la equivocación curiosa de dirigir el nombramiento a Sir Concepción Arenal. Esta “sir”, es madre también, madre que cuida amorosamente a sus hijos, amiga que no olvida nunca a sus amigos y mujer que no deja que su pasión, “la de Concepción Arenal” –la de mover el mundo de la injusticia, la de cuestionar sin descanso el prejuicio del hombre que recae en la mujer– anule “los calmados y suaves afectos de Concha”.

Pero, ¿cuál es entonces su pasión? ¿A qué responde el título de este trabajo? Una frase de ella, encontrada al azar, me lo proporcionó y busco y encuentro esta frase en uno de sus textos: “La mujer del porvenir”: “La pasión en el hombre es un torrente, en la mujer un abismo”.

En el hombre, entonces, su pasión arrastra a otros, en la mujer puede permanecer en ella misma pues el término mismo: abismo no supone en sí dialéctica alguna. Abismo: “Parte profunda del pensamiento o del alma que resulta insondable o incomprensible”.

Pues bien haremos lo que ella enseña: ir más allá de lo “in/im...insondable, incomprensible, de lo imposible para sondear su pasión y si no la comprensión, tampoco se trata de eso en las grandes pasiones, quizás si podamos alcanzar el entendimiento.

El abismo que habita su alma de mujer lo transita Concha con palabras, miles de palabras que siempre tienen un interlocutor: ese otro interlocutor es diverso: el hombre que dicta las leyes, el juez que las aplica, la mujer segregada en ese su tiempo –por tanto cualquier mujer–, son las presas, las que en la cárcel son sus vigilantes, el cabo de vara que las endereza, el verdugo, pero también las prostitutas, las jóvenes casi niñas que se dedican al servicio doméstico, los niños que crecen en la miseria...los desprotegidos todos. Y en eso no es una mujer de su tiempo es una mujer del nuestro, es como ella titula la obra ya mencionada: “Una mujer del porvenir”.

Estamos en jornadas de psicoanálisis, ¿no es así?, Entonces podemos también permitirnos el lujo de usar términos caros al psicoanálisis y decir que: su pasión es la castración, entendida en el mejor sentido psicoanalítico: pasión por el ser en falta, pasión por lo que humaniza al ser vivo, por la falta que el lenguaje imprime en el cuerpo y que ella va a tratar por la misma vía la de la palabra.

Esta pasión por el ser en falta ha sido desviada y usada sin sutileza, utilitariamente más bien, en un mundo masculino, que se mide por la norma fálica. “Masoquismo femenino” se lo ha denominado sin advertir que se trata de otra cosa: de una ruptura de la medida fálica, y de que este supuesto masoquismo femenino (Helen Deutsch habla de él en sus escritos sobre la mujer “para dar cuenta del exceso de privación al que conduce el amor de las mujeres más allá de cualquier consideración propia del principio del placer” y lo sitúa como una “salida de los límites normales”. Dice que “la mujer se expone con alegría a las privaciones, al sufrimiento y hasta a la muerte”) es en realidad un fantasma masculino que hace permanecer al hombre, convenientemente ciego a las posiciones femeninas del ser por estar instalado en el tener.

Hay que ser capaz de leer, en sus reflexiones sobre la pobreza y la miseria, su estilo sutil y delicado de tratar el tema, que nos lleva hasta Lacan en sus referencias y consideraciones –para tratar el tema de la feminidad– a “la mujer pobre” en la novela de Leon Bloy, que no es otra que la que se presenta con el signo “menos”, en falta.

“Voy a decir una cosa que tal vez parezca muy extraña. La pobreza no es algo que se debe temer, ni que se puede evitar. Lo temible, lo que ha de evitarse y combatirse a toda costa es la miseria... Miseria es aquella situación en que el hombre no tiene lo necesario fisiológico para su cuerpo, ni puede cultivar las facultades esenciales de su alma”, esas son sus palabras, que suponen serán extrañas para la comunidad pero que no duda en escribirlas.

Es porque la pobreza atañe al tener y la miseria toca al ser y esa es la sutil diferencia que esta mujer, Concha, es capaz de hacer si nosotros somos capaces de leerlo, porque ella siempre se dirige, busca, a un interlocutor.

En un artículo de Eric Laurent, que se incluye en un texto sobre sexualidad femenina, encontramos esta lúcida consideración sobre el masoquismo femenino como complementario al fantasma masculino: “La falsa solución del masoquismo femenino consiste en querer, entre el todo y nada, asegurarse un lugar en el fantasma del hombre. Es una falsa solución, porque la verdad de la posición femenina no es ser “todo o nada” sino ser Otro para un hombre”. Entendiendo ser Otro –añado yo– como ser un interrogante en el universo

que se rige por el tener y esa es la posición que encuentro en Concepción, someter a una continua interrogación, poner en cuestión el mundo masculino que reduce al femenino a no ser más que el bello, débil y veleidoso sexo: “La mujer más fuerte e ilustrada, es considerada por la ley como inferior al hombre más vicioso e ignorante.” (“La mujer del porvenir”).

A partir de la pregunta freudiana ¿Qué quiere una mujer? Lacan ha hecho un importante desarrollo sobre la posición femenina.

La ética del discurso analítico impone deducir el ser de una posición, partiendo de una falta. Esa es la intención de mi trabajo de hoy. Nadie mejor que esta mujer pionera y absolutamente actual puede ayudarnos a responder en su hacer paradigmático.

No sé si consciente o inconscientemente la película nos ofrece el contraste de dos universos el del tener y el del ser. De un lado el universo masculino que dirige, ordena y llena sus arcas con los beneficios del trabajo de las presas, de otro lado la visitadora de cárceles y su grupo de mujeres donantes. Un momento de “clímax” es aquel en el que la visitadora pide para sus presas y el jefe de prisiones figura de la potencia masculina pregunta: pero mujer ¿qué más quiere?. ¿No ha tenido ya suficiente entretenimiento? Concha ha conseguido trabajo remunerado, zapatos para las presas, limpieza, alfabetización,... y ahora, entonces ¿qué más?: Pues, lo que ahora quiere es un nada, un día libre, un día gozoso e inútil, un día de ocio, de goce, de sol de risa... eso quiere.

Es una mujer que no se asusta, que no retrocede ante el enigma que la mujer es para sí misma, evoco aquí a J. Lacan cuando dice, en “Ideas directivas para un congreso sobre la sexualidad femenina”: “El hombre sirve de relevo para que la mujer se convierta en ese Otro para sí misma como lo es para él”. Esta mujer, madre amorosa, que cuida de manera singular la educación de sus hijos, llegando a estudiar por su cuenta las ciencias exactas para poder ayudar y corregir al hijo, que más tarde sería ingeniero, esta madre del amor y los cuidados, no retrocede ante esa otra del acto absolutamente enigmático. Tiende la mano a otra, tan diferente que a todos asusta y repele: Una reclusa condenada a muerte por infanticidio. La escena puede seguirse a lo largo de toda la película de manera singular y sobrecogedora. A esta “Medea”, que

ha matado a sus dos hijos, Concepción se acerca sin temor y trata de escuchar, en ese acercamiento, a la mujer no toda inscrita en su función de madre: “la mediación fálica, es decir el hombre que le dará el falo bajo la forma de hijo, no drena todo lo pulsional que puede manifestarse en la mujer, y en particular toda la corriente del instinto maternal” (Lacan, “Ideas directivas para un congreso sobre la sexualidad femenina”), que sea una enferma psicótica no lo explica todo para nosotros analistas y no lo explica todo, tampoco para Arenal.

Es absolutamente conmovedora esa escena de la película en la que Concha se acerca a esta “Medea” y le habla. Le habla como madre, le habla de la muerte de su propia hija, de su dolor, de la angustia con la que todavía años después escucha y recuerda el llanto de su bebé... pero si le habla de esto no es para recriminarla como madre sino para poder escucharla más allá de esa posición materna desde la que sería incomprensible ese infanticidio, la escucha como mujer que prendada de un hombre puede llegar a ver a sus hijos como un obstáculo, estrago que lleva al sin límite de las concesiones que una mujer puede llegar a hacer...

Hay en Arenal una posición que nos hace pensar en la posición natural femenina como analista por el hecho de saber operar con la falta, con el más allá del falo.

Me detendré ahora en otra escena de la película, pero antes voy a hacer una introducción a la Arenal “psicóloga”, a la visitadora estudiosa de la psicología femenina. De su época de visitadora de cárceles –dos años de estancia en La Coruña– esta gallega discreta dónde las haya respecto a lo más íntimo y privado de su vida (si tenemos el tiempo y aunque no hay o no he encontrado ninguna biografía detallada, daré algún detalle de la historia subjetiva) se alimenta su obra “Las cartas a los delincuentes”. Clara Campoamor señala que este libro es fruto de una doble experiencia, esta de visitadora de cárceles y el examen psicológico de 560 reclusas o liberadas, cuyo estudio directo realizó en “La asociación protectora de presas y liberadas”, que fundó en La Coruña.

Es este un tiempo absolutamente activo; junto a su íntima amiga Juana de Vega, condesa de Mina y otras mujeres no cesa en su afán de dar o más bien de devolver a las presas su dignidad perdida física y moralmente.

La vemos, junto a Juana de Vega, leyendo cartas a las presas de La Galería de mujeres en La Coruña, cartas en las que les da a conocer numerosos artículos del código penal vigente, deteniéndose en aquellos que más pueden interesarles: aborto, infanticidio... La condesa de Mina lee las cartas a las mujeres mientras ella calceta en un rincón aparentando indiferencia, pero en realidad pendiente de todos sus gestos que pudieran ser indicio del efecto que esta lectura produciría; poco después anota sus percepciones (África López Souto, pg. 714, sobre Concepción Arenal).

La escena, recogida magistralmente en la película, es preciosa, una de las que más he gustado en ver y volver a ver. ¿Razones? Desde alguna personal a otras históricas. A mí me gusta hacer punto, mucho, muchísimo. Pero no todo es eso. ¿Forzaría las cosas si digo que es la imagen de la atención flotante que se pide al analista en su escucha, atención flotante que no quiere decir nunca indiferencia? Ana Freud lo usaba como recurso para mantener este grado de atención cuando escuchaba a sus pacientes, anécdota sin duda, pero buena anécdota par ser recogida.

¿Podría ahora permitirme una elucubración al respecto? En su 33ª conferencia de “Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis”: “La feminidad”, Freud hace una observación en relación a la labor del tejido y la mujer. La leeré con prudencia, ya que el dicho puede alarmar a nosotras, las mujeres. Con prudencia, aquí, quiere decir que iré al decir más allá del dicho.

Dentro de un largo párrafo dónde se refiere al narcisismo femenino, a la necesidad más de ser amada que de amar, a la vergüenza cualidad femenina por excelencia... cuestiones algunas de ellas que comentaré, está este otro párrafo: “Se cree que las mujeres han brindado escasas contribuciones a los descubrimientos e inventos de la historia cultural, pero son tal vez las inventoras de una técnica: la del trenzado y tejido. Si así fuera, uno estaría tentado a colegir el motivo inconsciente de ese logro. La naturaleza misma habría proporcionado el arquetipo para esa imitación haciendo crecer el vello púbico con la madurez genital, el vello que encubre los genitales. El paso que aún restaba dar consistió en hacer que adhirieran unos a otros los hilos, que en el cuerpo pendían de la piel y solo estaban enredados. Si ustedes rechazan esta ocurrencia por fantástica, y consideran que es una

idea fija mía la del influjo de la falta de pene sobre la conformación de la feminidad, yo quedo naturalmente indefenso”

Tomemos entonces la idea fija freudiana más allá de su dicho, pensemos en la conformación particular de la feminidad y también en ese sentido, su particular forma de la sublimación, porque ¿de que otro modo vamos a entender este quehacer femenino más que como una forma sublimatoria respecto a la castración, al real de su castración? La sublimación es la forma de tratamiento de lo real por lo simbólico con el intermedio de lo imaginario. El arte del trenzado, del tejido puede ser tomado como una forma paradigmática de la actividad sublimatoria. En el caso de nuestra protagonista, Concha Arenal, esta labor de tejer –en este contexto– no es más que el prólogo de un trenzado que va más allá, el trenzado de palabras que es su escrito posterior para las presas: “Las cartas a un delincuente”. Por ser el inventor del psicoanálisis hay que leer a Freud con las cuestiones que a él se le plantean sobre la mujer que quedan abiertas en sus últimos trabajos en relación al final del análisis, hay que leerlo en el modo que él mismo nos enseña, yendo más allá del dicho. No se trata entonces en esa metáfora del tejer del ocultamiento vergonzoso de la castración, sino del velo tendido a la falta, para que, sin completarla, sin restaurar esa falta que humaniza, ella misma empuje al hacer, hacer una obra de arte. Concepción Arenal no teje solo con agujas, teje para construir un entramado social que envuelva cuidadosa e incluso amorosamente al desprotegido.

Es una forma del saber operar con el nada. Es bien importante hacer la diferencia entre el saber operar con el nada y el identificarse con el Uno fálico regulador dominante.

En cuanto al narcisismo femenino tomémosle también por lo que es, narcisismo del deseo lo nombra Lacan, amor del deseo, que viene al lugar del falo marcando la salida femenina.

Amar apasionadamente la falta puede conducir al abismo del estrago, si de cubrirla se trata con la medida del tener, pasión mortífera que puede engullir todo el ser femenino, pero hay otra forma de amar con pasión la falta, esa es la pasión de Concepción, amar a los seres en falta, los que nadie parece amar: la mujer depreciada y despreciada, el niño abandonado, el verdugo...no para

que tengan más, en absoluto –puede recordarse su reflexión sobre la pobreza o sobre el dolor– sino para devolverles la dignidad de ser seres humanos. Es pasión por la justicia bien entendida, por la igualdad de oportunidades para acceder a la instrucción, a la educación, en una palabra al saber en dónde están puestas todas sus esperanzas. Esta apasionada de la educación, igual para todos, tiene a su vez un extraordinario respeto por la diferencia. De su padre –de profesión militar, perseguido y encarcelado por sus ideas liberales, muerto cuando Concepción tenía ocho años–, hereda su pasión por los libros a la vez que se identifica, por la negativa, con la posición pacifista, absolutamente contraria a las armas, a la guerra. Con ironía –no está exenta de ella– en *La mujer del porvenir* dice que “en los tiempos en que la fuerza material lo era todo, se comprende que la mujer no fuese nada; porque ¿qué consideración habría de merecer en la paz la que era inútil para la guerra?, e insiste que la mujer dotada como el hombre para cualquier profesión, no lo está sin duda para las armas.

Es también con esa capacidad, en alguien tan serio y prudente, para ironizar, como se enfrenta al superyó dominante en su época, el mundo masculino, para hacerlo incompleto, en lugar de querer completarlo. Y lo enfrenta para hacerlo inconsistente (“¡Sería fuerte cosa que los señoritos respetaran a las mujeres que van a los toros y faltaran a las que van a las aulas!), indemostrable (refuta, en la contradicción misma del teórico, con la lógica, las teorías de Gall sobre la incapacidad intelectual femenina), indecidible oponiendo, a la mujer educada para la esclavitud y el ocio al servicio del hombre, la mujer cultivada, dueña de todos los derechos civiles, con acceso a todas las profesiones... en suma la mujer que decide por ella misma.

Posición bien cercana a la ética del psicoanálisis.

Y como la posición de entusiasmo no conviene al psicoanalista, lo moderaré diciendo que no analizo a Concepción Arenal, si no que me he acercado a ella más bien desde la posición de analizante que busca en el Otro, respuestas de saber pero, sin dudarle, me he acercado con los términos del psicoanálisis.



XXII XORNADAS DE TRASALBA

O SISO: 35 ANOS FÓRA DE COBERTURA PSIQUIATRÍA, PSICANÁLISE E LITERATURA

*Pazo Museo Otero Pedrayo
Trasalba - Amoeiro, Ourense*

Sábado 10 de xuño de 2017

A FESTA DO SISO

Hai xa trinta e cinco anos que profesionais da saúde mental construíron un aparello de papel chamado *Inter-nós* que, co paso do tempo, deu en chamarse *Siso saúde*. Houbo un algo de delirio en todo aquilo, coído que por dúas ou tres razóns. Nunha fisterra como era (i é) Galiza ter a pretensión de argallar unha revista fóra de cobertura do saber médico, co tema da saúde mental como fundamento, coas formas dunha publicación de calidade, sen patrocinios, permitindo o galego e con autores de aquí. Ademais, cómpre ter en conta unha vontade de intervir na realidade asistencial, unha preocupación pola estética e a linguaxe e unha decidida aposta por ese saber que tende a situarse nos marxes e as fronteiras.

Como outras moitas cousas da nosa terra camiñou paseniño, sen que lle deramos a importancia que merece, ás veces máis valorado fóra que aquí e contendo traballos que hoxe posúen a categoría de clásicos.

O *Siso* foi lido por xente de moita sona na saúde mental en España e, de cando en vez, nas conversas informais fancho saber lembrando artigos que sabías excelentes pero que pensabas chantados na terra e sen vontade viaxeira. Hai *Sisos* nas bibliotecas de Tokio, Canadá e África. Hai moitas citacións en teses

de doutoramento. E comentarios de libros que anticipáanse ás modas, revisións dunha minuciosidade abraiante, propostas psicopatolóxicas orixinais, análises de situacións sociais rigorosas e coa ética presidindo cada liña. Están o Lamas, Madó, Vila, Tiburcio, Chus, García de la Villa, Arturo Rey, Marisol, Alberdi, Simón, Fidel Vidal, Pedreira, Manolo Fernández Blanco e... asumo a miña falla polos que deixo de citar.

Con insistencia, cada liña teima en falar da loucura. É un aparello de papel que non se apaga aínda que ás veces pareza fóra de cobertura.

Dende fai trinta e cinco anos hai días nos que un escoita: xa saíu o Siso.

PROGRAMA

A edición: Paco Macías

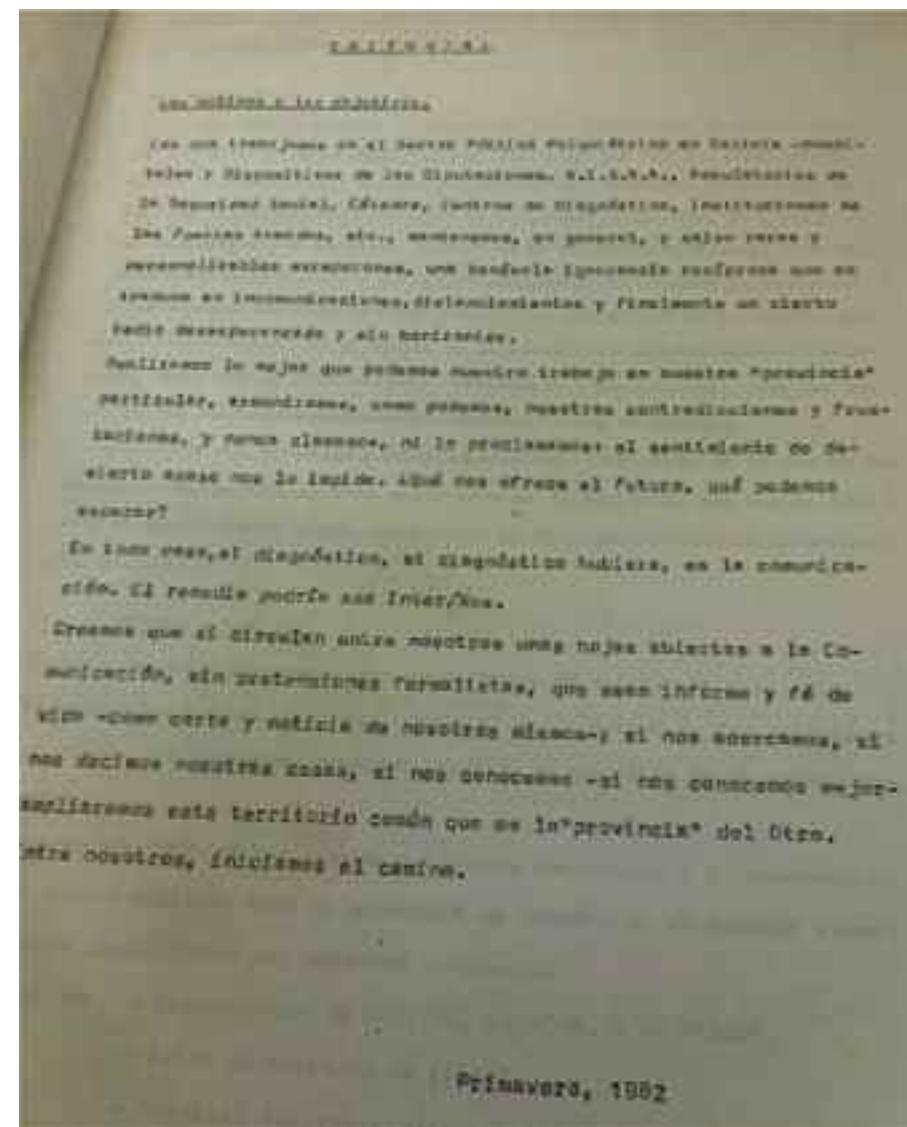
A escritura: Ramón Vilar

A lectura: Ramón Area

A ciencia escrita: Jorge Losada

O Siso: Chus Gómez e Santiago Lamas

Xantar festivo e tarde de música e conversa



Entre Nós: Los prolegómenos “Rebullonianos” de Siso/Saúde y otras cuestiones en desuso

Tiburcio Angosto Saura. Psiquiatra.
Vigo

Correspondencia: tas@jet.es

En las Jornadas del Pazo de Trasalba de este año 2017 se realizó un pequeño homenaje a nuestra revista *Siso/Saúde* por sus 35 años de vida. Se mencionó como sus inicios la publicación *Inter Nos* cuyo primer número salió a la luz en 1982. Me gustaría hacer alguna precisión a este respecto y contar algunos hechos que estuvieron entrelazados en esa época.

En enero de 1980 se inicia en el Hospital Psiquiátrico (HP) “Rebullón” una sencilla publicación, de una sola hoja, escrita a veces por las dos caras, que se llamó *Entre Nos* y que en mi opinión vino a ser la antecesora de *Siso/Saúde*.

Fue una iniciativa del **Dr. García de la Villa**, y de los doctores **A. Seoane** y **J.M Piñeiro**, estos dos últimos eran Médicos Becarios Residentes (MBR). Como aún no se habían incorporado los MIR (la primera promoción lo haría ese mismo año) se utilizaba esa denominación doméstica, MBR, para tratar de homologar su formación, financiada mediante becas de la Diputación, al sistema MIR que se había creado en 1978 ya que realizaban un programa teórico y de rotaciones similares.

El folleto *Entre Nos* se depositaba en el mostrador de entrada al Hospital para que libremente todo el que quisiera pudiera leerlo o llevarse un ejemplar.



Así pues, *Entre Nos* fue gestada por el entonces subdirector del H.P. Rebullón (G^a de la Villa) y dos MBR que se autodenominaban “Comité de Promoción”. Tenía un encabezamiento a modo de señas de identidad, que aquí reproducimos, realizado por el Dr. Piñeiro, excelente dibujante.

En el número 0, a modo de editorial, se hacen una serie de reflexiones sobre la necesidad de una publicación de ese estilo así como de las “*motivaciones, pretensiones y organización de la publicación*” (sic) que se pretendía fuera semanal y que fuera el órgano de libre expresión de “*todo el personal*” del Hospital fuera del estamento que fuera. “*Cada cual puede matizar ampliar o contestar trabajos anteriormente publicados con el fin de enriquecernos todos*” –escriben los componentes del Comité de Promoción. Obviamente el comité propone unas reglas de publicación entre las cuales figuraban no permitir ataques personales y no mencionar nombres de pacientes. Pero curiosamente, al ser una publicación tan libre, se establece un criterio para evitar la monopolización por una sola persona o un grupo: nadie puede publicar en dos números seguidos.

Entre Nos tuvo una vida efímera: solo duró 6 meses, es decir hasta el verano de 1980. Pero tal vez son los temas que se trataron, así como la participación de los distintos estamentos, lo que puede ser más interesante reseñar en este artículo.

Como no podía ser de otra manera los tres primeros números estuvieron a cargo del Comité de Promoción (que más adelante ya se autodenomina de Redacción). Con el “*Teatro del Yo*” el Dr. G^a de la Villa hace una reflexión sobre algo que hoy está de moda “La personalidad” pero desde el punto de vista del rol que desempeñan las diferentes patologías, neurótico, psicótico, demencia y psicopatía, si como actores tuvieran que decir un determinado papel en una escena. Con *Un novo testamento* el Dr. Seoane realiza una reflexión, equiparándolas, sobre la muerte y la locura y el Dr. Piñeiro reflexiona en el N^o3 sobre lo que significa la *Adecuación a las normas sociales*.

El **Dr. Rey**, director del Hospital en esa época en *Una particular idea da Saúde Mental*, expone su visión de la salud mental desde el punto de vista de las pérdidas o más bien, las renunciadas que conlleva el vivir y la depresión inevitable por lo que, en su opinión, la salud mental pasaría por saber deprimirse.

Una larga carta de “*Surgal*” que trabajaba como pinche de cocina en el Rebullón, ocupa las dos caras del número 5. Reivindica la participación en el futuro Comité de Redacción de los trabajadores de Servicios generales; “*hay que contar con toda la familia del Rebullón*...” *los de Servicios Generales estamos colaborando mucho con los pacientes*”. La participación de un miembro del departamento de Administración (**V. Varela**) que con el título de *La Pipa de la Paz* denuncia el enfrentamiento entre los “clínicos” y “los no clínicos” reclamando un mejor ambiente de trabajo.

Algo que preocupaba mucho por entonces era la transinstitucionalización. **C. Soto** (A.S.) hace un estudio del número de enfermos mentales que se encontraban en los asilos de la Provincia de Pontevedra. Casi el 13% de los asilados eran pacientes trasladados desde Conxo o Rebullón. Los problemas relacionados con la posición del terapeuta en el tratamiento de los pacientes psicóticos son abordados por **A. Torres** (Psicólogo) bajo el epígrafe: *Entre la locura y la técnica NOS*, y el Dr. Seoane de nuevo escribe para responder a este artículo, con otro escrito que titula: *A Duda; D. Quijote e Sancho* en el que defiende la posición de terapeuta de Sancho Panza acompañando la locura de D. Quijote. En el número 8, el Dr. García de la Villa hace un análisis de las crisis vividas por los profesionales del Hospital en los 5 años de su funcionamiento, que curiosamente siempre son en Marzo, por ello denomina su comentario con el título romano: *Los Idus de Marzo*, obviamente publicado en Marzo de 1980 con el fin de prevenir una nueva crisis. “*Cuídate de los Idus de Marzo*” –le dijo el vidente a Julio César antes de ser asesinado.

Dos Auxiliares Psiquiátricos escriben sobre temas clínicos: **MD González** sobre el *Dèjà vu* y **M. Vicente** sobre *Mujeres y enfermedad mental*, y el Dr. García de la Villa de nuevo hace un escrito también clínico sobre la cuestión de “las manías” y la utilización vulgar de este término. La única aportación de un caso clínico es la del **Dr. V. Pedreira**. El caso que titula: *Sociedad y Drogas: Un caso clínico*, tiene que ver con una cuestión palpitante en aquel momento: que hacer con las toxicomanías y cuál es la función de los profesionales de los Servicios de SM.

Un término que por entonces había causado furor entre los comentaristas de la prensa en relación a la transición democrática y la evolución política del país era la palabra *Desencanto*, puesta de moda por el escritor F. Umbral.

Es el título que utiliza el Dr. Piñeiro en su artículo para analizar el desencanto de las expectativas de la Institución al reproducir el modelo de la sociedad en la que se desarrolla.

“*Las paradojas de la libertad en un Hospital Psiquiátrico*” (1971) es el título de un libro cuyo contenido era muy apropiado para la dinámica que en aquel entonces existía en el Rebullón. Su autor, André Lévy (1925) psicólogo y sociólogo fue uno de los fundadores de la psicociología en Francia, y aunque solo estuvo unos meses en un hospital que no identifica, las ideas expuestas en el libro fueron muy influyentes entre los psiquiatras de la época. Refiere el nacimiento de un hospital psiquiátrico moderno en Francia y las contradicciones consiguientes. El **Dr. García Gómez**, en aquellos meses de baja laboral, hizo una amplia reseña del citado libro para *Entre Nos*. En tres artículos, que para cumplir las normas del Comité se publicaron en semanas alternas, busca las similitudes entre lo referido por Lévy y lo que pasaba en el Rebullón; la contradicción entre el confinamiento del enfermo mental y la necesidad de los hospitales abiertos en los que realmente se acepta confinar la enfermedad, pero no a los pacientes. El Dr. G^a Gómez establece que, para funcionar en esta dualidad contradictoria, confinamiento-libertad, no hay más remedio que asumirla, y conocer que va ser la generadora de ansiedad y de conflictos institucionales: *El personal tiene que asumir la ansiedad que la sociedad descarga sobre él sin poder, a su vez, descargarla. Tiene que cooperar con la sociedad y con su modo represivo de defensa (ante la locura) y por otra parte combatirla.*

¿Les suena algo este párrafo en relación con el debate actual sobre la contención?

Para Lévy los conflictos en las instituciones se pueden interpretar como una fórmula de compromiso a través de las cuales se intenta, por una parte, salvaguardar las necesidades individuales y por otra salvaguardar estrechas relaciones personales y modos de expresión personales.

Pienso que los interesados actuales que lean los artículos citados deben de conocer algunos datos del funcionamiento, por aquel entonces, del Rebullón para poder entenderlos.

El HP Rebullón abre sus puertas para el primer paciente en enero de 1976 lo que permitió que los familiares de los enfermos no tuvieran que desplazarse a Conxo, recorriendo muchas veces más de 100 Km para visitarlos. Esta cercanía fue fundamental para que muchos pacientes pudieran volver a sus domicilios después de largas hospitalizaciones en Conxo, en algunos casos de más de 20 años.

EL HP Rebullón fue el último HP que se construyó en España. Nació con la premisa de tener como norma fundamental instaurar la dignidad de la asistencia para los enfermos más desasistidos como eran los enfermos mentales graves. Nunca fue un lugar de reclusión total ni hacinamiento.

Otra de las premisas fundacionales tenía que ver con los Derechos Humanos de los pacientes. Salvaguardarlos era una exigencia autoimpuesta de todos los que allí trabajábamos. La principal idea fue la de no transmitir una imagen manicomial, de ahí la preocupación por un entorno agradable y humano.

Al mismo tiempo que la organización asistencial estaba basada en la Psiquiatría de Sector, la vida de la institución estaba muy influenciada por la Terapia Institucional de F. Tosquelles (quien también intervino en un seminario en el Rebullón) y la Comunidad Terapéutica. En alguno de los artículos de *Entre Nos* se habla de una reunión general los últimos miércoles de cada mes a la que podían asistir todos los estamentos, incluidos Servicios Generales, y en la que se debatían los conflictos institucionales. Uno de los articulistas hace referencia a una de estas reuniones “*solo nos faltó liarnos a sillazos*” (La pipa de la paz, V Varela. N°9).

Tanto para los médicos como para los psicólogos y las TS, el horario durante muchos años fue desde las 9h hasta las 17h, con una hora para comer, lo que hacíamos en el hospital, en el mismo comedor y la misma comida que los pacientes.

Existía un programa de formación continuada y otro específico para los Residentes. Los contenidos de aquel Programa de Formación continuada causarían cierta sorpresa mirado con ojos actuales. Las sesiones se hacían a las 18.30 h. y aparte de las clásicas Sesiones Clínicas que cada Sector Asistencial tenía la obligación de presentar, existían unos seminarios que

recorrían todo el año en los que se incidía en temas de Psiquiatría Comunitaria. Este seminario se inició con una mesa redonda sobre “Problemática del Enfermo mental en el medio rural” en el que participaron un Policía Municipal de Ponteareas, el Alcalde de As Neves, un Médico de Cabecera (como se denominaba en la época a los Médicos de Atención Primaria) y otros agentes sociales comunitarios, con los cuales los equipos sectoriales habían tenido contacto en alguna actividad comunitaria. En aquel seminario intervinieron, desde el **Dr. Montoya Rico**, en aquella época, aún jefe de los Servicios Psiquiátricos de la Diputación de la Coruña, hasta el **Dr. Garrabé** (París) pasando, entre otros muchos, por el **Dr. Valenciano Gayá** (Murcia) o el **Dr. F. Leal** (Valladolid).

En aquellos años hubo también un seminario de Antropología y Psiquiatría en el que participaron miembros del Instituto Padre Sarmiento además de **D. Carlos Alonso del Real**, Catedrático de Prehistoria y de Historia General de la Cultura de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Santiago. Este seminario se debía de cerrar con la intervención del escritor **D. Álvaro Cunqueiro** que el mismo tituló “*La locura en Galicia; desde la luna a las sombras*” prevista para el martes 20 de febrero de 1979 pero se tuvo que suspender por una recaída de su enfermedad. Se volvió a programar para abril, pero D. Álvaro seguía enfermo y tampoco fue posible su intervención. Nos dijo personalmente que estaba interesado en intervenir en nuestro seminario y visitar el hospital, pero ya no fue posible: falleció dos años después tras varios internamientos y sesiones de diálisis en el H. Xeral.

No sé si Cunqueiro llegó a escribir el texto para la conferencia, pero sería interesante rescatarlo si es que existiera.

Esta fue, en parte, la vida del Rebullón en aquellos años finales de los 70 y primeros de los 80 del siglo pasado. En la primavera de 1982 de nuevo por iniciativa del Dr. García de la Villa aparece el N° 0 de *Inter Nos* ya como Boletín da Psiquiatría Pública Galega y que más tarde se convertiría en *Siso/Saúde* órgano de la AGSM cuyo primer presidente también sería el Dr. García de la Villa. La editorial de este Número 0 de *Inter Nos* tiene muchas semejanzas con el N. ° 0 de aquel *Entre Nos* del que hablamos:

Creemos que, si circulan entre nosotros unas hojas abiertas a la Comunicación, sin pretensiones formalistas, que sean informe y fe de vida –como carta y noticia de nos-

otros mismos–; si nos acercamos, si nos decimos nuestras cosas, si nos conocemos- si nos conocemos mejor- ampliaremos este territorio común que es la “Provincia” del Otro. Entre nosotros, iniciamos el camino.

Siguiendo con el programa de Formación Continuada y como consecuencia lateral de este tuvo lugar el nacimiento de la AGSM.

Auspiciado desde la *Cátedra Lafora-Mira* de la AEN y en colaboración con la Comisión de Docencia del Rebullón, a finales del año 1983 se inicia un seminario interhospitalario sobre *Los delirios* en el que participaron profesionales de tres de los cuatro Hospitales Psiquiátricos de Galicia (Rebullón, Conxo y Toén).

La primera sesión tiene lugar en el Rebullón el 14 de diciembre de ese año. Aquellos primeros años de la década de los 80 fueron los años de las discusiones, muchas veces excesivamente acaloradas, sobre la Reforma Psiquiátrica. En la tarde de esta primera Jornada tuvo lugar una reunión en el Rebullón de los asistentes al Seminario (más de 70 personas) donde, en asamblea, se decide crear una plataforma desde la que expresar las distintas sensibilidades y preocupaciones de los que trabajábamos en Salud Mental. Una conclusión de aquella asamblea fue la elección de una gestora para la creación de la Asociación Galega de Saúde Mental (AGSM) que presidió el Dr. García de la Villa.

Es preciso decir que la segunda sesión, que debería tener lugar en el Sanatorio de Conxo, unos meses después, al año siguiente, no tuvo lugar por las condiciones impuestas por el Gerente de la época, aún franquista, por las que prohibía la entrada al Sanatorio a las personas que en su día fueron despedidas en el conflicto pre-democrático de 1975, y que alguna de ellas debía intervenir en la sesión. También prohibía acudir a la sesión a los profesionales no médicos del Sanatorio. Ante esas condiciones injustificables los asistentes decidieron suspender la reunión¹.

Ocho años después de la muerte del dictador la democracia aún no había llegado al Sanatorio de Conxo.

1. Revista de la AEN. N°9 Enero/Abril -1984, pags. 130-131

Aquellos fueron años impregnados de un gran entusiasmo y dedicación exhaustiva, pero también de discusiones, luchas, malestares y crisis, como se ha dicho. No solo fue preciso luchar por una asistencia digna para el enfermo mental, sino que teníamos que desarrollar una forma de trabajar en equipo, que tuviera en cuenta disciplinas laterales a la psiquiatría, la psicología o el psicoanálisis, como eran: la antropología, la sociología o la filosofía entre otras. Pronto nos dimos cuenta que era imposible solucionar todos los avatares de un paciente con Trastorno Mental Severo desde un solo enfoque y sin tener en cuenta todo lo relacionado con la interdisciplinariedad es decir, sin la concurrencia de otras disciplinas en el espacio comunitario, que por otra parte es el lugar donde iba a transcurrir o había transcurrido la vida del paciente. No se concebía (ni se puede concebir) la interpretación de la enfermedad mental sin conocer los hechos relevantes antropológicos y sociológicos de la comunidad de la que forma parte el paciente.

He querido escribir este artículo para dar noticias de una época, de un modo de trabajar y de una forma de comprender la enfermedad mental con la que sigo sintiéndome muy identificado y, como diría el poeta León Felipe: *al no poder contar grandes hazañas me veo forzado a contar estas cosas en desuso y de aparente poca importancia.*

Os psiquiatras e os libros

Ramón Area. Psiquiatra.

Conxo

Moito antes que psiquiatra fun lector, cunha biografía ao redor dos libros que se enmarañara inexplicablemente. As letras do alfabeto, os primeiros contos infantís, as novelas de aventuras, os clásicos da literatura universal, os rusos, a latinoamérica do boom, os Estados Unidos do desencanto, o ensaio filosófico, a lingüística, a arquitectura ou a literatura italiana da postguerra.

Cando entrei na psiquiatría a cuestión dos libros formaba parte de esa identidade imaxinaria do oficio pola que todo aprendiz debía transitar. Había unha chea deles, de psicopatoloxía, de farmacoloxía, de diagnóstico, de psicoterapia... Encanto aparatos de papel semellaban facer un convite inocente que aceptei sen maiores dúbidas. Foi naqueles días cando decidín deixar de ser un lector *ao tolo* e entregueime a unha tarefa optimista e enciclopédica: vou ler *todo* este asunto da psiquiatría e punto.

Fracasei, pero por pouco.

Ao comezo o saber presentábase como información. Os tratados principais (Ey, Kaplan, Talbott, Barcia, Rojo, Vallejo...) foron lecturas de tempo e peso considerábeis. O convite inocente semellaba afirmar que un tratado é unha totalidade e, polo tanto, varias totalidades debían ser o total de todo. Cando os rematei, pode que nun mes de setembro, dérame por comparar os índices dos libros e cavilar no xeito que tiñan cada un dos autores de estruturar o saber psiquiátrico: O Ey e a coherencia afrancesada, o Kaplan e os detalles acumulativos, o Barcia e a orixinalidade agochada por tras do estándar.

Aquela era unha psiquiatría de lectores. Ás veces atopabas a compañeiros de formación (ou mesmo a algún adxunto) en *Follas novas* e era frecuente, ao falar dos casos, que se recomendaran lecturas especializadas. Entre os residentes intercambiábase libros e como non todo se podía conseguir, en ocasións encargabas a un familiar que viaxaba ao estranxeiro (no meu caso, tiña a vantaxe dun tío funcionario da biblioteca nacional que, por certo, quedou farto de facerme fotocopias).

De cando en vez deixaba espazo para os meus anteriores asuntos e seguía coas novelas e os ensaios variados. Na psiquiatría existía unha certa lasitude bibliográfica e seguía a considerarse que un psiquiatra debía ler *variado* así que pasaban desapercibidas as lecturas alleas ao oficio e non asomaba discrepancia algunha entre a especialidade que escollera (a psiquiatría) e o vicio que arrastraba (a lectura).

Os doentes, paseniño, tamén conducían aos libros aínda que dun xeito distinto. Aos poucos, ía afastándome da oficialidade bibliográfica e procuraba ideas ou puntos de vista diferentes aos discursos monolíticos. Foron os tempos das páxinas ao redor do ser humano que escribían Jaspers, Vygotski ou Foucault. Nada grave, a fin de contas moitos facultativos acostumaban afirmar que unha cousa é o que poñen os libros e outra o que lles acontece aos pacientes.

Logo, xa adxunto, entrei en tratos definitivos coa psicose. A loucura obrigaba a ler como obriga a tantas outras cousas. De novo a psicopatoloxía clásica, daquela volta xa imprescindíbel mediación entre un psiquiatra novato e ese sufrimento atascado no delirio, nas voces, na familia ou na institución. Reapareceron Clerembault, Conrad, Minkowski, Jaspers, Seglas, Cotard... pero tamén outros libros que aspiraban a unha comprensión máis totalizadora e que propoñían outra idea do síntoma: Freud, Lacan, Klein, Bion, Winnicott, o existencialismo francés e o alemán, o estruturalismo lingüístico ou antropolóxico.

Paseniño, reabriuse unha fenda entre o lector de datos, e esoutro lector de síntomas e psicopatoloxías que xorden do estar ao carón dos doentes, e esoutro lector dos asuntos das persoas, e esoutro lector das miñas cousas.

Unha mañá, hai xa uns anos, recibín unha mensaxe no teléfono móbil. Escribíame un amigo da infancia cunha recomendación. Estaba o título (*El fiasco del señor Brecher*) e un autor (Martin Kessel) pero tamén unha frase final: cómprao, é un dos nosos.

Fiquei atrapado naquelas palabras. Xa eran os tempos no que os libros andaban de despedida na psiquiatra e eu non tiña escusa nin para ler *ao tolo* nin para ler *enciclopédicamente*. En todo caso, era mellor ler con *disimulo*.

A saúde mental entrara definitivamente na medicina. As páxinas do oficio eran *journals*, dun branco satinado onde facíanse obrigatorios os resumos bilingües e as palabras chave. E tamén, as notas a pé de páxina que citaban outros artigos, os gráficos presuntamente pedagóxicos e a diferenza entre conclusión e discusión.

O traballo, non obstante, mudara definitivamente o meu hábito. A consulta e os doentes fixaban uns límites moi singulares e xa non me permitían ler calquera cousa e, sobre todo, de calquera xeito. Malia que os psiquiatras e a psiquiatría camiñaban por outros sendeiros eu, aos poucos, fusionéi libros e clínica sen posibilidade de considerar as dúas cousas por separado.

“Os psiquiatras xa non len” é unha afirmación descritiva da contemporaneidade que deixa un resaibo acedo no que asoma o declinar da práctica da clínica. Todo semella formar parte desoutro todo que converte o sufrimento en códigos dun libro. Na consulta, o texto sempre remata nunha cuestión propia dun bibliotecario que, ao carón das páxinas da vida, acerta a escribir díxitos que derrotan ás palabras. Fronte a tentación da nostalgia ou a excentricidade na devoción polo papel, un só pode apoñer a trasnada xuvenil, a paciencia do rigor ou a ética da honestidade. Máis aló, é un somerxerse no pesimismo da rendición, máis ou menos amábel ou irritado.

“O texto electrónico como inimigo”, ese é o estado da cuestión. Podemos atopar unha chea de belixerancias ao respecto, incluso dende ese nós que, no fondo, xa non le.

En primeiro lugar, a infancia, encanto distinta á nosa e chea de novos

perigos. A neurocientífica Maryanne Wolf pon a alerta no cambio de atención dos mozos durante unha hora: en vinte ocasións. David Nicholas investiga nos nativos dixitais as dificultades para analizar a información complexa e a súa tendencia a ler con apresuramento e de xeito máis superficial. Andrew Dillon tamén dálle voltas á tendencia á superficialidade e ao pensamento simplista e fragmentado que dificulta a lectura dixital ou o manexo de ideas complicadas. Mangen, nalgúns estudos experimentais, cre ter probado que a lectura en papel facilita a comprensión por riba da lectura dixital e, ademais, considera que o papel relaciónase cunha maior empatía cando os textos posúen unha valencia emocional. Naomi Baron insiste na dificultade de concentración inherente ao electrónico e dende a universidade de Northwestern informan que ao comentar a lectura dun libro as cuestións xiran ao redor da historia e do vocabulario mentres que, pola contra, ao falar dun texto dixital, os atractores semánticos son sobre todo de tipo técnico.

Tamén hai quen dubida de conclusións tan tallantes. Pode que por ter lido a Sócrates (descoñezo se en papel ou en electrónico), gran defensor da cultura oral e que protestou arreo contra a cultura escrita ao pensar que só a primeira permitía ao intelecto probar, analizar, interiorizar coñecementos e conducir á xuventude cara a sabedoría e a virtude. Salmerón, nun traballo con rapaces de catorce anos, afirma que os bos alumnos en papel tamén seguen a selo na lectura dixital, sobre todo cando son quen de empregar estratexias diferentes. Ackerman e Goldsmith precisan que a xuventude non se está aparvando por culpa das pantallas pero si consideran que a lectura dixital xera unha sensación de falso aprendizaxe e que os mozos deixan a tarefa antes de tempo. Dende a universidade de Connecticut cren que o problema é a multitarefa e non o formato. A anteriormente citada Baron considera que non se trata dunha cuestión de soporte senón das distraccións inherentes á conexión a internet e as redes sociais, é dicir, tamén a multitarefa que, a diferenza doutras actividades (por exemplo tocar o violín) non mellora coa práctica continuada.

Este tipo de análises tenden a centrar a cuestión na deep attention (a atención profunda). A lectura clásica posibilita o paso dende a lectura sostida á reflexión tanto sobre do texto como sobre do estado subxectivo do lector.

Talvez a lectura electrónica conduce ao lector cara ao medio e non na dirección de ese triángulo formado polo texto, a memoria e a reflexión. Para Alain Giffard os formatos dixitais impiden esquecer o medio coa facilidade coa que o fai o papel, isto é, exercer ese desacordarse necesario para transitar dende a literalidade do aparello á creación mental que suscita a lectura. Marcel Lejeune compara esta cuestión co chamado “pacto autobiográfico” da literatura onde debe desprazarse a crenza dende a realidade á ficción para así colocar o texto nun espazo transicional.

Estar no oficio da clínica supón asumir sen máis o problema do libro como unha cuestión de belixerancia fronte ao dixital?

Un psiquiatra lector debe somerxerse na nostalgia polo que nun tempo foi a psiquiatría?

Ou quizais proceder a unha rendición incondicional máis ou menos irritada?

Ruhnken, no 1768, definiu o canon como a listaxe dos textos selectos dun xénero literario. O *kanón*, isto é, a vara de medir dos gregos, pretendía a construción dun modelo ou prototipo e, ao tempo, a consagración dos mellores.

Harold Bloom reabriu esta vella polémica ao publicar, no ano 1994, o libro *O canon occidental* cos seus vinte e seis autores imprescindibles. As críticas á esquerda e á dereita foron importantes (cualificouse como a listaxe dos *dead white males* –varóns brancos mortos).

Fóra dos debates especializados, non se falou demasiado do seu concepto da angustia de influencia: a pugna creativa de todo escritor ao respecto dos seus antecesores onde é inevitábel a sombra da competencia e a contaminación.

“...Calquera obra literaria mal interpreta un texto ou textos precursores. Os grandes escritores posúen a intelixencia de transformar aos seus antecesores en seres compostos e, polo tanto, imaxinarios. Mentres a angustia de influencia creba os talentos máis débiles, estimula ao xenio canónico...”.

O canon psiquiátrico ruaba nas listaxes de libros recomendados, na bibliografía seleccionada pero tamén nas revistas ás que o hospital estaba suscrito e ás que, pola contra, non. Había ata un canon nos libros cos que os laboratorios adoitaban agasallar nas súas visitas aos facultativos. A citación é hoxe o canon seudodemocrático onde o voto faise frecuencia e a frecuencia, verdade.

A angustia de influencia, o cambio xeracional, a relectura, a mestura na clínica entre o discurso do doente e esoutro discurso que se vai tecendo na consulta a partires de lecturas, conversas e outros casos atendidos e outros psiquiatras consultados... Aí anda o embrollo.

Dende hai anos os libros vanse acumulando na salíña, na habitación onde estudo, no dormitorio, na casa de Pontevedra, nas escaleiras, e moitos deles embalados en caixas no garaxe. Cando non son quen de atopar algún en concreto, sempre lembro unha película, *Alta fidelidade*, onde o protagonista ao ser preguntado pola orde dos discos de música que ateigaban un pequeno apartamento de Chicago, só acertaba a dicir: non están por xénero nin por orde alfabética. Están por orde sentimental.

A orde sentimental obriga a pensar o canon non só como unha cuestión de autor ou de obra senón tamén como unha cuestión formal e, ao tempo, subxectiva. A diverxencia dixital como polémica fai esquecer tais miudezas e confronta ao lector consagrado ao libro en papel con aqueloutro situado na lectura dixital.

O debate sobre da lectura coloca na centralidade unha dicotomía e, ao seu redor, dilúense os outros elementos: a seriedade, a calidade, a profundidade, a cuestión cognitiva, as diferenzas radicais, a autoría. Hai un canon formal, ese aparello chamado libro, e por fóra do mesmo fican todas as lecturas diferentes. Sen máis.

A psiquiatría, se é unha especialidade médica, benefíciase das vantaxes do dixital en termos de espazo, velocidade, posibilidade de consulta, avances no saber estatístico, adecuación dos novos formatos á presunta metodoloxía da ciencia e da evidencia. Os psiquiatras quedan liberados no seu saber do canon do papel e, non obstante, poden sumarse á opinión maio-

ritaria nos textos literarios ou, con carácter xeral, de toda escritura que consideren por fóra da ciencia. E así, nunha mesma conversa hospitalaria pódese escoitar:

- Onde estea un bo libro, que se quite o libro electrónico.
- Pásoche o *american journal* en pdf.

A cuestión da lectura tivo un cambio profundo ao longo dos séculos XVIII, XIX e XX. Durante eses anos, o nacemento e desenvolvemento do estado moderno fixera da educación escolar universal un obxectivo irrenunciábel. A lectura de libros foise asociando no imaxinario social á unha cultura xeral útil na maioría dos cidadáns: o sentido común, as habilidades persoais, a educación e os modais, o sentimento estético, os coñecementos básicos, as experiencias persoais dun outro, as tramas e conflitos universais. As modulacions destes aspectos están pouco estudadas aínda que podemos rastrexar pistas na polémica e nos debates da época: a poesía, a novela, o ensaio, os autores clásicos, os xornais, os folletíns, as novelas románticas ou por entregas, as novelas de vaqueiros, a prensa política, as revistas de humor.

Antes do século XVIII a lectura era de poucos libros, transmitidos xeracionalmente, con lecturas compartidas e orais, con importancia da recitación e da memorización. Era un ler escoitando onde o adoutramento relixioso e moral deixaba intres para as lecturas entretidas ou de carácter máis práctico. Con posterioridade desenvolveuse a lectura de por si e para si, extensiva, con libros moi diversos, dunha lectura máis superficial, polo xeral sen relecturas e onde o texto liberado definitivamente do seu carácter sagrado pretendeu a apertura, a intención de desacougar aos espíritos e estimular a imaxinación. Atopamos nesta muda do canon formal unha diverxencia que pode lembrar á diverxencia do presente. Nas admonicións da igrexa e das xerarquías pódense deducir a esencia do que consideraban como perigoso nas novas formas de lectura. A novela debilitaba o espírito, provocaba una excitación pasaxeira, escurecía a razón, languidecía a vontade. Pola contra, os discursos progresistas falaban duns libros para todos que erosionarían a autoridade. E así, da lectura en voz alta pasouse a unha lectura guiada onde fabricábanse libros perigosos, inmorais, revolucionarios, de mala calidade literaria, inútiles, emancipadores, liberadores, transformadores...

É martes, poñamos por caso. O día que vou mercar á librería. Por excepcionalidade veraniega, un residente está a rotar comigo. Decátome que le e escribe rápido na pantalla, danlle o mesmo as faltas de ortografía, goza coa xerxa psiquiátrica que adorna cunha chea de abreviaturas, non repasa o escrito buscando un xeito de mellorar o parágrafo, dime que está a ler unha novela policíaca sensacional e abre unha ventá en windows onde consulta a prensa deportiva mentres no móbil busca as interaccións farmacolóxicas dun novo medicamento antes de pasmar diante da previsión de meteogalicia para a fin de semana.

Sei que está a ler e que iso non implica unicamente entender palabras e frases. Pola contra, tamén consiste en empregar iconas para a navegación, pestanas, menús e hipervínculos que conectan con imaxes, mapas ou sons. Como lector tamén é un autor que copia e pega con eficacia. Encanto consumidor de software é produtor de textos que colga no Ianus convencido de estar a facer unha historia clínica mentres, de esguello, escoita a un doente. Resisto á tentación da nostalxia polo papel e tamén á confrontación co dixital que me deixaría na minoría do marxinal.

Como lector podo conservar as miñas teimas, particularidades, preferencias e firmes adhesións. Por iso e por ser martes esta tarde voume pegar un festín nunha coñecida librería do centro que alivia o dó cronificado após o peche de Michelena e a decadencia de Tanco.

Como psiquiatra... o asunto é outro. Cada época dálle consideración de lei a cuestións que non o son. O estado da cuestión na psiquiatría inclúe os fármacos, a medicina, a liberdade e coido que tamén a lectura. Talvez o itinerario polo cada un de nós transita no oficio sexa un tinglado no que, de cando en vez, cómpre reflexionar.

A clínica dixital preside o traballo diario. Léese o sufrimento dun xeito breve e discontinuo, como un zapping de moitos principios e poucos finais. O transversal é o infinito da rede namentres que o lonxitudinal é a substitución de aparellos ou a actualización das aplicacións baixo o significativo do progreso. Non hai clausura na sucesión de consultas para revisión, no sube e baixa de medicación, nos resultados das escalas e os tests, nos cambios de diagnóstico, nas consultas con outros especialistas

que se abren como unha ventá nova no windows asistencial. O hipertexto pode enriquecer ou abreviar, xa o sei. E Levi Strauss xa falara do *bricoleur* do pensamento primitivo: o recortar, o pegar, o emprego de residuos. Todos os días, diante dos doentes, colócanse unha chea de Harold Bloom cun canon navegábel á súa narcisista disposición ou inserido pola súa vontade na barra de favoritos.

Houbo un tempo no que a psiquiatría toleraba aos lectores e así podiamos pasar desapercibidos. O noso vicio quedaba ao cuberto no medio da multidisciplinariedade, a medicina humanista ou o saber holístico. Se un declarábase no proxecto enciclopédico de ler toda a psiquiatría, pois xa estaba.

Logo, os tempos cambiaron e a psiquiatría foime esquinando. O debate político, ético, psicolóxico, psicoterapéutico, institucional, profesional... deixou bandos e posicións. E, paradoxo, mentres a psiquiatría oficial apostaba por un minifundio rico, ignorante e no que os ciclos dos psicofármacos non precisan de barbeito, eu sentía que a dicotomía entre clínica e lectura, que eu de sempre arrastrara, íase suavizando.

Sento na casa. Abro un libro. Ten moito de realidade. Podo tocalo, cheiralo, pasar as follas, facer anotacións. E, ao tempo, hai un outro que vai contando, dicindo, enfiando palabras e frases. Préstolle atención, hai cousas importantes e banais. Parágrafos que espertan emocións ou desencadean un fluxo de ideas que teñen algo de compartido. Hai cousas singulares e orixinais mentres que moitas outras son eco de outros libros e de outros escritores. De fixo que paso por alto asociacións importantes e seguro que dentro dunhas semanas esqueceré anacos que pensei sempre lembraría. Un silencio especial acompaña ao fluxo do discurso que, en ocasións, faise na mente puro sentido mentres que noutras deixa notar as letras que tentaron capturar fonemas. Fago pausas, miro ao teito, incomódome ou estou a gusto. Pode ser que o comente con algún amigo ou que me negue a compartir esta intimidade. E sempre pode asomar ese sufrimento que escoito a diario no hospital para cavilar e procurar noutras páxinas e noutros capítulos. Sempre.

Sento na consulta. O encontro co doente terá un principio e un final, haberá uns temas aos que teremos que darlle voltas. Fago pausas, miro ao teito, incomódome ou estou a gusto. Ás veces a voz ten que ser única pero

outras debo levala ao carón desoutras palabras escritas que me permiten entender e facer ver que entendo. Por tras hai unha chea de libros e de lecturas que conducen con suavidade a miña atención axudándome a aceptar a radical singularidade da persoa que teño diante.

Cando un anda entre libros debe ser coidadoso. Tanta palabra pode rematar nun autismo repleto de ficción e de saber pero ignorante do síntoma e das persoas.

Posiblemente, o dixital non precise de admonicións ante o perigo, de dicotomías simplificadoras, de nostalxias ou belixerancias. Necesita psiquiatras lectores que reflexionen sobre da súa posición subxectiva, que fuxan da hiperactividade do tecnolóxico, do mundo do acto agochado por tras do virtual e que acaden a súa propia paz coa clínica.

Coido que a miña diverxencia de xuventude entre oficio e vicio, entre lectura e clínica, vai a mellor. Nunca curará, seino, pero está estabilizada. Pola contra, a miña diverxencia coa psiquiatría empeora gravemente. Non pode dicirse que só sexa unha cuestión ao redor do papel pero talvez si teña que ver coa lectura.

O Siso: 35 anos fóra de cobertura

Chus Gómez. Psiquiatra. Psicoanalista.
CHUO

Di Moncho Area no texto que anuncia na web a Festa dos 35 anos do *Siso* que hoxe celebramos o seguinte:

“Hai xa trinta e cinco anos que profesionais da saúde mental construíron un aparello de papel chamado *Inter-Nós* que, co paso do tempo, deu en chamarse *Siso Saúde*. Houbo un algo de delirio en todo aquilo, coido que por dúas ou tres razóns di Moncho.

Nunha fisterra como era (i é) Galiza ter a pretensión de argallar unha revista fóra de cobertura do saber médico, co tema da saúde mental como fundamento, coas formas dunha publicación de calidade, sen patrocinios, permitindo o galego e con autores de aquí... era arriscado e e rompedor... engadiria eu...

Pero como engade Moncho non soio era apostar por eso senón tamen unha revista con profunda vocación clínica e compromiso asistencial, que se traduciu e traduce na intención “de intervir na realidade asistencial, unha preocupación pola estética e a linguaxe e unha decidida aposta por ese saber que tende a situarse nos marxes e as fronteiras” nas que soe habitar a loucura e o sufrimento psíquico en todas as variantes posibles.

Co esa liña e esa vocación sigue dende entón o *Siso*, que como se di no seu primeiro editorial da primaveira do 84, co galo do cambio de nome de *Inter-Nós* a *Siso-Saúde*:

“Una nueva etapa, una nueva época y estas páginas seguirán siendo para quien quiera utilizarlas” que non é se non, toda unha declaración de intencións, como recolle Lamas, na súa intervención hoxe aquí.

E celebramos a Festa do Siso no Trasalba, porque unha cousa leva a outra e están emparentadas... e falando de parentes temos que falar da parroquia e dalguns parroquians:

Hoxe gustaríanos ter con nos a Garci Villa co seu movemento perpetuo, co seu rebulir de miolos pero tamén de pernas, a súa cámara e as súa infinita curiosidade empurrando sempre e teimando que facer... él coma non podía ser doutro xeito, foi un dos artellantes de esta historia... a Manolo García, enroscado coma unha madexa sempre morto de frío... porque hai que decilo... o Trasalba sempre tivo algo de sufrimento e incomodidade... lonxe de espaxar a xente tamén e verdade que a friaxe xunta...! vai ver si igual foi unha estratexia desemulada do Lamas...! Aturar ese frío e ese certo malestar, sempre foi marca da casa...que o Lamas defendía a gala... daba certo prestixio e afouteza, era un lugar no que había que vir para curtirse, coma na mili o fan as batallas...nin moi explicitado nin moi baleiro, nin moi anunciado nin pouco ...cun certo tufo de clandestino no que unha tropa se reunía para falar do divino e human do oficio con xentes do saber doutros territorios...Trasalba pese a estar no interior ten algo de litoral...

Falta tamén Arturo que por motivos de saúde hoxe non está con nos presidindo esta mesa, pois contan os que saben que a cousa saíu del dese xeito, que os que o coñecemos sabemos... porque soa moi súa esta maneira de decir: “Por que non facemos un pequeno folleto para falar entre nos... das cousas do oficio...?”. Tal cual; xa o estou oíndo.

Para eles tres un recordo especial neste día de celebración e de xuntanza.

E decir, que dende o inicio, no Siso quedaron deste xeito perfectamente sinalados os marcos, e en Galiza sabemos que o asunto dos marcos e un tema moi importante, todos sabemos da importancia deles, e dos líos que xurden cando a alguén llos moven, ou queren moverllos do sitio, que non sei si é o mesmo ou parecido...

Pois ben, entre eses marcos iniciais ía ir pasando a historia, cos seus vaivens...pero sin perder de vista a liña inicial marcada.

Este aparello, inventado entre uns cantos e cantas notábeis, que albiscaron que sería de seguro unha ferramenta a soster, hai que decir que estiveron acer-

tados, moi acertados... e dese desexo duns foise transmitindo a outr@s máis novos e así se foi construindo a historia... que resiste... e persiste pese a moitas modas, que van e veñen, tormentas e outros desvarios climatolóxicos e contra vento e marea... xa case convertido nun clásico, que non nun crónico...

Non existe un ideal de revista ou de boletín coma ainda figura no seu encazamento... como de nada, e cada un fai co seu, e co que ten entre mans, o que pode, sempre co seu estilo. E si algo ten o Siso, e estilo, deso non cabe dúbida. No Siso o factor de impacto máis importante e coma tamén di Lamas algo do estilo de: “que artigo tan bó saiu no Siso... léchelo?”. Mais alá das medicións cuantofrénicas que hoxe invaden as revistas o uso, empo-leiradas nunha suposta ciencia que pretende ser mais obxectiva cando fala en cifras, que cando non as ten, esquecendo que a subxectividade, coma a realidade, agocha sempre estar escondida, sempre xusto debaixo delas coma di Martín Caparrós...

É nese senso o Siso, fóra de cobertura, pero non entendido coma un mal co senso que ten hoxe estar fóra de cobertura, senon coma o valor engadido que a fai singular e irrepitible... mais alá de modas segue a apostar pola reflexión, os bós artigos clínicos, de historia de antropoloxía, de lingüística, de psicanálise... de literatura e de calquer outra rama do saber que de conta do human no pleno sentido da palabra.

Como todo, conta cos seus fieis e cos seus detractores...pero en ningún caso é unha revista, hoxe caseque libro que deixe indiferente...

Revistas doutro orde, máis “ académicas”, máis formalmente correctas, coa liña de pensamento actual xa existen, e ben boas por certo, pero non se trata de imitar, e mais penso que o día que eso ocorra o Siso perderá o seu encanto e desaparecerá... ou será outra cousa e non o Siso do que falamos; trátase de inventare, de sosterse co noso estilo, e de seguir facendo serie porque o serio fai serie... e deso non hai dúbida.

Mirar, escoitar , reflexionar e escribir supoñen un acercamento a realidade e sitúa a quen observa, escoita e ve, nunha posición, que é calquer cousa menos neutra, e eso no noso oficio e o pan de cada día...

Os datos berran e dan titulares... pero nunha lectura máis polo miúdo, o

cualitativo, e porén o subxectivo, permite entender, explicar, e dar a coñecer como se vive a realidade e como se proxecta, é decir da textura e calado os datos porque os viste de largo...

É o sempirteno debate cada vez máis pulsante entre a categorización e homologación e a singularización.

De ahí que manter a singularidade sexa manter a excepcionalidade contando con que algo sempre imos perder... non queda outra... non se pode estar en misa e repicando...

Nos caseque 60 numeros que levamos, encargáronse de sacalo adiante: Lamas, Madó, David e agora eu. Este labor é a parte pequena do asunto: encargar, pedir, recibir, ordear... leer, correxir e co editor facer desta escolma de relatos cada edición. O noso é un oficio básicamente de construír relatos, un obxecto case libro, que para os que amamos leer sempre se recibe con alegría... temos garantizada case sempre boa materia prima, nun normalmente bo formato literario. Esa singularidade do *Siso* o convirte nuha peza apreciada fora do noso pequeno país... porque o *Siso* aínda sendo unha pequena publicación, dun pequeno país, cunha lingua pequena... chega ata case o outro fin do mundo como facemos os galegos... e decir sin non houbera o *Siso* teríamos que inventalo...

Para rematar falar dun síndrome que non aparece nos manuais o uso e que creo afecta a moitos dos lectores do *Siso*... o síndrome do lector, no que o doente lee e lee sin medida, de día e de noite, salga o sol ou chova, na saúde e na enfermidade... xa que para eles leer é tan importante coma respirar... con nula conciencia de enfermidade como ocorre na xenuina tolemia... É xente que non ten remedio como non o ten que che guste o *Siso*... aínda que haxa revistas moito mellores... e con menos defectos... e máis repoludas, e máis na moda, e que sei eu... non ten remedio porque xa non se estila... como non se estilan tantas outras cousas e menos de balde... e que resistan... a ver si vai ser que o *Siso* é un resistente, coma eses doentes para os que xa non hai remedio...

O dito se non existira o *Siso* teríamos que inventalo, pero por sorte estamos aquí reunidos para celebralo!

Chus Gómez - Piñor 9 de xuño de 2017

Vai calor. Menta e Curro dormen a sesta que dá gusto velos...

Santiago Lamas.

Coido que foi Arturo Rey o que propuxo facer un pequeno folleto con poucas pretensións que servira para falar entre nós das cousas do oficio. Inter/Nós, como daquela foi bautizado o folleto, tiña, de pé feito, unha semántica ampla: entre nós, internos, e internados como mínimo.

Da man, creo, de Garcivilla, os primeiros números semellaban saír dunha multicopista clandestina, dunha vietnamita como chamábase por entón na clandestinidade política a eses aparellos: un feixe de follas mal impresas prendidas cunhas grapas. Era, dalgún xeito, o espello do tempo asistencial que non clínico. Houbo tres deses folletos grapados como o ABC, pero con pouco parentesco co xornal de Madrid. En 1984 Inter/Nos ten que cambiar de nome porque existía outro Inter/Nos rexistrado. Nace o *Siso* que engade Saúde para avisar da materia acollida naquelas páxinas. No primeiro editorial alguén escribe: *Estas páxinas seguirán sendo de quen queira utilízalas...* Toda unha declaración de intencións. O novo formato era o acostumado nas modernas copisterías do tempo, sen grapas, encadernado, pero aínda moi lonxe destes anuarios de porte requintado que agora disfrutamos. Daquela, ninguén pensaba que o *Siso* sobrevivise. Todo era artesanal, voluntarista e ás veces, inxenuo... Trinta e cinco anos despois, case sesenta números, son unha idade respectable para calquera publicación periódica. Evocar ou invocar un milagre non sería moi axeitado pero algo de milagre tivo esa longa andaina. Non teño moitas ganas de repasar o escrito naqueles primeiros números, polo menos o escrito por mín. Hai neles excesivos entusiasmos, moitos erros, non poucas direccións equivocadas, algunhas erratas graves, pero tamén, menos mal, non poucos acertos e boa información. Nos anos 80, sen internet, sen apenas recursos bibliográficos, non era cousa doada atopar as informacións necesarias pero alí estaban, escritos moitas veces cunha prosa brillante e sabeduría, os obrigados artigos

científicos tradicionais, os avatares da asistencia e da Reforma, (hoxe nada doada de entender polos novos e por moitos dos vellos que sen facer nin arriscar nada aproveitáronse dela), a entrada da psicanálise, da terapia de familia, as críticas ao DSM, os avisos contra o influencia nociva das multinacionais farmacéuticas (nos anos 80), casos clínicos pero tamén a crónica dos pasos, dos atrancos cumpriría dicir, que levaron ao peche dos manicomios, ás unidades de agudos, os hospitais de día, as USMS, os pisos protexidos, á rehabilitación... Era un tempo no que aínda era posible atopar políticos que sendo de partidos conservadores confiaban a reorganización da asistencia a coñecidos psiquiatras e psicólogos de esquerdas para dicilo sen moito partidismo e patetismo pero nese longo tránsito houbo tamén non poucas baixas, despidos e represalias por outros políticos que contaron coa colaboración, cando non o aplauso, dalgúns colegas.

Tanto ten. Quen hoxe queira facer a historia da asistencia psiquiátrica en Galicia, terá que consultar ese coitado folleto prendido cunhas grapas ou encadernado humildemente. Non ten outra...

As xonadas de Trasalba foron un fillo serodio, e lexítimo, do Siso que hoxe tamén cumpre anos: 22. Nos primeiros tempos, ía moito frío e mandábase recado aos asistentes non avisados para que viñeran abrigados e trouxeran calcetíns de la. Eramos máis. Daquela a literatura aínda contaba e esa frase de Barthes, tantas veces lembrada, de que na literatura están todos os saberes aínda que de forma non científica, gobernaba dalgún xeito o noso oficio. Un colega inglés preguntábase no último dos seus libros, se a psicoloxía e a psiquiatría de onte, se cadra tamén a de hoxe, iluminan mellor ca Shakespeare o noso saber sobre o comportamento humano... Non... Poden se cadra, precisar de xeito científico o que xa sabíamos pola literatura, velái a sensación que moitas veces temos de estar lendo trivialidades envoltas en xerga académica e procedementos altamente formalizados. Sen dúbida, os métodos da ciencia son cousa obrigada e necesaria pero desbotaríamos un rego proveitoso se non nos decatamos de que hai tanto saber psicoterapéutico nos menciñeiros de Cunqueiro como nas máis formalizadas psicoterapias académicas e moito máis, sen dúbida, nos hoxe moi gabados e pagados gurús das auto-axudas, os *coach*, e outras esoterías non menos empoleiradas en enerxías varias, mesmo cuánticas, *nenos interiores*, aromate-

rapias e cousas semellantes. A ciencia é un saber que confirma máis que descubre. Nin pode nin debe ser desbotado pero cómpre saber que hai outros saberes relevantes para o noso oficio e a literatura é un deles. Melville ou Kafka por exemplo, e outros moitos escritores coma eles, deberían formar parte do curriculum formal ou informal da especialidade. Non sei se será moito pedir, pero, en fin...

Ese saber que a literatura acolle foi unha das razóns para xuntarnos en Trasalba con xentes dese oficio. Podémonos gabar dos amigos do mundo literario ou das artes que nos acompañaron nestas xornadas. Citarei algúns dos que lembro: Suso de Toro, Manolo Rivas, Carlos Casares, Xaime Quesada, Xosé Carlos Caneiro, Luisa Castro, Chesi, Rubert de Ventós, Luis Racionero, Roman Gubern, Beiras, Alfredo Conde, Adolfo Domínguez, Román Raña, Baixeras, Neira Vilas, César Portela, Fernández Naval, Bieito Iglesias... Non viñeron só por nós. Esta casa é o aleph da cultura galega e hai ou debería haber, para todo galego, unha obriga non islámica e non escrita, de visitala cando menos uha vez. Aquí naceu a triloxía de *Os camiños da vida*, *A Romaría de Xelmirez*, *O señorito da Reboraina*, a *Guía de Galicia*, os *Contos de Nadal*, os libros sobre a paisaxe... Sen eles, non se entende Galicia. Aquí vivía Otero Pedrayo, ese home de presenza catedralicia que dicía Cunqueiro, que de certo, celebraríase que hoxe estemos aquí.

Nun dos seus *Á Marxe* que volvín reler nestes últimos tempos, conta Carlos Casares, que percorreu moito mundo de Deus, que cando foi a Universidade de Londres a participar nun Simposio de Estudos Galegos, foi aloxado polos organizadores nun hotel de cuáqueros no que o cuarto tiña máis de cela franciscana no límite da pobreza que de hotel. Non se sentía incómodo malia non ter teléfono, nin baño, nin unha lámpada que permitise a lectura pero a sinxeleza da cela fixo que se decatara do que realmente era: *un pequeno escritor dun pequeno país que escribía nunha lingua pequena...*

Poderíamos dicir algo semellante do Siso pero esta pequena revista, hoxe de aniversario, (que non de cabo de ano), dun pequeno país, que acolleu moitas veces unha pequena lingua, pódese gabar de ser dende que naceu, aberta e plural, e malia vivir nun Finisterre, soubo explorar e informar do todo o que se facía polo mundo adiante no que atinxía ao noso oficio. Ao

cabo, non hai que se estrañar. Nova York, hoxe o cerne do mundo, é un pobo fronte a Muros mar por medio. Thoreau o sabía, e o conta no seu libro sobre *Cape Cod: A praia máis próxima a nosoutros da outra beira do Atlántico... atópase na costa de Galicia, España, cuxa capital é Santiago... (alí está) o audaz cabo Finisterre...* Vivimos nunha fisterra pero somos veciños de *Cape Cod* e de Nova York, e, como veciños, sabemos o que alí acontece que collemos ou non, segundo cadre.

Hai anos que non leo case nada relacionado co antigo oficio pero nese “case” decátome ás veces que na psiquiatría e psicoloxía de hoxe hai poucas cousas novas, algúns retornos imprevistos, (a antipsiquiatría por exemplo), agoiros de guerras “civís” e algúns esquecementos. O *Siso*, espero, servirá para pensalos e arranxalos se iso é posible. Non sei como será o povir pero lendo algúns entusiastas que pensan que os *tempos son chegados* dunha psiquiatría científica que poderá arranxar todos os problemas do vivir, non é mala cousa lembrar a Ferlosio que nun dos seus *Pecios*, escribía: “(O farsante) *O futuro chama a porta/ Pois que pase, que faga o que sexa e que se largue*”...

PSTDATA

Nos agradecementos do prólogo do libro *Postpsychiatry* publicado no 2005, os seus autores que vivían e traballaban na cidade case islámica de Bradford, (onde queimaron os versos satánicos de Salman Rusdhie) fan unha dedicatoria curiosa: *Á taberna New Beehive que foi o noso pub durante varios anos e onde orixinalmente discutimos a idea da Postpsychiatry*. Todos sabemos que o máis interesante dos congresos e xuntanzas, non son eu quen o di senón moitos recoñecidos científicos, está no bar, no café, nos pasillos ou nos seus equivalentes escritos. Sempre pensei que é nesas xuntanzas ou nas publicacións de baixa formalización onde abrollan e medran as novas ideas. Os lugares onde un poida falar cos colegas do que “hoxe vin - onte lin” son imprescindibles. O estudo e a creación, son asuntos solitarios. Decotar, refutar, ou mesturar ideas, precisa de certas xentes e de certos espazos, e se cadra, como sabían os colegas da *Postpsychiatry*, tamén da compañía dun viño ou dunha cervexa, iso sí, bebidos virtuosamente. O *Siso* é un deses espazos ; Trasalba, outro. Se cadra por iso chegaron a venerable idade que hoxe teñen...

SOBRE LA SENTENCIA DEL TSXG EN RELACIÓN A LA JEFATURA DE SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA

PRECEDENTES

En mayo de 2009, el Dr. Víctor Pedreira Crespo, después de haber ocupado el cargo de Subdirector General de Salud Mental y Drogodependencias de la Xunta de Galicia durante el Gobierno bipartito (PSOE y BNG), recibió 2 ceses: el de Subdirector General (solicitado por él mismo y entendible al ser cargo de confianza) y el de Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra, puesto de trabajo que ocupaba desde enero de 1982 y del que se encontraba en excedencia especial para desempeñar el primero.

Incumpliendo el artículo 57 del Decreto 206/2005 de 22 de julio de provisión de plazas de personal estatutario del Servicio Galego de Saúde en donde se señala que una vez producida una vacante en plaza de jefatura tendrá que ser convocada en un período máximo de 6 meses, la plaza de Jefe del Servicio de Psiquiatría (vacante por cese del titular desde mayo de 2009) se convocó en enero de 2012, es decir, 32 meses después del cese.

Fue necesario nombrar hasta tres tribunales al incumplir la ley de igualdad (primero) y no cumplir un miembro las bases exigidas en la propia convocatoria (segundo).

De este tercer tribunal, el Dr. Pedreira recusó a dos de sus miembros (al Presidente y al Dr. Julio Bobes García) por la actitud inaceptable que mantuvieron durante el primer acto de defensa del Proyecto Técnico y del Currículum. Precisamente, se trata de los dos únicos miembros que se mantuvieron desde el primer nombramiento y cuyo papel sería determinante

para el resultado final. Este Tribunal adjudicó de nuevo la plaza al Dr. Tato pero esta vez, curiosamente, por una diferencia de dos puntos más que en la anterior ocasión (la que había sido anulada).

Ante esta decisión, el Dr. Pedreira presentó, en primera instancia, recurso de alzada ante la Dirección Xeral de Recursos Humanos del Sergas y, posteriormente, al ser éste desestimado, denunció ante el Juzgado de lo Penal y el Juzgado de lo Contencioso Administrativo de Pontevedra.

SENTENCIAS

A.- La denuncia penal fue admitida a trámite pero sería desestimada “provisionalmente” en auto del 15 de febrero de 2016 al no poder acreditar la existencia del delito de prevaricación que se les imputaba a todos los miembros del Tribunal y al Gerente que los nombró. Por esta razón se indica que corresponde al Juzgado de lo Contencioso Administrativo juzgar las posibles irregularidades cometidas (la Fiscal califica el proceso administrativo llevado a cabo de, “**cuando menos, peculiar y llamativo**”). Y así se hizo.

B.- El Juzgado de lo Contencioso Administrativo N° 2 de Pontevedra, en sentencia 235/2016, del 5 de diciembre de 2016 considera que “**el recurso presentado por el Dr. Pedreira ha de ser estimado al entenderse vulnerados los principios que rigen el procedimiento, en concreto de igualdad, mérito y capacidad, por la actuación de la Comisión de Evaluación, cuyo comportamiento se considera que primó a un candidato en detrimento del otro**”.

En sus consideraciones, la titular del citado Juzgado recuerda que en aras de propiciar la tutela judicial efectiva de los actos administrativos por parte de los Tribunales de Justicia, procede comprobar si se ha sobrepasado el límite de libertad propio de la discrecionalidad técnica de la Comisión de Evaluación y si, por tanto, pudiera hablarse más bien de arbitrariedad que de discrecionalidad en sus resoluciones.

En el caso que nos ocupa, “**a la vista de la documentación presentada en la demanda, así como de las pruebas testificales oídas en el acto del juicio, no puede más que considerarse que en el proceso en cuestión cabe advertir indicios**

respecto a la falta de imparcialidad de la Comisión de Evaluación en relación a los aspirantes, perjudicial para el demandante Sr. Pedreira, que ha de conllevar la nulidad del proceso”.

La primera cuestión que se plantea es la relativa a “**la defectuosa tramitación, y consecuente resolución contraria a derecho, de la recusación formulada por el demandante respecto a dos miembros del tercer y último tribunal o Comisión de Evaluación designado**”.

En efecto, “**tras la audición de las grabaciones de la primera exposición y defensa pública por los candidatos de sus proyectos técnicos y currículos (aportada en soporte CD por la parte demandante) y oídas las apreciaciones de los testigos presentes en dicho acto y, centrando la valoración en el miembro del tribunal recusado por el Dr. Pedreira, el Dr. Bobes, ha de considerarse que su intervención en el turno de preguntas realizado al Dr. Pedreira no resulta acorde con la imparcialidad y objetividad que cabe esperar de un miembro de un tribunal de selección**”.

En la sentencia se citan ejemplos de la actitud crítica y de los juicios descalificadores hacia la trayectoria profesional del Dr. Pedreira manifestados por el Dr. Bobes durante la entrevista, llegando incluso a considerar que su carácter “muy apasionado” y su excesiva entrega al trabajo lo hacía inadecuado para el puesto de jefe del servicio. Tal actitud crítica no la mantuvo con el otro candidato, Dr. Gómez Tato, del que llegó a decir que su “carácter más templado” lo hacía más idóneo para el mismo. Y se cita, igualmente, la actitud del presidente del tribunal, Dr. Ortigueira, consentidora del trato hostil del Dr. Bobes hacia el Dr. Pedreira, limitándose a mandar callar al público presente en sus protestas por el trato recibido por el Dr. Pedreira. La asistencia al acto fue muy numerosa (por lo que hubo que habilitar el Salón de Actos para celebrarlo) porque “**todo el mundo intuía que se iba a dar un pucherazo**”, según testimonio de uno de los testigos.

Por todo lo dicho, “**a la vista de cómo se desarrolló la primera exposición pública de proyecto y currículo, especialmente en lo que se refiere a la intervención de uno de los miembros del tribunal (Dr. Bobes), no puede considerarse que lo planteado por el demandante sobre la recusación pudiera tacharse de infundado o carente de base**”. Por todo lo cual, “**ha de concluirse que no**

puede estimarse correcta la actuación de la Administración al no haber dado un trámite más completo y, sobre todo, al no motivar debidamente la decisión de no aceptar la recusación”.

“Otro elemento que permite sembrar dudas razonables sobre la actuación del tribunal es la inexistencia de motivación en el informe que habría de efectuar el tribunal tras el acto público y que, en este caso, se considera que puede llevar a hablar de una desviación de poder, en cuanto a orientar su actuación a primar a un candidato en detrimento del otro, pues no puede, en modo alguno, considerarse tal informe como el ‘informe razonado’ que se exige en las bases”.

“A todo lo anterior ha de sumarse la crítica que cabe hacer al sistema de fijación de la puntuación de los méritos presentados por los candidatos”.

Cabe señalar que, en esta ocasión, se cambiaron los criterios de baremación habitualmente utilizados en el Complejo Hospitalario y que tales cambios se hicieron con posterioridad a conocer la identidad de los candidatos y a que éstos hubieran presentado los méritos a valorar. También se refiere en la sentencia que se oyó como testigo-perito a un acreditado Catedrático de Psiquiatría quien ratificó el informe pericial que se aportó por la parte recurrente, relativo a las valoraciones otorgadas y méritos aprobados por el tribunal. Comparados el baremo utilizado con el utilizado en ocasiones precedentes, se señala en el informe que los cambios no parecen lógicos y se ilustra esta valoración con varios ejemplos que muestran la contradicción entre algunos de ellos, por lo que considera, en definitiva, que los criterios aprobados no fueron coherentes entre sí. Tales cambios, efectuados sin justificación alguna, han beneficiado de manera manifiesta en su totalidad al Dr. Gómez Tato. Por todo lo cual, se aprecia una desviación de poder, incompatible con la imparcialidad y objetividad que ha de presumirse en la Comisión de Evaluación.

En consecuencia con lo expuesto, se concluye que: *“el recurso contencioso-administrativo interpuesto por D. Víctor Pedreira Crespo ha de ser estimado, anulándose la actividad administrativa impugnada y, en concreto, la resolución del proceso que concluyó con la adjudicación de la plaza de Jefe de Servicio de Psiquiatría a D. Isauro Gómez Tato, debiéndose retrotraerse las actuaciones para el nombramiento de una nueva Comisión de Evaluación, por*

cuanto el vicio de desviación de poder se estima que no sólo se ha de referir a los miembros del tribunal en su momento recusados, sino a todos los demás, pues también es a ellos referido el vicio de falta de motivación aludido. Esta nueva Comisión de Evaluación debe fijar la puntuación a otorgar a los méritos baremables y proceder, conforme se señala en las bases, a realizar la valoración correspondiente a los aspirantes, respetando los principios de igualdad, mérito y capacidad y motivando, conforme a ellos, la decisión finalmente adoptada”.

Esta sentencia no fue ejecutada porque fue recurrida por el Sergas ante el Tribunal Superior de Justicia de Galicia.

C.- El Tribunal Superior de Xustiza de Galicia, en Sentencia 507/2017, de 25 de octubre de 2017 desestima el recurso de apelación interpuesto por el Sergas contra la sentencia del Juzgado Nº 2 de Pontevedra **CONFIRMANDO** la misma e imponiendo (como ya se había hecho en el caso anterior) las costas al Sergas.

En su detallada sentencia, el TSXG desmonta una a una las argumentaciones del recurso presentado y afirma que: *“conviene advertir que, tras el examen del expediente administrativo y de las actuaciones judiciales, la total actuación de la Comisión de Evaluación, dibuja un escenario de propensión a favor del candidato señor Gómez Tato, incompatible con la imparcialidad que debe presidir el trabajo de aquel órgano, instaurado para dilucidar cuál de los dos candidatos posee mayores méritos para ser seleccionado como jefe del servicio de psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra”.*

En la sentencia se señalan de nuevo los elementos individuales que dibujan ese escenario global incompatible con la necesaria imparcialidad de la Comisión de Evaluación. Así:

Se hace especial hincapié en la prueba testifical y en la audición de las grabaciones en CD de la primera exposición y defensa pública de los respectivos Proyectos Técnicos y Currículos de los dos candidatos. Se enfatiza *“el papel destacado de la intervención del señor Bobes, quien se significa en la hostilidad mostrada frente al señor Pedreira”.*

La ausencia de la debida justificación de la decisión denegatoria de la recusación planteada.

“La separación de los criterios de baremación seguidos en convocatorias precedentes para favorecer al señor Gómez Tato y la fijación de los criterios de valoración por la Comisión con posterioridad al conocimiento de la identidad de los aspirantes y a la presentación por estos de los méritos a valorar”.

“La falta de justificación de las importantes diferencias en las puntuaciones de los Proyectos Técnicos de ambos candidatos, a favor del Dr. Gómez Tato, pese a que cabía encarecer la exigencia de motivación en dicho informe debido a que fue esencial la puntuación otorgada para que el señor Gómez Tato rebasara al señor Pedreira ya que en la baremación del currículo este último superaba a aquel en 2,04 puntos” (a pesar de los cambios realizados en el baremo).

En definitiva, a juicio del TSXG, todo ello constituyen indicios reveladores de falta de imparcialidad de la Comisión de Evaluación, desvío de poder y conculcación de los principios de igualdad, mérito y capacidad, por lo que se desestima el recurso del Sergas y se confirma, en todos sus términos, la sentencia de primera instancia.

CONSIDERACIONES

Todos los ciudadanos se encuentran con una importante dificultad para mantener y sostener un proceso judicial contra la administración.

En este caso, debe añadirse que aún cuando las decisiones del tribunal de evaluación se derivan de cuestiones como la animadversión o la hostilidad manifiesta, la sentencia se dirige en contra del Servicio galego de saúde.

El contenido de la misma pone en cuestión la honorabilidad o la respetabilidad de algunos de los miembros.

A la luz de los hechos descritos quizás haya que empezar a considerar que actuaciones como las descritas sobre el tribunal de evaluación tienen una responsabilidad judicial, pero también implican derivadas para la profesión,

al ocupar en el caso referido el Dr. Bobes un cargo de responsabilidad administrativa, como es formar parte de la Comisión Nacional de Especialidades, y estar su posición ética comprometida a tenor de los hechos y de las resoluciones judiciales emitidas.

Es evidente que la lentitud judicial unida al resto de situaciones que concurren desemboca en la imposibilidad de reparar los daños ocasionados por todo este proceso, toda vez que cuando se produce la sentencia el doctor Pedreira está ya jubilado. En este sentido, aguardamos que la sentencia sea cumplida por el Servicio galego de saúde en los plazos exigidos y razonables.

Lo ocurrido y la sentencia son situaciones extrapolables a la realidad cotidiana instaurada en relación a los procesos selectivos habituales dentro de los servicios de psiquiatría en cuestión de baremación de méritos.

A pesar del marco teórico comunitario en el que reposan las normativas, consensos o legislaciones, es inexistente la presencia en los temarios de contenidos referidos a la psiquiatría comunitaria en las ofertas públicas de empleo (además de en procesos como la selección de un jefe de servicio).

Tal sesgo afecta decisivamente a la formación de los profesionales que, como cualquier estudiante u opositor, estudia aquellos contenidos que llevan inscritos la posibilidad de ser transformados en pregunta, mientras que deja de lado todo aquello que no pasa de la consideración de literatura de segundo orden.

En tal sentido, no podemos extrañarnos de muchas de las prácticas y discursos actuales así como también del tipo y de la clase de conocimientos que se promocionan y que reposan en motivaciones que están más allá de la evidencia científica hasta constituir el paradigma dominante mercantilista biológico.

Es también notoria la progresiva tendencia a la discrecionalidad en las contrataciones y el alejamiento de los principios que deberían regir cualquier selección de personal: la valoración de los méritos y de las capacidades de manera igualitaria. Los contratos de guardias, las sustituciones, la inexistencia de una lista de contrataciones, las entrevistas personales, las comisiones

de servicio, los cambios sucesivos en los baremos... son todos instrumentos que se han puesto al servicio de una manera de ejercer el poder.

Sin excesivos controles ni riesgos, la realidad diaria es que una persona puede decidir quién trabaja y quién no en función de afinidades, filias, fobias, encuentros y desencuentros.

En tiempos de precariedad laboral es cada vez más importante que la administración retome la rigurosidad y la ética imprescindible a la hora de baremar méritos profesionales y personales en cualquier contratación, desde el empleo más eventual hasta la elección de un jefe de servicio. En el día a día asistimos a cuestiones laborales que tienen mucho que ver con esto. Aquellos que discrepan, pueden leerse detenidamente la sentencia: la discrecionalidad, la impunidad, el absoluto descaro del tribunal... quedan reflejados en una sentencia del Tribunal superior de xustiza de Galicia. Es, en este sentido un ejemplo de otras situaciones laborales más silenciadas y anónimas por las que pasan algunos de nuestros compañeros y compañeras pero que se quedan en comentarios de pasillo o de café... por si acaso...



2016, contra la resolución de la Directora Xeral de Recursos Humanos del SERGAS, de fecha 29 de mayo de 2013, por la que se desestimó el recurso de súplica presentado por el demandado contra la resolución de 29 de octubre de 2012 por la que se elevan a definitivas las puntuaciones asignadas a los aspirantes en el concurso para la provisión del puesto de Jefe de Servicio de Psiquiatría del CHOP, por el sistema de evaluación otorgado. Tras los hechos y fundamentos de derecho que así mismo de valoración, se interesaba en el suplico que se proceda a dictar sentencia en la que se acuerde la nulidad, anulación y desconformidad a efectos del nombramiento como Jefe de Servicio de Psiquiatría del CHOP a D. Víctor Ferrín. Todo, ya con retroacción del procedimiento al momento anterior al rechazo de la reclamación formulada por el demandado, ya resolviendo adjudicar dicho plaza al demandado D. Víctor Ferrín (Código con fecha 28/10/12); y con el fin de efectos legales inherentes a dicho desistimiento, incluidos los complementos económicos percibidos desde el día involucro, con expresa constatación en costas).

SEGUNDO: Admitido a trámite el recurso se admitió mediante el correspondiente expediente administrativo de la Administración demandada, y tras haberse levantado el suspensión decretada por prejudicialidad penal, se acordó citar a las partes a la colaboración de juicio que tuvo lugar el 22 de noviembre de 2016. La parte recurrente se ratificó en sus pretensiones, y por la administración demandada se interesó la discontinuación de la demanda. Se practicó la prueba propuesta por las partes que fue admitida, considerando un documental y basical, con el resultado que obra en la prueba efectuada a tal efecto, y quedando seguidamente el procedimiento visto para sentencia.

TERCERO: La cuantía del recurso objeto de conocimiento se ha fijado en indeterminada.

FUNDAMENTOS DE HECHO:

PRIMERO: Por el Procurador Sr. Carrizosa Lina, en representación de D. Víctor Ferrín Crego, se presentó recurso contencioso-administrativo contra la determinación presunta de recurso de súplica, luego admitido a la resolución de la Directora Xeral de Recursos Humanos del SERGAS, de fecha 10 de febrero de 2016, contra la resolución de la Directora Xeral de Recursos Humanos del SERGAS, de fecha 29 de mayo de 2013, por la que se desestimó el recurso de súplica



presentado por el demandado contra la resolución de 29 de octubre de 2012 por la que se elevan a definitivas las puntuaciones asignadas a los aspirantes en el concurso para la provisión del puesto de Jefe de Servicio de psiquiatría del CHOP, por el sistema de evaluación otorgado.

Se alega en la demanda que el demandado es médico especialista en Psiquiatría (FEA) del CHOP, en el que viene desempeñando su trabajo en la actualidad. Que considera que la atribución del puesto de Jefe de Servicio a otro persona responde a un plan preconcibido por la Gerencia para asignar el cargo a un candidato más afín. Se indica que el demandado ostenta el cargo de Psiquiatra por oposición de la Diputación Provincial de Pontevedra desde diciembre de 1974 y que en enero de 1987 accedió a la Jefatura del Servicio por nombramiento del Pleno de la Diputación, en el momento de producirse las transferencias al SERGAS se mantuvieron los nombramientos previos, y desde 1999 la Jefatura de Servicio lleva ejerciéndola el nombramiento de Responsable de Área de Salud Mental del Área Sanitaria correspondiente, en este caso, Pontevedra. El demandado ostenta un expediente al ser nombrado como Coordinador del Plan Nacional de Drogas y posteriormente como Subdirector Xeral de Saúde Mental y drogodependencias, ejerciendo esa función hasta el cambio de gobierno en 2009, cuando asumió su cargo. Su expresa es que al cesar en el cargo público, recibe también el ceso de su puesto de Jefe del Servicio de Psiquiatría en Pontevedra. En la continuación del caso como Jefe de Servicio no se indica motivación alguna, ni se advierte del recurso a instancia ante la que acudió en caso de desconformidad, y tampoco existen antecedentes de cesos similares en toda la Comunidad Autónoma. El demandado alegó previamente su decisión de recurrir ante los tribunales. El 25 de julio de 2009 el Consejo del CHOP anunció en el servicio de psiquiatría que la Gerencia le había comunicado que el caso del demandado se debía tratar en vía administrativa, y que se le iba a reunir en el puesto, y por tal razón no se recurrió la decisión de ceso. Sin embargo, en octubre de 2009 aún no se había revertido la situación, y se le indica que la situación, al estar vigente el Decreto 206/2005 de provisión de plazas de personal vacante, era la de nombrar Jefe de Servicio al comisión de servicios, ante ello el demandante le interesó que convocase la plaza para poder optar a ella, pero el gerente le manifestó que no le convenía hacer la situación porque al situar lo nombrado él y podía hacer que la plaza quedara vacante. Se considera que esta manifestación revela la disposición del gerente a vulnerar la ley y

su aplicación no se venía a sus intereses, que el Dr. Pedreira no era su candidato y que en ese momento no tenía otro candidato. Por ello, se indica que se le nombró en comisión de servicios, y la convocación de la plaza se demoró hasta 2011, a la espera de que por el Sr. Gómez Tato, único facultativo que se había dispuesto a ocupar la plaza, pudiese cumplir con los requisitos para optar a ella. Se señala por el demandante una serie de incidencias que considera que son reveladoras de la naturaleza del plan preconcebido para adjudicar la plaza al Sr. Gómez Tato, indicándose también que si se analiza el desarrollo de la carrera profesional del Dr. Gómez Tato se comprueba la ingeniería administrativa realizada para poder reunir sus requisitos mínimos para optar a la Jefatura del Servicio, que fueron alcanzados en 2011.

Se señala que la convocatoria en el año 2011 sorprendió al demandante, a quien nadie le había avisado nada, pese a ostentar el el cargo en su momento, y que sin embargo el Sr. Gómez manifestó saber su de la misma. Dándose a leer a primera vista que el acto el primer Jefe de Servicio, atribuyéndose incluso a subsiguiente carnicería que pretendía hacer se indica que con anterioridad a las puntuaciones, alguna persona preguntó en el Servicio por el Sr. Gómez refiriéndose ya a él como Jefe de Servicio. Se indica que el Sr. Gómez Tato tuvo información privilegiada con anterioridad, que le permitió preparar con más tiempo la documentación para presentar al concurso. Se indica que el demandante y el Sr. Gómez Tato fueron los únicos candidatos.

Se indica por el actor que se le pusieron trabas en el propio centro para pedirle documentación que requería para presentar el concurso. Se indica que el primer tribunal nombrado incumplió la Ley de Igualdad, por lo que requirió una reprobación, indicando además que la composición del tribunal tuviese en cuenta criterios de neutralidad y pluralidad ideológica, ante la existencia de dos tendencias doctrinales en la Psiquiatría actual, y siguieron nada uno de los candidatos una de ellas. Se señala que en el segundo tribunal nombrado no había ningún Jefe de Servicio de Galicia ni ningún representante de la comarca a la que pertenece el Sr. Pedreira. Se indica que en el acto de defensa pública del proyecto y currículo, de forma ambigua, se le indicó que comenzase el parón de su mayor antigüedad, y que resultó contradictoria la falta de neutralidad y la distinta consideración de algunos miembros del tribunal hacia los candidatos; señala que existen personas que como jueces pueden justificar estas afirmaciones. Se indica que la puntuación provisional



atribuida a los candidatos resultó excesivamente alta, lo que provocó múltiples reacciones de protesta en la prensa por parte de distintos colectivos que estuvieron presentes en el acto. Tras volver a las puntuaciones provisionales, se comprobó que uno de los miembros del tribunal no cumplió los requisitos para ello, por lo que se anuló el mismo, y las actuaciones subsiguientes, convirtiéndose un tercer tribunal.

Al nombrarse al tercer tribunal Unambrado se canceló la prensa que no reúne los requisitos, por lo que el Sr. Pedreira presentó escrito de impugnación respecto a dos miembros, uno por unanimidad manifiesta hacia el Sr. Bobas) que se había evidenciado en el acto de defensa pública del proyecto, y otro por mayoría manifiesta hacia el otro candidato (por parte del Presidente del tribunal). La impugnación fue desestimada sin que se hiciera la prueba de prueba alguna.

Se indica que en el acto de defensa pública del proyecto, inesperadamente, se varió la forma de actuación, y se decidió que por escrito correspondía comenzar al Sr. Gómez Tato, y se indicó que el tiempo disponible era solo de 10 minutos, cuando en el acto anterior se había referido a 50, y en la convocatoria se hablaba de aproximadamente 30 minutos. Se señala que el otro candidato parecía conocer este cambio, y ya había adaptado su presentación al tiempo indicado. Se señala que no hubo preguntas ni comentarios, salvo una pregunta a cada uno del nuevo miembro del tribunal. Se indica que la puntuación de los currículos se mantiene para ser reprobado en dos puntos la valoración del proyecto del Sr. Pedreira, lo cual es significativo, pues se trata del mismo proyecto que en la lectura anterior, y ni siquiera se hicieron preguntas sobre él. Se señala que las protestas ante estas puntuaciones, y la falta de imparcialidad que implicaban, fueron generalizadas, y que incluso el Colegio Médico de Pontevedra, por unanimidad del pleno, solicitó a la Consejería el cese del Gobierno. Se indica que se exceptuó prueba al efecto.

Se indica que para presentar el recurso contra las puntuaciones se intentó documentar respecto al otro candidato, tanto, como, ... y se comprobó que el baremo utilizado contiene siete diferencias respecto a los baremos que la Gerencia había utilizado en convocatorias anteriores, y todas beneficiaron de manera manifiesta al candidato, y pese a lo cual el mismo no consiguió superar la puntuación del candidato del Sr. Pedreira, lo cual al final se compensa con la sobrevaloración del proyecto. Se señala la existencia de ambigüedades intencionadas, e incluso

documentales, así, en el currículo del otro candidato se presentan certificados de haber trabajado como psiquiatra antes de disponer la titulación de especialista, y tratándose de todo uno de los documentos por el Departamento de Recursos Humanos del CHOP.

Ante el rechazo de la impugnación de las listas se interpuso recurso de alzada interponiéndose la suspensión cautiva en tanto no se resuelve éste, para la Administración, consciente de que la suspensión conllevaría la reincorporación provisional del demandante, resuelve con prontitud el recurso, insistiendo en la legalidad del proceso. Y de forma inmediata se nombra al Sr. Talo, siendo uno de sus primeros medidas la de ordenar el inmediato traslado del demandante al Centro de Salud de Leme.

Se señala la presentación de un currículum personal suscrito por uno de los Psiquiatras de mayor prestigio nacional, Sr. Baco Beldorero, que destaca la trascendencia de sus trabajos del sistema sanitario en el concurso-oposición, y considerándose que tal cambio respecto a los baremos habituales es un indicio más de la confabulación que se alega, en tanto que desde el inicio de convocar el plaza y existía la voluntad de favorecer legalmente a uno de los aspirantes. Se indica a continuación los cambios del baremo que se alegan, y que se consideran contrarios a la lógica.

Se insiste por la parte demandante en la nulidad de lo actuado al menos desde la presentación de la recusación formulada, al no haberse resuelto ésta conforme a derecho, por no haber practicado la prueba interesada, señalando únicamente que las recusaciones niegan la causa alegada de recusación.

Por último, se señala la inadecuada puntuación de los méritos incorporados al currículo del demandante, como del otro candidato, remitiéndose a lo expuesto en el recurso de alzada.

En el acto del juicio, la representación del demandante se articula en los argumentos expuestos en la demanda, y tras señalar que congenerata incompleta el expediente administrativo resuelto, por estar en falta los currículos de ambos candidatos, así como los proyectos presentados por cada uno de ellos, y el dato relativo a la primera instancia pública de los proyectos, se señala que es significativo que el sistema que el Tribunal tenía que hacer fue el acto público de exposición de



los proyectos no sea más que unas listas, de contenido genérico, que no puede considerarse que conciben con la exigencia de las bases al respecto, y más cuando en la segunda exposición pública -que fue la finalmente valorada- se rebaja la puntuación del demandante respecto a la que se había indicado en la primera, pese a que en ella precisamente no se formularon preguntas al candidato. Se insiste en la ilegitimidad de la distinta actitud mostrada por los miembros del tribunal hacia ambos candidatos, con un trato hostil evidente hacia el demandante, y más favorable y receptivo al otro, en que, pese a ello, se obra trámite debido a la recusación formulada, resolviéndose en un día y sin practicar prueba alguna.

SEGUNDO: Por la representación del SERGAS se formuló oposición a la demanda, y se pidió para ello que han de darse por probados los hechos que constan en el expediente administrativo, debiendo ser ratificada la resolución dictada conforme a ello y en la que se da contestación a todas las extremas alegadas por el recurrente.

Respecto a la recusación, se indica que resuelta por el órgano competente de acuerdo con la ley, (en este caso, el Gerente del hospital), y se comprueba que no concurría causa alguna de recusación o abstención en los miembros del tribunal, una vez que se oyó la manifestación de los mismos al respecto, en que se aportaba prueba alguna por el interesado, y, en cuanto a la testifical por él propuesta se consideró por el Gerente que no iba a aportar datos relevantes, siendo únicamente distinto del procedimiento.

Sobre la valoración de méritos, se señala que la misma se efectuó de acuerdo con el sistema de evaluación contemplada prevista en Orden de 24 de mayo de 2005, dictada en ejecución del Decreto 206/2005, que regula la designación de puestos de jefatura y coordinación, se indica que se aplicaron los criterios para la baremación del currículo y proyecto de los aspirantes por la comisión, y la citada actuación de la Comisión es conforme a derecho, por cuanto se ajusta a la Orden de 2011. No puede hablarse de falta de objetividad, por cuanto se aprobaron los parámetros de valoración por la Comisión antes de la baremación de los currículos, y sujetándose a las bases del proceso, en que pueda haberse tampoco de arbitrariedad. Ha de tenerse en cuenta que los criterios de valoración los adopta la Comisión de Valoración en ejercicio de su discrecionalidad técnica, tratándose de un órgano

especializado, y accediendo esos criterios técnicos del control judicial. El proceso se resolvió conforme a derecho a favor del aspirante que obtuvo mayor puntuación.

De lo que consta en el expediente administrativo no cabe dudarse que el proceso selectivo de que se trata, para la provisión del puesto de Jefe de Servicio de Psiquiatría del CHOP se comenzó mediante resolución de 23 de enero de 2012 de la Gerencia de gestión integrada de Pontevedra a O Salnés, en la que se hacía referencia según lo estipulado en Decreto 206/2006, que regula los sistemas de provisión de plazas de personal estatutario del Servicio Gallego de Salud, y, entre otras, los puestos de jefatura y coordinación tal decreto se desarrolló mediante la Orden de la Consejería de Sanidade de 24 de mayo de 2006, que establece las bases del procedimiento aplicables a las convocatorias vacantes del SERGAS.

En la resolución de convocatoria se señalan las bases aplicables al proceso, indicando los requisitos que habrían de reunir los aspirantes; la documentación que habrían de aportar, entre ella el currículo profesional, indicándose que el mismo se valoraría conforme al Anexo I de las bases, así como el proyecto técnico relacionado con la gestión del servicio, conforme a lo dispuesto en el Anexo II. Se indica que el sistema utilizado para la selección será el de evaluación colegiada, en la que se tendrá en cuenta tanto el currículo como el proyecto técnico presentado y que será defendido ante la Comisión de Evaluación en un acto público, y defendiendo también en este acto al aspirante su currículo profesional como adecuado a las características del puesto y al programa de objetivos. Se indica que la Comisión de Evaluación es la que decide, mediante un criterio objetivo, el orden de intencional de los candidatos para la defensa del proyecto.

Respecto a la Comisión de Evaluación, se señaló en la convocatoria que le corresponde valorar los méritos de los aspirantes y su idoneidad y competencia; será esta Comisión la que fijará la puntuación obtenida por los aspirantes, en los límites y límites del Anexo I. Se hizo constar, entre otros aspectos, que los miembros de la Comisión deberán abstenerse de intervenir si concurre alguna de las causas de abstención en los términos de la Ley 30/02 (errores aplicable), y podrán también ser recusados. Se señaló también en las bases que la Comisión, una vez constituida, habrá de cooperar la puntuación a otorgar por los méritos baremados, según los criterios fijados en el Anexo I de la resolución, y también los méritos aportados por los auxiliares. Respecto a la actuación de la Comisión, se indicó



además que, tras el acto público de defensa de proyecto y currículo, la Comisión elaborará un informe sumario, de acuerdo con los criterios previamente establecidos, sobre la evaluación de los aspirantes, con asignación de la puntuación según el desglose en los apartados del currículo y proyecto técnico.

En el Anexo I se contaban los criterios de evaluación del currículo profesional, proyecto técnico y defensoría exclusiva, señalándose que la puntuación máxima del currículo y proyecto será de 60 puntos, de los que como máximo 30 serán de la evaluación del currículo, incluyendo unos méritos del mismo valorables de forma obligatoria, y otros de forma opcional, y en que se contaba puntuación para cada uno de ellos; y otros 30 que como máximo podrán otorgarse al proyecto técnico presentado, y que habría de ser defendido en acto público. Por último, se añade la puntuación adicional que podría otorgarse por dedicación exclusiva.

Resulta del expediente que comparecieron a la convocatoria únicamente dos aspirantes, el ahora demandante Sr. Pedro Pablo Otero, y D. Izuru Gómez Tabo.

Se publica la composición de la Comisión de Evaluación, por resolución de fecha 09/05/12, y la misma es impugnada por el Sr. Pedreira, alegando el incumplimiento de la Ley 7/14 para la igualdad de hombres y mujeres, pero también por aparente descompensación desigual en los miembros del tribunal y dudas sobre la imparcialidad de sus miembros. Se desestima la alegación de imparcialidad, entendiéndose como impugnación contra miembros del tribunal, pero si se procede a modificar la composición del mismo para adaptarlo a la Ley de Igualdad.

A los folios 45 a 47 se lee la resolución por la que se publica la lista provisional de las puntuaciones de los aspirantes; en la primera parte de la misma se indican los criterios de evaluación del currículo fijados por la Comisión de Evaluación, así como los puntos baremados otorgados a cada uno de los méritos que pudieron presentar los aspirantes. De esa puntuación provisional resulta una puntuación total para el demandante de 55,04 puntos, frente a 58 puntos del Sr. Gómez Tabo, siendo la valoración de currículo y defensoría de proyecto técnico y currículo de 21,04 y 29 puntos, respectivamente, para el Sr. Pedreira, y de 21 y 28, respectivamente, para el Sr. Gómez; a ambos se les computan los 10 puntos de dedicación exclusiva.

El afozo demandante elctúa alegaciones a esa puntuación provisional señalando que uno de los miembros de la Comisión pudiera no reunir los requisitos exigidos para ser miembro del tribunal, y, además, por considerar una inadecuada puntuación de los méritos, así como de la valoración otorgada al proyecto y al destino público. En resolución de 27 de agosto de 2012 se estima la alegación relativa a incorrecta composición de la Comisión, y se ordena retrotraer los actuaciones a fin de subsanar el nombramiento del miembro del tribunal en que concurría el defecto, suscitándose, as íde, pero manteniendo el resto de los miembros de la comisión. Ha de informarse que en esta fecha ya había tenido lugar una primera defensa pública del proyecto técnico por los aspirantes, tal y como resulta igualmente de la puntuación provisional ya otorgada, y que había quedado un pleito con la métrica y retroacción de actuaciones.

Mencionada la nueva Comisión de Evaluación (los mismos miembros que habían estado ya en la defensa pública de proyecto y métrica, y el que vino a sustituir a quien no reunió los requisitos), por el Sr. Pedreira Crespo se procede a presentar escrito de recusación contra dos de los miembros, al entender, respecto a uno (D. Julio Robes Garrea), la existencia de eventualidad manifiesta, y respecto a otro (D. José Antonio Ortuño Espinosa, que era además presidente de la Comisión) la amistad íntima con el otro candidato. En el escrito de recusación (folios 50 a 56), presentado el 13 de septiembre de 2012, se exponen con detalle los motivos que llevan a interponer la recusación y se piden prueba testifical para acreditar los mismos. En resolución de 17 de septiembre de 2012 se acuerda por el gerente desestimar la recusación promovida por D. Víctor Pedreira, señalándose que "A vista de las manifestaciones realizadas por el miembro recusado, deségnase a tenor del principio".

En fecha 18 de septiembre de 2012 se dicta la resolución por la que se publican las puntuaciones provisionales de la nueva Comisión, manteniendo ahora 55 puntos para el Sr. Gómez Tazo y 53,04 para el Sr. Pedrota Crespo, que resultaban de 21 puntos de baremación del currículo y 76 puntos de valoración de defensa de proyecto y métrica, para el primero, y de 23,04 puntos de currículo y 20 puntos, respectivamente, para el segundo. Es decir, se reduce la puntuación obtenida en la defensa de proyecto y métrica por el demandante, respecto a la que se había indicado en la valoración anterior anotada.



El demandante tras solicitar del SERGAS que se facilitasen documentación de su interés para dilucidar las alegaciones oportunas, se vuelve a presentar escrito de impugnación de la puntuación provisional, señalándose tanto a la concreta puntuación otorgada a los distintos méritos, como a las dudas respecto a la imparcialidad de miembros de la Comisión. En resolución de 25 de octubre de 2012 se desestiman las alegaciones del Sr. Pedreira respecto a causas de nulidad del procedimiento, y se indica que se da traslado a la Comisión en lo que se refiere a la valoración de méritos. En resolución también de 25 de octubre de 2012, tras indicarse que fue viciosa la reclamación por la Comisión de Evaluación, se ordena a definitiva las puntuaciones provisionales, y resultando de las mismas la adjudicación del puesto a D. Isaac Gómez Tazo.

Por el demandante se interpuso recurso de alzada en fecha 30 de octubre de 2012, aportando documental variada en apoyo de su posición, e interponiendo asimismo la suspensión del acto impugnado, pero en fecha 31 de octubre de 2012 se desestima la solicitud de suspensión, y, en resolución de 20 de mayo de 2013, ahora judicialmente recurrida, se desestima el recurso de alzada.

Ha de señalarse que, como consta en el procedimiento judicial, tras la interposición de recurso contencioso-administrativo, el proceso procedimental fue suspendido por prejudicialidad para, al haberse presentado por D. Víctor Pedreira Crespo denuncia por presunta comisión de delito de perjuración, falsedad de influencias y falsedad documental, frente al órgano convocante de la plaza, el adjudicatario de la misma y la totalidad de los miembros de la Comisión de Evaluación. Como ya en autos que por auto del juzgado de instrucción nº 1 de Pontevedra, de fecha 15/03/15 se resolvió el sobreseimiento provisional de las Diligencias Previas de Procedimiento Abreviado 2009/2015, siendo tal auto confirmado por la Audiencia Provincial de Pontevedra, mediante auto de 20 de abril de 2016, desestimando el recurso de apelación interpuesto por D. Víctor Pedreira Crespo.

TERCERO: Con el escrito de demanda se aporta por la parte recurrente abundante documental, mucho de ella relativo a firmas y apoyos otorgados por distintos personas y colectivos al demandante en relación al proceso impugnado, entre más denuncias ante la Consellería del Colegio de Médicos de Pontevedra por entender la existencia de arbitrariedad en el proceso de selección. Se aportan

asimismo grabaciones relativas a los actos públicos de presentación y defensa de proyecto Médico y resultado de los candidatos, tanto el primero, realizado en fecha 12 de julio de 2012, como el segundo realizado el 17 de septiembre de 2012.

Se practicó prueba testifical en el auto de la vista, a instancia del recurrente. Así, se oyó la declaración testifical de D. Santiago Parada Irujo, jefe de Sección en el equipamiento de Psiquiatría del CHGP, y que manifestó renunciar al demandante, así como al Sr. Gómez Toro, por ser competidores en el hospital, y siendo el Sr. Gómez en la actualidad su superior como jefe de Servicio; señaló el testigo que cuando se convocó al proceso el Sr. Gómez era prácticamente un recién llegado al hospital, que antes de haberlo conocido, que Gómez había llegado unos cuatro años antes del proceso selectivo, y que cree que no había ejercido como Psiquiatra, sino únicamente como médico general en el hospital de Conso; que asistió al primer acto de presentación de los proyectos, y tuvo que hacerse en el salón de actos porque había mucha gente, que el proceso había despertado mucha expectación, ya que se pensaba que podía haber alguna mala acción; se decía que el Sr. Gómez era el candidato de la dirección, pese a su poca trayectoria profesional frente al Sr. Pedreira, que en el acto de presentación del proyecto no se hizo un debate para ver quién había antes, y se empezó por el Sr. Pedreira porque era el más antiguo; que se hizo un turno de preguntas tras la exposición; que recuerda que Pedreira presentó un proyecto de gran calidad, y que se advertía que tenía experiencia en el tema; que el proyecto del otro candidato era más simple, muy genérico, podría valer para una plaza de jefe de servicio en cualquier lugar; que la actitud del tribunal en el turno de preguntas fue muy hostil, pues parecía que sólo examinaban a Pedreira, y considero que lo hacían con hostilidad y agresividad; que se hicieron comentarios por el tribunal de carácter despectivo hacia Pedreira, sobre todo el Dr. Bobes, descalificando su trayectoria profesional y minimizando la gestión que había hecho; se descalificaron las publicaciones del Dr. Pedreira, indicando al miembro del tribunal que eran "gritosa" y diciéndole que era demasiado apasionado, y que sólo le impedía ser buen jefe de servicio, y que el otro candidato era más templado y mejor candidato; que el presidente del tribunal no medió en esta situación, y se limitaba a manifestar callar a la gente cuando protestaban por el trato dado a Pedreira; que en el salón había mucha gente, muchos compañeros del hospital, pero también de otros sectores, que todo el mundo intentaba ver un "pucherazo"; que el comportamiento del tribunal hacia Pedreira no fue igual que el dado al Sr. Gómez, que de hecho uno de



los miembros del tribunal llegó a decirle ya al Sr. Gómez que él era el candidato idóneo para jefe de Servicio; que se descalificaba el proyecto de Pedreira diciéndole que aquello era más un proyecto de gestión de servicios que un proyecto para jefe de Servicio, y que el documento entregado que pretendía ser de ser la gestión de servicios el contenido de ese proyecto, que hacía el tribunal hubo muestras de protesta por parte del público, y aplausos hacia Pedreira; que no era comparable la oposición y programa de uno y otro candidato, era comparar treinta años contra únicamente seis años de especialidad del Sr. Gómez; indica que también fue a la segunda sesión, pero en este caso como Vicepresidente del Colegio de Médicos y no como particular, para a raíz de la primera prueba y al nombramiento de un tercer tribunal, el Colegio, ante lo que estaba pasando, había decidido pedir el cese del gerente; en la segunda exposición del proyecto ya no hubo tanta exhaustividad como en la primera, considera que los miembros del tribunal quisieron corregir su actitud respecto a la primera.

Se oyó también la declaración de Dª Margarita Castañón, Trabajadora Social, quien fue Concejal en el Consello de Portaferrara, y que manifestó conocer al demandante Sr. Pedreira, por coincidir cuando ambos ocupaban cargos institucionales. Señala la testigo que asistió a las dos sesiones de defensa de los proyectos; que había expectativa con este concurso, pues se veía en el ambiente que aquello podía no ser muy claro; que ella fue muchas veces a concursos como miembro de tribunal y no había visto nada igual en un tribunal, que las preguntas dirigidas al Sr. Pedreira más que dirigidas a aclaraciones u observaciones a su proyecto, eran más bien descalificaciones de su trayectoria profesional, y alabanzas para el otro candidato; que no recuerda los nombres de los miembros del tribunal, pero especialmente uno le descalificaba, poniendo en entredicho incluso que hubiera copiado una tesis profesional u otra, y comparando a los dos candidatos entre sí y ensalzando ya victoriosamente, que salió de la sesión con la sensación de que allí había habido un atropello al demandante; que al presentarse en Ferrada al orden a los miembros del tribunal, y el público estaba indignado, que el público era variado, había muchos médicos, pero también gente del ámbito social; que considero que el sorteo para ver cuál candidato ganaba la exposición debería ser público, y no fue así; que en la segunda sesión haciendo que ya casi no hubo preguntas, y la sesión fue más reducida; que al satisfacción que le dio la segunda sesión fue la de haber sido un buen tribunal.

Por último, se oye también como testigo perito a D. Enrique Barja Barahona, especialista en Psiquiatría y Neurología, catedrático de Universidad, actualmente jubilado, quien ratificó el sistema pericial que se aplicó por la parte recurrente, relativo a las valoraciones otorgadas y méritos aprobados en relación al baremo contenido en las bases del proceso de que se trata. Señaló el testigo que para efectuar su trabajo recibió del Dr. Fournier un documento de baremo publicado en 2011 relativo a plaza del Servicio de Oncología, y la de 2013 de la plaza de que se trata en el servicio de Psiquiatría; que ninguno de esos baremos tiene cuestiones específicas para la plaza a ocupar, pues no se hace mención a ella, ni a Oncología ni en un caso, ni a Psiquiatría en el otro; señala que los criterios que se observan entre un baremo y otro no se parecen a los; así señala que el doctorado es la máxima categoría universitaria y su representación ha de valorarse como garantía de valiosidad investigadora y para dirigir proyectos de investigación, correspondiéndole poco que se suban los puntos para valorar el doctorado, y en embargo se reduce después el puntaje en la realización de trabajos de investigación; considera que es incoherente penalizar por una parte la investigación, dándole menos puntos, pero sobrevalorar el título de doctor, por otro, que el cambio en la valoración de la experiencia en términos meramente en lugar de anuales también le llama la atención, porque el aval de experiencia supone desempeñar el cargo por lo menos un año, de forma continuada; también le llama la falta de valoración de la enseñanza universitaria, por cuanto en campo médico era la única valorada cuando, como se ha dicho, sin embargo se sube la puntuación por ser Doctor, siendo contradictorio que se valorara tener el título de Doctor pero que la experiencia en enseñanza que se valoró, no sea la universitaria; que considera en definitiva que los valores aprobados no fueron coherentes entre sí.

CUARTO: Así las cosas, teniendo en cuenta lo que consta en el expediente administrativo, así como la prueba practicada, y valorando de acuerdo con las normas y principios de aplicación en la materia de que se trata, se considera que el recurso contencioso administrativo ha de ser estimado. Al entenderse vulnerados los principios que rigen el procedimiento, en concreto de igualdad, mérito y capacidad, por la actuación de la Comisión de Evaluación, cuyo comportamiento se considera que privó a un candidato en detrimentos del otro.

Talándose de la provisión de una plaza en un servicio público, como es la de Jefe de Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra, no puede



más que partirse de la valoración de los citados principios como, por lo menos, y capacidad, teniendo en consideración derecho a acceder a los puestos de trabajo en condiciones de igualdad, de acuerdo con los requisitos señalados en las leyes, y aplicándose también esos principios a los procedimientos de movilidad interna en la función pública.

Así, visto es que se otorga a la Administración un cierto margen en la regulación de las pruebas de selección y en la determinación de los méritos y capacidades que se tomarán en consideración, si bien que esta libertad aparece necesariamente limitada por la necesidad de no crear desigualdades que resulten arbitrarias en cuanto ajenas, no retoras o incompatibles con los principios de mérito y capacidad enunciados. No corresponde a los Tribunales intervinientes en el margen de discrecionalidad que la Ley concede a la Administración, ni examinar la oportunidad de la medida legal o administrativa para decidir si es la más adecuada o la mejor de las posibles, pero sí proceder, en aras a propiciar una tutela judicial efectiva, a comprobar si no se ha sobrepasado ese límite de libertad creando una diferencia de trato irrazonable y arbitraria entre los concursantes. En casos como el presente, y tal y como se juzga por la representación del SERGAS en su contestación, no puede observarse la existencia de una discrecionalidad técnica, cuyo control judicial no pueda suponer una sustitución del sistema de un órgano especializado; como en este caso la Comisión de Evaluación, por el del propio Ayuntamiento, pero sí que sólo tiene a considerarse la constatación de un ámbito exento de todo control, por cuanto, en todo caso, además de efectuarse un control de legalidad, ha de valorarse si la solución que la Comisión de Evaluación señala como justa se sustenta en una motivación razonable, de forma que no haya de hablarse de arbitrariedad, más que de discrecionalidad.

De este modo, no entra a valorar situaciones o comentarios, y, en definitiva, consideraciones que se efectúan en la demanda sobre la existencia de un plan preconcibido para destituir como Jefe de Servicio y otorgar la plaza a un candidato más afín al Gremio, lo cual constituía más el objeto del proceso penal ya subsecuente, en cualquier caso, a la vista de documental que se opone con la demanda (firmas y apoyos al Sr. Pedreira, por parte de distintas personas e instituciones) así como las testificales dadas en el acto del juicio, no puede más que considerarse que en el proceso en cuestión que no pudo desarrollarse como se reflejó en la misma asistencia a los actos de defensa y de propuestas y cuestiones, si

cuando advierte indicios respecto a falta de imparcialidad del tribunal o Comisión de Evaluación en relación a los aspirantes, perjudicial para el demandante Sr. Pedreira, que se considera que ha de conllevar la nulidad del proceso, introduciéndolo al momento de nombramiento de la citada Comisión, con el fin de que se cumplan las regulares que son exigidas en la normativa de aplicación, en concreto en el artículo 40.2º del Decreto 306/2005, de 22 de julio, de provisión de plazas de personal estatutario del Servicio Gallego de Salud, y de que la composición del mismo no suponga un gravamen para ninguno de los aspirantes, rompiendo la igualdad que ha de regir en el procedimiento.

Así, la primera cuestión que se plantea por la parte recurrente es la relativa a la determinación, fundamentación y consecuencia resolutoria conllevada a derecho, de la recusación formulada por el demandante respecto a dos miembros del tercer y último tribunal o Comisión de Evaluación designado.

De conformidad con el artículo 22 de la Ley 30/02, entonces aplicable (hoy derogada, y sustituida en este precepto por la Ley 40/15, que regula de forma similar el proceso y causas de recusación), "1. En los casos previstos en el artículo anterior causas de recusación, entre las que se encuentran el interés personal en el asunto, o la amistad íntima o enemistad manifiesta podrá promoverse recusación por los interesados en cualquier momento de la tramitación del procedimiento. 2. La recusación se planteará por escrito en el que se expresará la causa o causas en que se funda. 3. En el día siguiente al recusado manifestará a su inmediato superior si se da o no en el de la causa alegada. En el primer caso, el superior podrá emitir su cualificación acto seguido. 4. Si el recurrente niega la causa de recusación, el superior manifestará en el plazo de tres días, previo los informes y comprobaciones que considere oportunas. 5. Contra las resoluciones adoptadas en esta materia no cabe recurso, sin perjuicio de la posibilidad de alegar la recusación al interponer el recurso que proceda contra el acto que termine el procedimiento".

En el caso presente, y como consta en el expediente, el demandante presentó un escrito de recusación ordenado, explicando detalladamente los motivos que lo llevaban a considerar la existencia de dudas sobre la imparcialidad de los miembros de la comisión que se forma, y de su falta de idoneidad, por tanto, para poder emitir una valoración justa en relación al currículo y proyecto por el apartado, así proponiendo asimismo prueba testifical para apoyar su posición en el caso de que fuese negada



la causa de recusación por los interesados. La recusación fue resuelta mediante resolución de 17 de septiembre de 2012 (núms. 87 y 88), dictada de forma conjunta que, a la vista de lo manifestado por los miembros recusados, se denegaba la prueba testifical propuesta.

Al respecto, para valorar la consistencia o carencia de la causa de la recusación formulada, a los efectos de poder emitir un juicio sobre la misma con que se resuelve la misma, sin recabar dato alguno ni practicar ninguna prueba, no de barse en cuanto no sólo el escrito de recusación presentado por el demandante, sino también el hecho de que ya en el primer escrito presentado por el Sr. Pedreira en el proceso selectivo, relativo a la composición de la primera Comisión de Evaluación designada, «folios 22 y siguientes», si bien no se planteaba expresamente la recusación, se señalaba ya la existencia de dudas sobre la objetividad de algunos miembros del tribunal (existencia de contenidos doctrinales dentro de la Psiquiatría, y de distintos institucionales, a los que estaban vinculados los candidatos). Además, a la vista de cómo se desarrolló la primera exposición pública de proyectos y currículos, especialmente en lo que se refiere a la introducción de uno de los miembros del tribunal al que se refiere la recusación (Dr. Brúna), no puede considerarse que lo planteado por el demandante sobre la recusación pudiera tacharse de infundado o carencia de base, lo cual implica que, incluso con independencia de la valoración final que pudiera llegar a hacerse por el órgano competente de las concretas causas de recusación alegadas (en concreto el caso judicial de "enemistad manifiesta"), viene obligado éste a llevar a cabo una actuación al respecto más completa que la realizada, tanto a nivel de trámite, practicando prueba que se le proponía, como a nivel de motivación de su decisión, señalando las razones por las que atribuye que, pese a lo indicado por el recurrente, entendía inexistente la causa de recusación.

En concreto, con independencia de cuestiones relativas a contenidos doctrinales o posicionamientos doctrinales diversos de los miembros del tribunal, sobre lo que no puede emitirse juicio alguno al carecer de datos suficientes a tal fin necesariamente para ello, en cualquier caso, sí puede valorar esta jurisdicción el contenido de los actos voluntarios para la defensa pública por los candidatos de sus proyectos escritos y currículos, al haber sido aportados tales escritos por la parte demandante en soporte CD. Tras la audición de los grabaciones de las reuniones conformadas con las apreciaciones que los testigos citados en juicio hicieron ya sobre la primera exposición pública celebrada (CD aportado como documento nº

EE), y, corrigiendo la valoración en el miembro del tribunal recaído por el Dr. Fedeira, el Dr. Bobes, ha de considerarse que su intervención en el turno de preguntas realizado al Dr. Pedreira no resulta acorde con la imparcialidad y objetividad que cabe esperar de un miembro de un tribunal de selección, pues puede constatarse que se trata ya en ese mismo acto una valoración y crítica al candidato, refiriéndose de forma expresa a su trayectoria profesional en el sentido de haberse llevado su opinión en cuanto a considerar que en tanto años de ejercicio el resultado profesional era escaso o de poca calidad. Seguido a referencia al Sr. Bobes a las publicaciones del Dr. Fedeira como "Nerature gne", pese a ser "muy apasionado" en su trabajo y dedicarse a ello "al 100%" (CD aportado como documento 58, carpeta "doc. 18: grabación", archivo cuarto), y pareciendo deducirse, en definitiva, que consideraba que debería haber tenido a su juicio un mayor desarrollo profesional. Puede compararse asimismo en las grabaciones que esa misma crítica no la tuvo el miembro del tribunal con el otro candidato.

Ha de tenerse en cuenta que ese acto de exposición y defensa pública de proyecto y currículo fue anulado, ya que la Comisión de Examinación tuvo que ser nuevamente reunida al comprobarse que uno de los miembros no cumplía los requisitos para serlo, y que se llevó a cabo meses después otro acto público de defensa de proyecto ante la misma Comisión, cuyos miembros, salvo la excepción del que motivó la anulación anterior, eran exactamente los mismos, resultando indudable que se trató de hecho ya un juicio de valor en el acto anterior, y siendo uno de ellos el Dr. Bobes, a quien se refirió la recusación.

De lo anterior ha de concluirse que no puede afirmarse conecio la actuación de la Administración al no haber dado un trámite más completo, y, sobre todo, al no motivar positivamente la decisión de no aceptar la recusación, pues se trata de un caso en el que había motivos suficientes para emitir una valoración más detallada, sin que pueda entenderse que se trataba de una muestra de torpeza, y en que pueda admitirse ahora que se diga que no se aportó prueba para entender fundada la recusación, pues además de que se rechazó la propuesta por el demandante en su momento, por entenderse innecesaria, como ya se ha indicado, los indicios que existían en casos anteriores del recurrente, así como el propio contenido del acto de defensa pública del proyecto que ya había tenido lugar, eran razones suficientes para, por lo menos, dar una contestación más razonada al demandante.



QUINTO: En la línea de lo anterior, sobre la falta de motivación de la actuación administrativa impugnada, relativa a la decisión sobre la recusación, ha de entenderse como otro elemento que permite ventilar dudas razonables sobre la actuación del tribunal, cual es la irrelevancia de motivación en el informe que conforma a la base séptima de la convocatoria habida de efectuar el tribunal tras el acto público referido, y que, en este caso, a la vista de lo informado (Sito 187), se considera que puede llevar a hablar de una desvaloración de hecho, en cuanto a orientar su actuación a primar a un candidato en detrimento de otro, pues, no puede en modo alguno considerarse tal informe como el "informe razonado" que se exige en las bases.

Así, las bases indican que "la Comisión elaborará un informe razonado, de acuerdo con criterios previamente establecidos, sobre el análisis de las exposiciones, con asignación de puntuación segundo o después de haberse verificado el currículo profesional a propuesta de cada uno de los candidatos" y, en el informe realizado tras el acto de exposición pública, se leido la Comisión a hacer constar que "conforme a los proyectos presentados por los dos candidatos y a la calidad y concreción de sus respectivas exposiciones, su correspondencia con los objetivos establecidos en el Anexo V de la convocatoria, así como la defensa y adecuación de su currículum profesional, y, en definitiva, por su grado de adaptación a lo requerido para el puesto, acuerda por unanimidad otorgar las siguientes puntuaciones: César Tobo, Suma: 28,00 puntos. - Paduwa Oswin, Suma: 20,00 puntos".

Finalmente, el razonamiento efectuado es tan genérico, que del mismo no puede saberse cuál de los dos candidatos va a ser más valorado hasta el momento en que se indican las puntuaciones, si no habiendo referenciado concretamente a ellos y a los aspectos más o menos valorados de su exposición, y desconociéndose por ello qué criterios vitales se aplicaron respecto a qué concretos aspectos de las exposiciones de proyecto y currículo de uno y otro, para fundar ese resultado, cuando además hay una diferencia de puntos considerable, requiriendo la actuación de una motivación clara, ya no sólo porque así lo exigen las bases, sino también porque existe incluso una valoración a la baja, en la puntuación correspondiente a la presentación y defensa de proyecto y currículo del Sr. Paduwa respecto a la que se había efectuado en el acto anterior (que resultó anulado) y en el que éste había obtenido diez puntos más por el mismo proyecto y currículo (delante), y sólo para a que en ese segundo acto de exposición pública (menos valorada), a diferencia del

entonces prácticamente no se efectuaron preguntas por los miembros del tribunal en el turno previsto para ello, lo cual pudiera incluso llevar a pensar en una valoración ya preconcebida, siendo este segundo acto de defensa pública un mero trámite o formalismo, siendo esta la situación que manifestó haber tenido alguna de las partes.

La recurrente reivindica también una exigencia mayor en supuestos como el presente, en el que es la prueba de valoración subjetiva (defensa de proyecto y currículo) la que va a ser determinante para la adjudicación de la plaza, por cuanto en atención a la baremación de los méritos (incluso con la crítica e investigación efectuada de ésta por el recurrente, por considerar que se primaron los apartados por el otro aspirante que supera la puntuación obtenida por el Sr. Paderna. Y ello sin perjuicio de lo que seguidamente se dirá, al mostrarse también disconforme el demandante con tales criterios de baremación que aprueba la propia comisión de evaluación conforme a lo dispuesto en las bases, y límites y términos dispuestos en el Anexo I de las mismas.

En tal sentido, a todo lo anterior, relativo a deficiencias tramitación de la selección planteada, y falta de motivación en la desestimación de ésta, así como falta de motivación e incumplimiento de las bases en cuanto a la exigencia de un informe razonado sobre la evaluación de los aspirantes, ha de sumarse la crítica que cabe hacer al sistema de fijación de la puntuación a los méritos presentados por los candidatos, siendo una función de la Comisión de Valoración la de fijar la puntuación a dichos méritos baremables, con los términos y límites establecidos en el Anexo I de las bases. Se indica en la base séptima con, convalidada la Comisión, se procederá a concretar la puntuación a otorgar por los méritos baremables, según los criterios establecidos en el Anexo I, y a baremar los méritos aportados por los solicitantes. En el Anexo I únicamente se dispone que la puntuación total máxima entre currículo profesional y proyecto técnico será de 80 puntos, de los que 30 como máximo podrán otorgarse al currículo profesional, repartiéndose cinco méritos a valorar con carácter obligatorio y otros de valoración opcional, y otros 30 puntos como máximo al proyecto técnico relacionado con la gestión de la unidad, y por último la puntuación adicional de 10 puntos por el compromiso de dedicación exclusiva.

La parte demandante manifiesta que los criterios de baremación fijados por la Comisión llevan a una sobrevaloración de unos méritos respecto a otros.



apreciaron que se benefició de manera manifiesta a otro candidato, y sin justificación, por cuanto se separan de las líneas de baremación seguidas en convocatorias anteriores. De hecho, se aparta por el demandante informe realizado por Doctor en Medicina, especialista en Psiquiatría y Neurología y Catedrático de universidad, Sr. Isaac Balboa, quien lo realizó en el acto del juicio, y en el que se exponen las discrepancias que se consideran significativas para valorar, en definitiva, la existencia de incoherencia al primar unos méritos sobre otros (p.e., se otorga o summa la valoración del doctorado, con el que cuenta el Sr. Gómez Tate y no el Sr. Paderna, pero sin embargo se anula el criterio de docencia universitaria, en el que el Sr. Paderna aventaja al Sr. Gómez Tate), sin justificación alguna, y apartándose de lo que viene siendo práctica común al fijar la puntuación de méritos en ese tipo de procesos.

Al respecto, se considera que entre dentro de la denominada discrecionalidad técnica las cometidas pertenecientes a mayor o menor valor dado a unos méritos entre otros, o los efectos de baremos en cuenta para la adjudicación de la plaza, sin que pueda esta juzgadora sustituir el criterio cualificado de un tribunal nombrado para la selección de persona física para el puesto concreto de que se trata. Por tal razón, y pese a que fue solicitado por la parte demandante, no se consideró pertinente que como diligencia final se aportase al procedimiento el currículo completo de ambos candidatos, así como los respectivos proyectos técnicos presentados para su valoración en el proceso.

Es obvio que se carece de los conocimientos para efectuar una comparativa entre ambos candidatos, siendo el objetivo que ha de hacerse en esta vía judicial relativa a la legalidad de los actos, así como a la presunción de la arbitrariedad, y precisamente en atención a ella, y sin perjuicio de valorar si ha de puntuarse más o menos entre la persona del doctorado, o si la docencia que ha de ser valorada es la universitaria o no, lo que sí puede indicarse es que la fijación de los criterios de valoración por la Comisión de Evaluación con posterioridad a que se concretan los apartados y que éstos hayan ya presentado los méritos a valorar, resulta un hecho más de que, en la línea defendida por la parte demandante, y como se viene indicando en los razonamientos anteriores, puede apreciarse una desviación de poder incompatible con la imparcialidad y objetividad que ha de presumirse en la Comisión de Evaluación, y que, en este caso, no puede más que considerarse que ha de ser puesta en arbitrio, demostrándose nuevamente con

le. Fines seguidos por el proceso selectivo hasta su realización, que las costas expuestas por el Sr. Pedreira para sospechar de la parcialidad del tribunal no eran fundadas.

En esta línea, y en relación a la devoción de poder en los miembros de un tribunal selectivo, se muy clara la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, de fecha 22 de enero de 2014, aportada a título ilustrativo por la parte recurrente, y en la que, tras indicarse lo que ha de entenderse por devoción de poder, se cita sentencias como la del Tribunal Supremo de 17 de noviembre del 2009, que indica "Como dice el art. 70.2 de la Ley de la Jurisdicción, la sentencia estimará el recurso contencioso administrativo cuando la disposición, la actuación o el acto impugnados en cualquier instancia del procedimiento judicial, incluso la devoción de poder. Se entenderá por devoción de poder el ejercicio de potestades administrativas para fines distintos de los fijados por el ordenamiento jurídico". La jurisprudencia de esta Sala del Tribunal Supremo sobre la concurrencia de ese acto expresa que el estado constante cuando la Administración en el ejercicio de potestades administrativas que le son propias, y no de los profesionales, sus titulares para fines distintos de los fijados por el Ordenamiento Jurídico, y para apostrofo ha de entenderse su existencia de actos comprobados de los que pueda deducirse la intencionalidad devocida hasta formar en el Juzgador la convicción de su concurrencia, teniéndose en cuenta el principio de legalidad de los actos administrativos, como presunción que resulta de que la Administración actúa siempre de buena fe y con arreglo a Derecho. Por tanto la devoción de poder no exige, por ser un acto propio natural, una prueba plena de su existencia, pero tampoco puede fundarse su apreciación en meras presunciones o conjeturas, siendo necesario acreditar la concurrencia de hechos o elementos suficientes para formar en el Juzgador la convicción de que la Administración actuó en devoción a la legalidad, pero con finalidad distinta de la pretendida por la norma aplicable", y para el caso concreto señala al TSJ de Galicia "En consecuencia, antes de entrar la pretensión subsidiaria del recurso de impugnación formulado por el Sr. Pedro Antonio y referida a la validez del procedimiento con nombramiento de otra Comisión Evaluadora, en relación con la prueba de devoción del Proyecto Técnico, y esta medida que resulta válida, en tanto por estar a no haber de abstención y/o recusación de los miembros de la Comisión que por la especie no concurren en los términos legalmente establecidos, sino ineffectivamente por el sistema de apelar



una devoción de poder referida a cada miembro de la Comisión bajo la censura de haber actuado con un ánimo malicioso preconcibido, de manera que si la nulidad fuera sencillamente para sancionar la devoción sería un simple remedio para reconstruir una motivación artificiose con el matizamiento de la sentencia (trotativamente "voto al voto"), finalidad que el Ordenamiento Jurídico no ampara. En suma, la devoción de poder que actuaron en los miembros de la Comisión de Evaluación no está en un motivo de abstención sustancial y carece de virtualidad de la abstención probada en esta Sentencia. De ahí, que con la Administración aún nombrando otra Comisión no ilegítima por ninguno de los miembros Mayores o menores que han intervenido de forma efectiva en el procedimiento selectivo".

En este momento, atendidos los fundamentos anteriores, ha de considerarse que la pretensión de la parte recurrente de anular el proceso de adjudicación de la plaza de Jefe de Servicio de Psiquiatría del CIUP ha de ser estimada, así como la petición de nulación de actuaciones que se efectuó en el suplico, si bien considerando conveniente precisar que se designe una nueva Comisión de Evaluación, por cuanto el vicio de devoción de poder en sí mismo que no sólo se ha de referir a los miembros del tribunal en su número recuotado, sino a todos los demás, pues también es a ellos debido el vicio de falta de motivación aludido, con los requisitos exigidos en la normativa aplicable que ha la puntuación a cargo a los méritos baremables, y procede conforme se señaló en las bases a realizar la valoración correspondiente a los aspirantes respecto los primarios (edad, mérito y capacidad), y motivado conforme a ello la decisión finalmente adoptada.

En consecuencia, el recurso contencioso-administrativo interpuesto por D. Víctor Pedreira Crespo ha de ser estimado, anulándose la actividad administrativa impugnada, y, en su virtud, la resolución del proceso que condujo con la adjudicación de la plaza de Jefe de Servicio de Psiquiatría a D. Ismael Gómez Tello, debiendo restituirse los autos para el nombramiento de una nueva Comisión de Evaluación, conforme a lo expuesto.

SEXTO: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 139.1 de la Ley Jurisdiccional, las costas han de imponerse a la Administración demandada.

Valga los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación.

FALLO

Que, estimando el recurso contencioso-administrativo presentado por el Procurador D. José Domínguez Lino, en representación de D. Víctor Federico Crespo, contra la resolución de la Directora Xeral de Recursos Humanos del SERGAS, de fecha 20 de mayo de 2015, por la que se desestima el recurso de alzada presentado por el demandante contra la resolución de 23 de octubre de 2012 por la que se elevan a definitiva las puntuaciones aprobadas a los aspirantes en el concurso para la provisión del puesto de Jefe de Servicio de Psiquiatría del CHOP, por el sistema de evaluación consensuado, deciden que la actuación administrativa impugnada no se ajusta a derecho, debiendo ser anulada la misma, y ordenándose la retrocesión de actuaciones para que se designe una nueva Comisión de Evaluación, con los requisitos exigidos en la normativa aplicable, y que esta, tipo la propuesta a contar a los méritos transferibles, y proceda conforme se señala en las bases a realizar la valoración correspondiente a los aspirantes, respetando sus principios igualdad, mérito y capacidad, y manteniendo conforme a ello la decisión finalmente adoptada.

Las costas se imponen a la Administración demandada.

Notifíquese esta resolución a las partes, haciéndoles saber que contra la misma cabe interponer recurso de apelación admisible en ambos efectos en el plazo de cinco días para ante el Excmo. Tribunal Superior de Justicia de Galicia, y cuyo recurso deberá interponerse ante este Juzgado mediante escrito razonado que deberá contener las alegaciones en las que se fundamenta el recurso.

Así por esta es sentencia, de la que se levanta testimonio a los autos principales, la proferida, mando y firmo.



**T.S.X.GALICIA CONRAD SEC.I
A CORUÑA**

SENTENCIA CONTENCIOSO

Asunto: D. Fernando Escoba Pasquira

26 OCT. 2017

Recurso: Recursos De Apelación 42/2017

Apelantes: Servicio Gallego de Saúde

Apelada: D. Víctor Federico José Federico Crespo

EN NOMBRE DEL REY

En Sesión 001 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, celebrada el día 26 de octubre de 2017.

SENTENCIA

Ilmo. Sr. D.

D. Fernando Escoba Pasquira, Presidente.

D. Benigno Lopez Gonzalez

D. Julio Cesar Diaz Casales

26 OCT. 2017

A Coruña, a veintidós de octubre de 2017.

En el recurso de apelación 42/2017, pendiente de resolución ante esta Sala, interpuesto por el Servicio Gallego de Saúde, representado y dirigido por el letrado del Sr. D. Víctor Federico José Federico Crespo, contra la sentencia de fecha 1 de diciembre de 2012, dictada en el Procedimiento Abogado 248/2011 por el Juzgado de lo Contencioso Administrativo No. 2 de las de Pontevedra, sobre Procedimiento Administrativo Autonómico impugnado en proceso de selección. La parte apelada D. Víctor Federico José, representado por el demandante D. José Manuel Domínguez Lino y dirigido por el letrado D. Carlos Ángel Mero Tejada.

En contra el Ilmo. Sr. D. Fernando Escoba Pasquira.

ANTECEDENTES DE HECHO

HECHOS - Se dictó, por el Juzgado de lo Contencioso, la resolución referenciada anteriormente, cuya parte dispositiva dice: "Que, estimando el recurso de alzada presentado por el demandante D. Víctor Federico José, contra la resolución de 23 de octubre de 2012 por la que se elevan a definitiva las puntuaciones aprobadas a los aspirantes en el concurso para la provisión del puesto de Jefe de Servicio de Psiquiatría del CHOP, por el sistema de evaluación consensuado, deciden que la actuación administrativa impugnada no se ajusta a derecho, debiendo ser anulada la misma, y ordenándose la retrocesión de actuaciones para que se designe una nueva Comisión de Evaluación, con los requisitos exigidos en la normativa aplicable, y que esta, tipo la propuesta a contar a los méritos transferibles, y proceda conforme se señala en las bases a realizar la valoración correspondiente a los aspirantes, respetando sus principios igualdad, mérito y capacidad, y manteniendo conforme a ello la decisión finalmente adoptada."

resolución de la Directora General de Recursos Humanos del SERGAS, de fecha 29 de mayo de 2011, por la que se convocó el concurso de plaza presentado por el demandante contra la resolución de 29 de octubre de 2011, por la que se asigna a diferentes las puntuaciones asignadas a los aspirantes en el concurso para la provisión de puesto de Jefe de Servicio de Psiquiatría del SERGAS, por el sistema de evaluación mixta, siendo que la puntuación administrativa asignada no se ajusta a lo establecido, debiendo ser anulada misma, y convocándose la celebración de actuaciones para que se designe con nueva puntuación de evaluación, con los requisitos exigidos en la convocatoria aplicable, y que para este fin se proceda a otorgar a los aspirantes, y proceda conforme se señala en las bases a realizar la valoración correspondiente a las aspirantes, respetando los principios de igualdad, mérito y capacidad, y actuando conforme a ellos la decisión finalmente adoptada.

Las partes se refieren a la administración demandada.

SEGUNDO - Notificada la misma, se interpuso recurso de amparo que fue tramitado en forma, con el resultado que cabe en el procedimiento, habiéndose acordado por traslado de las actuaciones al punto para resolver por el turno que correspondiera.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

PRIMERO - Se aceptan los fundamentos jurídicos de la sentencia apelada, y

SEGUNDO - Objeto del recurso de amparo y fundamentos jurídicos de la sentencia de primera instancia.

Don Víctor Pedreira Crespo impugnó la resolución de 29 de mayo de 2011 de la Directora General de Recursos Humanos del SERGAS, desestimadora del recurso de alzada interpuesto contra la resolución de 29 de octubre de 2011 del acuerdo de gestión interpuso de Pontevedra a O Saindo, por la que se asigna al demandante el puesto de jefe de servicio de psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra a Don Ismael Gomez Irujo, tras superar a diferentes las puntuaciones asignadas a los aspirantes en el concurso para la provisión de dicho puesto.

El Juzgado de lo contencioso-administrativo nº 2 de Pontevedra admitió el recurso contencioso-administrativo, anuló la actividad administrativa impugnada y ordenó la realización de actuaciones para que se convocase con nueva convocatoria de evaluación, con los requisitos exigidos en la convocatoria aplicable, y que para este fin se proceda a otorgar a los aspirantes, y proceda, conforme se señala en las bases, a realizar la valoración correspondiente a las aspirantes, respetando los principios de igualdad, mérito y capacidad, y actuando conforme a ellos la decisión finalmente adoptada.



Se funda dicha promoción como judicial en que se entiende vulnerada por la decisión de evaluación los principios de igualdad, mérito y capacidad, en cuanto que su comportamiento privó a un candidato en detrimento del otro.

En ese sentido, la jurisprudencia "a quo" argumenta que en cualquier instancia de falta de imparcialidad de la comisión de evaluación en relación a los aspirantes, particularmente para el momento, que ha de mantener la validez del proceso, retrotrayéndolo al momento del subsecuente de la citada comisión, a fin de que se cumplan los requisitos exigidos en el artículo 49.2 del Decreto 204/2009, de 28 de julio, de desarrollo de plaza de personal estatutario del SERGAS, y de que la comisión del mismo no sufra un proceso para ninguno de los aspirantes.

Respectivamente aquellas instancias, en la sentencia apelada se hace hincapié, en primer lugar, en la vulneración manifestada, y consecuentemente resolución contenciosa y traslado, de la resolución impugnada por el demandante respecto a las puntuaciones de la tercera y última comisión de evaluación, pues, a la vista de la evidencia extensa y desahogada de los motivos que llevaron al error a causa de su imparcialidad y consecuentemente falta de idoneidad para poder emitir una valoración justa, propiciándose error, lo que en vía contenciosa por la intervención del doctor Gómez Irujo de los servicios de la primera exposición pública de proyecto y curriculum, así obligada para el órgano competente llevar a cabo una actuación más amplia al tramitar el concurso, practicando la prueba propuesta y resolviendo la decisión por la que anulándose lealmente la causa de recusación, más allá de la agotada de los propios recursos.

Se destaca en la sentencia apelada que la emisión de las puntuaciones de la primera exposición pública para defender por los candidatos de sus proyectos técnicos y curriculum (CD) aportado como documento nº 56) resultó las apreciaciones de los testigos en el debate, resultando la intervención del doctor Gómez Irujo de los servicios de los tribunales en el turno de propuestas al doctor Pedreira, que no resultó siendo como la imparcialidad y objetividad que cabe esperar de un miembro de un tribunal de selección, al considerarse la Directora General del turno, considerando su opinión no resultando profesional, al menos si se toma en cuenta en tanto que de servicios, antes de tener un licitante que no tiene con el subsecuente del demandante, actitud crítica que no tiene con el otro candidato, añade que esa falta de imparcialidad y defensa pública fue anulada y todo de que repetidas veces después ante una nueva comisión convocada por los mismos servicios, salvo que que no era el señor Gómez, de quien se asegura que no reúne los requisitos para serlo, por lo que ya habría formado un previo juicio de valor.

En segundo lugar, también la resolución "a quo" en otro elemento que permite observar desde el momento de notificación en el informe que, conforme a la base quinta de la convocatoria, se da efecto a la referida acto público, de modo que, por su inobservancia quedará, no podrá considerarse el segundo informe mencionado, y puede llevar a cabo la declaración de poder en cuanto a probar a un candidato en detrimento del otro, que dada su naturaleza sobre las cuestiones

utilizando y no se especifican los aspectos de las exigencias de proyecto y currículo que tienen el resultado de 25 puntos para el señor Gómez Tena y 10 puntos para el señor Pedreira. Se argumenta además que es mayor la exigencia de formación al respecto de uno sobre el valoración subjetiva, que va a ser determinante para la adjudicación de la plaza, pues en la resolución se han escrito sus aspectos la puntuación del señor Pedreira.

En tercer lugar, se destaca que en los criterios de baremación de los méritos y en la fijación de la puntuación la comisión, aparte de apartarse de las líneas seguidas en convocatorias anteriores, ha efectuado una revalorización de unos sobre otros, lo que ha ocasionado de nuevo perjuicio al señor Gómez Tena. Tanto así como que la fijación de los criterios de valoración son posteriores a que se presenten los candidatos y de que estos hayan presentado los escritos a efectos de que se produzca un perjuicio para la adjudicación de la plaza que no se presentara en la comisión de evaluación.

Finalmente a dicha sentencia interviene el recurso del Sr. Gómez Tena de apelación.

SEGUNDO Distinta perspectiva de la jurisdicción penal y de la contencioso-administrativa a la hora de ejercitar los recursos.

En el primer punto, alarga el apelante que sobre estos puntos hechos ya se ha pronunciado la jurisdicción penal, la cual considera que no pueden ser objeto de reproche penal, como se desprende del auto de 13 de febrero de 2016 del Juzgado de Instrucción nº 2 de Pontevedra, confirmada en su integridad por una auto de 22 de abril de 2016 de la Audiencia Provincial de Pontevedra, al considerar que se cumplió con los deberes de preparación, trámite de información y/o diligencia documental.

La diferente perspectiva con la que han de analizarse los hechos en la jurisdicción penal y en la contencioso-administrativa sirve para explicar la razón por la que se puede resultar singular la decisión de la persona en la segunda, de modo que puede justificarse como no arbitraria la resolución de un tribunal de selección a las acciones de denuncia la tipificación delictiva y la imposición de una pena, y sin embargo considerarse que la actuación de ese tribunal no garantiza la vigencia de los principios de igualdad, mérito y capacidad, entre los candidatos en el curso del proceso selectivo, con el fin de invalidar ese tipo de actos en el orden contencioso-administrativo.

Ya en las otras dispartes por el Juzgado de Instrucción y la Audiencia Provincial se argumentó que para que una acción sea calificada como delictiva es preciso que sea que sea una ilegalidad administrativa, pues se exige el dolo de una actuación injusta y arbitraria, y en este caso no resulta evidente que existiese la alegada confabulación para otorgar la plaza al señor Gómez Tena, y mucho menos que dicha confabulación ya existiese desde 2009 hasta marzo de 2012, en que se tuvo a concurso la plaza, así como tampoco que se fijara el baremo para la determinación de los méritos de



cada candidato de forma inmediata entre el gerente y el señor Gómez Tena.

En definitiva, lo único que se ha hecho en el proceso penal es señalar la existencia de la actuación que reprochable que se puede deducir desde la perspectiva del conocimiento jurídico y de la transgresión del mínimo ético, por lo que se deniega la posibilidad de imposición de una pena, pero ello no afecta a la posibilidad de adjudicación de la plaza, pues en la resolución se han escrito sus aspectos la puntuación del señor Pedreira.

TERCERO Baremo de méritos incompatible con la necesaria imparcialidad de la comisión de evaluación.

En el escrito formalizado de un recurso de apelación al Juzgado del Sr. Gómez Tena, analiza singularmente, en desarrollo de un recurso, cada uno de los motivos que se ofrecen en la sentencia apelada para utilizar procediendo la declaración de nulidad del proceso, afirmando que, «en que existe un defecto de imparcialidad de la comisión de evaluación en relación a los obligaciones, perjudicial para el desarrollo que, en conjunto, han llevado a la formación de un defecto de existencia de distribución de poder».

Por ello, sin perjuicio de examinar separadamente cada uno de dichos motivos, por el orden en que se exponen en el escrito de apelación, conviene advertir previamente que, tras el examen del expediente administrativo y de los actuaciones judiciales, la total actuación de la comisión de evaluación difiere de manera de preparación de favor del candidato señor Gómez Tena, incompatible con la imparcialidad que debe existir en el trabajo de aquel órgano, sustentado para dilucidar cuál de los dos candidatos posee mayores méritos para ser seleccionado como jefe de servicio de psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra.

Singularmente reveladores de una actuación incompatible con la observancia de las peticiones de mérito y capacidad, son la prueba sustancial en la vista de primera instancia, y la adición de las grabaciones en CD de la primera exposición y defensas públicas celebrada para la defensa por los candidatos de sus respectivas propuestas técnicas y curriculares.

En la prueba sustancial se constata que el primer auto de defensa pública de proyectos técnicos y curriculares, estando compuesto en el segundo por los mismos miembros, salvo uno, que en el primero, la que persona dedujo los anteriores autos de pericia en favor del señor Gómez Tena, propia de la imparcialidad que debe haber en el desarrollo de la comisión de evaluación.

Así, en primer lugar, don Santiago Ferrás Nieto, jefe de sección en el departamento de psiquiatría del CHOP, comparece de ambos candidatos en el concurso de oposición, pero efectuó una exposición sobre la mejor experiencia del señor Pedreira respecto a los años de experiencia del señor Gómez Tena y superior mérito de su proyecto técnico,

demostró la actitud hostil y agresiva de la comisión contra el doctor Pedreira, descalificando lo respectivo que se mostró al doctor Pedreira, al seno del tribunal, hacia el doctor Pedreira, descalificando su trayectoria profesional y publicaciones que calificó de "irrisas", anulando la gestión que había realizado (había sido jefe de servicio desde 1981) y anticipando un juicio negativo al técnico de asesoramiento, lo que le impedía ser jefe de servicios, frente al otro aspirante, el que calificó como más templado y mejor candidato, todo ello ante la actitud pasiva del presidente de la comisión, que se limitó a reprimir las quejas de desagravio que partían del momento público que había en el acto, antes de salir compañeros del hospital.

La segunda testigo, doña Margarita Castojo, trabajadora social, declaró que las preguntas dirigidas al doctor Pedreira se dirigían a descalificar su trayectoria profesional y a hacer la del señor César Toca, sustituyendo una en las descalificaciones, anticipando valoración de una en la cual al presidente no le pareció el orden e incluso así se concluyó, dando la sensación de que la segunda acción constituyó un error técnico.

En tercer lugar, la declaración del testigo don Jorge Roberto Biza, facultativo adscrito al servicio de urgencias del CHU y vicepresidente del colegio oficial de médicos de provincia, que asistió a los debates de debate del proyecto y dictaminó la Comisión asesora al describir la hostilidad del tribunal hacia el actor.

En cuarto lugar, don Juan de la Vieta, catedrático de medicina y especialista en psiquiatría y neurología, a quien se le permitieron subscribir al informe las dudas realizadas en el momento respecto a los utilidades para jefe de servicio de neurología que otorgados por los generalmente exigidos, especificaron que resultó incoherente que en subar los puntos para valorar el doctorado, y se redujera la puntuación en la realización de trabajos de investigación, ya que precisamente el doctorado ha de valorarse como garantía de suficiente investigación y para dirigir proyectos de investigación, de modo que con aquella actuación contradictoriamente se penaliza por una parte la investigación y se subvaloraba el título de doctor, estado que además limita la elección con su separación de valor en términos similares en lugar de ayudar, porque al nivel de la experiencia un buen investigador la gana por lo menos un año de forma continuada y le gana igualmente la falta de valoración de la enseñanza universitaria, en contradicción con el hecho de que anteriormente sea la única valoración y de que se sea la puntuación del título de doctor.

En a la acción de que que tales hechos en el tercer momento precisamente al momento, se dio la percepción de favoritismo y desigualdad valoración de los principios de igualdad, mérito y capacidad, que han de regir en los procesos selectivos de la función pública (artículos 23.1 y 102.3 de la Constitución).

La adición de las gestiones en CD de la primera exposición y denuncia pública celebrada para la defensa que los candidatos de sus respectivos proyectos técnicos y curriculares, en el momento de las circunstancias realizadas por los



testigos, destacando la intervención del actor, quien se significó en la hostilidad mostrada frente al señor Pedreira, al valorar negativamente su trayectoria profesional, anulando sus publicaciones y clips e incluso una crítica generalizada a su trabajo por realizar su desempeño como "un especialista".

Hay que destacar aquí que resulta incoherente con la normativa aplicable en la actuación administrativa, la actuación de la misma institución de la decisión derogatoria de la resolución planteada, la actuación de la decisión derogatoria del informe anterior sobre la evaluación de los aspirantes que se de otorgar la condición tras la defensa pública de los respectivos proyectos y currículos, la separación de los criterios de valoración seguidos en convocatorias precedentes para exponer al señor César Toca, y la fijación de los criterios de valoración con la opción de preferencia al candidato de la identidad de los aspirantes y a la presentación por esta de los datos e valores.

Debe recordarse que, según legislación aplicable, una de las funciones de control de la discrecionalidad técnica, que ha de reconocerse a los tribunales de apelaciones y recursos, es a través de los principios generales del derecho, así se entendió desde la sentencia emitida de 9 de octubre de 1918, hasta las sentencias de 17 de octubre de 1918, recurso de apelación 324/1917, y de junio de 1914, RC 213/1913, 16 de diciembre de 1914, RC 137/1913. El de diciembre de 1914, RC 3942, y 15 de junio de 1914, RC 305/1913, por lo que las peticiones de igualdad, escritas y fundadas han de ser de valor para la igualdad de la situación administrativa en el ámbito de la función pública.

Y esta Sala insiste en la importancia de probar la existencia en la apreciación de que la Administración no ha actuado en el momento presente en la imparcialidad de la decisión de extinción de la acción a los señalados principios de igualdad, mérito y capacidad.

CUARTO: la ausencia de justificación de la derogación de la resolución planteada.

Para constar de la existencia de la apreciación de la imparcialidad de la comisión de valoración con el actor del actor por el actor que para la derogación de los criterios de dicha comisión se trató el procedimiento legalmente establecido, esta es, de acuerdo con la disposición en los artículos 11 y 12 de la ley 18/1957, que expresa explícitamente, siendo tratada por el director de recursos humanos de la FOMI de Pontevedra y O Suroeste, y resulta por el actor.

Al margen de que tanto como se haya acumulado la denuncia administrativa a la que se refiere en los artículos 11 y 12 de la ley 18/1957, no se puede negar la existencia del escrito de que, en función de las circunstancias mencionadas, se debía como era debido en la tramitación y decisión del incidente de derogación.

En efecto, a la vista de los antecedentes mencionados del actor Pedreira respecto de su escrito exponiendo el incidente de derogación, y de las incidencias producidas en la

entre sectores de defensa pública de proyectos y servicios. La adopción hubiera sido evitar la prueba judicial propuesta, para así conservar y mejor funcionamiento sobre las previas discrepancias entre el señor Pedreira y el señor Rubio de la comisión, a fin de comprender una posible eventual manifestación, por un lado, así como en cuanto a la violación procedente entre el otro candidato y el presidente del tribunal, para de esa forma garantizar la posible eventualidad de la prueba escrita íntima, atendiendo al eventual posibilidad de acreditar lo alegado.

Lo que resulta obvio, a la vez que innegable, es que no se prueba el momento que no haya existido el hecho probatorio que evidencia la naturaleza de las causas alegadas, cuando se ha denegado la prueba presentada a dicho momento. Y, a la vez, resulta paradójico que se niegue la posibilidad de probarlo cuando se priva de la posibilidad de acreditación a quien pretende el incumplimiento de obligación.

Por lo demás, resulta manifiestamente cierto de acuerdo la motivación de la resolución impugnada de 17 de septiembre de 2012 del órgano de la JCC, de Pontevedra, que se funda exclusivamente en las manifestaciones de los propios recurrentes, quienes dicen sin más la existencia de las causas alegadas.

Para que se considere válidamente extinguida dicha resolución sería imprescindible ofrecer la adecuada respuesta a todos los argumentos en que se apoya la impugnación, además de explicar, con razones manifiestamente convincentes, la denegación de la prueba judicial propuesta por el recurrente.

El artículo se refiere en el artículo 54.1 de la Ley 30/1992 para alegar que, sin que se concurren alguna causa de extinción en sus términos de la comisión de evaluación, ello no conllevaría la nulidad de las acciones adoptadas.

En cambio, cuando, como en el caso presente sucede, una manifestación de buena fe recurrente se ha alzado sin que haya sido dibujar un supuesto realista de presencia de irregularidad del tribunal de selección, la vulneración de las principios de igualdad, mérito y capacidad, ni debe conducir a la nulidad de las decisiones de la comisión, tal como se ha explicado en el anterior fundamento jurídico, sobre a la luz de que los recurrentes alegaron de la comisión, sobre todo el presidente, adoptando una actitud pasiva ante la posibilidad que el demandante presentará ante el recurrente.

QUINTO: Carencia de motivación suficiente en el informe razonado elaborado por la comisión de evaluación.

Según el artículo 141 del Reglamento de la Ley 30/1992, que la sentencia impugnada infringe, por interpretación extensiva, el artículo 40 del Decreto 206/2005, de 12 de julio, de provisión de plazas de personal estatutario del cargo, en relación con el artículo 51 de la Ley 30/1992.

Se refiere en concreto a la apreciación, en la sentencia apelada, de falta de motivación e innegable de los hechos no cuando a la exigencia de un informe razonado sobre la evaluación de los aspirantes, que puede llevar a hablar de vulneración de poder.



Considera el apelante que, de conformidad con el artículo 54.1 de la Ley 30/1992, la motivación de los actos que pongan fin a los procedimientos selectivos y de concurrencia competitiva, como es el caso, se realizará de conformidad con lo que disponen los textos que regulan las convocatorias de cada que en este caso basta con asignar a cada aspirante la puntuación individualizada, lo que se habría cumplido, al asignar 14 puntos al señor Gómez Telo (11 puntos de baremos del currículo y 33 puntos de valoración de defensa del proyecto y currículo) y 28 puntos al señor Federico Crespo (20,4 puntos del currículo y 33 puntos de defensa del proyecto y currículo).

Argumenta el apelante que el informe razonado de 17 de septiembre de 2012 satisface las exigencias del artículo 4 de la Orden de 14 de mayo de 2006 por la que se establecen las bases del procedimiento para la provisión de las plazas de jefatura y coordinación de las Instituciones sanitarias del Servicio Gallego de Salud, según el cual "Una de las partes anteriormente referidas de defensa del proyecto técnico, se consistió en elaborar un informe razonado, ajustado a modelos previamente establecidos por la propia comisión, sobre la evaluación de los aspirantes, con asignación de puntuación justificada en los dos apartados citados".

La base séptima de la convocatoria exige que, para el acto puntivo de defensa del proyecto técnico, el tribunal se de elaborar un informe razonado, de acuerdo con los criterios previamente establecidos, sobre la evaluación de los aspirantes, con asignación de la puntuación según el baremo en los apartados de currículo profesional y proyecto técnico.

El informe emitido por la comisión fue genérico, pero y por el contrario, se trata a especificar los distintos baremos de cada aspirante, pues la comisión se limitó a consignar que "atendiendo a los proyectos presentados por los dos candidatos y a la precisión y concreción de sus respectivas exposiciones, se correspondió con los abjektivados referidos en el Anexo II de la convocatoria, al señor la defensa y el currículum de su currículum profesional, y, en definitiva, por su grado de adaptación e idoneidad para el puesto, acordó por unanimidad otorgar las siguientes puntuaciones: Gómez Telo, 14,14; 28,00 puntos, Federico Crespo, 20,40 puntos".

No se detallan hechos o aspectos concretos de la actuación que hacen necesario al señor Gómez Telo de una puntuación extra puntos superiores, y ello pasa a que había incrementado la valoración de currículo en dicho informe debido a que 1º fue esencial la puntuación asignada a dicha defensa pública del proyecto, hasta el punto de que sirvió para que el señor Gómez Telo superara al señor Pedreira, ya que en la valoración del currículo este último superaba a aquel en 2,04 puntos, 2º se había reflejado en los puntos la puntuación asignada al señor Pedreira respecto a la que le había sido asignada en la anterior defensa del mismo proyecto, que había resultado anulada, y 3º en la dicha defensa pública casi no se habían sido dictados preguntas por los miembros del tribunal, así la consecuencia apartando de que se dejaban quietos por la producción.

De incurrir en esta exigencia de motivación se debió como en los procedimientos selectivos por la defensa pública sobre para acreditar las puntuaciones decididas del currículo,

porque los argumentos ofrecidos por el Tribunal han de estar pautados de racionalidad de cara a convencer los que no se trata de una decisión arbitraria y orientada a favorecer a un candidato, respetando, pues, de las principios de igualdad, mérito y capacidad, lo cual no se ha logrado debido a que está, junto al resto de los datos, hechos y circunstancias reseñados en el fundamento jurídico tercero, permitido contemplar el contacto plegado de irregularidades indolentes de irregularidad y favoritismo, sin la persecución de la finalidad de elector al candidato que resulta de infamia para el puesto ocupado.

Según. La falta de publicidad previa de la singularización del puesto y de los criterios de valoración.

A continuación el apelante se enfrenta en discrepancia con la aplicación de la sentencia apelada de que la fijación de los criterios de valoración por la comisión con posterioridad al conocimiento de la finalidad de las vacantes y a la presentación por escrito de los escritos de valoración, constituye un tantum más de una derivación de poder incompatible con la imparcialidad y objetividad que ha de prevalecer en la comisión de evaluación.

La Sala se muestra plenamente de acuerdo con la jurisprudencia "a quo" también en esta respecta, pues cualquier criterio que de cara a evitar cualquier posible de arbitrariedad o favoritismo, se hicieran públicos e la presentación de los escritos tanto la singularización de los puestos así como los criterios de valoración.

En este punto cabe recordar también que la singularización del puesto generalmente establece las funciones claramente al saber hacer para, en cualquier caso la subvaloración del concurso, la falta de exigencia de que la distancia impartida sea universitaria y que la valoración de la oposición se haga en términos técnicos en lugar de académicos.

Uno más es que el Tribunal puede fijar los criterios de valoración y otra muy distinta que pueda su fijación pública y que los pueda mantener escritos a los aspirantes, de modo que sean los desconocidos el tiempo de presentar los escritos a favor del concurso.

En ese caso se se trata del control de la discrecionalidad técnica del tribunal de selección, porque se se trata de un hecho sustancial de la decisión, de modo, el concurso primero a juicio de valor técnico, este tipo de actividades preparatorias a instrumentales que como a ese respecto se ha dicho para haberlo posible y, de otro lado, las pruebas prácticas que también son exigidas y dichas actividades.

En efecto, de entre otros motivos es fundamental destacar que los criterios de valoración o valoración no sólo han de ser fijados previamente por el tribunal seleccionador, sino que, al estar del cumplimiento de los principios de publicidad y transparencia, que han de regir en materia de función pública (artículo 35.2.a y b de la Ley 7/85) de 21 de abril, del Estatuto Básico del Efectivo Público, de igual manera que el mismo artículo del actual Estatuto Legislativo



17/2015, de 20 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Efectivo Público, han de ser pautados en conocimiento de los aspirantes.

Resalta además que los principios de publicidad y transparencia, recogidos en el artículo 35.2.b de la Ley 7/2007, de 21 de abril, del Estatuto Básico del Efectivo Público (en su redacción que el texto refundido del Real Decreto Legislativo 2/2015, de 20 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Efectivo Público, según que dichas críticas sean procedentes previamente por los aspirantes que tienen de realizar el ejercicio, pues la distinta valoración otorgada a cada uno de los partes inconformablemente condiciona los escritos a presentar para lograr mayor puntuación, ya que, en caso de dudas, prevalecerán aquellos parámetros, lógicamente los de mayor preferencia y concentración en mayor medida con los cuestionos más valorados de cara a obtener la mayor puntuación, adaptando la documentación a la valoración de los mencionados resultados.

Resalta en la necesidad de que, desde el control de la discrecionalidad técnica, y en el ámbito de los hechos, se aprueba y se da publicidad a los criterios de valoración y valoración previamente al ejercicio que ha de realizarse o a la presentación de los escritos, la jurisprudencia se ha expresado al respecto.

Esta exigencia de publicidad previa por los candidatos de los criterios de valoración a valoración fijados, constituye jurisprudencia reiterada, a partir de la sentencia del Tribunal Supremo de 27 de junio de 2008 (recurso de amparo 1405/2008), según por las de 18 de diciembre de 2011 (RC 4786/2009), 18 de enero de 2012 (RC 1074/2010), 21 de junio de 2012 (RC 1490/2010), 25 de octubre de 2012 (RC 3091/2011), 18 de marzo de 2013 (RC 795/2014) y 21 de enero de 2014 (RC 4022/2014).

La necesidad de determinar previamente los criterios de valoración será directamente compatible con el principio de publicidad y transparencia.

El principio de publicidad, en relación con la transparencia previa de los criterios de valoración en los procesos selectivos, ha sido reconocido por la sentencia de 10 de enero de 2012 de la Sala 3ª del Tribunal Supremo (recurso de amparo 1211/2009) en las siguientes palabras:

"Como se trata que ese principio de publicidad, en su formulación más genérica, está fijado a estos mandatos democráticos como lo son el derecho fundamental de tutela judicial efectiva del artículo 24 de la Constitución (CE) y el principio de publicidad que para toda actuación de la Administración pública dispone el artículo 102.1 del propio texto constitucional.

Y por eso mismo motivo, entre otros más, tanto la necesidad de que todo acto administrativo sea transparente en los hechos, criterios y razones que determinen sus fundamentos, como sólo así se permite el control que demandó el derecho de tutela judicial efectiva como garantía que todo ciudadano debe establecer en sus relaciones con la Administración pública de procedimientos competenciales en esta, porque de esta manera se puede quedar conformado con los hechos

garantías al riesgo del Encarcelamiento individual (contrastar el principio de objetividad que se promueve si los criterios de valoración de las pruebas fueran definidos una vez realizadas esas pruebas objetivas).

También debe recordarse que esa posibilidad aplicable a los procedimientos administrativos de valoración, dispuesta por el mencionado Reglamento, se hace más explícita en el mismo sentido que se establece en el artículo 15.1 de la Ley 30/1994, de 2 de agosto, de medidas para la mejora de la función pública (MMPF) y actualmente operando, con el de transparencia, en el artículo 30.7 Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.

En este caso significa que esa interpretación de que se viene haciendo es también un principio de actuación de la Administración pública que opera con carácter general en el artículo 3.1 de la Ley 16/1987, de 16 de noviembre, de régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento común (R.A.P./RAC).

Y debe decirse, por último, que en esta línea se pronunció la sentencia de 27 de junio de 2004 de esta Sala y Sección (Canalía 1424/2004) y cuando declaró que el principio de publicidad exige que los criterios de actuación sean procedentes a la realización de las pruebas.

Has recientemente, ha un principio en esa actuación de los criterios a los criterios de valoración, actuación u concreción, previamente a la realización del ejercicio, las sentencias de la Sala 3ª del Tribunal Supremo de 10 de marzo de 2011 (recurso de canalía 746/2010), y la de 13 de marzo de 2011 (RC 4032/2010).

Como dice la sentencia de 11 de marzo de 2011 de la Sala 3ª del Tribunal Supremo:

«No en vano de legal la posibilidad de que un Tribunal Calificador de un proceso selectivo pueda establecer criterios de valoración de las pruebas a una pregunta sobre cómo se la valoración de las mismas, debidamente justificadas, así como que los procedimientos de selección y de actuación antes de la realización de la prueba, de tal suerte que estas pruebas delectivas la prioridad en un procedimiento, respetando las garantías a la realización de las pruebas y planteando, según sea que se produce indefinición, y en esta medida también la observancia la jurisprudencia contenida por esta Sala, citando la sentencia de 29 de junio de 2011, de 28 de junio (recurso de canalía 1492/2010), que cita de otras sentencias como las de 27 de junio de 2004 (recurso de canalía 1492/2004), de 15 de diciembre de 2011 (n.º de canalía 4994/2004), de 10 de marzo de 2011 (R.C. número 1873/2009), que sostiene que el principio de publicidad exige que los criterios de valoración de las pruebas y calificación sean procedentes a la realización de la prueba y calificación e las pruebas, para solo así se garantiza además el principio de igualdad jurídica. En el mismo sentido cita la sentencia de 21 de diciembre de 2011 y la de 20 de octubre de 2011 (R.C. 3094/2011) y sus otras de sentencias anteriores). En consecuencia, la observancia con esta jurisprudencia del Tribunal Calificador al existir de distintos tipos las pruebas e los criterios de valoración, no necesariamente cumplir estos criterios a los criterios de valoración que



transparencia procedimental que causa la indefinición del criterio que no pudo haberse la concreción del mismo a los distintos valores de las pruebas... y es necesario entender que se ha entendido la jurisprudencia de la Sala por la sentencia referida, e igualmente el principio de transparencia y publicidad que debe presidir los procesos selectivos, recogido en el artículo 30.7.5) del Estatuto Básico del Empleado Público, como sostiene la sentencia de esta Sala de 22 de octubre de 2014».

En la sentencia de 11 de marzo de 2011, después de recordar, en el mismo sentido antes expresado, que «el principio de publicidad exige que los criterios de actuación de las pruebas sean procedentes a la realización de la prueba, y justificados a las pruebas que solo así se permite sobre el principio de igualdad jurídica, pues los procedimientos proceden antes de la actuación a los criterios manifestados por el Tribunal Calificador» en el caso que «sin embargo, el concurso no se limita a solicitar que se le valore, sin tener en cuenta los criterios introducidos por el Tribunal Calificador, sino que pretende también el conocimiento de actuaciones al momento anterior a la realización del segundo ejercicio. Para para que este defecto formal tuviera trascendencia al resultado debería haber concurrido que, de haberse dado una valoración defectiva a todas las preguntas el resultado del proceso selectivo hubiera sido favorable a la actuación del ejercicio por su parte...».

En definitiva, esa cuestión de publicidad deriva de la concreción del propio general y de los criterios de valoración expresados por la comisión de organización selectiva en el título de la valoración de los principios de igualdad, mérito y capacidad, que conduce a que haya de mantenerse la sentencia de primera instancia.

SEPTIMO: Costas procesales de segunda instancia.

En relación a lo dispuesto en el artículo 138.7 de la Ley de Jurisdicción Contencioso-administrativa, han de entenderse el apelante las costas de esta segunda instancia, al declararse totalmente el recurso de conformidad con lo dispuesto en el artículo 138.4 L.J.C.A. en el que se indica la cantidad que se imputa al concepto de costas del apelado, en función del trabajo y esfuerzo desplegado para dar sustento a los motivos de apelación recurridos.

PRIMERO: que con devolución del recurso de apelación interpuesto contra la sentencia del Juzgado de lo Contencioso-administrativo n.º 1 de Pontevedra de 5 de diciembre de 2011, **CONFIRMADA** la misma, imponiendo al apelante las costas de esta alzada, fijando en 1.000 euros la cantidad misma en concepto de costas del apelado.

Entiéndase la presente sentencia a las partes, mandándose sobre las costas que puede interponerse recurso de casación ante la Sala Tercera del Tribunal Supremo a partir de la correspondiente de este Tribunal Superior de Justicia, excepto que de hereafter interponer recurso de casación habrá de prosperar ante la Sala de instancia en el plazo de

NOTIFICA a las personas desde el momento en que la notificación de la resolución que se recurre, en escrito en el que se de cumplimiento a los requisitos del artículo 17 de la ley reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa. Para acudir a través al recurso, el recurrente deberá constituirse en la cuenta de depósitos y consignaciones de este Tribunal (1.274-0000-05-0042-17), al depósito al que se refiere la Disposición Adicional Decimotercera de la Ley Orgánica 1/2009, de 3 de noviembre (BOE núm. 256 de 4/11/09) y, en su caso, cumplidos el trámite administrativo a su instancia, con rectificación de esta resolución.

Se le pronuncia, mandos y firma.



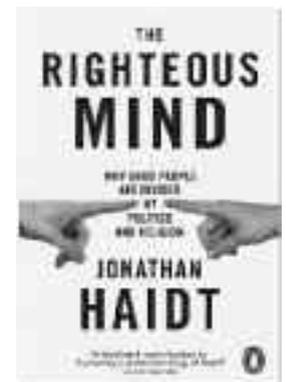
PUBLICACION - La sentencia anterior ha sido leída y publicada el día 21 de mayo de 2010, por el Ilmo. Sr. Registrador Juanjo V. Espinosa Gómez Irujo en el poder celebrada audiencia pública la Sección 001 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Galicia. Hoy fe.

THE RIGHTEOUS MIND. Why good people are divided by politics and religion

Penguin Books. 2012

S.L.C.

Son 500 páginas, 130 de notas y bibliografía las que Jonathan Haidt, psicólogo social, dedica a exponer su *Teoría de los fundamentos morales* y las razones del porqué las buenas gentes se dividen y se enemistan por sus diferentes ideas religiosas o políticas. Pocos asuntos, creo, de mayor interés que el que Haidt estudia pero su teoría, que avanza a lo largo del libro con pasos bien medidos, no será fácil de resumir. Esta reseña, me temo, será larga.



Haidt escribió este libro con “la esperanza de que si los americanos comprenden los sesgos que afectan a su pensamiento moral cotidiano puedan ser capaces de comprenderse mejor entre sí y nada mejor que unos ejemplos para entrar en materia.

1. El perro de una familia muere atropellado por un camión delante de la casa familiar. Los dueños, que habían oído que la carne de perro era muy sabrosa, descuartizan el perro, lo cocinan y lo sirven en la mesa como cena. Un hombre acude todas las semanas al hipermercado y compra un pollo. Al llegar a casa tiene sexo con él y después, lo cocina para cenar.

Son dos de los ejemplos imaginarios que propone Jonathan Haidt para hacer pensar a sus alumnos sobre psicología de la moral. Si usted es una persona educada sentirá asco al escuchar estas historias pero tendrá dificultades para explicar por qué es repugnante ese comportamiento. El perro era de la familia, ya estaba muerto, no le hicieron daño alguno y tenían el derecho de

hacer con su cuerpo lo que quisieran. El hombre del pollo no le hizo mal a nadie con su comportamiento y todo sucedió privadamente. A pesar de eso, el asco experimentado es aún mayor que en el caso del perro.

Cuando se le pide a los que escuchan estas historias que razonen el porqué del asco sentido suelen decir algo parecido a esto: *Bien; pienso que es algo asqueroso y que debieron enterrar el perro pero no sabría decir que es lo moralmente equivocado*. Si quien responde es un liberal, en el sentido que ese término tiene en los Estados Unidos, dirá que cualquiera puede hacer lo que quiera mientras no haga daño a los demás. Si se trata de un conservador puede que responda que quien tenga sexo con un pollo o coma su perro, está haciendo algo moralmente equivocado pues algunas acciones son moralmente equivocadas aunque no dañen a nadie.

Cuando Haidt le hizo esas preguntas a la gente que salía de un MacDonals popular, se encontró con que las respuestas eran muy diferentes a las de sus alumnos de la Universidad de Pensilvania. Sus alumnos respondían según el principio que estableciera en 1859 John Stuart Mill:

El único motivo por el que el poder puede ser rectamente ejercido sobre cualquier miembro de una comunidad civilizada en contra de su voluntad, es impedir que dañe a otros...

La respuesta típica de sus estudiantes era:

Es perverso, pero el pollo era suyo, lo que hizo fue algo que ocurrió en privado, no le hizo mal a nadie, por lo tanto es correcto.

La gente de los MacDonalds, trabajadores manuales en su mayoría, confrontados con ese tipo de preguntas, callaban y miraban a Haidt como si fuese tonto. *¿Tengo que explicarle a usted porqué está mal...?*

Hay más historias. Un colega de Haidt le propuso a un grupo de estudiantes las siguientes situaciones: 1.- Un hombre tiene a su mujer enferma de gravedad y no tiene dinero. Roba la medicina. *¿Es correcta su conducta?* 2.- *Tengo en este contenedor una cucaracha esterilizada comprada en un laboratorio donde fue criada en un ambiente limpio. Nosotros volvimos a esterilizarla y no tiene ningún germen. Voy a meterla en este zumo. Ahora: ¿bebería usted un trago de este zumo?*

3.- *Aquí tengo este papel donde escribí lo que sigue: Yo... (el nombre del entrevistado), le vendo mi alma después de mi muerte a... (el entrevistador) por dos dólares...*

4.- Un hermano va con su hermana de vacaciones a París. Estando solos en la habitación piensan que sería agradable tener sexo entre ellos. El usa un preservativo. Ella ya toma la píldora. El acto fue agradable pero deciden no repetirlo más. Será un secreto entre ellos que los unirá más.

Confrontados con estas historias los entrevistados estuvieron de acuerdo con la conducta del hombre en el primer caso y dieron justificaciones razonables para ella: la conducta era correcta porque la vida está por encima de la propiedad. En los otros casos no había daño posible aparente pero los sujetos no acertaban a justificar su respuesta. Por ejemplo: solo un 13 % estuvieron de acuerdo en que la conducta de los dos hermanos había sido correcta. Los demás la rechazaron pero fueron incapaces de dar razonamientos que justificaran su rechazo. No había peligro de descendencia, fue consentido, fue agradable, no habría reincidencia, no dañaron a nadie... Lo mismo ocurría en los casos de la cucaracha y la venta del alma. En estos casos, es obvio, dice Haidt, que los entrevistados hicieron sus juicios morales de modo emocional e inmediato e intentaron después justificarlos. El razonamiento era el sirviente de las pasiones como Hume pensaba y no siempre lo hacía con eficacia.

2. El libro de Haidt pretende responder a las perplejidades de sus entrevistados. Es un estudio de psicología moral que divide en tres partes regidas cada una de ellas por un principio y una metáfora:

- I.- Las intuiciones vienen primero; el razonamiento, después.
- II.- Hay más morales que la de daño-justicia (la de Stuart Mill).
- III.- La moral une y ciega.

En los ejemplos mencionados, los sujetos rechazaban o aprobaban primero lo narrado y después intentaban justificar el rechazo razonando, lo que no siempre conseguían. Se comportaban según el primer principio de la teoría de la moral de Haidt que dice que las intuiciones vienen primero y el razonamiento después. Haidt, propone la metáfora de un elefante (las intuiciones,

el procesamiento automático) y su jinete guía (*rider*), (el razonamiento consciente). El cerebro, evalúa todo de modo automático en términos de amenaza o beneficio potencial y ajusta su conducta a sus evaluaciones para conseguir lo bueno y evitar lo malo. Los animales, hacen esas evaluaciones miles de veces al día sin necesidad de razonamiento consciente.

En 1980, Robert Zajonc, recuperó antiguos trabajos de Wundt de 1890 en los que había formulado la doctrina de la “primacía de lo afectivo”. Pequeños flash de sentimientos positivos o negativos, decía Wundt, acompañan a la percepción y están de tal modo entrelazados con ella que forman parte del proceso. Zajonc aconsejó a los psicólogos que tuvieran en cuenta este proceso de dos pasos, el rápido, afectivo, ligado a la percepción, y el lento, el de pensamiento, que consideraba muy nuevo evolutivamente y vinculado al lenguaje. El pensamiento, es el jinete; lo afectivo, el elefante.

3. Las ideas de Haidt sobre la pluralidad de morales, tienen su fuente en Richard Shweder, un psicólogo cultural, con el que colaboró en la Universidad de Chicago. Shweder, reconocía tres éticas, la de la *autonomía*, la *comunitaria* y la de la *divinidad*. La *ética de la autonomía* supone que los individuos son entes autónomos que tienen deseos, necesidades y preferencias y deben ser libres para satisfacerlas sin dañar a los demás. En una sociedad semejante, conceptos como derechos, libertad y justicia, permitirán a las personas coexistir de modo pacífico sin interferir con los proyectos de los otros. Es la ética dominante en Occidente pero basta con poner un pie fuera de la sociedad occidental para que nos encontremos con las otras dos éticas de Shweder.

La *ética de la comunidad*, que predomina en Asia, está basada en la idea de que las personas son, en primer lugar, miembros de entidades más amplias como familia, ejército, compañías, tribus y naciones que son consideradas entidades reales que hay que proteger. En este caso, los conceptos morales predominantes son, *deber, jerarquía, respeto, reputación y patriotismo*. La idea occidental de que las personas deben diseñar sus propias vidas y procurar sus metas, se considera una idea egoísta y peligrosa que debilitará las instituciones de las que depende cada miembro.

La *ética de la divinidad*, tiene como fundamento la idea de que las personas son recipientes en los que fue implantada un alma divina. Son algo más que animales con conciencia y el cuerpo es un templo. Aunque no se dañe a nadie, para esta ética, que alguien tenga sexo con un pollo, viola el orden sagrado del universo y degrada a quien lo hace y a su creador. Los conceptos determinantes son aquí, *santidad, pureza, contaminación, elevación y degradación*. La libertad personal del Occidente secular es considerada como libertina, hedonista y una celebración de los más bajos instintos humanos. Fue esta ética, que Haidt consideraba extraña y nada fácil de comprender, la que lo llevó a India donde vivió con una familia lo que lo ayudó a comprender la ética de la comunidad (con facilidad) y la de la divinidad (con menos facilidad). En India, es la familia, no los individuos, la unidad básica de la sociedad y en ella están incluidos los sirvientes. En este mundo moral, dice Haidt, igualdad y autonomía, no son valores sagrados. Honrar a los ancianos, a los dioses, a los huéspedes, proteger a los sirvientes y cumplir los deberes de los roles que tenemos asignados, es mucho más importante. Comprender por qué los hindús le dan tanta importancia al baño, a la comida y a qué clase de persona tocan, preocupaciones que comparten con los hebreos y los árabes, fue algo más complicado. Haidt llegó a la conclusión de que estas costumbres tuvieron su origen evolutivo en el asco despertado por cosas que podrían ser contaminantes por lo que era necesario, por razones de supervivencia, mantenerse alejados de ellas. Ese asco, extendió después su influencia sobre algunos asuntos morales y sobre el propio cuerpo. Un hindú, come con la mano derecha después de lavarla pero se limpia con agua después de defecar, lo que hace “siempre” con la mano izquierda, por lo que se vuelve una segunda naturaleza equiparar izquierda con suciedad y derecha con limpieza.

4. Después de su estancia en India y bajo la influencia de Shweder, Haidt, se dio cuenta de que coexistían muchas matrices morales dentro de una nación y que cada una de ellas proporcionaba una completa, unificada e irresistible visión del mundo casi inexpugnable para los ataques y argumentos de los ajenos a ella y no es por azar que Haidt considere el “sesgo de confirmación”, el más dañino de todos los sesgos, como casi imposible de erradicar. La mayoría

de las investigaciones psicológicas se hacen sobre un pequeño grupo social, los WEIRD, acrónimo de (*western, educated, industrialized, rich and democratic*) que como palabra, literalmente quiere decir, raro, extraño. Una investigación que pretenda alcanzar conclusiones válidas tiene que tener en cuenta las diferencias entre grupos sociales y étnicos pues incluso dentro de un mismo país, hay grupos, como los WEIRD, que son muy atípicos (*outliers*) dentro de la sociedad y los resultados serán también atípicos. Esa fue la razón por la que Haidt tuvo que ampliar su investigación para incluir diversos subgrupos étnicos y sociales. Los universitarios de Pensilvania hablan casi de modo exclusivo empleando categorías de la ética de la autonomía mientras que los otros grupos, como los de la clase trabajadora, emplean también la ética de la comunidad y algunos elementos de la ética de la divinidad. Las diferencias alcanzan también al Yo (*self*). Si le pedimos a un grupo de WEIRD que complete unas frases que comienzan por, “Yo soy...”, lo más probable es que lo hagan con palabras referidas a estados psicológicos internos (feliz, extravertido, tímido...) mientras que los asiáticos es probable que recurran a sus roles y relaciones (hijo de, empleado de...).

Haidt, recurre a una analogía para explicar su teoría de las moralidades. Todos los seres humanos tienen en la lengua cinco receptores gustativos para los sabores dulce, salado, amargo, ácido umami. Los alimentos y los modos de cocinar varían ampliamente en el mundo pero todos estimulan uno o varios de los receptores básicos. Sería tonto pensar que hay un receptor para la Coca-Cola, otro para el zumo de naranja y otro para el de mango. Todos estimulan el receptor para el dulce y según los casos, alguno más. La mente moral, es como una lengua con sus varios receptores pero dependiendo de la cultura en la que nos criamos desarrollaremos un perfil de sabores diferente que podrá ser más o menos amplio. Muchos investigadores reducen la moralidad a un “único” receptor, o a dos, casi siempre los relacionados con daño a los otros o con el trato justo y el respeto por los demás. Para Haidt, no es así. Las matrices morales varían pero tienen que adaptarse de algún modo a una serie de receptores básicos que fueron diseñados por la evolución. Esos “receptores” son módulos cerebrales especializados que se activan cuando detectan en el ambiente un patrón específico. Los módulos, son como pequeños interruptores en los cerebros de los animales que se activan por patrones que fueron relevantes para la

supervivencia en un nicho ecológico particular. Cuando estos módulos detectan el patrón, emiten una señal que cambia el comportamiento del animal de un modo adaptativo. Muchos animales reaccionan con miedo y huida la primera vez que se encuentran con una serpiente porque en sus cerebros hay un circuito que funciona como detector de serpientes (o de cosas que repten en el suelo). A lo largo de la evolución, esos módulos fueron añadiendo otros “disparadores” del circuito, de ahí que las variaciones culturales de la moralidad se puedan entender a partir de los disparadores añadidos o suprimidos por cada módulo.

Para Haidt, estos módulos morales son innatos pero hay que entender, como hace él mismo, que innato quiere decir que la naturaleza aporta un borrador que la experiencia revisa. Son *prewired* más que *hardwired*. Que algo venga incorporado no quiere decir que sea inmodificable. Quiere decir que está organizado previamente a la experiencia pero esta experiencia, las diferentes culturas en el caso de la moralidad, adaptan los módulos innatos, por eso si vamos en busca de semejanzas en las diferentes culturas del mundo no las encontraremos en el “libro” terminado y corregido varias veces sino en el “borrador” innato que está en la base.

Haidt reformuló las tres éticas de Shweder y piensa ahora que hay por lo menos, cinco módulos relevantes, cinco pilares de la moralidad (que después elevó a seis) que están en la base de las matrices morales que la evolución diseñó para responder a retos adaptativos y que Haidt acompaña de su contrario:

Cuidado	Daño
<i>Igualdad-Reciprocidad</i>	Engaño
Lealtad	Traición
Autoridad	Subversión
Santidad	Degradación

La sexta, añadida posteriormente, es: *Libertad/Opresión*¹.

1. No es fácil traducir algunos de los términos de Haidt por su polisemia. Aquí van en inglés en espera de propuestas más afortunadas: care/harm, fairness (en el sentido de justa igualdad)/cheating, loyalty/betrayal, authority/subversion, sanctity/degradation

El módulo *Cuidado/Daño*, evolucionó para responder al desafío de la vulnerabilidad de los niños. Un ñu nacido en el Serengeti, puede correr a los pocos minutos de nacer. Un niño humano, después de nacer, tiene un largo período en el que precisa de cuidados. El módulo *Cuidado/Daño*, despierta en nosotros conductas de ayuda y cuidado cuando vemos señales de sufrimiento en un niño y asco cuando vemos señales de crueldad. La emoción dominante en este módulo, es la compasión.

El módulo, *Igualdad-Reciprocidad/Engaño*, evolucionó como respuesta a la necesidad de ser recompensados por nuestra cooperación sin que nadie se aproveche de ella. Nos hace aproximarnos a personas que es probable que sean buenos compañeros para el altruismo recíproco y a evitar a los tramposos. Las emociones dominantes son la rabia, la culpa y la gratitud.

El módulo, *Lealtad/Traición*, evolucionó como adaptación a la necesidad de formar coaliciones. Nos hace sensibles a la señales de que otra persona pueda ser o no ser, un buen miembro de la comunidad y a confiar en los buenos y castigar, expulsar o incluso matar, a los que traicionan al grupo. El orgullo de grupo, la rabia y la traición, son las emociones de este módulo.

El módulo *Autoridad/Subversión*, responde a la necesidad de mantener relaciones dentro de una comunidad jerárquica y nos hace sensibles a los signos legítimos de jerarquía y a los signos de que alguien no se comporta de modo adecuado a su rango. Respeto y miedo predominan aquí.

El módulo *Santidad/Degradación*, tuvo como función primera evitar la contaminación, los venenos y el contagio de enfermedades. El asco es casi, la única emoción de este módulo.

Libertad/Opresión, propone Haidt, evolucionó en respuesta a los desafíos planteados por la vida en pequeños grupos donde algunos individuos podrían acosar y dominar a los demás. Los estímulos originales para activarlo serían los intentos de dominación mostrados, por ejemplo, por un macho alfa, lo que desencadenaría la unión como iguales de los demás miembros del grupo y el control del potencial dominador que podría ser eliminado físicamente. Es un módulo que opera en tensión con el de *Autoridad/Subversión*. Los estímulos actuales del módulo son todas las situaciones que son percibidas como restricciones ilegítimas de la libertad impuestas por una autoridad.

Nuevos estímulos que activan los módulos pueden irse añadiendo a los primarios. Por ejemplo: la activación del módulo *Daño/Cuidado*, puede ser activado hoy por cosas como las matanzas de crías de focas o el maltrato animal; el de *Reciprocidad/Engaño*, por las infidelidades en la pareja; el de *Lealtad/Traición*, puede extenderse a las naciones o a los equipos deportivos; el de *Autoridad/Subversión*, a los jefes en el trabajo y el de *Santidad/Degradación*, a ideas tabú (comunismo, racismo).

5. Si no se aceptan estas seis morales resulta complicado entender racionalmente ciertos sucesos. Por ejemplo: En el año 2001, un técnico informático, Awin Meiwes, puso un anuncio en Internet que decía: *Busco una persona de buena presencia, entre 21- 30 años para ser sacrificada y después comida*. El anuncio tuvo cientos de respuestas pero solo uno de los que contestaron, el ingeniero informático, Brend Brandes, mantuvo su decisión después de darse cuenta de que la propuesta de Meiwes era seria. Después de filmar un vídeo en el que Brandes mostraba su acuerdo, Meiwes, cortó el pene de Brandes que, a pesar de haber tomado grandes cantidades de alcohol y somníferos aún estaba consciente, lo frió en una sartén con vino y ajo y lo comió. Brandes, probó también un trozo de su propio pene y se metió en una bañera para morir desangrado. Como seguía vivo después de algunas horas, Meiwes, le dio un beso y lo acuchilló. Después, colgó su cuerpo de un gancho de carnicero, lo evisceró y descuartizó, guardando en un frigorífico los trozos de carne que fue comiendo durante los diez meses siguientes. Meiwes, fue detenido y juzgado pero como la decisión de Brandes, de ser sacrificado y comido fue voluntaria, fue condenado por homicidio involuntario y no por asesinato.

Todos los que se rigen por la ética de la autonomía tienen dificultades cuando intentan explicar las razones por las que sienten repugnancia ante este caso. No se cumplía la exigencia de Stuart Mill, pues no se había producido daño alguno en contra de la voluntad de Brandes y desde el punto de vista de la ética de la autonomía, las personas tienen derecho a vivir sus vidas como quieran (si no dañan a otros, lo que no era el caso) y a terminar sus vidas como quieran (mientras no dejen familiares indefensos que no se valen por sí mismos) lo que tampoco era aquí el caso. A pesar de ello,

todos los defensores de la ética de la autonomía, sentían que era un acto repugnante y que la ley no debería permitirlo (de hecho fue condenado por un subterfugio legal). Si el principio de Stuart Mill no permite que, de acuerdo con lo que afirma, poner fuera de la ley el comportamiento de Meiwess y Branders, es que ese principio no es el adecuado para ser el fundamento de la moral de la comunidad. Meiwes y Branders, trataron el cuerpo como si fuese un trozo de carne de vaca o cerdo y además añadieron un componente sexual. Solo los gusanos y los demonios comen carne humana (los caníbales también). No dañaron a nadie ni provocaron daños materiales pero profanaron varios principios de la sociedad occidental como el que afirma, implícitamente o explícitamente, que la vida es un valor supremo y que el cuerpo humano es algo más que una tajada de carne que camina, pero esos principios corresponden a una moral, la de la santidad, que no comparten (conscientemente) muchos ciudadanos.

6. La mayoría de los animales nacen sabiendo lo que tienen que comer. Los koalas, “saben”, desde que nacen que tienen que comer hojas de eucalipto y ninguna otra cosa. Los humanos tienen que aprender que cosas comer: es el dilema alimentario. Como las ratas y las cucarachas, los seres humanos son omnívoros lo que tiene sus ventajas. Pueden caminar por una tierra desconocida y confiar en que encontrarán algo de comer pero eso tiene también sus desventajas pues la nueva comida puede tener parásitos, ser tóxica o tener microbios así que los humanos omnívoros van por la vida atrapados entre dos motivos antagónicos: la *neofilia*, (una atracción por cosas nuevas) y la *neofobia* (miedo de las cosas nuevas) que podrán estar más o menos equilibradas o desequilibradas. A esos motivos básicos se le van añadiendo nuevos componentes. Los liberales, tienen tendencia a la *neofilia* y no solo con las cosas de comer sino con las nuevas ideas, con la nueva música o con la gente desconocida. Los conservadores son más neofóbicos, y más allegados a las cosas probadas, a las tradiciones y a las fronteras.

La emoción del asco fue la respuesta evolutiva al dilema omnívoro². Aquellos que tenían un sentido equilibrado del asco evitaban los alimentos peligrosos

2. COLIN MCGINN, un filósofo británico, acaba de publicar en español un interesante libro sobre el asco muy relevante para lo aquí tratado por Haidt: *El significado del asco*. Cátedra. 2016.

y sobrevivían pero el asco cumplía también otra función más relevante pues cuando se formaron grupos grandes, el riesgo de infección hizo que lo que llama Mark Shaller, *sistema inmune conductual*, procurara alejar del grupo a cualquier persona que mostrara señales de enfermedades o presencia de patógenos. Xenofobia y xenofilia fueron las dos nuevas caras de ese sistema y de hecho, como sucedió no hace mucho con el Ébola, la xenofobia crece cuando hay epidemias y la xenofilia cuando no existe ese riesgo.

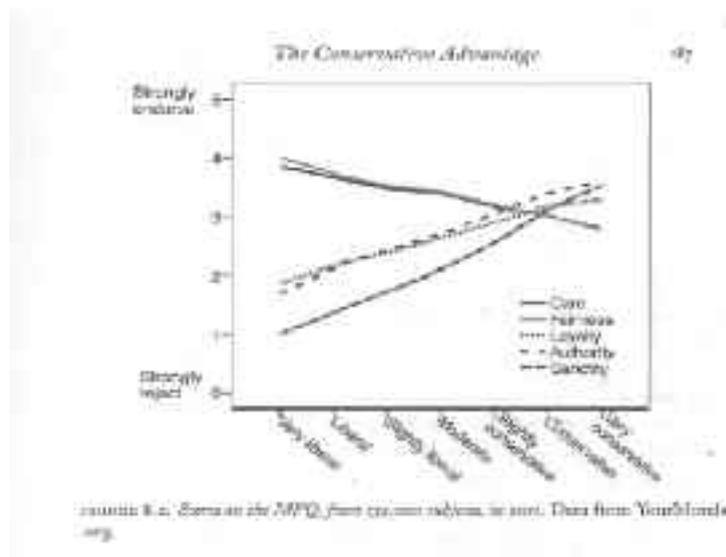
7. Cada individuo, (como cada civilización), tiene un perfil particular en el que los seis fundamentos morales tendrán una relevancia mayor o menor. En Estados Unidos, dice Haidt, los republicanos tienen presentes todos los pilares de la moralidad y tienen casi la exclusividad para estimular y evocar los pilares de Santidad, Lealtad y Autoridad mientras que los demócratas, recurren de manera principal a los de Daño/Cuidado y Reciprocidad. Con sus colegas, Haidt, desarrolló una escala para medir el grado de adhesión a uno u otro de los módulos morales según la posición que escogieran los entrevistados a lo largo de un continuum que va de *muy liberal* a *muy conservador*, términos que aunque no se ajustan perfectamente a los europeos, podemos considerarlos como de izquierdas (liberales) y de derechas (conservadores).

Las preguntas que debían contestar los entrevistados (con puntuación) iban dirigidas a los seis fundamentos y tenían dos posibilidades. Por ejemplo: ¿Se pincharía una aguja esterilizada en su brazo?; ¿Y en el brazo de un niño desconocido? (Daño-Cuidado); ¿Daría usted una bofetada a un amigo en la cara –aunque sea en una obra teatral?–; ¿Y a su padre? (Autoridad-Subversión); ¿Criticaría anónimamente en una emisora de radio nacional a su país por algo que usted considera justo?; ¿Y en una emisora extranjera? (Lealtad-Traición); ¿Actuaría en una obra de teatro en la que tendría que comportarse como un tonto que no sabe responder a preguntas simples? ¿Y en una en la que tendría que arrastrarse por el suelo, gruñir como un cerdo y orinar en escena? (Santidad-Degradación)...

En 2012 habían contestado la encuesta 135.000 personas. Como se ve en el gráfico, los muy liberales puntúan alto en Cuidado e Igualdad pero bajo

en las otros tres. Los conservadores puntúan también alto, pero menos que los liberales, en Cuidado e Igualdad, aunque en este último caso entienden la libertad como, no intromisión del estado en sus asuntos y los liberales como vivir como uno quiera pero, a diferencia de los liberales, los conservadores puntúan alto en Santidad, Lealtad y Autoridad que son poco relevantes para los liberales. Los liberales, resume Haidt, valoran el Cuidado y la Igualdad mucho más que las otros tres morales; los conservadores avallan las cinco morales más o menos en la misma medida.

La “guerra cultural” y política en los Estados Unidos es una batalla entre una moralidad de tres pilares y una moralidad de seis. Una moral, no importa cual, une y ciega, pero, se pregunta Haidt: ¿ Que lleva a unas personas a simpatizar con los progresistas, los conservadores o a no hacerlo con ninguno de los dos?. Al menos, desde Marx, la teoría dice que la adopción de una ideología se hace en defensa de los intereses de la clase a la que uno



pertenezca. En términos marxistas, que Haidt no emplea: la situación de clase determinaría la conciencia de clase. Los psicólogos que se ocupan de estas afiliaciones han descubierto sin embargo, que los intereses de clase o los económicos son un pobre predictor de las actitudes políticas. Los ricos de la industria son generalmente de derechas pero los ricos del mundo tecnológico informático, son de izquierdas. Los pobres urbanos suelen ser de

izquierdas pero los pobres rurales son de derechas. La teoría psicológica más común hasta hace unos años, suponía que la mente es una pizarra en blanco sobre la que la familia, la escuela o los programas de televisión “escribirían” una ideología. Los estudios sobre gemelos uni y bi-vitelinos cambiaron esa teoría. Los gemelos univitelinos separados y dados en adopción en hogares diferentes se parecían más a sus padres biológicos que a los adoptivos y lo mismo ocurría con los adoptados no emparentados criados en un mismo hogar. Los genes determinan entre un tercio y la mitad de las futuras ideologías políticas pero hay que recordar de nuevo, que para Haidt, innato no significa “no modificable” sino “organizado previamente a la experiencia”. Es un borrador que será modificado, por la experiencia en la que viva el sujeto. Rasgos de personalidad como la hipersensibilidad a las amenazas, búsqueda de novedades o extraversión, son ajustes entre lo innato, (unos receptores más o menos sensibles a la serotonina o glutamato, por ejemplo) y la experiencia. La mente humana, no es un procesador lógico sino un procesador de historias. Las narrativas de vida son un nivel elevado de la personalidad y con ellas los humanos buscan darle un sentido a sus vidas. Son el puente entre la adolescencia y la identidad política de la vida adulta que se construyen sobre lo innato, las adaptaciones y los sucesos vitales y son, dice Haidt, narrativas saturadas de moralidad.

8.- La metáfora central que Haidt propone para esta tercera parte del libro es: *Somos un 90% chimpancés y un 10% abejas*. Darwin pensaba que la moralidad era una adaptación que evolucionó por selección natural tanto a nivel individual como grupal. La evolución individual fue siempre aceptada pero no la grupal rechazada por los especialistas en evolución como Richard Dawkins y no hace mucho rehabilitada, al menos entre varios de estos especialistas. Para Darwin, las tribus que contaban con más miembros altruistas dispuestos a sacrificarse por el grupo sobrevivían más que las tribus con miembros egoístas. El problema era el *free rider*, el oportunista, el parásito egoísta dentro del grupo que podría aprovecharse del sacrificio de los altruistas para sobrevivir y beneficiarse sin haber arriesgado nada y difundir así sus genes. Haidt reconoce que la naturaleza humana fue formada primordialmente por la selección a nivel individual pero en determinadas

circunstancias se produce un cambio “grupalista” y nos volvemos “abejas”. Tenemos una naturaleza dual de primates egoístas dotados con una especie de interruptor cerebral que se activa en ciertas ocasiones y nos lleva a comportamientos de colmena en los que en circunstancias especiales, trascendemos el interés propio para fundirnos temporalmente en algo más grande que nosotros mismos. Es lo que Haidt llama, la *hive hypothesis* (la hipótesis de la colmena) y a la habilidad para pasar de un estado a otro, el *hive switch*. La “reverencia”, el asombro o el sobrecogimiento sentidos hacia paisajes de naturaleza virgen, ciertas drogas, los conciertos de rock, los entrenamientos militares en orden cerrado, producen ese sentimiento de ser uno con el grupo o “el mundo” que tiene en las neuronas espejo y en la oxitocina su probable fuente.

Las religiones son hechos sociales que no pueden ser estudiados en individuos aislados como no se puede estudiar una colmena en una sola abeja. Para Durkheim, una religión es un sistema unificado de creencias y prácticas relativas a cosas sagradas, es decir, a cosas puestas aparte y prohibidas, que unen en una simple comunidad moral llamada iglesia a todos los que se unen a ellas. Muchos científicos no entienden las religiones porque examinan solo lo más visible: sus creencias en seres sobrenaturales más que sus vínculos y prácticas grupales por lo que piensan que la religión es una institución extravagante y costosa que dificulta la capacidad de las personas para pensar racionalmente mientras deja una larga serie de víctimas. Para Haidt, a veces las religiones son así pero para tener una visión adecuada de ellas es preciso acercarse más.

Después de los atentados de las Torres Gemelas los comentaristas de derechas enseguida relacionaron Islam y terrorismo; los de izquierda, culparon a los islamistas radicales y siguieron afirmando que el Islam es una religión de paz, pero no todos, pues algunos de ellos, hasta entonces liberales en todo lo que atañía a las religiones, cambiaron de opinión y comenzaron a atacar, no sólo al Islam sino a todas las religiones (excepto al budismo) que consideraban delirios que no dejaban que la gente se guiase por la ciencia, el secularismo y la modernidad. Los que así pensaban fueron conocidos desde entonces como los *nuevos ateos* y cuatro de ellos, Ronald Dawkins, Sam Harris, Daniel Dennett y Christopher Hitchens, publicaron en los años que siguieron libros muy

leídos y discutidos. Hitchens, ya fallecido, era periodista pero los otros tres eran filósofos o científicos que ponían la evolución, la biología y la neurociencia en el centro de sus análisis. Estos tres proponen una definición de religión muy parecida en la que los seres sobrenaturales tienen el papel principal pero, según Haidt, olvidan que una religión tiene tres componentes, *creer, hacer y pertenecer*, que cuando se toman en cuenta proporcionan una visión de la religión muy diferente de la de los tres neoateos. En los nuevos ateos, el primer paso de su teoría, algo que Haidt también comparte, es la existencia de un módulo hipersensitivo de detección de agentes. Un homínido caminando por la sabana que escuche un ruido en la hierba alta debe decidir si se trata de un depredador o del viento. Si piensa que es un depredador, huye y se salva aunque sea el viento el responsable. Es un error de tipo I, un falso positivo. Si cree que es el viento y es un depredador, muere. Ha cometido un error de tipo II, un falso negativo. Un módulo hipersensitivo hará muchos falsos positivos pero esos errores permitirán su supervivencia. Este módulo diseñado por la evolución es el responsable según los neoateos de ver agentes intencionales donde no los hay y entre esos agentes intencionales invisibles estarán los seres sobrenaturales religiosos. Las religiones serían un subproducto de este módulo que no habrá surgido con esa finalidad sino para sobrevivir y esas ideas serían memes transmitidos culturalmente y sometidos a competencia darwiniana. Unos sobrevivirán parasitando la mente de las sucesivas generaciones y las religiones así formadas tomarán la forma de las religiones establecidas según el lugar de nacimiento y la educación recibida. Haidt, acepta el módulo hipersensitivo como fuente de la religión pero defiende como mejor alternativa la hipótesis de Scott Atran y Henrich que aceptan también el módulo hiperactivo pero creen que las religiones son innovaciones culturales que hacen a los grupos más cohesivos y cooperativos creando una comunidad moral. No necesitamos una investigación científica para saber que las personas se comportan menos éticamente cuando nadie las ve y tener un ser sobrenatural que todo lo ve y castiga todo aquello que fomenta los conflictos dentro de una comunidad como los asesinatos, el adulterio, los falsos testimonios o el no cumplimiento de los juramentos ayudará a mantener la cooperación intragrupal. De hecho, de las 200 comunas creadas en el siglo XIX en los Estados Unidos, solo el 6% de las seculares se mantenían 20 años después de ser fundadas frente al casi 40 % de las religiosas.

Las religiones, dice Haidt, son exoesqueletos. Vivir en una comunidad religiosa es vivir enredado en un grupo de normas, relaciones e instituciones que influyen en su comportamiento. Si vivimos como ateos en una comunidad más relajada dependeremos de nuestro compás interno lo que puede resultar atractivo para los racionalistas, dice Haidt, pero es también una receta para la anomia, la ausencia de normas de Durkheim, pues la comunidad ya no dispone de un grupo compartido de normas. Haidt advierte, que las sociedades que olvidan el exoesqueleto de la religión deben reflexionar cuidadosamente sobre lo que les ocurrirá en las próximas generaciones. Todavía no lo sabemos ya que las primeras sociedades no religiosas han apenas emergido en Europa en las últimas décadas y son las sociedades menos eficientes en convertir sus recursos (de los que tienen muchos) en descendencia (de lo que tienen poco).

POSTDATA

Haidt piensa que el “sesgo de confirmación” es el más maligno de los sesgos cognitivos y es además casi imposible de erradicar: *¿Por qué la gente busca automáticamente pruebas que apoyen sus creencias iniciales y por qué es prácticamente imposible enseñarle a no hacerlo?*. La respuesta de Mercier y Sperber que estudiaron el problema, es que el razonamiento no ha surgido evolutivamente de la necesidad de conocer la verdad sino para ayudarnos a ganar debates. El daño provocado por este sesgo en la investigación y antes incluso, en lo que conviene investigar, (o en lo que es lícito o políticamente correcto investigar) es relevante sobre todo si se tiene en cuenta que en campos como la psicología social en Estados Unidos no hay psicólogos “conservadores” que confronten su sesgo de confirmación con el de los colegas liberales. Casi todos son progresistas. Haidt da una cifra: 266 progresistas o de centro por 1 conservador. Haidt, en las reuniones con colegas pide, irónica pero seriamente a alguno de los presentes como Roy Baumeister, que defienda las ideas conservadoras ausentes en esas reuniones. Un sistema ecológico de ideas en las que uno de sus necesarios componentes no esté presente es un sistema muerto. Uno de los deberes éticos de cualquier periodista, psicólogo, científico o político debería ser mantener controlado el sesgo de confirmación, pero la

tendencia es otra. Se lee lo que confirma nuestras ideas, nos reunimos según nuestras creencias sin que se permita nada que pueda refutarlas. Las sociedades se escinden según su sesgo y el debate se empobrece y eso es algo que no nos podemos permitir.

En 2003, John Jost³, psicólogo social de Stanford publicó *Political conservatism as motivated social cognition*⁴, una muy amplia revisión de artículos que concluía afirmando que los conservadores sufrían de “evitación de la certeza”, necesidad de orden y estructura, dogmatismo, intolerancia a la ambigüedad, resistencia al cambio y apoyo a la desigualdad. En el paso del artículo a los periódicos perdió buena parte de su enunciado “científico”: *“¿Es el conservadurismo una forma leve de locura?... (el conservadurismo) es un grupo de neurosis enraizadas en el miedo y la agresión, el dogmatismo y la intolerancia a la ambigüedad”*. Los conservadores podrían, y lo han hecho, replicar los “descubrimientos” de Jost y definir a los liberales, como ironiza Michael Sermer⁵, como carentes de compás moral lo que los lleva a ser incapaces de hacer elecciones éticas claras, una desmesurada carencia de certezas sobre cuestiones sociales, un miedo patológico a ser claros que los hace indecisos, unas creencias ingenuas que consideran que todas las personas tienen los mismos talentos y que solo el entorno y la cultura determinan la posición social por lo que el gobierno debe remediar esas injusticias.

Esa omnipresencia del sesgo de confirmación entre psicólogos y no psicólogos es grave desde el punto de vista de la ciencia. Lee Jussin, de la universidad de Rutgers, acaba de publicar un borrador de trabajo *¿Pueden los altos ideales morales minar a la ciencia?* (2015) donde estudia las consecuencias del sesgo de confirmación, que hace que en muchos trabajos se descarten evidencias que contradicen los puntos de vista iniciales, se prefieran evidencias que no contradicen estos puntos de vista o incluso se recurra a hechos *fantasma*, (declarar

3. Pablo Malo, con su habitual maestría y capacidad de síntesis es uno de los escasos colegas que se ha ocupado de este libro de Haidt. Debido a un borrado accidental en el ordenador ya no sé si lo que sigue pertenece al menos en parte a uno de sus artículos, es de mi responsabilidad o es una mezcla. Sea como sea mantiene su interés.

4. [http://www.sulloway.org/PoliticalConservatism\(2003\).pdf](http://www.sulloway.org/PoliticalConservatism(2003).pdf)

5. SERMER.M. The believing brain. Robinson. 2011.

que algo es cierto sin proporcionar ninguna evidencia empírica)⁶. Una posible consecuencia es que, solo el 38 % de los trabajos en psicología publicados en las mejores revistas pueden ser replicados.

Como en los nichos ecológicos, la desaparición de una especie antes presente, (los psicólogos o psiquiatras conservadores) convierte ese nicho en algo ecológicamente muerto que se desarrollará de manera imprevisible y muchas veces, catastrófica. La desaparición puede ser por escisión, (fundar una nueva sociedad científica), por ostracismo, (son ninguneados o ridiculizados), o por “exilio” (abandono de la participación en congresos y seminarios). En todos los casos, la discusión de los temas relevantes se resiente y eso es algo que no nos podemos permitir.

6. Puede consultarse la reseña de E.Zugasti de este trabajo o leerse en su integridad en <http://www.terceracultura.net/tc/?p=7960>

SHRINKS. *The untold story of psychiatry*

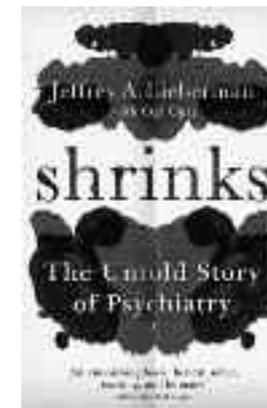
Jeffrey A. Lieberman with OgiOgas. Weindelfel and Nicolson. 2015

Hay traducción española:

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA: de sus orígenes, sus fracasos y su resurgimiento.
Ediciones B. 2016

S.L.C.

Hay que reconocer que existe una cierta diferencia entre los títulos inglés y español del libro de Lieberman. “*Loqueros*”: *la insólita historia de la psiquiatría*, traducción literal del inglés, no es lo mismo que el título mucho más convencional de la traducción española que además suprime el “*untold*” (no contada) del libro original, tal vez por parecerle arrogante y falsa pues esa historia ya ha sido contada muchas veces. Al parecer, *Shrinks*, (loqueros) era como se les llamaba en Hollywood, más o menos despectivamente, a los psiquiatras, casi todos psicoanalistas, que atendían a los actores o participaban en los guiones. La palabra venía de *headshrinker*, reductor de cabezas, y se ignora si el nombre se lo ganaron por ayudar a reducir el desmesurado ego de los actores (poco probable) o por su parecido con los hechiceros de la selva amazónica (más probable). La versión portuguesa tiene un título más sugerente: *Psiquiatras: uma história por contar* y algunas de las frases del libro suenan en portugués mucho más sórdidas que en inglés o español (en gallego también; son idénticas a las portuguesas). Por ejemplo: (Psiquiatría) *a ovelha ronhosa da família médica*. En una entrevista concedida al diario portugués *Público* Lieberman dice a su entrevistador que al contrario de los pintorescos y locos tratamientos antiguos de la medicina, hoy aceptados como procesos de aprendizaje, *os erros passados da Psiquiatria ainda não foram perdoados*. Los psiquiatras portugueses que comentan el libro hablan de un “*mea culpa*” o piensan que al contrario de lo que piensa Lieberman, la situación hoy en



la psiquiatría es la confusión: *Ainda ningún sabe o que é a mente*, dice el psiquiatra Pio Abreu y es que en *Shrinks*, Lieberman es crítico con el pasado de la psiquiatría (parcialmente), optimista con el presente y muy optimista con el futuro ya que piensa que, al fin, la psiquiatría ha conseguido volver al campo científico después de los *esfuerzos, mucho mayores que los de cualquier otra especialidad médica, para aportar pruebas tangibles de que las dolencias que se hallan a su cargo existen siquiera...* Por ese motivo, dice Lieberman, la psiquiatría ha estado siempre expuesta a ideas extravagantes o directamente disparatadas. Una de esas ideas extravagantes, fueron las pintorescas teorías enfatizadas por Lieberman, es la del Orgon de Wilhen Reich, un psicoanalista austríaco emigrado a los Estados Unidos que fue acusado de estafa por sus teorías y tratamientos absolutamente carentes de base científica, condenado e ingresado en la cárcel donde falleció en 1957. Los psiquiatras de cierta edad que leímos en su momento a Reich (por entonces leíamos “todo”) tuvimos ciertos coqueteos, ornamentales, podríamos decir, con estos orgones y los orgasmos con ellos relacionados pero la clínica cotidiana no se vio afectada por estas credulidades. Lieberman, no entiende la incapacidad de la profesión psiquiátrica para desenmascarar a los charlatanes y farsantes del oficio ya que en su idea (no le falta razón aunque no tiene en cuenta la obra no “orgónica” de Reich). Reich no fue en modo alguno una anomalía histórica sino un incómodo exponente de la historia de la especialidad más controvertida. Para prueba actual, el mediático doctor Daniel Amen, que es capaz de diagnosticar las enfermedades mentales simplemente viendo una SPECT, ante el pasmo de radiólogos y neurocientíficos. Todas las especialidades médicas han tenido su cuota de teorías fraudulentas y tratamientos disparatados pero la psiquiatría, es un campo muy favorable para su desarrollo porque hasta no hace mucho (primera defensa sin fisuras de los DSMs que mantendrá a lo largo del libro), los psiquiatras nunca coincidían sobre lo que era un trastorno mental y mucho menos, sobre cual era el mejor modo de tratarlo. El nacimiento de la psiquiatría como especialidad se debe a las autopsias que se realizaban en las universidades europeas en el XIX y XX. Los médicos que observaban los cerebros de pacientes fallecidos con comportamientos perturbados descubrieron que en algunos casos había daños macro o microscópicos en el cerebro; en otros casos, no. El primer grupo, se convirtió en la neurología;

el segundo, en la psiquiatría, que por definición y partición, tenía como objeto de estudio una serie de dolencias sin causa física objetivable. ¿Cuál de las especialidades así divididas estaría más expuesta al fraude y a las teorías fantasiosas? se pregunta Lieberman. La respuesta es obvia: la psiquiatría.

A partir de estos avisos premonitorios de lo que va a seguir, Lieberman, resume de modo más o menos convencional, el mesmerismo, las ideas Griesinger, las de Kraepelin, y la “plaga”, el psicoanálisis. Es de sobra conocida la anécdota atribuida a Freud que a su llegada a los Estados Unidos en 1909 para impartir las Conferencias Clark en compañía de Jung, dijo: *No saben que les traemos una peste*. Peste o plaga, lo que en Freud era una metáfora, es para Lieberman, literal. Los muchos psicoanalistas judíos exiliados de Austria y Alemania que llegan a Estados Unidos antes de la II Guerra Mundial, traen con ellos la *peste* pues a pesar de que Lieberman reconoce que Freud aportó percepciones inéditas sobre la mente humana, llevó a los psiquiatras por caminos teóricos no comprobados y a la psiquiatría americana a *un desierto intelectual que duró más de medio siglo sumergiéndola al final en una de las crisis públicas más espectaculares que haya sufrido jamás cualquier especialidad médica...* Antes de Freud, los psiquiatras eran “alienistas”, nombre con el que en Estados Unidos (en Europa tiene otros matices) se conocía a los psiquiatras que trabajaban en manicomios situados en zonas rurales muy alejadas de los hospitales urbanos de sus colegas médicos. Para Lieberman, esta separación geográfica de la psiquiatría del resto de las demás especialidades médicas, se ha mantenido hasta el siglo XXI y aún hoy, existen *hospitales psiquiátricos* y *hospitales*. Ser un “alienista” en el XIX, era para Lieberman, *ser un cuidador compasivo más que un verdadero médico*. No había un solo tratamiento para estos pacientes por lo que los alienistas solo podían aspirar a mantener a los internados, *protegidos, limpios y bien atendidos*. El motivo principal para que el psicoanálisis se expandiera en Estados Unidos se debió (en su idea) a que permitió a los alienistas pueblerinos refugiados en sus manicomios rurales y amargados por su humilde status, salir del manicomio y abrir como los neurólogos, sus propias consultas privadas. Ahora podían tratar pacientes adinerados con trastornos menores en ambientes agradables y ser sus *consiglieri*, palabra que Lieberman escribe en italiano con su aura semántica mafiosa. Eran lo que Lieberman llama, los pacientes “sanos infelices” que funcionaban en sociedad pero deseaban funcionar todavía mejor. En ese tránsito freudiano la frontera entre pacientes y sanos

se desdibujó y desde entonces casi todo el mundo sufría algún conflicto neurótico que podía abordarse con el psicoanálisis.

En los años 60, los psicoanalistas habían conquistado la mayoría de las universidades y asociaciones profesionales de los Estados Unidos: *Para entonces, prácticamente todos los psiquiatras clínicos tenían... una orientación psicoanalítica...* Controlaban la docencia y con ella, el futuro profesional de los futuros especialistas. El psicoanálisis (y se trata siempre del psicoanálisis en Estados Unidos), se convirtió en el núcleo de casi todos los programas de formación y fueron ignoradas las disciplinas basadas en teorías biológicas y conductuales. Además, el estudiante debía someterse a un psicoanálisis “exitoso” durante su formación. Lieberman, que parece no haber quedado muy satisfecho con llamar *consiglieris* a los psicoanalistas, insiste a propósito de este aprendizaje:

La única forma de convertirse en psiquiatra... consistía en contarle tu vida, tus sentimientos más recónditos, tus miedos y aspiraciones, tus sueños nocturnos y tus fantasías diarias, a una persona que habría de utilizar ese material tan íntimo para dictaminar hasta que punto eras un ferviente partidario de los principios freudianos... si un estudiante quería ascender en la jerarquía de la psiquiatría académica, debía mostrar lealtad hacia la teoría psicoanalítica. De lo contrario, se arriesgaba a ser desterrado al sector hospitalario público... seguramente no encontraríamos (*un método de adoctrinamiento mejor para fomentar una ideología concreta*)... que obligar a todos los aspirantes a someterse a una psicoterapia confesional con un analista inquisidor comprometido con la causa...

No sólo mafia. También inquisición y abucheos en los congresos y etiquetas de sociópata o trastorno de personalidad a quienes discreparan de la “religión” psicoanalítica porque en esta altura del libro, Lieberman ya no duda de que se trataba de una religión. El ajuste de cuentas de Lieberman con el psicoanálisis americano no elude las burlas. Armados con su “fe”, los psicoanalistas americanos decidieron que los casos manicomiales podían ser abordados psicoanalíticamente así que se dispusieron a convertir a los alienistas en psicoanalistas. Se abrieron varios centros de los que dos, la clínica Meininger, en Topeka y el Chesnut Lodge, en Baltimore, fueron las más famosas. En Chesnut Lodge, trabajaba Frieda Fromm-Reichmann, primera esposa de Erich Fromm. Quienes hayan leído sus libros, como es mi caso y el de algunos colegas de mi tiempo, no dejarán de admirar la valentía clínica de esta terapeuta. Otro asunto, el tiempo es muy cruel, son

algunas de sus ideas que Lieberman ridiculiza sin pudor. Frieda, fue la responsable del concepto de “madre esquizofrenógena” que tanto sufrimiento añadió al de los padres de estos pacientes pero no fue el único concepto dañino. Escribe Lieberman con una cierta tosquedad conceptual:

¿El autismo?... Lo generaba una “madre nevera”...¿la homosexualidad?... madres dominantes que infundían en sus hijos un temor a la castración... ¿La paranoia?. Surge en los primeros seis meses de vida (Melanie Klein) cuando el niño escupe la leche materna temiendo que la madre se vengue por el miedo que siente hacia ella...

Lieberman, no debe conocer, (sin duda la habría usado), la irónica viñeta que en ese tiempo o quizás, años más tarde, apareció en *The New Yorker*. La viñeta mostraba un Centro de Salud Mental con el siguiente cartel en su entrada:

Primera planta: culpa de la madre
Segunda planta: culpa del padre
Tercera planta: culpa de la sociedad

Durante la II Guerra Mundial los psiquiatras fueron convocados para evaluar la aptitud o no aptitud de los reclutas. Los resultados eran desconcertantes e inadmisibles para el gobierno pero no parecían preocupar a muchos de los psiquiatras encargados de la selección. Había centros en los que el 40%, incluso el 60 % de los reclutas, eran declarados no aptos por motivos mentales. Los militares exigían un diagnóstico para excluir a los reclutas del servicio militar pero los psicoanalistas no estaban habituados a establecer diagnósticos precisos. Se convocó un comité presidido por William Meininger que en 1943 publicó el *Medical 2003* que describía 60 trastornos. El *Medical*, un antecedente tosco de los DSMs, fue un hito en opinión de Lieberman pero los psiquiatras civiles no lo tuvieron en cuenta, al menos hasta 1952, cuando la APA publicó el DSM I basado en el *Medical* y con 106 trastornos definidos a partir de conceptos psicoanalíticos. Al DSM I, nadie le hacía caso y lo mismo ocurría con el DSM II publicado en 1962, con 182 trastornos y la misma base psicoanalítica: *Era tan vago e incoherente como su predecesor...*

En los años 60 y 70 hubo muchos más problemas. Thomas Szasz publica en 1961, *El Mito de la enfermedad mental* y Goffman su *Asylums*, (Internados)

donde describía la rutina diaria de un manicomio. El libro de Goffman, que era sociólogo, sigue manteniendo su interés en el análisis de la vida manicomial de entonces así como su concepto de Institución Total (debería llamarse “Totalitaria”) pero para Lieberman, su negativa, como la de Szasz, a considerar reales las enfermedades mentales, era inadmisibles y en esa no aceptación parece incluir también lo que sobre la vida manicomial escribió Goffman que nunca se entrevistó durante su estudio con el personal sanitario. En Europa, Ronald Laing, que si admitía la existencia de la enfermedad mental pero atribuía la esquizofrenia a alteraciones en la red familiar aprovechando además el concepto de *Doble Vinculo* de Gregory Bateson, era uno más de los representantes del movimiento que en su momento bautizó (con el rechazo de Laing) David Cooper como *Anti-Psiquiatría*. Szasz, que estuvo hace años en A Coruña y con el que tuvimos una disputa un tanto agria, se unió años después (1969) a la Iglesia de Cienciología de Ron Hubbard para fundar la *Comisión Ciudadana de Derechos Humanos* que no reconocía la enfermedad mental como enfermedad médica, consideraba la psiquiatría fraudulenta y peligrosa, y veía como “reclusos” a los pacientes. Pasados unos años, Szasz, según Lieberman, que habló con él varias veces, se desdijo (en privado) de sus ideas anteriores y reconoció que la esquizofrenia cumplía con todos los requisitos de una enfermedad cerebral, aunque, “jamás lo iba a declarar en público”. Según le informó Fuller Torrey, un psiquiatra reconocido, también Ronald D. Laing modificó sus ideas cuando una de sus hijas, (tuvo 10 hijos de cuatro mujeres) desarrolló una esquizofrenia. Ni Torrey ni Lieberman explican en que consistió ese cambio pues en los años 70 y parte de los 80 (murió en 1989) si modificó sus ideas pero para dedicarse a la práctica y enseñanza del *Rebirthing* y más allá de Melanie Klein y Otto Rank, (el trauma del nacimiento) consideraba seriamente la posibilidad de vida psicológica intrauterina¹. Además, no está claro que el *breakdown* de su hija que ocurrió después de una ruptura traumática con su novio, fuese un episodio esquizofrénico². Por si faltase algo, en 1973 se publica en *Science* el famoso artículo del abogado, David Rosen-

han, “*On being sane in insane places*”. Rosenhan, como es conocido, envió a varios hospitales psiquiátricos a cómplices sanos que deberían decir que oían unas voces que decían, *vacío, agujero y golpe* para una vez ingresados comportarse normalmente. Todos fueron ingresados de modo voluntario (entre siete y cincuenta días) y en ninguno de los casos se sospechó de su fraude. Rosenhan, concluyó que los psiquiatras ni siquiera eran capaces de distinguir entre cuerdos y locos pero sus conclusiones (y burlas) no estaban muy fundamentadas. Las anotaciones de las enfermeras hacían constar su normalidad y como escribe Lieberman, si alguien se presenta en un hospital diciendo que oye voces, debe ser ingresado y observado el tiempo preciso como en cualquier otro síntoma médico que no pueda ser excluido con una prueba de imagen o de laboratorio³. El éxito de la película, *Alguien voló sobre el nido del cuco*, (1975) tampoco ayudó mucho a mejorar la visión popular de la psiquiatría de entonces.

Era la Gran Crisis: *Nuestra profesión ha sido arrastrada hasta el borde mismo de la extinción* advertía la APA que convocó una reunión de urgencia para abordarla. El problema en el que “todos” estaban de acuerdo era que todavía no existía un método de diagnóstico científico y fiable de la enfermedad mental. El resultado fue el DSM III y aquí el relato de Lieberman se vuelve épico: *Robert Spitzer, el héroe; las tres letras más importantes de la psiquiatría, D, S, y M; el libro que lo cambió todo*, observación (la de Spitzer como héroe) que curiosamente comparte Allen Frances, que se encargaría del DSM IV y sería un crítico militante contra el DSM 5 después por su cancerígena expansión diagnóstica⁴. El futuro “héroe” Spitzer, insatisfecho con su formación psicoanalítica, había participado en la redacción del DSM II que acogía entre sus diagnósticos la homosexualidad. Charles Socarides, uno de los principales valedores del diagnóstico, creía que era un tipo de neurosis provocado por “madres asfixiantes y padres que abdicaban de su función” por lo que intentaba curar a estos pa-

1. BURSTON.D. *The wing of madness: the life and work of Ronald D. Laing*. Harvard University Press.1996.

2. Los datos sobre el *breakdown* de su hija Fiona y de su evolución son muy escasos tanto en la biografía escrita por su hijo David (R.D. Laing, *A biography*, Adrian Laing, Thunders Mouth Press, 1994) como en la biografía de Daniel Burston.

3. Es una cuestión que podríamos llamar, Lieberman no lo hace, el *problema del fraile*. Dos hombres se presentan en la puerta de un monasterio afirmando que están allí por haber oído la voz de Dios. Uno, alucina, el otro no. ¿Cómo saber cual es cual sin recurrir a nada más que su anunciado?. Para uno, “oír” quiere decir, sentir la llamada de la vida monástica. Para el otro, “oír” quiere decir exactamente, escuchar esa voz. Para diferenciarlos hay que incorporar la subjetividad y analizar lo que para cada “oyente” significa “oír”.

4. FRANCES. A. *¿Somos todos enfermos mentales?* Ariel. 2014.

cientes desenterrando sus conflictos infantiles para reconducirlos a la heterosexualidad. Sin embargo, escribe Lieberman, *hay muy pocas pruebas de que nadie se haya "curado" de la homosexualidad con el psicoanálisis o con cualquier otra terapia*. Sacarides, nunca modificó sus ideas a pesar de que su hijo se declaró homosexual al llegar a la adolescencia y criticó las ideas de su padre. Los homosexuales, por su parte, tenían una idea muy diferente de su condición y en los años que anteceden al DSM III, (los 70) iniciaron la lucha para reivindicar la normalidad de su condición ante el público general y contra los psiquiatras manifestándose en sus congresos o como hizo el doctor Fryer, psiquiatra y homosexual, hablando enmascarado ante la reunión de la APA de 1972. Spitzer, organizó una conferencia en la que los partidarios de eliminar el diagnóstico ganaron pero lo que lo convenció de una vez por todas fue cuando un activista gay llevó a Spitzer a una reunión de psiquiatras gays donde se encontró con destacados catedráticos de psiquiatría que llevaba una doble vida. En ese tiempo la antipsiquiatría decía que las enfermedades mentales eran constructos sociales y Spitzer, ya convencido, se disponía a reconocer que la homosexualidad era uno de esos constructos lo que podía abrir la puerta a que los demás trastornos como la esquizofrenia y la depresión también fuesen considerados como constructos y lo que era lo más preocupante, escribe Lieberman, sin darse cuenta, creo, de las implicaciones económicas : *tal vez las compañías de seguros pueden aprovechar la decisión de anular el diagnóstico de homosexualidad como pretexto para dejar de costear cualquier tratamiento psiquiátrico...* Spitzer, ante ese dilema, "inventó" la *angustia subjetiva*. Si un homosexual funcionaba sin problemas en su vida cotidiana y se sentía subjetivamente bien, el psiquiatra no tenía nada que decir, ni nada que tratar. Solo si un gay pedía ayuda porque se sentía deprimido o angustiado por ser gay podría intervenir la psiquiatría. En 1973, se introdujo el "trastorno por orientación sexual" bajo esos nuevos criterios, lo que se consideró por sus colegas como una solución de compromiso creativa para en 1987 eliminar incluso esta etiqueta. La decisión provocó las burlas de los que defendían ideas anti-psiquiátricas ya que pensaban que los psiquiatras habían decidido si algo era una enfermedad o no mediante una votación democrática cosa impensable en cualquiera otra rama médica.

Hasta los años 20-30 del pasado siglo no había ningún tratamiento eficaz para las locuras. Los pacientes vivían en grandes manicomios como el Pe-

elgrin que tenía 19.000 internados, su cuerpo de bomberos, de policía, su iglesia, su cementerio... Era una ciudad y en ella las condiciones era lamentables. Baños fríos o calientes y contenciones no impedían el constante alboroto, las agresiones, y el hacinamiento con sus consecuencias. No había futuro ni mejoras. Los medios muy escasos y muy costosos para la administración no ayudaban en nada a mejorar la situación. Confrontados con esa situación que crecía y empeoraba cada año lo psiquiatras intentaron lo que Vallenstein llamó, *curas desesperadas*. Varias de ellas nacieron de observaciones azarosas. Werner von Jauregg, observó como una paciente con PGP (parálisis general progresiva de origen sifilítico) la locura más común en esos tiempos, mejoraba de sus síntomas cuando tuvo una infección respiratoria con fiebre elevada. Se le ocurrió que era la fiebre la responsable y la provocó a otros pacientes de PGP inyectándole el plasmodium de la Malaria que portaban soldados regresados del frente. Los pacientes de PGP mejoraban, algunos mucho, aunque un 15 % morían. Eso, piensa Liebermann, era mejor que pasar todo el resto de su vida en los manicomios. El Premio Nobel *recompensó el trabajo* de von Jauregg pero todo se torció cuando psiquiatras "entusiastas" llevaron el tratamiento a enfermedades que no respondían en absoluto a ese "tratamiento". Sakel, observó como un coma accidental por insulina mejoraba a los pacientes toxicómanos. Los indujo a propósito en esquizofrénicos arriesgando la vida de muchos de ellos y manteniendo la "cura" (Lieberman no lo dice) cuando era obvio que no funcionaba. Meduna observó que una crisis epiléptica espontánea mejoraba los pacientes esquizofrénicos. Las indujo con cardiazol y después con electroshock (único procedimiento desesperado que mantiene hoy su eficacia (con otro protocolo, claro). La única cura desesperada que no surgió de una observación azarosa sino de una reflexión apoyada en los conocimientos de la época, fue la leucotomía que Freeman en Estados Unidos convirtió en la más tosca y "barata" lobotomía transorbital que se podía hacer en hoteles, manicomios o centros de salud con un picahielos sin los gastos de la leucotomía de Egas Moniz con su quirófano, su anestesista, su neurocirujano y su relativa auto-contención⁵

Si Spitzer es un héroe para Lieberman, Erich Kandell es el prototipo del

5. Vid: LOBO ANTUNES, J. Egas Moniz: uma biografia. Gradiva. 2010.

nuevo psiquiatra que en realidad es un prototipo muy antiguo: el del neuropsiquiatra que se ocupaba de esquizofrenias, epilepsias, demencias o neurosis y tenía a menudo formación en neuropatología. Kandell, premio Nobel, nacido en Viena, con formación psicoanalítica, amigo de Ernst Kriss, decidió en sus años formativos investigar, de manera un tanto ingenua, las bases cerebrales del *ello, yo y superyó*. De esas primeras pretensiones pasó al estudio de la memoria que fue lo que al final le otorgó el premio Nobel. Kandell, no rechaza el psicoanálisis como hace Lieberman y su admiración por la obra de Freud es innegable. De la progenie intelectual de Kandell, son Steve Hyman, Eric Nestler o Deissroth que hace tanto trabajo clínico como investigación en neurociencias y al que Lieberman concede por anticipado el futuro premio Nobel en psiquiatría.

Otro prototipo, esta vez del campo de la psicoterapia, es Aaron Beck que en los años sesenta cometió una herejía profesional al declarar que había otra forma de conseguir un cambio terapéutico a través de la psicoterapia más que del psicoanálisis...

Lieberman se “entusiasma” con los nuevos aportes de la neuroimagen y la genética como los ROMA (análisis de micro-arreglos de oligonucleótidos de representación) que si entiendo bien cambiaron la investigación de posibles anomalías genéticas en los trastornos mentales ya que ahora no solo se busca la secuencia de nucleótidos de un gen para ver si falta o está descolocado alguno de ellos sino que con la técnica ROMA se escanea el genoma y se tabula el número de copias de un gen para así investigar si en los trastornos mentales hay más o menos copias de un gen sano, lo que podría ser responsable del trastorno, pero el adelanto más trascendental para Lieberman es quizás el menos valorado y subestimado de todos: el trastorno por stress postraumático, el único de todos los enumerados en los DSMs, (con el abuso de sustancias) con una causa conocida. Desde la Gran Guerra se conocía el *Shell Shock* que afectaba a los soldados que rodeados de cuerpos despedazados, bombardeados y gaseados “rompían”. En la II Guerra Mundial esos cuadros pasaron a llamarse Fatiga de combate o Neurosis de guerra pero fueron olvidados con el final de la guerra y no se reconocía en el DSM I y II. Con la guerra de Vietnam y sus 58.000 muertos las cosas cambiaron. No era una guerra patriótica ni una respuesta a una agresión y los soldados no eran recibidos como héroes a su vuelta a casa. Dos psiquiatras

Chatan y Lifton después de entrevistar a cientos de estos retornados propusieron un nombre: síndrome de Vietnam. Sus síntomas eran más o menos los mismos de sus predecesores pero Chatan y Lifton consiguieron que Spitzer nombrara una comisión para valorar la nueva entidad. Nancy Andreasen fue la encargada de valorar y aceptar para el DSM III el nuevo síndrome: *El rasgo esencial es el desarrollo de síntomas característicos tras un acontecimiento psicológicamente traumático que por lo general se encuentra fuera del marco normal de la experiencia humana*. No solo tenía causa conocida también se disponía de una hipótesis razonable de como se producía. Lieberman cuenta su propia experiencia. En 1972 sufrió un asalto en su casa. Pudo mantener el control diciéndose a sí mismo que si hacía lo que los asaltantes pedían salvaría su vida como así ocurrió. Nunca tuvo síntoma alguno de TEP. Años después, intentando arreglar su aparato de aire acondicionado, vio como en una maniobra imprudente el aparato cayó sobre una calle concurrida desde el piso 15 en el que vivía sin provocar de modo milagroso víctimas. Esta vez si tuvo síntomas TEP durante muchos años. Resumido de modo muy esquemático: la diferencia estaba en que en esta ocasión no tuvo control sobre lo que ocurría. En el TEP participan al menos tres elementos: amígdala, cortex prefrontal e hipocampo. Si durante un suceso traumático el cortex prefrontal no puede ejercer su función de control, la amígdala se activa sin freno y es esa activación la que es codificada en el hipocampo de modo que cualquier suceso que recuerde el trauma reproduce la emoción del suceso inicial.

La psiquiatría que defiende y propone Lieberman es plural y puede ser representada por los modos de Spitzer y el DSM en los diagnósticos, por Kandell en la investigación, por Beck en la psicoterapia y por el uso de técnicas de imagen y “psicodinámica”. Esa psiquiatría plural es la que recoge el DSM 5 y conviene fijarse en el cambio del número latino que llevaban los anteriores DSMs al arábigo “5” pues parece indicar una puesta al día informática y un repudio de las antiguallas latinas:

Actualmente los psiquiatras están preparados para evaluar a los pacientes usando las últimas técnicas de la neurociencia y los principios psicodinámicos más convincentes de la mecánica mental. Emplean tecnologías de imagen cerebral y al mismo tiempo, escuchan atentamente el relato que hacen sus pacientes de sus experiencias, emociones y deseos...

Lieberman es consciente de los trastornos mentales son un problema médico distinto de cualquier otro y que el cerebro es el único órgano capaz de sufrir lo que “podríamos llamar una enfermedad existencial” en la cual sus funciones se ven alteradas no por una lesión física sino por una experiencia intangible pero habría que pedirle a Lieberman, después de lo escrito sobre el psicoanálisis, que definiera esos “principios psicodinámicos” y esa escucha atenta del relato de los pacientes pues son términos lo bastante amplios y borrosos para que incluyan “cualquier cosa”.

Lieberman en su entusiasmo por el DSM 5 no parece preocuparle la expansión y conversión de los malestares de la vida en enfermedades cosa de la que fue y es acusado el DSM 5 y que Lieberman niega alegando que hay una clara frontera en los DSM s entre lo normal y lo patológico y que el número de entidades bajó de las 297 del DSM IV a las 265 del DSM 5. Lieberman advierte:

Puedo asegurarles que no existe un interés gremial en ampliar la esfera de acción de la psiquiatría inventando más trastornos o facilitando las condiciones para recibir un diagnóstico.

Tal vez no se trate tanto de la disminución de los diagnósticos como de las consecuencias de un dato relevante que Lieberman no menciona pero que si destaca Allen Frances en su libro y el dato, valía para el DSM IV y sigue valiendo para el DSM 5:

Tres años después de su publicación (del DSM IV) los miembros de los grupos de presión de la industria farmacéutica lograron una gran victoria sobre la regulación sensata. EE.UU. se convirtió en el único país del mundo que permite la publicidad directa de fármacos. Al poco tiempo las ondas y las impresas se llenaron de brillantes imágenes engañosas que afirmaban que los problemas cotidianos eran en realidad trastornos psiquiátricos no reconocidos. El DSM IV resultó ser un dique demasiado endeble para frenar el aluvión de peticiones falsas instigadas por el empuje agresivo y diabólicamente astuto de las empresas farmacéuticas...⁶.

La elaboración del DSM 5 tuvo problemas, conflictos e incidentes. El nuevo grupo encargado de su redacción prescindió de Spitzer y de Frances y se negó a entregar (a Spitzer) las actas de sus reuniones. Las acusaciones de

6. FRANCES. A. Op. Cit.

falta de transparencia se multiplicaron y pasaron al público de las redes sociales que no existían aun cuando se redactaron los anteriores manuales. Spitzer publicó numerosas cartas abiertas muy críticas lo mismo que Frances pero al final el DSM 5, “el triunfo del pluralismo”, la “Biblia de la psiquiatría”, “el libro más importante de la psiquiatría”, son frases de Lieberman, se aprobó sin mayor problema y en contra de lo que parecían augurar las protestas previas de clínicos y público, ocurrió *algo asombroso: se ha instaurado un silencio ensordecedor entre los críticos y los medios...*

Muchas de las preocupaciones, a veces obsesivas, de Lieberman, se deben, creo, a que trabaja en un país que carece de sistema nacional de salud y depende de las aseguradoras médicas que ejercen su influencia en asuntos que no deberían ser de su competencia. El mismo lo admite de manera implícita cuando al final del libro escribe:

Ha resultado gratificante comprobar que los consumidores y proveedores de servicios médicos han quedado satisfechos con el DSM 5.

Las ausencias del libro, (lo no contado) son clamorosas porque Lieberman no escribe sobre la psiquiatría en los Estados Unidos sino sobre “la psiquiatría” y hay que decir, que gran parte de su relato acontece en un tiempo en el que los psiquiatras americanos eran de una ingenuidad psicopatológica inquietante y de una ignorancia no menos inquietante sobre lo que en otros (muchos) países hacían sus colegas. Nada hay de la psiquiatría francesa a no ser una cita obligada de Pinel. Nada de Bleuler, Conrad, Jaspers, Schneider, Clerembault, Seglás, Ey... Nada de psiquiatría de sector, de Basaglia, los movimientos antimanicomiales, de las reformas europeas. Nada de la nueva (y la vieja) fenomenología (Sass, Parnas, Stanghellini) que sería de mucha utilidad. Si se cita a Laborit como descubridor de la clorpromazina (que no era psiquiatra), a Cade que era australiano por descubrir el litio y a Roland Kuhn, suizo, por reconocer el efecto antidepresivo de la imipramina. No se menciona que Kuhn era un analista existencial y fue ese saber de base fenomenológico lo que le permitió ver lo que vio. Lo que a Lieberman le importa son esos tres medicamentos, Clorpromazina, Litio y Imipramina, hicieron que por vez primera los psiquiatras tuvieran tres medicamentos útiles para las tres grandes patologías. Aun con esas ausencias, el libro, en

estos nuevos tiempos antipsiquiátricos que vivimos, permite vislumbrar lo que una psiquiatría informada y unos psiquiatras competentes y “prudentes”⁷ pueden hacer para aliviar los sufrimientos de los pacientes. No son pocos los famosos, pacientes y no pacientes que apoyan su relato: Andrew Salomon, Kay Jamison, Erich Kandel, Glen Close, Oliver Sacks... Sospecho que no serán tantos los psiquiatras que lo hagan.

Se piense lo que se piense de las ideas de Lieberman, hay que reconocer que, aunque con sus muchos sesgos, no menos lagunas y redactado según las normas de un taller de escritura con oportunas historias “ejemplares”, lo que le da un cierto aire mecánico y artificial, es un libro que se deja leer⁸ y que revela además las a veces insólitas entretelas de muchas de las decisiones y rumbos de la psiquiatría (de la de Estados Unidos al menos) que aunque sabidas no suelen ser conocidas al menos por los nuevos colegas. Es un libro “que tiene” pero “le falta” (mucho). Las poses sonrientes de Lieberman en las fotografías del libro... francamente... Bueno. Mejor, véanlas.

7. Ver por ejemplo, la “osadía y atrevimiento” farmacológico del “extravagante pionero de la psicofarmacología” Natham Kline en los años 70-80.

8. No se sabe cual es la contribución de OgiOgas en la redacción del libro que aparece citado como colaborador

EL SIGNIFICADO DEL ASCO

Colin McGinn. Cátedra. 2016

S.L.C.



El tema, escribe McGinn, es delicado y repelente de ahí que Mc Ginn avise: *Este libro tiene un problema de decoro*. Evasivas y eufemismos son la norma cuando se habla de cosas asquerosas pero también, añade, se trata de una historia interesante cuando no apasionante. El asco pertenece con el miedo y el odio a las emociones repulsivas pero hay notables diferencias entre ellas. El miedo es defensivo y mira al futuro; el odio, es agresivo y mira al pasado. El asco es una emoción estética ligada a la apariencia del objeto y a la evitación que provoca. Sentir asco lleva a evitar el contacto con el objeto asqueroso. No es agresivo ni defensivo. Está ligado a los sentidos de la vista, el olfato, el tacto y el gusto. Solo el oído está libre de estímulos asquerosos. En el miedo y el odio la apariencia puede ser engañosa. Lo que pensamos peligroso puede no serlo; aquel que suponemos que nos hizo daño y por eso lo odiamos, puede no haber sido el causante de nuestro mal. En el asco no se produce ese tipo de errores: es la apariencia del objeto la que provoca el asco.

Para McGinn, hay nueve categorías de objetos asquerosos. La primera, el cuerpo en descomposición, no tanto el de un fallecido reciente como el de aquel en que se haya ya iniciado el proceso de putrefacción. El asco es máximo en estas primeras etapas para ir disminuyendo a medida que el proceso avanza. En su estadio final, el esqueleto limpio de carne, ya no induce asco. Las partes “muertas” de un cuerpo vivo asquean como el cadáver: miembros con gangrenas, por ejemplo y los muertos-vivos como los zombies de

ficción, con sus pedazos de carne podrida colgando o los leprosos comparan esa repulsión pero los nuevos vampiros de los filmes ya no provocan, como los antiguos, esa emoción. También los amputados, decapitados o castrados son repulsivos. La segunda categoría de objetos asquerosos son las excreciones corporales: heces, orina, sangre menstrual, mocos, vómitos, pus, saliva, sudor rancio, caspa, mal aliento... Hay algunas excepciones como las lágrimas transparentes e inodoras, el sudor fresco y los labios húmedos. En uno de sus libros, el (anti) psiquiatra Ronald Laing proponía el siguiente experimento para mostrar a sus alumnos la relación del asco con estas excreciones: traiga saliva a la boca; déjela un rato en la boca; vuelva a tragársela. Ningún problema. Haga la misma operación pero deposite esa saliva sobre un vaso de agua pura. Intente ahora beber el agua con su saliva flotando. Muchos no podrán hacerlo. La tercera categoría de McGinn la forma todo lo que crece sobre o dentro de nuestro cuerpo: granos, acné, verrugas, forúnculos, heridas, costras, sarpullidos, quemaduras, deformidades, lunares, vello anormal, tumores, quistes, obesidad, desproporciones, piel suelta, arrugas, varices... La piel, dice McGinn, es una cornucopia de objetos desagradables de ahí el poderío de la industria cosmética destinada a ocultar esas imperfecciones. El pelo ha sufrido desde hace algunos años una evolución hacia el depilado sobre todo en mujeres. El vello axilar o las cejas muy pobladas son ahora repulsivas como el vello de las piernas o el púbico. Una espalda pilosa en hombres es repulsiva y el vello excesivo del pecho y piernas y por supuesto, los pelos seniles de nariz y orejas, lo son también. En las mujeres, solo una cabellera abundante está libre de esas aversiones. Los callos del trabajo, se aceptan, los *piercing* se toleran según su localización mientras que los tatuajes empiezan a normalizarse a pesar de que dan a la piel un aspecto sucio. La cuarta categoría es menos habitual. La forman las vísceras de nuestro interior que solo podemos contemplar en ocasiones como accidentes o heridas que exponen esos órganos a la vista. También los agujeros (ano, vagina, boca) que son entradas a ese mundo interno repulsivo por el que manan las excreciones fabricadas en el interior, comparten la repulsión. La quinta categoría, la forman ciertos animales: cucarachas, arañas, moscas, serpientes, murciélagos, babosas, gusanos, tenias, bacterias... La lista es grande y dispar por lo que hay que preguntarse (sin que quede claro) que es lo que une a sus miembros. Algunos animales entran en nuestras

casas y roban nuestra comida, otros son portadores de enfermedades, pero a otros, los adoptamos como mascotas. La sexta categoría, las plantas, tienden al grado cero de asquerosidad y parece que solo las plantas marinas viscosas o las parásitas pueden asquearnos. La séptima categoría, es la suciedad. Suciedad, es, lo que pensamos que está sucio y su tipo primordial es la suciedad que se pega a la piel y necesitamos quitar con agua y jabón (que en sí mismo como grasa, es sucio). La higiene personal que combatimos con duchas y lavados es un esfuerzo por mantener a raya la suciedad que fluye desde nuestro interior hacia el exterior y la que se adhiere a nosotros desde el exterior pero en esa suciedad, no se incluye por ejemplo, el maquillaje que suele ser delicadamente grasiento. La octava categoría son los comportamientos repulsivos: sexo con animales, pedofilia, homosexualidad, sexo anal, besos negros... Aquí, advierte McGinn, hay que distinguir la emoción estética del asco del juicio moral: algo puede ser repulsivo sin que nada pueda objetarse desde el punto de vista moral. Para mucha gente, ciertos comportamientos pueden ser repulsivos pero no los condenan cuando otros los practican. La novena categoría es el asco moral e intelectual: la corrupción, el hacer trampas, la crueldad, el acoso, el engaño, el egoísmo, la hipocresía, la palabrería, el plagio... Este tipo de asco deriva de los básicos y puede tener un carácter metafórico pues el asco se expande fácilmente hacia territorios que no son propiamente el suyo.

Para McGinn el núcleo duro del asco lo forman la carne putrefacta (descomposición), las heces (excreción) y las heridas (daño corporal). Los demás casos surgen de estos tres núcleos a partir de los que McGinn analiza las teorías propuestas hasta el momento sobre el origen del asco. *La teoría de la toxicidad del gusto* la propuso Darwin para quien el gusto sería el principal sentido implicado. Los objetos nos parecerían asquerosos cuando imaginamos ingerirlos y su finalidad sería, en términos evolutivos, protegernos de los alimentos tóxicos. Es una teoría que McGinn rechaza porque muchas cosas asquerosas no son ni tóxicas ni no nutritivas. *La teoría del olor fétido* tampoco es muy consistente por razones muy parecidas. Muchos objetos asquerosos (como las verrugas) no “ofenden nuestras fosas nasales”. *La teoría de la herencia animal*, según la que nos asquea todo lo que nos recuerde nuestro ancestral origen animal, tiene poca consistencia y es fácilmente refutable como la *teoría del proceso vital*. McGinn solo considera dos teorías

muy relacionadas entre sí: la *teoría de la muerte* y la de *la muerte en vida*. La muerte está siempre presente de manera cubierta o encubierta en el asco y parecería que todo aquello que nos hace recordar nuestra muerte nos produciría asco. La teoría tiene un problema inoportuno: el esqueleto. Los huesos de un esqueleto nos hacen recordar la muerte pero no producen asco de ahí que sea la segunda de las teorías mortales, la de la muerte en vida, la más consistente. Los huesos son, o nos parece, poco orgánicos. Parecen pertenecer al mundo mineral y lo mineral, no asquea. Lo que si lo hace es la muerte en medio de la vida, la vida en proceso de putrefacción o la muerte resucitada con sus colgajos de carne como en los zombies (fílmicos, claro).

En sus dos capítulos más filosóficos (y espesos) McGinn diferencia entre la *represión apetitiva* (reprimimos un deseo y nos esforzamos en no pensar en ello) y la *represión epistemológica*, (tratamos de bloquear nuestro conocimiento sobre un hecho desagradable) conceptos que no son freudianos ni inconscientes. Estamos, dice, epistémicamente reprimidos sobre nuestra propia asquerosidad e intentamos bloquear nuestro conocimiento sobre ello: *Sabemos que somos repugnantes pero tratamos de no ser muy conscientes de ello*. McGinn piensa que Freud identificó de forma errónea la verdadera fuente de nuestra deseada ignorancia: *Lo que deseamos suprimir es acerca de nuestra naturaleza orgánica no de nuestros deseos incestuosos...* El asco serviría para rebajar nuestros deseos más egregios o para impedir que estos se apoderen de deseos perversos como la necrofilia o la coprofilia. El asco actúa como un represor apetitivo pero la represión epistémica del conocimiento sobre nuestra propia asquerosidad tiene el efecto contrario y daría más libertad a los deseos excesivos diluidos por el asco en virtud de la represión del conocimiento sobre el asco...

Al final del libro McGinn hace un ejercicio de “filosofía práctica” y analiza el papel del asco en lo cotidiano. La vestimenta, por ejemplo, además de protegernos de los elementos es una manera de neutralizar el asco aunque un grupo de “heroicas almas”, los nudistas, batallen contra las fuerzas del asco al mantener que el cuerpo “no es inherentemente asqueroso ni siquiera en sus “partes íntimas”: ¿Que podríamos decir del “nudismo extremo” en el que todas las funciones del cuerpo se realizan sin tapujos?... El nudismo, es solo creíble dentro de unos límites muy estrictos: *Somos una especie social y somos*

una especie propensa al asco... la sociabilidad nos empuja a juntarnos pero el asco nos inclina a separarnos...”. La ropa ayuda, dice McGinn, pero lo esencial es establecer una distinción entre lo público y lo privado pues en lo privado lo asqueroso puede campar a sus anchas. Así nació el concepto de “retrete”. Sin retretes la vida en sociedad sería muy difícil de sobrellevar y aun así conviene no imaginar en exceso; la actriz más etérea y glamorosa no resistiría si la imaginamos en un retrete y que decir de un Jesucristo imaginado con funciones fisiológicas... Ningún creyente puede soportar esta imagen (que es verdadera) sin que sienta agrietarse su fe. El sexo es la forma de contacto humano que pone a prueba nuestra tolerancia para el asco potencial. La experiencia sexual es una mezcla de atracción y repulsión, o mejor aún, “la atracción triunfante sobre la repulsión”. Existe una incómoda desconexión entre la anatomía humana y la psicología y dejaremos sin citar los ejemplos crudos y también cómicos, con los que McGinn ilustra sus ideas.

Cada edad de la vida tiene sus ascos: en la adolescencia, acné, vello corporal, espinillas, sangre menstrual o semen exigen acostumbramiento y tolerancia. En la edad adulta, la convivencia íntima en pareja y el cuidado de los hijos introducen nuevos estímulos asquerosos. En la vejez, el deterioro físico, la enfermedad, la incontinencia, son componentes del asco geriátrico. Tampoco el amor y el arte se salvan del asco y para que hablar de los modales de mesa y fisiológicos de los que Norbert Elías hizo el centro de su estudio sobre la civilización o de las palabras malsonantes o la religión que en alguna de sus variantes puede catalogar de manera muy precisa, como en el Levítico, lo que es asqueroso y lo que no en alimentos o relaciones.

En fin... libro indecoroso que tiene el decoro de ser de lectura interesante y amena en casi su totalidad*.

*Colin McGinn (1950-). Filósofo británico. Publicó más de 20 libros sobre temas diversos, en especial sobre filosofía de la mente. Su libro *Ethics, Evil and Fiction*, (que pude leer), es un excelente tratado sobre el Mal. En 2011 tuvo que renunciar a su plaza de la Universidad de Miami al ser acusado por una estudiante graduada de acoso sexual (acoso negado por él), al que siguió un acalorado debate entre colegas y miembros de la universidad.

THE INTELLIGENCE PARADOX. Why the intelligence choice isn't always the smart one

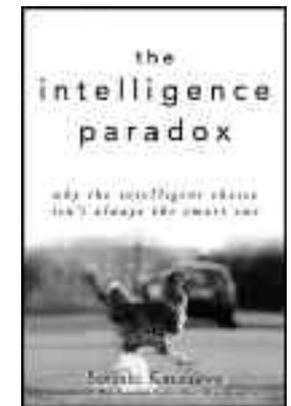
Sathosi Kanazawa. John Willeys and Sons. 2012

S.L.C.

Al psicólogo evolucionista Sathosi Kanazawa no le faltan colegas que consideren su trabajo como mala ciencia y racista. Él, por su parte, atribuye esas acusaciones a la corrección política y a la censura. Se entienden las críticas si se sabe que Kanazawa ha escrito que las mujeres negras son menos atractivas que otras razas o que la pobreza africana se debe en parte al C.I más bajo de sus habitantes. Que hayan suprimido su blog en *Psychological Today*, que la *London School of Economics* le prohibiera escribir durante un año en revistas que no cuenten con revisiones anónimas y que un grupo de más de 60 psicólogos evolucionistas hayan publicado un manifiesto en la prensa afirmando que no es psicología evolucionista lo que él hace, no parece una “sentencia” demasiado severa en los tiempos “correctos” que vivimos. Kanazawa, sin embargo, tiene también defensores en su propio campo de trabajo. En respuesta a esa carta, un grupo internacional de 23 científicos, envió al *Times Higher Education* una carta defendiendo su trabajo, rechazando las afirmaciones de que hacía “mala ciencia” y la información errónea de que sus artículos no eran revisados, finalizando con una crítica a los procedimientos de los partidarios de la corrección política que denuncian en los medios lo que deberían criticar en las revistas de la especialidad:

Finalmente, creemos que el lugar apropiado para criticar los trabajos académicos, son las revistas en las que fueron publicados, no en cartas a la prensa, donde no pueden ser adecuadamente respondidas.

Este libro es una defensa de sus ideas y no se puede decir que se amilane



ante sus críticos. Piensa, que hay dos falacias que debemos evitar: la *falacia naturalista* y la *falacia moralista*. La primera, que se debe a Hume y a G.E. Moore, es el “salto” del “es” al “debe ser”, la tendencia a pensar que lo natural es bueno, que lo que “es”, es lo que “debe ser”. La falacia moralista, se debe al microbiólogo de Harvard, Bernard Davis, y dice lo contrario: es el salto del “debe ser” al “es”. Los políticos conservadores tienen tendencia a pensar según la falacia naturalista (la naturaleza diseñó a las mujeres para dedicarse a la crianza de los niños y a los hombres para ser competitivos por lo que (salto) las mujeres deben estar en el hogar y dejar los negocios y la política a los hombres... Los políticos progresistas, tienden a pensar según la falacia moralista: como todos “deben” ser tratados como iguales no hay diferencias genéticas entre grupos de personas y los hombres y las mujeres son biológicamente idénticos. Para los “moralistas”, solo hay buena ciencia si el mensaje es políticamente correcto. Como la inmensa mayoría de los científicos sociales son progresistas, la falacia moralista ha supuesto un problema mucho mayor en las discusiones sobre psicología evolucionista que la falacia naturalista. La negación por los progresistas (*left-wing*) de ciertas verdades empíricas inconvenientes ha culminado, según Kanazawa, en la negación postmoderna de la objetividad científica. Los conservadores niegan a veces las verdades científicas (los creacionistas del cinturón bíblico americano) pero en las universidades americanas no hay creacionistas. Lo que si hay son, muchos postmodernistas que niegan la objetividad científica. Para Kanazawa, deben evitarse las dos falacias y eso se hace, no hablando jamás en ciencia del “debe ser” y sí del “es”. Hay a su juicio, dos únicos criterios legítimos para evaluar las ideas científicas: la lógica y la evidencia. Las críticas deben demostrar la inconsistencia lógica interna de unas ideas determinadas o refutarlas con evidencias científicas. Kanazawa, se considera un “fundamentalista científico” y reconoce que varias teorías suyas o de otros, tienen implicaciones inmorales, horribles, contrarias a los ideales y ofensivas para muchos, incluido él mismo, pero si se quiere solucionar los problemas sociales es necesario que estos sean evaluados correctamente sean cuales sean los resultados empíricos obtenidos. Si lo que afirmo está equivocado porque es ilógico o carece de credibilidad, si no es verdad, entonces, dice Kanazawa, el problema es mío; si lo que yo digo le ofende a usted, es su problema: *Si la verdad ofende a las personas, es nuestro trabajo ofenderlas.*

El primer capítulo es una precisa exposición de lo que es la Psicología Evolucionista y de la obligada defensa de la verdad aunque no coincida o sea contraria a lo que sería conveniente política o socialmente. Hay cuatro principios, según Kanazawa, para definir la Psicología Evolucionista:

1. Las personas son animales. Que los seres humanos no son excepciones en la naturaleza sino parte de ella, llevó a los primeros psicólogos evolucionistas a aplicar las leyes de la evolución por selección natural y sexual a los seres humanos. Somos una más de las especies de simios en la naturaleza y como tales, obedecemos las leyes biológicas que establecen que la meta de todos los organismos vivientes es el éxito reproductivo. Todos los seres vivos están programados por la evolución para hacer tantas copias de sus genes como sea posible.
2. No hay nada especial en el cerebro humano. Del mismo modo que millones de años de evolución han formado la mano o el páncreas para realizar ciertas funciones, ha modelado también el cerebro para que realice su función que es, resolver problemas adaptativos que ayuden a la supervivencia y reproducción de los humanos. El cerebro humano no es una excepción a las influencias de las fuerzas de la evolución.
3. La naturaleza humana es innata. La psicología evolucionista no comparte la idea de la mente como una “tabula rasa” como suponen muchos científicos sociales. Como dijo William D. Hamilton, “la *tabula* de la naturaleza humana nunca fue *rasa* y está siendo leída ahora”.
4. La conducta humana es el producto de la naturaleza humana innata y del entorno. La enfermedad de Huntington es 100% genética y los factores externos no tienen ninguna relevancia pero no hay ningún rasgo del comportamiento humano que esté determinado al 100% por los genes y no hay ningún genetista que piense que la conducta humana lo esté. Los mismos genes pueden expresarse de modo diferente según el contexto pero en contraste con los genetistas, si hay científicos sociales que creen que la conducta humana está determinada al 100% por factores ambientales o culturales.

Kanazawa basa muchas de sus observaciones en su “Principio de la sabana”:

El cerebro humano tiene dificultades para comprender y tratar con entidades y situaciones que no existían en nuestro entorno ancestral.

Su libro es el resultado de unir este Principio evolutivo con sus ideas sobre la inteligencia general que define así:

Es la capacidad para razonar inductiva y deductivamente, pensar abstractamente, sintetizar información y aplicarla a nuevos dominios¹.

Para Kanazawa, la inteligencia general ha evolucionado como una adaptación para tratar con novedades evolutivas, con problemas inéditos no recurrentes. Para la psicología evolucionista, dice Kanazawa, la mente está constituida por módulos especializados en problemas específicos como el reconocimiento de caras o aprendizaje de la lengua materna entre otros muchos que han sido diseñados por la evolución para resolver problemas adaptativos. La aparición de la inteligencia general puede haber surgido para enfrentar problemas evolutivamente nuevos que no existieron durante el millón y medio de años que nuestros antepasados vivieron en una sabana estable en la que esa inteligencia general no era tan necesaria para afrontar la supervivencia como lo es en el ambiente rápidamente cambiante en el que vivimos desde hace 10.000 años. Su teoría afirma que los individuos más inteligentes son mejores que los menos inteligentes en resolver problemas solo cuando estos sean evolutivamente nuevos.

Hay, dice Kanazawa, muchos malentendidos sobre la inteligencia y no pocos están motivados políticamente por equiparar erróneamente la inteligencia con la dignidad humana (*human worth*). La primera idea equivocada, según Kanazawa, es afirmar que los test que miden el CI están sesgados culturalmente contra ciertos grupos étnicos o clases sociales. Los científicos sociales asumen que todos los grupos étnicos son igualmente inteligentes porque son seres humanos igualmente dignos y si algunos de estos grupos tienen medias más bajas en los test es que estos test están sesgados culturalmente contra estos grupos. Hay evidentes diferencias entre negros y caucásicos en

1. Hay un problema de traducción entre dos términos que Kanazawa diferencia pero que con frecuencia se utilizan como iguales: *Smart e intelligence*. *Intelligence* es algo con lo que nacemos; *Smart* (usado como inteligencia) es algo que aprendemos. Si estudiamos, nos volvemos más "smart". Podríamos traducirlo quizás por "listo" en algún contexto, "eficaz o eficiente" en otros.

su presión arterial y entre hombres y mujeres en su peso pero nadie considera "racista" al esfigomanómetro o a la báscula del baño porque nadie equipara aparatos y diferencias con la dignidad humana. ¿Cuáles son las preguntas sesgadas culturalmente en el Test de Raven? se pregunta Kanazawa. Miden la capacidad de razonar y el sesgo es contra la incapacidad de razonar porque cociente intelectual e inteligencia no son la misma cosa; la tercera, que los test no son fiables; la cuarta, pensar que los genes no determinan la inteligencia, solo lo hace el entorno (educación y socialización).

La inteligencia tiene un innegable componente genético. Las experiencias tempranas influyen sobre la inteligencia del adulto pero lo hacen principalmente disminuyendo esa inteligencia no incrementándola. Enfermedades, lesiones, malnutrición y otras condiciones pueden impedir que los así afectados no desarrollen su potencial genético pero hay muy pocas experiencias infantiles que incrementen la inteligencia del adulto (Kanazawa no menciona ninguna). De modo paradójico, a medida que las naciones se vuelven más ricas, sanas e igualitarias, más, no menos importante, es el papel de los genes en la determinación de la inteligencia adulta. Cuando el entorno se vuelve igualitario la varianza entre los individuos depende casi en exclusiva de los genes

Basándose en el *Principio de la sabana* y en las ideas sobre la inteligencia general de Kanazawa, un peculiar psiquiatra evolucionista, Bruce.G. Charlton, propuso en 2009 en *Medical Hypotheses* una teoría sobre los que él llama, *idiotas inteligentes (clever sillies)*². Kanazawa escribe en su libro:

Mientras que las personas más inteligentes pueden hacer muchas cosas mejor y de modo más eficiente que las menos inteligentes, hay muchas otras cosas que no pueden... las personas inteligentes tienden a fracasar cuando se trata de las cosas más importantes desde una perspectiva biológica... las personas inteligentes son solo buenas cuando se trata de hacer cosas que son relativamente nuevas en el curso de la evolución humana (pero) no son necesariamente buenas en hacer cosas que nuestros ancestros siempre han hecho como encontrar y mantener una pareja, ser padre o hacer amigos... las personas inteligentes no son buenas para hacer las cosas que son más importantes en la vida...

2. Hay un excelente resumen de Eduardo Zugasti sobre esta hipótesis en su blog

Estos *Idiotas Inteligentes*, en la terminología de Charlton, son personas definidas por sus altos niveles de inteligencia que son vistos por el resto de la población como portadores de ideas y conductas *tontas* en todo lo que no tenga que ver con su especialidad. El estereotipo del “sabio despistado o excéntrico” es el prototipo popular de una persona de talento en un dominio científico que carece de “sentido común” en todo lo que atañe al trato con otros seres humanos o con el mundo práctico. La inteligencia general no es sólo una habilidad cognitiva es también una disposición cognitiva, de tal modo, que un alto C.I tiende a ir acompañado de un tipo de personalidad distintiva que incluye la apertura a nuevas experiencias, es ilustrada, defiende valores políticos progresistas de izquierda y suele ser atea. Siguiendo las ideas de Kanazawa, Charlton sugiere que la explicación de esta asociación entre inteligencia y personalidad es que las personas con altos niveles de C.I tienden a usar con exceso la inteligencia general a la hora de resolver problemas cotidianos y a anular las formas instintivas y espontáneas de conductas evolutivas que podrían denominarse sentido común. El uso preferente del análisis abstracto es a menudo útil cuando tratamos con las varias novedades evolutivas que encontramos en las sociedades modernas pero no es útil para tratar con los problemas sociales y psicológicos para los que los humanos han desarrollado conductas adaptativas de dominio-específico y, dado que el sentido común, resultado de la evolución, usualmente produce respuestas correctas en el dominio social, eso implica que las personas más inteligentes cuando se trata de resolver problemas sociales tengan ideas más originales pero más estúpidas que las personas de inteligencia media y se comporten de modo inadecuado

Kazanawa comenta esta teoría de Charlton en el libro pero rechaza los términos *clever* y *sillies* como *smart* y *stupid* aunque comparta las demás ideas de la teoría. Charlton sugiere que los liberales y otras personas inteligentes son *clever sillies* porque aplican de modo incorrecto razonamientos lógicos abstractos a dominios sociales e interpersonales. La evolución nos ha dotado de respuestas eficaces a problemas familiares como la búsqueda de pareja, la paternidad, el intercambio social o las relaciones con otros. Todos estos mecanismos evolutivos componen lo que se llama *sentido común*. Todos tenemos sentido común sin embargo las personas inteligentes tienden a aplicar de modo erróneo sus habilidades lógicas y analíticas derivadas

de su inteligencia general a dominios familiares para los que tenemos respuestas evolutivas.

A partir de su principio y de su propuesta sobre la inteligencia general Kanazawa dedica el resto del libro a aplicar estas ideas a dominios específicos según su *intelligence paradox*:

Los individuos más inteligentes es más probable que adquieran y adopten preferencias y valores evolutivamente nuevos que no existían en el entorno ancestral... que los individuos menos inteligentes. En contraste la inteligencia general no tiene efectos en la adquisición y adopción de valores y preferencias evolutivamente familiares que existían en el entorno ancestral...

¿Por qué los liberales son más inteligentes que los conservadores?; ¿Por qué los ateos son más inteligentes que los religiosos?; ¿Por qué los homosexuales son más inteligentes que los heterosexuales?; ¿Por qué a las personas más inteligentes les gusta la música clásica?... ¿Por qué fuman y beben más?...

No conviene fiarse mucho de la literalidad de los enunciados pues según las ideas de Kanazawa son más inteligentes en lo nuevo y más estúpidos en lo que no lo es que suele ser relevante evolutivamente.

Por ejemplo: Los liberales carecen de sentido común porque su inteligencia general lo anula. *Piensen* en situaciones donde se supone que deberían *sentir*. No es fácil definir lo que es el liberalismo. Kanazawa utiliza la versión americana actual: *La preocupación genuina por el bienestar de personas no relacionadas genéticamente con nosotros y la disposición a contribuir con generosas aportaciones de recursos privados al bienestar de esas personas*. En términos económicos eso se traduce en la defensa de impuestos altos y la transferencia de esos impuestos hacia programas sociales. Los conservadores son igualitarios: creen en la igualdad de oportunidades y no se sienten muy preocupados por los resultados siempre que esté garantizada la igualdad de oportunidades. Su igualdad, es meritocrática. Los liberales creen en la igualdad de resultados más que en la igualdad de oportunidades y procuran poner los medios necesarios para conseguirlo. En términos evolutivos el liberalismo es una novedad. Los humanos estamos diseñados para ser altruistas con los relacionados genéticamente, con ellos, familiares, los amigos y los aliados con los que se relacionan. Pero no con extraños con los

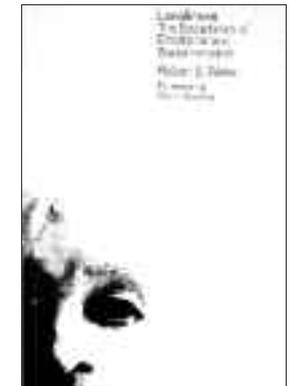
que es posible que nunca se encuentren. Nuestros ancestros (y los grupos de cazadores-recolectores que aún subsisten), vivían en bandas de 150 individuos genéticamente relacionados y no hay evidencia actual ni del pasado de que compartiesen sus recursos con miembros de otras tribus. El liberalismo es una novedad evolutiva, como el fumar, el beber, el ateísmo, el vegetarianismo o la música clásica o en general, la música instrumental ya que los cantos no son novedades evolutivas. Las personas dotadas de una gran inteligencia general son excelentes médicos, astronautas, físicos o violinistas, porque todas estas profesiones son novedades evolutivas pero, dice Kanazawa, *son cosas poco importantes en la vida*. No son relevantes a la hora de ser o tener buenos amigos o ser buenos padres, cosas que nuestros ancestros hicieron de modo eficiente durante los cientos de miles de años de vida en la sabana. Son idiotas inteligentes capaces de grandes logros en lo evolutivamente nuevo que se comportan estúpidamente en lo biológica y evolutivamente importante.

En fin. No es un resumen muy brillante pero supongo que bastará para que despierte la curiosidad y el deseo de leer este libro. Hay en él, como se ve, muchas cosas discutibles y quizás sesgadas en este libro pero leer a Kanazawa, por irritantes que puedan ser no pocas de sus afirmaciones, tiene una consecuencia relevante aunque él no la buscara. Se aprenden muchas cosas intentando refutarlo. Muy pocas, (y malas) condenándolo o ignorándolo.

LONELINESS. *The experience of emotional and social isolation*

Robert S. Weiss. The MIT Press. 1975

S.L.C.



En 1975, Robert S. Weiss, que ás veces é citado como psiquiatra e outras veces como sociólogo, publicou un libro *Loneliness* (soidade) que pode ser lido hoxe sen que os máis de 40 anos pasados dende a súa publicación teñan rebaixado o seu interese. Cando Weiss se achegou á soidade non atopou moitas referencias na literatura psicolóxica ou psiquiátrica do tempo malia que era, pensaba, unha situación moi común que atinxía a moita xente e provocaba moito pesar. En inglés hai unha diferenza que non é tan obvia no español ou no galego. É a que existe entre *loneliness* e *aloneness*. Soidade (*loneliness*) é o sentimento penoso da ausencia ou carencia dunha especial relación de intimidade significativa con alguén. Aloneness é sinxelamente, o feito de “estar só”. Poderíanse traducir como *soidade* e *solitude*¹. Pódese estar só (*aloneness*) de xeito voluntario ou involuntario, sen pesar ningún, mesmo feliz, pero non acontece o mesmo no caso da soidade (*loneliness*).

Unha vez arredadas soidade e solitude, Weiss foi quen de definir axiña dous tipos diferentes de soidade: a *soidade do illamento emocional* e a *soidade do illamento social*. No primeiro caso hai unha perda ou unha ausencia dunha persoa (esposa/o, amante, pais ou fillo) que antes procuraba a satisfacción

1. Para o español segundo o diccionario da RAE, soledad, é carencia voluntaria ou involuntaria de compañía pero tamén “pesar y melancolía que se sienten por la ausencia, pérdida o muerte de alguien o de algo”. Solitud non ten a segunda acepción de pesar e melancolía, é só, carencia de compañía.

da necesidade de intimidade. No segundo, pérdese o grupo, (non por vontade propia) a rede social ou a familia na que antes vivía a persoa agora illada (compañeiros de traballo, amigos, parentes). Os “síntomas” son diferentes nun caso e no outro. Na soidade emocional hai un desacougo, unha especie de “medo sen nome” que non deixa concentrarse en actividades como ler ou ver a televisión. Hai tamén unha hipervixilancia que máis que pescudar posibles ameazas é unha constante avaliación dos outros como posibles fontes substitutas da relación ausente ou perdida. O Eu ou o mundo, poden aparecer baleiros, ermos, mesmo “mortos”. No *illamento social* predominan os sentimentos de aburrimiento e marxinación máis ca ansiedade. Por exemplo: unha muller casada sen fillos dedicada ao fogar que se despraza a unha nova comunidade polo traballo do seu home, perde a súa rede social de procedencia e terá que construír unha nova. Para o seu home será doado dispoñer axiña dunha nova rede cos compañeiros de traballo e seguirá contando co afecto da esposa para evitar o *illamento emocional*. A muller, que nos casos típicos procurará mergullarse nos traballos domésticos na nova veciñanza mentres agarda pola chegada do seu home, pouco a pouco, mentres non faga novas amizades, comezará a sentir un baleiro que non vai arranxar a relación de intimidade e afecto co seu esposo. O *illamento social*, di Weiss, só se arranxa cunha nova rede social; o *illamento emocional* só se arranxa cun novo compañeiro afectivo. Ás veces, manter a antiga rede social nunha situación de *illamento emocional*, (o caso de algunhas viúvas ou viúvos por exemplo) pode mesmo agravar a soidade emocional pois como dicía unha das mulleres entrevistadas neste libro cando participaba nunha xuntanza de matrimonios amigos: *sentíame como se fose a quinta roda dun coche...* Weiss pensa que hai máis tipos de soidade que os dous que el puido recoñecer pero non se ocupou deles no tempo da escrita do libro por pouco investigados.

Helena Z. Lopata, unha das colaboradoras do libro, lembra que non ter alguén que nos queira é malo pero non ter alguén a quen querer, pode aínda ser peor velaí eses canciños e gatos que dende un tempo vemos a centos nas rúas e nas casas, vestidos como se fosen nenos e que moitas veces se levan no colo como nenos, que teñen como función ser os depositarios dese agarimo que non ten onde pousar ao tempo que dan compañía, máis os cans, que son o poden ser compañeiros caseiros e de rúas, ca

os gatos, que son máis hóspedes caseiros cos que non se pode saír a pasear. Abonda con ver as páxinas de internet onde os moitos yorkshire que agora enchen as rúas, son publicitados aquelados con lazos como, *cousiñas adorables que roubarán o teu corazón* ou ver nos anuncios televisivos o gato que vela pola muller que quebrou unha perna e queda na casa agarimada polo seu gato que “sabe” o que acontece. Un can esixe á rúa, lugar onde un pode atopar un substituto para a relación perdida. Non se pasea cos gatos e sospeito, sen probas, que nestes casos de soidade, a preferencia por cans ou gatos hai situacións diferentes. Quen escolle un gato, é unha suposición, vive en *illamento emocional* pero dispón dunha rede social satisfactoria o que se cadra, no sempre é o caso de quen escolle un can. A soidade, que pode ser de parella como no caso dun niño baleiro por marcha dos fillos, pode traer un can ou un gato á unha casa que quedou sen ninguén a quen coidar.

A vellez é un territorio descoñecido ao que todos se achegarán máis tarde ou máis cedo e que terán que facer habitable. É unha idade na que a soidade está ou estará case sempre presente. Ben por niño baleiro, por viuvez ou por xubilación. Nestes casos, o *illamento emocional* e social van moitas veces un a carón do outro con efectos esmagadores. Recompoñer unha rede social é máis doado que dispoñer dun novo vínculo afectivo que afaste o *illamento emocional*. Todos coñecemos homes e mulleres que nestes casos, adoitan procurar actividades para encher o baleiro que deixou a perda por divorcio ou morte: ximnasia, cursos, viaxes colectivos, grupos de lectura son algunhas das maneiras para facelo. Algúns esquecen planificar os días máis perigosos: os fins de semana. O resultado son 48 horas de desacougo nas que nin a televisión, nin a lectura, alivian o baleiro mentres se agarda o liberador luns. O alcohol é tamén un recurso e ese viño ou copa bebido ao chegar á casa vaise ás veces convertendo en dous, tres ou máis copas.

Internet, as redes o e-mail os *whatsapps* que nin existían nin se agardaban cando Weiss escribía o seu libro, permiten agora establecer redes virtuais que semellan amolecer o *illamento social*. Calquera adolescente ou “idoso” pode pasar o día enteiro conectado con amigos, familiares ou coñecidos pero non por iso baixará o seu sentimento de *illamento emocional* que pode mesmo medrar. Hoxe cómpre diferenciar entre *rede social real* e *rede social virtual*. Non hai moito que foi atopado un home en Vigo que morreu

rodeado polo lixo que ateigaba a súa casa. O seu illamento emocional era total; a súa rede social “real” case inexistente mais a súa rede virtual tiña máis de 3000 “amigos” e foi un deses amigos virtuais quen avisou do que podería estar pasando. Weiss non o di, daquela no había internet, pero semella que tampouco unha rede social virtual poida substituír á rede social real.

Hoxe hai máis de 4,5 millóns de persoas que viven solas en España. En Galicia no 25% dos fogares vive unha sola persoa. Non hai semana na que non se atope en Galicia unha persoa maior morta na casa que levaba días, mesmo semanas falecida sen que ninguén soubese dela. Son exemplos de soidade e solitude pois abundaría con que dispuxeran dunha rede social ou dun achegado para que a “alguén preguntara por eles”.

Weiss no capítulo que pecha o libro é firme nas súas conclusións: a soidade do illamento emocional non desaparece por moito que se multipliquen as relacións con amigos nin coa dedicacións aos fillos ou ao traballo. Tampouco lle parece a Weiss probable que se poda un adaptar á soidade de longa duración emocional ou social e conseguir unha vida satisfactoria malia esas privacións.

Weiss tampouco fala da forma máis dura de soidade: o ostracismo. Neste caso, a comunidade compórtase co así castigado, pois é un castigo, como se fose invisible e inaudible. Ninguén fala con el nin o saúda. Ninguén se achega a el en público. Todos procuran non ser vistos na súa compañía. É a forma máis dura de social pain que alguén pode sufrir e non son poucos os que non resisten esa dor nin esa soidade imposta, unha morte psicolóxica. A morte por suicidio dun coñecido xestor bancario hai uns meses, tivo sen dúbida como motivo o ostracismo no que tiña que vivir. Hai ostracismos que non se deben a castigos senón a esquecementos. Quen tivo un posto importante no que favores e desfavores eran posibilidades do cargo pódense volver invisibles cando deixan o cargo.

Nun tempo de coach, conselleiros, gurús e especialistas en autoaxudas, a reticencia que tiña Weiss no seu tempo para asumir o papel de conselleiro é curiosa: hai algo indigno, mesmo cómico, nese papel... Iso non lle impide advertir dalgúns perigos. A procura activa dun vínculo ou dunha nova rede leva moitas veces a unha busca fóra do contexto social propio o que pode

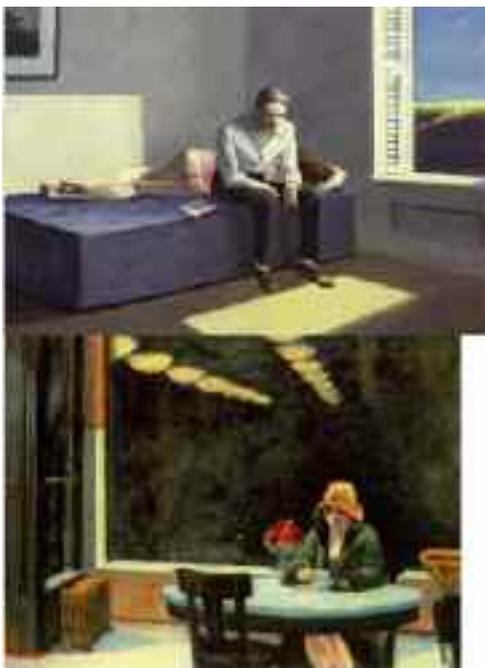
aportar unha aventura sexual pero poucas veces unha relación fiable xa que baixo a presión do illamento emocional o rango dos “outros” aceptables rebaixa o seu nivel. Weiss non o di pero semella que se non moitos, algúns casos de violencia doméstica teñen esa procedencia. Tamén se pregunta Weiss se no caso da vellez o recurso ás residencias comunitarias é beneficioso ou se trata de “salas de espera” para o fin.

O libro ten máis de 40 anos e moito do que nel se fala son cousas das que todos temos hoxe unha certa experiencia. Malia esa idade, como todo libro importante, aínda ten algo que dicir.

POSTDATA

En 2016, Olivia Laing, unha escritora inglesa, publicou *The Lonely City*, unha crónica dos dous anos que pasou vivindo sola en Nova York. No libro recupera o texto de Weiss e propón, coido que moi acertadamente, que a pintura de Hopper é o espello gráfico do que Weiss describe literariamente. Aínda que ás veces o propio pintor o negaba, os homes e mulleres de Hopper, son a expresión visual da soidade da gran cidade. ¿Quen no contempla o cadro *Nighthawks* (noctámbulos) ou calquera outro sen sentir un certo desacougo?





Hai anos Edward T. Hall nos seus estudos de proxémica, unha especie de etoloxía humana, comparou a barra americana cos cafés europeos. Na barra americana a xente está unha a carón da outra. No café europeo, sentados arredor dunha mesa. Hai tempo, moito tempo, nunha viaxe en coche por Alemaña, chegamos de noite a Wiesbaden que daquela tiña unha base americana. Cansos, entramos nun bar. Era unha longa barra na que se sentaban varios homes, militares americanos, que bebían calados. Era un lugar xeadado que agoiraba un perigo indefinido. Saímos

axiña por non dicir que fuximos. Poucos metros máis alá, do outro lado da beirarrúa, escoitábanse cantos nun local iluminado. Era unha cervexaría alemá de mesas longas comunais sen barra onde fomos acollidos e malia ser Alemaña sentimos dalgún xeito que estábamos en casa. Era como entrar noutro mundo. A barra americana dos militares era Hopper; a cervexaría alemá era, para ben e para mal, Europa, e había unha fronteira invisible que ninguén cruzaba pero todo ten o seu lado perigoso. Había na acollidora cervexaría algo que nos desacougaba un tanto: foi en cervexarías como esas que naceu o Hitler político e o nazismo. Non é doado admitir que no canto comunal da cervexaría (e como non lembrar o Tomorrow belong to me de Cabaret que canta o rapaz nazi) como no silencio xeadado dos bebedores da barra americana hai algo agochado que pode levar ao mal, gregario nun caso, individual no outro.

A ESTRANHA ORDEM DAS COISAS: a vida, os sentimentos e as culturas humanas

António Damásio. Temas e Debates. 2017

S.L.C.



O neurólogo portugués que exerce nos Estados Unidos, António Damásio (Lisboa 1944-) é, (supoño), coñecido entre nós desde que publicou *O Erro de Descartes*. Despois viñeron *En busca de Espinoza*, *O sentimento do que ocorre*, *O cerebro creou o home* e moitos artigos de investigación hoxe citados de sobexo na literatura psicolóxica e neurolóxica mundial (menos na psiquiátrica). *A Estranha ordem das coisas* foi presentado hai tres días nun lugar tamén estraño ou se callar, non tanto: O poliderpotivo da Escola António Damásio de Lisboa. O que segue, máis que unha reseña, é un *aviso* de publicación para interesados pois apenas chegou o tempo para unha ollada a un libro denso antes de entregar o texto ao prelo. Coido que é tamén a primeira vez que a edición portuguesa dun dos seus libros precede á versión inglesa. Home culto que se move con habelencia entre a filosofía, a literatura e as ciencias, os seus escritos están entretecidos de citas de Shakespeare, Scott Fitzgerald, Schrodinger, Rene Char, Adorno ou quen se lles ocorra que ilustran as teses que propón.

Damásio neste libro segue o rego dos anteriores no que atinxe aos sentimentos pero dende unha perspectiva evolucionista salientando o seu papel no desenvolvemento dos logros culturais:

O emprendimento cultural humano é explicavel em termos de intelecto

humano, un remate brillante dos organismos gerados por programas genéticos non pensantes ao longo da evolución. Os sentimentos raramente son mencionados. A expansión da intelixencia e da linguaxe humanas, a par do grao excepcional de sociabilidade humana, son as estrelas do desenvolvemento cultural... non obstante, falta calquera cousa á versión intelectual... os sentimentos son os motivos para reagirmos a un problema, e monitorizan o éxito da resposta ou a falta dele...

Ademais do papel dos sentimentos o libro abrangue outras moitas facianas. Facendo da homeostasia un concepto central Damásio vai da sociabilidade, altruísmo e solidariedade nas bacterias, formigas e abellas ata a orixe da vida (*a probabilidade de tais moléculas complexas (ADN) virem reunir-se espontaneamente como primeiro paso na constitución da vida era quase nula*), a conciencia (onde hai que contar con algo máis ca cortea), o sistema nervioso entérico, e as culturas cun capítulo final onde o libro de Neil Postman, *Divertirse ata morrer*, publicado nos anos 80 (reseñado no Siso), serve para facer un diagnóstico actual do que acontece na vida cotiá e na información.

Haberá que lelo máis devagar. De momento, vai o aviso. Os libros de Damásio, sempre pagan a pena.

POSTDATA

Lembren que “espantoso” en portugués case sempre quere dicir, extraordinario. É palabra moi repetida.

Estudios de psicología patológica

José María Álvarez. Xoroi edicions, Barcelona. 2017. 384 págs.

Ramón Area. Psiquiatra.

Hospital psiquiátrico de Conxo. Santiago de Compostela

José María, autor ao que sempre cômpre ler, desta volta lévanos polo camiño da neurose. Inicialmente un cre estar diante da erudición á que os ten acostumados. As primeiras páxinas, o vocabulario, o maxistral percorrido pola historia e conceptos, a escrita longa que de vez en cando vese crebada polo curto e rotundo. Porén, un decátase ben cedo de que hai algo máis. Encanto lector e psiquiatra, ás veces atopo escritos que fan retornar ao siso casos e suxeitos, circunstancias das relacións cotiás ou aspectos propios para, de súpeto, seren alumeados no entendemento doutra maneira.

A novela, sabemos, ten os seus mecanismos interiores que os novelistas procuran dominar. Porén, sempre haberá un misterio no éxito e no talento que, no caso de funcionar, contribúe á unha experiencia particular na lectura de tramas e personaxes.

Dun xeito semellante (aínda que polo xeral menos reflexionado) o libro técnico, debe trazar unha ponte entre a experiencia clínica e literatura psiquiátrica que acade a solidez e visibilidade necesarias, nin de máis, nin de menos.

Na miña opinión estamos diante, sen dúbida, dun deses libros.

Talvez a súa *vontade de descrición* dunha *estrutura clínica* teña algo que ver. Xa di José María que debe existir unha reciprocidade entre o mundo dos fenómenos e o das explicacións, isto é, entre os síntomas e os mecanismos patoxenéticos. Aí é onde os que facemos clínica debemos sentirnos aludidos.



Encanto lectores arrastramos os nosos encontros co sufrimento e, nos bos libros, aceptamos o desexo de saber do que falou Aristóteles.

Álvarez avísanos das debilidades do modelo estrutural (as fronteiras, as novas formas de presentación do malestar e os apaños que fai o suxeito contemporáneo para manterse en certo equilibrio). Na súa precaución de non "...apegarse á teoría e adornala con elementos barrocos..." e na máxima de que "...os modelos están ao servizo da clínica..." seguramente residan algúns dos mecanismos internos dos que falaba denantes.

Como se fosen os subliñados que calquera de nós fai nas páxinas, comento e transcribo algunhas frases (previa tradución persoal ao galego).

"...A unidade da neurose (encanto estrutura) reside no desentrañar os mecanismos xenéricos que dan lugar as manifestacións. Tamén en amosar as vías que seguen os síntomas durante o seu proceso de formación..."

Hai, por tras de calquera aproximación á comprensión da neurose, un algo universal propio da condición humana: a falla-en-ser, unha falla do ser pola cal o ser existe. De aí que a neurose, asente en dous piares que teñen que ver con esta incompletitude radical dos suxeitos: o desexo e a pregunta neurótica.

"...asentada nunha falla esencial, o desexo anima o noso peregrinar polo calvario da vida a condición de admitir a falla-en-ser que nos constitúe..."

A partires de estas consideracións José María Álvarez agasalla mestría na súa descrición estrutural da neurose, histérica e obsesiva.

Cito:

"...O suxeito histérico gusta de permanecer insatisfeito, como se de esa maneira puidera poñerse a salvo da falla por excelencia... extrema a política de insatisfacción ata facer de ela o seu modo de vivir... Abala entre a queixa, a reivindicación rabiosa, a decepción grandilocuente e o desleixo depresivo... Se non pode ter o que desexa é, de fixo, porque nada do que se lle ofrece é suficiente para enchelo, ou porque o Outro, aínda que ten o que a el fáltalle, non llo quere dar... En calquera destas variantes sempre atopamos o común denominador de asumir a falla e garantir así a completitude e consistencia do Outro..."

Continúa a súa descrición a partires de dous elementos recoñecidos dende longa data na histeria: a procura de espectadores e a capacidade de confrontación e desafío. Ao respecto, di José María: "...a histeria quere un amo que saiba moitas cousas pero non as suficientes como para no crer que ela e o premio supremo de todo o seu saber..."

Pasa logo a neurose obsesiva, non sen advertir da artificialidade das dicotomías como psicose-neurose ou histeria-obsesión:

"...o suxeito obsesivo é un especialista en reducir o desexo á demanda, co que agarda evitar o desexo do Outro... fai o posíbel para que sexa o Outro quen lle pida e entrégase con esforzo a tales peticións, coma se fosen ordes... ese é un dos xeitos de conxelar o desexo pero... tamén lle praxe á prohibición, facerse prohibir polo Outro ata que, nos casos extremos, facer que o Outro deixe de desexar...". "...se desexa, mal asunto, porque a culpabilidade oprime pero, por se acaso, non desexa, a depresión esmágoa... de aí o coidado e as precaucións que se impón para vivir...". "...á hora de elixir está perdido, bota man de datos e rumia cálculos tortuosos que adormezan o seu desexo... prefire ser escravo e agardar na morada do labirinto...". "...É, na súa tendencia a postergar onde revélase o seu goce, porque non é o goce o que pospón co seu habitual "para mañá" senón que o seu goce está precisamente en esa perpetua dilación...". "...a entrega obediente ao Outro conta co regalo e coa fazaña como aparencias..."

No capítulo II, titulado o eloxio da histeria, o percorrido histórico evoca moitas das dificultades cotiáns nas consultas e nos servizos. Álvarez afina o discurso sobre da histeria dun xeito ben distinto ao ton despectivo que acompaña a algúns profesionais (de aí o eloxio). Lémbranos que "...alí onde se albisque unha creba do saber, o poder ou a moral, atoparemos o dedo do suxeito histérico sinalando a impotencia de quen se propón como amo...". Pero tamén, avisa, "...por que non seguir a confiar no bo criterio da histeria... logo de ser quen de poñer en xaque tantas teorías insubstanciais, de humillar aos máis vaidosos e desenmascarar aos farsantes... Grazas á súa proverbial insatisfacción, de fixo que a histeria contribuirá a poñer as cousas no seu sitio..."

O capítulo III reflexiona acerca das relacións entre histeria e depresión.

Define o estado da cuestión como “...o desprazamento dende a histeria cara a depresión, co beneplácito de especialistas e de doentes...”. A depresión somatóxena de Kielholz é, para José María, o exemplo de como operan conceptualmente os mecanismos de transvase pero, encanto ao verdadeiro motor do proceso, non dubida en sinalar “...a depresión é o síntoma e a caricatura do discurso capitalista e científico...”

Hai elementos de converxencia que son de fondo calado e talvez máis característicos do malestar contemporáneo “...o deprimido e o histérico son, hoxe en día, os suxeitos que representan o fracaso dos ideais modernos: “...pídesme que sexa feliz (e non podo) e que produza (e non podo)...”. Velái o histérico-deprimido capitalista.

No capítulo IV, a tristura é analizada polo miúdo ata engadir elementos á escaseza habitual (e que resume en: na consideración de afecto, no situarse no polo contrario á alegría, na confianza –encanto verdade– dos afectos e na diferenciación entre reactiva, endóxena e existencial).

Álvarez retoma o fio de escritores e filósofos para dar conta da tristura: Cicerón (e a cuestión da voluntariedade/involuntariedade da mesma): “...é necio consumirse baixo o peso da tristeza cando non reporta proveito algún...”.

Matices da tristura son: o *dó* (“...o recordo é un dos procesos implicados e un condimento imprescindíbel... ademais da dor e da pena, o recordar suscita a saudade e a nostalgia...”; a *soidade* (“...Benedetti: coa tristeza pódese chegar lonxe se un vai só...”); a *creación* (“...é un feito indiscutíbel que hai tristes inactivos pero tamén quen fai da súa tristeza o motor da creación...”, “...Pessoa: escribo triste no meu cuarto tranquilo, só como sempre estiven, só como sempre estarei...”; *inutilidade* (xa sinalada pola tradición estoica); *goce* (onde cita as páxinas dos ensaios de Montaigne que anteceden á ambivalencia freudiana); mal (que engarza clínica e ética ao seren necesario consideralo no trasfondo dos sentimentos de culpa e os autorreproches); *inacción* (“...cando tomamos como referencia a loucura maníaco depresiva, o oposto á tristeza é a actividade –e non a euforia–... tal e como sinalan moitos teólogos medievais pero tamén Janet: a inacción morosa, primeira forma da depresión, lentifícase e limítase a acción aínda que non a suprime. Na melancolía, a depresión máis profunda desemboca na fuxida do acto, na su-

presión mesma da vida...”); *covardía* (“...a enfermidade desculpa a responsabilidade diante dun xúbilo pola propia tristura...”); mentira (“...os afectos son portavoces do engano... (se entendemos que) ...o suxeito deféndese de aquilo que lle perturba... agás a angustia, o resto de afectos emparelláronse mediante un falso enlace con representacións que non lles pertencen...”); egoísmo (“...destácanse dous ámbitos no egoísmo, dunha banda o amor propio, o autorrecoñecemento e a benevolencia cara a un mesmo, doutra, a autocompasión e o vitimismo, máis vinculados coa tristura...”).

O capítulo V procura un retrato do melancólico ao través das descrições dos clásicos: Guislain (“...a incapacidade para o facer...”), Ribot (“...a debilidade dos desexos...”), Griesinger ou Schüle (e a énfase na dor da alma), a división entre simple, ansiosa, estuporosa e delirante...

Álvarez sinala o coñecemento acerca dos polos esquizofrénico e paranoico das psicoses namentres que a melancolía, a pesares do pulo nas investigacións psicopatolóxicas, segue e ter un algo de enigmático.

O capítulo VI tenta establecer a clínica diferencial entre a melancolía e a neurose obsesiva.

“...Cando se tende a pensar en termos de categorías ou de estruturas clínicas... búscase a diferenciación máis que a comunión...”. “...adoito orientarme neste tipo de análise psicopatolóxica por un modelo alumeado por tres lámpadas: o signo, a experiencia e a función...”.

Comeza por procurar os espazos comúns entre melancolía e neurose obsesiva: “...o pecado, a culpa, as supersticións e os escrúpulos... habitan a experiencia dos doentes melancólicos e obsesivos... aínda que –segundo a psicopatoloxía tradicional– a primeira procede da magnificación dun trastorno afectivo e a segunda dunha alteración ideativa e impulsiva...”.

Álvarez procede a repasar as relacións que resume en seis: diferenzas estruturais encanto psicose (melancolía) e neurose (obsesiva), presenza de síntomas obsesivos nas psicoses, síntomas psicóticos na neurose obsesiva, complexos sintomáticos comúns, pasos dende un tipo ao outro e, finalmente, a súa propia opinión: elementos sintomáticos de tipo obsesivo que xorden dos mecanismos destinados ao control da angustia.

Encanto as diferenzas, o retorno a Freud faise necesario na descrición precisa do melancólico e a significación última dos autorreproches "...as súas queixas son acusacións...". Así, ao obsesivo "...venlle grande a cuestión ontolóxica da indignidade do ser, tal e como a expón o melancólico xenuíno...". Sinala despois a importancia da "...relación co saber e a verdade..." na distinción entre obsesión e delirio. Tamén a relación coa temporalidade "...o obsesivo, aínda que con temor, mira cara o futuro onde proxecta seus sonhos... o futuro lévalle a cavilación dos posíbeis perigos que tenta controlar...". "...o melancólico e o seu "non poder" é tamén un *non poder avanzar* cara ao futuro... permanece –Rovaletti– no estatismo dun suceso temporal interno...".

Están logo as diferenzas sutís: "...non debemos buscar os aspectos cuantitativos, isto é, a intensidade da culpa así como tampouco a súa duración... as disparidades sitúanse en como o suxeito asume o sentimento de culpa e como soporta o reproche... o melancólico non anda con rodeos: doutor, son culpábel... (porén)... na escenografía do obsesivo sempre se avistan os brillos do desexo reprimido, a súa culpa cheira a desexo, os ecos das súas propias paixóns e dos que fuxe crendo que, poñendo terra de por medio, deixará de escoitalos...".

O capítulo VII aborda a cuestión da loucura normalizada, concepto de xurde dende a clínica, na existencia de "...algúns tolos que non o parecen..." e que desafían os modelos estruturais moi pechados pero tamén (e sobre todo) calquera definición á lixeira de normalidade (e anormalidade). A partir de aí, no capítulo VIII, Álvarez procede a unha reflexión sobre o feito do diagnóstico, da clasificación (e dos inclasificábeis) e a relación entre enfermidade e as subxectividadeas propias dunha época determinada.

O libro, en definitiva, vai dando conta de todas esas cuestións complicadas que xorden dende ese estar ao carón de doentes e do sufrimento, que tantas veces pasamos por alto ou, sabéndoas importantes, deixamos de prestarlles atención por non ser quen de entendelas (no mellor dos casos, claro).

La cultura del control. Castigo y orden social en la modernidad tardía

David Garland, Barcelona, Gedisa, 2005

Luis Rodríguez Carmona. Trabajador social.
UHRPsiquiátrica, Hospital Piñor. CHUO, Ourense

El libro de David Garland es un producto literario de un profundo acabado sociológico y criminológico. El recorrido detallado en el tiempo que hace el autor permite al lector, de una manera exhaustiva, comprender cómo fue posible que la historia de la justicia en EE.UU. y en menor medida en Gran Bretaña, mutase hacia un proceso de involución democrática. Cómo las inter-relaciones que se suscitaron entre la economía, la cultura y el orden social tuviesen un cariz diametralmente opuesto a lo que durante 30 años se sostuvo en estos países, donde se vivió la mayor calidad de vida de toda la historia de la humanidad.

Aunque el estudio comparativo se circunscribía a EE.UU. y a Gran Bretaña a medida que iba leyendo el libro fue inevitable extrapolar ciertos aspectos funcionales de su obra con lo que ocurre actualmente en nuestro país dada la globalización de nuestra sociedad. Me acordaba, entre otras cuestiones, del intento de reforma del Código Penal por parte del ex-ministro Gallardón. Un arduo deseo teledirigido con el propósito de restringir derechos y libertades de los ciudadanos en exclusión social. Una medida con especial incidencia en la enfermedad mental.

Se podrían comparar las tendencias neoliberales con otras medidas administrativas de carácter residual o retrógrado que otros ministros españoles llevaron a cabo y que desencadenó en definitiva en una mayor polarización social en nuestra sociedad.

Me resultó inevitable, con las diferencias obligadas, relacionar las infra-clases

en nuestras ciudades, con las *underclass* americanas o las británicas. Cómo se ha gestionado su pasado, presente y ahora los destinos de su futuro más inmediato.

Se dice que la ciudad de Nueva York es un crisol que anticipa cuáles serán las tendencias, en este caso, las de la evolución de nuestras necesidades sociales.

La obra profundiza en los porqués de una justicia ahora mucho más dura que lo era hace 30 años. Es incuestionable la proyección social interesada que se hizo y se hace de una sociedad ahora más insegura, más recelosa, donde sitúa en su misma estructura social al enemigo más acérrimo que perturba nuestra tranquilidad. El autor lo señala como el otro, el diferente, el sospechoso o el repudiado. Éste no es más que aquellos ciudadanos que se encuentran fuera del perímetro de la economía y del estatus social impuesto desde las élites económicas.

En los márgenes de este nuevo orden social seleccionado e impuesto se encuentra la amenaza que obedece a una figura monstruosa nacida del mal.

El alejamiento, la reclusión o incluso su eliminación, se ofrecen como la única e incontestable respuesta ante la amenazada seguridad de una clase social privilegiada. Se recupera la teoría hobbesiana del Leviatán.

Las causas para un cambio histórico de este orden poco tuvo que ver con la justicia penal sino con la relación que se derivó de la crisis del estado del bienestar y la dinámica transformadora de la modernidad tardía.

El autor describe cómo el sistema penal que durante los 30 años de la llamada época dorada (1950-1973), se instaló en la sociedad civil sustentándose en los parámetros del razonamiento y de la integración social como engranajes imprescindibles para la homeostasis de la sociedad.

El pleno empleo y la nueva red de seguridad penal *welfare* significaron que se instalase en la sociedad un nivel de seguridad económica sin precedentes.

La brecha entre ricos y pobres nunca fue más próxima. Los malos recuerdos de la Gran Guerra y de la Gran Depresión quedaban en el olvido.

Antes de la aparición en escena del nuevo orden o de la llamada modernidad tardía la criminalidad en la sociedad era visualizada como un problema de inadaptación o de familias desestructuradas víctimas de una injusticia

social que era el detonante de la desviación del sujeto como ser asocial.

Se posibilitaba pues la oportunidad de remediar la conducta y de reconducirla hacia un orden social y comunitario aceptado, vertebrado en la recuperación del sujeto como un ser potencialmente social. La socialización en ocasiones era un proceso insuficiente, un déficit comunitario, no era una responsabilidad en exclusiva del individuo. La recuperación era un proceso necesario tanto para el delincuente como para la víctima.

El sistema penal-*welfare* estaba arraigado bajo un discurso keynesiano o del propio pensamiento de Thomas Marshall, donde las garantías del saber del experto y las bases del derecho se entrelazaban con el humanismo más cercano del ciudadano que se situaba fuera de las oportunidades del sistema.

Con el tiempo surge el eslogan de “nada funciona” el cual se hizo omnipresente en la sociedad. La erosión del mito de que el estado soberano es capaz de generar ley y orden puso en duda la legitimidad del propio sistema. Es a partir de la crisis del petróleo de los años 70 cuando el equilibrio que la política social democrática ejercía sobre el capitalismo fue incapaz de frenar su versión más ególatra y agresiva de este. Todo se volvió entonces más dramático.

La caída masiva del empleo y con ello el empeoramiento de la calidad de vida de la ciudadanía trajo consigo graves consecuencias sociales.

Las nuevas tendencias sociales tuvieron un efecto directo sobre las altas tasas del delito que empezaron a disparar las estadísticas.

Se empezó a buscar interesadamente al chivo expiatorio que había irrumpido en el gran sueño de la civilización americana tornándola en una pesadilla indigesta para la ciudadanía. La entrada en escena de la política de la Nueva Derecha eligió en su versión más populista al culpable de la quiebra y con ello la solución a los actuales males que aquejaban a la sociedad, su dictamen no era otra cosa que extinguir todo aquello en lo que se fundamentaba la *welfare*.

Amplios cambios sociales impactaron en dos dominios sobre la ciudadanía: por un lado el delito y el control social y por otro las instituciones del bienestar.

El sistema del control del delito facilitará nuevas tendencias para que el

disfrute de las libertades del mercado dependan de ejercer el control de los grupos excluidos que se presentan para la modernidad tardía como una seria amenaza, dejan de ser vistos como una oportunidad para la mejora de la sociedad.

Esta es una forma de proceder antigua, moralista y perversa.

El delincuente se convierte en la causa perdida de la cual hay que protegerse, un objeto inservible en contraposición al discurso recuperador del penal *welfare* donde era visto como víctima del sistema. Argumentos como el paternalismo, la infravaloración del experto empujaron hacia el desprecio por la infra-clase.

Esto sirvió para que las políticas neoliberales y neoconservadoras de políticos como Margaret Thatcher, Ronald Reagan y más tarde Bush padre, instalasen en la sociedad su ideario político que era separar o polarizar la sociedad, imponiendo para ello soluciones agresivas del mercado.

Todo el periodo de acercamiento que hubo entre las clases sociales durante el periodo posterior a la Gran Guerra ahora era una seria amenaza, la igualdad tenía un efecto corrosivo para un discurso profundamente separatista. El populismo desplegaba misivas como la necesidad de un estado más represivo contra los pobres a los cuales describía como los males endémicos del sistema. Emplearon uno de los pilares del discurso neoliberal que es la eficiencia del gasto público sin descubrir el deslizamiento que había detrás de esta premisa como era la externalización de los servicios públicos por intereses privados.

La codicia se extendió en el ideario de la nueva corriente bajo un doble discurso: el mediático populismo para la ciudadanía social y el interno para las élites económicas. La implementación de lo privado en lo público permitiría confirmar y garantizar sus verdaderos objetivos mercantilistas.

Para alicatar y desviar la atención se promovió el discurso del miedo y el fomento de la inseguridad atrapando a la masa social en un efecto conducido por lo irreflexivo. Se apeló a la comunidad como solución al mal endémico des-responsabilizado de cualquier acto decisivo al aparato estatal.

Lo realmente conmovedor es lo moldeable que ha sido la opinión pública, si

bien es cierto el rol decisivo de los medios de comunicación, todos en definitiva jugaron un papel decisivo para dejarse asentar por el discurso de la amenaza del sistema. Un discurso perfectamente politizado distrajo a la sociedad en beneficio de instaurar un modelo muy cuestionable con los derechos humanos de las capas más desfavorecidas. Todo por mantener un estatus social para un grupo de elegidos que se instalan en el otro lado de una línea imaginaria dictada por la economía y la ideología del momento.

Hay en definitiva un desprecio por la evidencia empírica de la política criminal y por las verdaderas causas de la ciudadanía excluida.

La cobertura mediática, el acabado informativo amarillista combinado con el discurso ramplón de la nueva política, fueron decisivos para la fuerte influencia en la ciudadanía hacia un modelo que establece dos tipos de sociedades: los que están dentro del sistema y los que se mueven en su perímetro.

La criminología reaccionaria desplazó a la criminología socialdemócrata, la cual se animó y colaboró sin paliativos con un acting que puso en evidencia los propios fundamentos del ethos que la sostienen. A la crítica de la izquierda se sumaron las corrientes de la derecha, conservadores y liberales impactando frontalmente con los argumentos welfaristas y de los expertos, quienes pasaron de tener una respetabilidad profesional en las décadas anteriores, a perder prácticamente toda la credibilidad posible.

Las tendencias y los cambios en las estructuras sociales del momento acabaron por socavar la precaria solidaridad social que podía quedar a finales de los años 70. La sensibilidad por la carencia dio paso a la sensibilidad por el delito, la solidaridad se suplantó por la individualidad social y la confianza fue destronada por el pánico social. El aumento de los delitos violentos en la década de los 80 fue incuestionable, la brecha social entre la clase media y los excluidos fue el resultado del desprecio por determinados colectivos. La sociedad adquiriría un nuevo molde; para aquellos que se encontraban fuera del sistema se les reservaba los espacios próximos a los suburbios, los alcantarillados, las calles oscuras o los centros penitenciarios para poder garantizar de esta manera la seguridad de los buenos ciudadanos.

La justicia se presentó 30 años más tarde con respuestas más retrógradas, como un ente vengador frente al delito, donde la comprensión humana no

tiene cabida y tan sólo el odio o el resentimiento son capaces de aplacar la sed de venganza ante el enemigo.

Se pasó de un marco socialdemócrata fundamentado en el control económico y en la liberación social a un marco de libertad económica y de control social.

La nueva ecuación producía que los ricos se hicieran más ricos y los pobres más pobres. No hay ningún interés por invertir en la mejora de la masa social, el objetivo es claro, las élites económicas quieren un menor reparto del pastel económico lo que significará que gran parte de la sociedad se quede sin nada.

El delito cobra una mayor relevancia, es su presencia forzada por las medidas tomadas lo que lo desencadena. Sobre el dolor de la víctima se potencia y se canaliza el discurso del causante de esta nueva tendencia. La víctima por lo tanto adquiere y representará el papel principal de la obra, sale de su silencio para mostrarse como el estandarte y el objetivo finalista de la nueva justicia. Se despoja al delincuente de cualquier protagonismo positivo.

La víctima es ahora expuesta, escuchada y utilizada por intereses ideológicos que sostengan un cambio del modelo social.

Un cambio social que no pretende otro objetivo (y esto lo considero decisivo) que cambiar el modo de pensar y de actuar de la masa social.

El actual sistema judicial vigente diagnostica y exige un mismo tratamiento para el delincuente, se impone mecánicamente la dureza jurídica como respuesta inexcusable ante el daño ocasionado a la víctima. Una víctima que proyecta en el imaginario social la posición de sufrimiento como un molde individualizado y extrapolable para cada delito que se comete. El castigo se convierte en el axioma de la norma y tal decisión es afrontada desde el púlpito de la emotividad de la masa social.

Esta epidemia de inseguridad que paranoïdiza y angustia a la masa social es abordada ahora desde los mecanismos punitivos más extremos aún a costa de reducir los derechos y libertades individuales o las garantías constitucionales de las mismas. Solo hay un objetivo en esta arbitrariedad: el orden y el control social. En el aparato político-administrativo del estado no hay rastro de responsabilidad, se ha trasladado al sujeto y a la comuni-

dad a la cual se les cede las competencias para ajusticiar al reo. Las competencias de los expertos o de los profesionales en la materia, han quedado relegados ante el poder y la angustia neurótica de la masa social se presta atrevidamente a ser la garante del nuevo orden social.

Ahora más que nunca las medidas son más represivas y los encarcelamientos masivos, no hay validez para otra alternativa, el modelo del penal-welfare ha quedado reducido a su discurso.

Si bien el estudio se focaliza en dos países de una importancia globalizada como EE.UU. y Gran Bretaña no deja de cuestionarse el efecto que este discurso plasmó en otras partes del planeta entre ellas nuestro país.

La acción colectiva se condicionó por el cruce de influencias que se producen dentro de una complejidad en los planos de la estratificación social, como son las variables como el empleo, la educación, el sentido de la propiedad, la identificación social o la integración de los colectivos más desfavorecidos.

La evolución de la sociedad ha mutado hacia un estadio más anómico e inseguro, la hostilidad hacia el desfavorecido se traduce en aplicar un mayor control en sus libertades y de restringir sus derechos como si la amenaza sólo viniese desde ese lado, no se siente el mismo rechazo hacia la delincuencia de cuello blanco, los delitos financieros a gran escala, los desastres medio ambientales o los delitos fiscales entre otras cuestiones de enorme impacto macro-social. La exclusión social lo alcanza todo, parámetros culturales, económicos, sociales, raciales o étnicos.

Hoy resulta difícil encontrar un marco socio-político que favorezca la integración, prevalece la conciencia social de un carácter insolidario sobre todo en una clase media influenciada por la cultura del miedo y con la continuada crisis del estado de bienestar.

Se suele decir que la conciencia social suele ir por detrás de los hechos sociales y no al revés, actualmente lo heterogéneo del problema y la dispersión de su campo de acotación impide una defensa de sus intereses.

En las últimas décadas nos hemos acostumbrado a observar episodios de violencia impactante en distintas ciudades americanas cuando la segregación de una parte de la sociedad aflora hasta límites insostenibles. Esta evolución

social no es fruto del azar sino que obedece a estrategias e iniciativas de determinadas políticas. Giddens ya señalaba que las infraclases en EEUU la componían fundamentalmente negros, puertorriqueños y mexicanos, son los señalados por las políticas neoliberales que lejos de erradicar su distanciamiento social lo hacen más amplio y más endémico.

Se ha construido un extra-sistema que no solo tiene pocas posibilidades de una movilidad social ascendente sino que emplea la violencia social como respuesta a la inseguridad. Hoy la clase media se caracteriza por su tendencia a la inclinación autoritaria, el afán por el orden, el respeto a la autoridad y al mantenimiento de la seguridad para beneficio de su propio estatus. Nuestras generaciones viven sin duda en peores condiciones sociales que la de nuestros padres.

El tipo de modelo construido y consentido por la sociedad es para revisarlo con profundidad. La ceguera humanitaria producto de una codicia e insolidaridad sin límites, está llevando a límites preocupantes, la convivencia planetaria. La jaula de hierro a que hace mención el autor es construida desde los cimientos del capitalismo que se erige hoy como la brújula del orden mundial. El apartheid social que se sucede en las sociedades avanzadas del primer mundo, amenazan seriamente la convivencia y la seguridad de nuestro sistema.

Hoy las tendencias sociales se imponen a una velocidad imposible de que la especie humana sea capaz de procesarla. Esto reproduce que vayamos por detrás de las consecuencias y de los acontecimientos, sin estar preparados o emitamos un acuerdo o desacuerdo sobre lo que se avecina.

Actualmente los mercados financieros se imponen ferozmente sobre los gobiernos, sobre el saber de los especialistas y sobre la ciudadanía.

El futuro dependerá de variables políticas y sociales, así como de la capacidad de acción que puedan tener los sectores y grupos sociales más postergados de la estructura social. Ningún curso social es irreversible pero dependerá de lo que se reaccione a tiempo ante la tendencia social imperante que dura ya cuatro décadas.

El manicomio químico. Crónicas de un psiquiatra recalcitrante

Piero Cipriano. Enclave. 2017. 410 páginas.

Ramón Ramos Ríos. Psiquiatra

Hospital Psiquiátrico de Conxo. Santiago de Compostela

Piero Cipriano es psiquiatra, con ejercicio en la sanidad pública italiana actualmente. En 2013 publicó *La fabbrica della cura mentale. Diario di uno psichiatra riluttante* (obra que no he encontrado publicada en castellano). *El manicomio químico* es una continuación del libro anterior y en él además relata episodios que le sucedieron a raíz de su difusión y hace mención a las reacciones que motivó. Como la de un enfermero que le pregunta para qué escribió ese libro, si él es así o interpreta un papel, porque si antes ya tenía mala fama en el hospital (mala fama por su negativa a atar a los pacientes) ahora podrían molerle a palos. O el diario que le remite un joven que sufre un internamiento involuntario relatando su experiencia que para el autor tiene mucho más valor que el alegato que él es llamado a realizar en una comisión de bioética como experto en contenciones.

El libro se divide en varios capítulos en los que va exponiendo desde su experiencia y contando con los testimonios de otras voces críticas, como el manicomio que en su país cerró Basaglia ha sido sustituido por otro más sutil que es el que se encuentra en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales y en la práctica psiquiátrica habitual en los países occidentales: el manicomio químico. La mayoría de los capítulos se pueden entender separadamente e incluyen experiencias personales, viñetas clínicas y anécdotas ficticias. Hay una serie de capítulos en que hace un resumen del libro *Anatomía de una Epidemia* de Robert Whitaker poniéndolo en relación con su práctica real; para Cipriano, que inicialmente se acerca

a esa obra con reticencia, este periodista recopiló las pruebas de lo que años de experiencia a él le venían mostrando.

Del libro me gustaría destacar el último capítulo “La banalidad de los especialistas” en cuyo título el autor sintetiza la expresión “la banalidad del mal” acuñada por Hannah Arendt para explicar el comportamiento de los ejecutores del holocausto judío y el título de la película *Un especialista. Retrato de un criminal moderno*, documental sobre el juicio a Adolf Eichmann, funcionario “especialista” en deportaciones que se consideró artífice de la “solución final”. Los especialistas en este caso son los trabajadores de la unidad de internamiento psiquiátrico y los crímenes contra la humanidad son las acciones realizadas sobre los enfermos allí ingresados. El interrogatorio dirigido hacia unos compañeros de trabajo caricaturizados, o a sí mismo, o a partes de sí mismo representadas por los psiquiatras enjuiciados en ese proceso ficticio, aunque pueda parecer un modo de concluir pesimista, resume el mensaje de este libro que trata de ser optimista: hay esperanza si puedo pensar, si puedo ser crítico.

Hace ya algún tiempo una de las personas que visito me preguntó si conocía el experimento de Zimbardo y cuántos de mis colegas habían oído hablar de él, y me prestó la película *Experimenter: La historia de Stanley Milgram* para que la viese. Ese era el modo de actuar en salud mental a su entender. En este libro, no casualmente, ambos experimentos aparecen citados. Ahora sé que en esta profesión es importante conocerlos para entender muchas de las cosas que suceden en el manicomio, en el real, en el de las unidades de agudos de los hospitales generales, en los que a veces organizan las asociaciones de familiares y en los domicilios convertidos en lugares de custodia. Porque en el paso desde la universidad a la residencia y de la residencia a la práctica real, algunos hemos aprendido que la autoridad que nos confiere el saber psiquiátrico tiene pies de barro cuando la queremos aplicar al sufrimiento real de las personas. Entonces nos ponemos a pensar que todo es mucho más complejo y que a lo mejor se podría hacer otra cosa.

Se trata de un libro de fácil lectura (aunque la traducción es mejorable) y que no es necesario leer linealmente; muy recomendable para cualquier persona que una vez ha conseguido el título de especialista en salud mental,

comience a cuestionarse el objeto de su profesión o incluso a avergonzarse de algunas de sus actuaciones o de su ignorancia sobre lo que le sucede realmente a las personas que atiende. A los colegas que nunca han pensado sobre esto (o no están preparados para reconocerlo), se me ocurre aconsejarles que dejen esta lectura para más adelante y que se lean concienzudamente los protocolos de contención de sus hospitales, los algoritmos de tratamiento, las fichas técnicas de los fármacos y las recomendaciones para el manejo del síndrome metabólico.

Lecciones de introducción al psicoanálisis

Oscar Masotta. Barcelona. Gedisa, 1996. 123 págs.

BALTIMORE, VIGO E MASOTTA

Rubén Touriño. Psiquiatra. Barcelona.

Non coñezo Baltimore, o certo é que tampouco moito Vigo. Talvez unha e mais a outra sexan cidades invisibles como as de Ítalo Calvino, habitadas coma aquela chamada Leandra por eses pequenos demos, Penates e Lares, que pasaban o tempo a discutir sobre cal deles constituía a verdadeira alma do lugar: se os que emigraban ou os que quedaban; ben seguro eran trasnos lingoreteiros ó xeito daqueloutro miúdo, imposible de atrapar, que mora en nós e nos gasta bromas.

Mais o prólogo que escribe Óscar Masotta en *Lecciones de Introducción al Psicoanálisis* (1977) lémbreme a conferencia de Lacan en Baltimore (1966) cando no raiar do día, ante o espectáculo da cidade que se lle presenta pola fiestra “separado de toda natureza, ritmado pola circulación e o reloxo que esburaca co seu neón a noite a cada minuto” (E. Laurent, 2003) nos obsequia cunha poética definición: o inconsciente é a imaxe de Baltimore cando amañece; talvez se podería dicir que tamén é a da ría de Vigo na alborada.

Masotta, diante dunha audiencia heteroxénea, lonxe de identificarse a un conferenciante, advírtese “espectador intermitente” perante as “presentacións, de paisaxes e de persoas”; intermitencia na que se fará presente o discurso psicanalítico, ó xeito do pulsátil do inconsciente.

Así, a intención de introducir o campo da teoría e da práctica psicanalíticas a “médicos, psiquiatras, psicólogos, pediatras, traballadores sociais, estudantes”, facendo uso de palabras sinxelas sen que isto comportara unha banalización dos conceptos, é o que o acompañará a Vigo durante dous días do novembro de 1976 que se continuarían con outros dous en xaneiro do 1977. A imposibilidade de levar a cabo tal empresa nos devanditos intervalos e un desexo decidido de transmisión das ensinanzas de Freud e Lacan, desplazaríase cara a elaboración do presente traballo: “Resguardo de la falta” é como titula o que estaba destinado a ser o primeiro volumen dunha serie, posteriormente editado como “Lecciones de introducción al psicoanálisis”.

O punto de partida non podía ser outro que o comezo: o encontro de Freud coa clínica da histeria. A agudeza da lectura de Massota dá boa conta da actualidade da lectura freudiana: se dende a antigüidade dos gregos a enfermidade era considerada da orde do feminino (a propósito da etimoloxía de histeria en canto útero), Freud rompe coa resonancia da matriz cando trata de conectar a psique coa sexualidade: a histeria afecta tamén ós varóns, e o trauma que a causa non se ubica na xenitalidade senón no aparato psíquico; esto a súa vez introduce unha hiancia entre sexo e saber. Dito doutro xeito: “a teoría freudiana lonxe de ser antifeminista ofrece un punto de partida para plantear o feminismo como necesidade e como cuestión”.

A pulsión, concepto que desenvolve Freud en discrepancia do instinto animal e que a diferenza deste último non ten un obxecto (determinado naturalmente), será unha referencia fundamental sobre a que se volverá en varias ocasións no texto.

Especial atención adicará tamén á intuición de Freud sobre o concepto de significativo, término da lingüística contemporánea que permite destacar “que toda palabra pode remitir a máis dunha significación”, que a relación entre a palabra e a cousa, entre o significativo e o significado, é arbitraria. Na formación dos síntomas, do mesmo xeito que nos chistes, “se ben a palabra permanece, o significado escorrégase” como tamén o fai o desexo que se pretende capturar no relato do soño, máis aló da consideración freudiana dos mesmos como cumprimentos de desexo.

Ubicar o significativo no centro da práctica, permítelle esbozar a diferenciación da situación analítica tanto coa *comunicación* coma coa *comprensión* do doente; máis ben “no que quere dicir, e por intermedio desas fallas da palabra, (o analista) escoita o que o paciente non quere dicir”, facendo posible a lectura na fala daquelo que un non sabía que dicía.

Referencias ós conceptos freudianos de fantasía, falo, castración, complexo de Edipo, son introducidas dun xeito áxil. O saber da ciencia en relación ó saber do discurso analítico, o corpo como bordes e superficies no canto da concepción do organismo que ocupa á medicina, serán algunhas doutras consideracións igualmente esbozadas.

Volver a Freud “devolvendo ás palabras a súa capacidade de abraiar” foi a premisa que o guiou na elaboración da presente obra e na súa decidida actividade en diferentes ámbitos da vangarda intelectual, con notables efectos de transmisión dunha ensinanza ata a súa prematura morte en 1979, dando lugar a grupos de estudo, publicacións e a fundación da Biblioteca Galega de Estudos Freudianos en Vigo, ademais da Biblioteca Freudiana de Barcelona. Como apuntaba a súa filla: “Es precisamente hacer danzar al lenguaje aquello a lo que desde mi punto de vista, él se dedicó. Su vocación.” (C. Massota, 2017). En efecto, no texto transmítense a vivacidade dun baile no que un paso leva a outro, e que lonxe de esgotarnos causa o desexo alegre de, albiscada a estrutura dunha coreografía, continuar practicando.

NOTAS

Calvino, I. *Las Ciudades Invisibles*. Madrid: Siruela, 2008

“Un duendecillo travieso que nos gasta bromas: hete aquí el deseo”. Lacan, profesor de deseo. Entrevista a Jacques-Alain Miller, por Christophe Labbé y Olivia Recasens. <http://ampblog2006.blogspot.com.es/2014/12/lacan-profesor-de-deseo-entrevista.html?spref=fb>

Laurent, E. *Ciudades psicoanalíticas*. Virtualia N° 8, junio-julio 2003, p. 2. <http://virtualia.eol.org.ar/008/default.asp?notas/el Laurent-01.html>

Massota, C. “Historia de una transmisión”. En: *Oscar Masotta. La teoría como acción*. México: Editorial RM, 2017, p. 39

Próximamente o MACBA acollerá a exposición “*Oscar Masotta. La teoría como acción*” (23 marzo-11 setembro 2018), coincidiendo coa celebración do XI Congreso da Asociación Mundial de Psicanálise (AMP) “*Las Psicosis Ordinarias y Las Otras. Bajo Transferencia*” (2-6 abril 2018)

Otra historia para otra psiquiatría

Rafael Huertas. Barcelona, *Xoroi Edicions*, 2017. 326 págs.

LA OTRA VERSUS LA UNA

Carlos Rey. Psicoanalista. Barcelona

carlosry@copc.cat

No es la primera vez que el eminente investigador e historiador Rafael Huertas dice compartir con los *Alienistas del Pisuerga* la interacción existente entre *historia* y *clínica*. De hecho, la monografía publicada en 2012 por la editorial *Los libros de la catarata* que lleva por título *Historia cultural de la psiquiatría*, fue su anterior contribución a la apuesta de *La Otra psiquiatría*. La relación de Rafael Huertas con esa *otra* clínica que estudia y trata la condición humana data de 1997, que es cuando empezó a participar en los encuentros de *La Otra psiquiatría*. Los trabajos presentados y discutidos en dichas jornadas –y algunos más– los ha reunidos bajo el título ***Otra historia para otra psiquiatría***. Editado bajo el sello de *Xoroi Edicions*, este libro es el tercero de los publicados en su colección *La Otra psiquiatría*. Recordemos que los dos anteriores títulos fueron *Estudios sobre la psicosis*, de José María Álvarez y *Las voces de la locura*, de José María Álvarez y Fernando Colina.

Esa *otra* historia que nos presenta R. Huertas –cito al autor– no es “una historia positivista, descriptiva, acumulativa, complaciente con el pasado y acrítica con el presente, sino *otra* historia analítica, hermenéutica y crítica, que interpele al pasado para pensar el presente y para actuar o propiciar actuaciones suficientemente fundadas. (...) En definitiva, *otra* historia comprometida con *otra* psiquiatría, la que considera necesario cambios epistemológicos profundos sobre la naturaleza del trastorno mental y sobre el papel del experto (psiquiatra, psicólogo, psicoanalista, etc.) y del propio paciente –cuyo empoderamiento debe ser una prioridad absoluta–” en la clínica de las sintomatologías psíquicas.

La *psique* y su *pathos* no puede considerarse patrimonio de un único saber, pues desde la filosofía a la literatura muchas son las ramas del inacabable árbol de la sabiduría sobre la condición humana. “Es esta condición híbrida la que puede explicar las importantes diferencias epistemológicas que se producen en el ámbito de las disciplinas *psi*: cuerpo y alma; cerebro y mente; materia y pensamiento; neurotransmisor y significante; representan modelos antitéticos desde los que tradicionalmente se han elaborado los acercamientos a ‘lo mental’”. A su vez, estos dos enfoques han producido una historiografía tradicional y otra crítica. La primera se caracteriza por “historias que pretenden mostrar esa evolución ‘lineal’ de la psiquiatría, desde unos incipientes inicios hasta un presente de ‘máximo progreso’, que se tiende a asimilar con los avances de la biomedicina”. En este polo historiográfico se han hecho fuertes las espaldas plateadas de la psiquiatría y la psicología que practican el pensamiento único.

En el otro polo historiográfico R. Huertas nos habla de esa otra historia de la locura, la que va más allá de la historia de la psiquiatría. Otra historia, crítica con el saber que deviene en poder sobre el paciente y con las instituciones que se ponen al servicio del control social. Otra historiografía que tiene en cuenta los textos surgidos en el contexto de los años sesenta y setenta del siglo XX: Michel Foucault, Erving Goffman, Franco Bassaglia, Thomas Szasz; así como las actualizaciones de esos discursos en los años ochenta, noventa del pasado siglo y primera década del actual, con los trabajos de Robert Castel, la historiadora estadounidense Jan Goldstein, el filósofo de la ciencia canadiense Ian Hacking y el historiador británico Roy Porter, quien nos propone una historia desde el punto de vista del paciente: de sus dichos y sus escritos. “Una historia desde abajo”. Sobre este aspecto R. Huertas nos dice: “El punto de vista del paciente nos da claves para valorar que lo *bio* en salud mental no es solo lo *biológico*, sino también lo *biográfico*”, así como para “comprender la violencia del diagnóstico y del estigma. (...) La actualización de los discursos de la historia crítica de la psiquiatría, está proporcionando una solidez teórica y empírica a este ámbito de conocimiento, que camina hacia una historia cultural de la subjetividad como opción historiográfica (...) en la que el sujeto (mediatizado por el lenguaje) prima sobre la enfermedad, en la que se presta la máxima atención a la subjetividad de la persona y en la que el *pathos* y el *ethos* se conjugan en el núcleo mismo del pensamiento psicopatológico”.

A destacar, de los estudios que componen este libro, la aportación historiográfica de su autor al actual debate sobre la psicosis única y lo múltiple de sus formas, y sobre la continuidad y discontinuidad; sobre la semiología de la subjetividad, inherente al nacimiento del alienismo; sobre el concepto de perversión sexual en la medicina positivista y la construcción de un modelo médico sobre la delincuencia; así como el antes y después que supuso la publicación de *El poder psiquiátrico* de Foucault, en la historia de la psiquiatría y, sobre todo, en la historia de la locura.

Y porque la historia no es *Una*, R. Huertas nos trae a colación *La filosofía de la locura*, del precursor del tratamiento moral y del movimiento alienista Joseph Daquin, quien fue ninguneado por Philippe Pinel en su famoso *Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental*. Y eso que el texto de Daquin fue publicado una década antes que el tratado de Pinel.

Juzgue el lector la actualidad de Daquin con esta cita que se reproduce en el libro de R. Huertas: “Quiero que el médico se acerque con parsimonia instruida y reflexionada, que no recete en la primera visita medicamentos enérgicos y demolidores incluso antes de que la enfermedad se haya desarrollado y, sobre todo, que no ofrezca, con la cabeza baja, remedios nuevos, cuyo mérito consiste en anunciarse en los papeles públicos y cuya eficacia estriba en dar dinero a esos voceros y falsos que se llaman inventores”.

R. Huertas considera que “la historia de los trastornos mentales no puede ser una mera enumeración positivista de términos y conceptos, sino que es preciso contextualizarlos con esmero desde el punto de vista científico, social y cultural, con el fin de ayudarnos a pensar la locura –y la clínica– más allá del dato esquemático recogido y catalogado en la guía diagnóstica de turno”.

En los manuales oficiales y académicos es observable la utilización torticera de la historia. Como por ejemplo, en el intento de sustituir la neurosis obsesiva de la psicopatología clásica por el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) de la *invidencia científica*, como si fuera una evolución histórica natural, lineal y progresiva hacia el saber definitivo. “Un intento –dice R. Huertas– que es, cuando menos engañoso porque, en realidad, lo que hay entre una concepción y otra es una ruptura (de paradigma), pues las obsesiones y las compulsiones han transitado en las últimas décadas desde

interpretaciones más dinámicas hacia orientaciones que son claramente biológicas. (...) Todo lo cual ha ido desplazando, cuando no anulando, el interés y las investigaciones sobre aspectos biográficos y culturales, en la génesis de los síntomas obsesivos y compulsivos”. Sobre esta cuestión R. Huertas nos ofrece un riguroso análisis de los textos clínicos sobre las obsesiones en el seno del movimiento alienista francés; esto es, desde el nacimiento de la clínica hasta las últimas décadas del siglo XIX; así como del *ruido de fondo* o *el espíritu de la época* –como se le quiera decir al contexto social, político y económico– que interactúa en la construcción de los textos clínicos. “Para el caso francés, parece evidente que la medicalización de las obsesiones, mediante su asimilación al modelo de la monomanía, surge en el momento en el que en la Francia posrevolucionaria tiene lugar el afianzamiento definitivo del poder burgués y el modo de producción capitalista”.

Con Freud hay cambios y hay continuidad. “La obra de Freud supone un cuestionamiento del positivismo y el organicismo psiquiátrico”, y la neurosis obsesiva es interpretada desde una concepción dinámica. “A partir de la obra de Freud se abre, pues, un camino diferente y fuertemente innovador desde el punto de vista nosográfico, pero también psicopatológico e historiográfico. (...)”

El concepto dinámico de neurosis obsesiva se afianzó a lo largo del siglo XX para ser sustituido en el último tercio del mismo por categorías más acordes con las realidades socioeconómicas y con el pensamiento hoy día hegemónico en el ámbito *psi*; esto es, una psiquiatría biológica, una psicología conductista y una psicopatología estadística”.

Resumiendo la importancia de esta novedad editorial que se presenta, y en el decir del autor: “Sirvan estas páginas como propuesta epistemológica en torno a la necesidad de pensar históricamente determinadas cuestiones psicopatológicas que nos permitan valorar el peso innegable tanto de la clínica clásica, como de los elementos sociales y culturales que, en muy buena medida, contribuyen a elaborar (o construir) las categorías diagnósticas. (...) La existencia de una clínica de la subjetividad ya desde los mismos orígenes de la semiología. psiquiátrica me parece incuestionable”.

La palabra en psiquiatría. ¿Todavía eficaz?

Fernando Vicente Gómez. Xoroi edicions. Barcelona. 2016. 234 págs.

Federico Menéndez Osorio. Psiquiatra. A Coruña.

El libro (con un prólogo de Fernando Colina y de J. Oury) va a plantear de forma amena, rigurosa y actual, lo que en su práctica a lo largo de los años de formación y trabajo, le permitió reflexionar en aquello que supone lo específico del quehacer de lo “psi” en salud mental y más concretamente en lo institucional.

Centra su temática sobre lo que son los ejes articuladores y específicos de nuestra función: la palabra, el lenguaje, la subjetividad, la historia (clínica), el inconsciente, lo simbólico... y todo ello en su formulación clínica, en la locura y en lo institucional.

Intenta poder entender y leer, desde el registro simbólico, el órgano y el cuerpo como significante y representación. La víscera como lo “visceral”. La entraña como lo “entrañable”.

Esto lleva aparejado una escucha y una mirada clínica de lo singular, de lo particular, del caso por caso, lo que es del orden del sujeto que habla en su escisión constitutiva y como efecto del lenguaje.

Va a comenzar su texto por lo que las neurociencias, la genética, la sociología –incluso la economía– nos dicen y precisamos conocer en su articulación y relación con lo psíquico. Pone en evidencia el contraste con lo que de estos saberes –sobre todo de la genética y las neurociencias– nos dan ciertos foros, revistas y centros psiquiátricos, ocultando y obviando todo

aquello que no cuadre ni entre en el reduccionismo, dogmatismo y mecanicismo de una visión (ideología) biologicista falaz y científicista –que no científica– envasándonoslo como productos comercializados.

Hace hincapié el autor, en lo específico y necesario de rescatar como diferenciador de nuestra función clínica: el valor del relato, la biografía –las patografías–, el decir del paciente, en el sentido que lo daba P. Ricoeur cuando decía: “la vida se comprende a través de las historias que se narran sobre ella, por todo tipo de relatos que oímos”... “los síntomas se integran en una historia que puede contarse mediante la labor del habla”... Lo que más explícitamente Ortega afirmaba cuando decía, “frente a la razón pura físico-matemática, hay pues una razón narrativa. Para comprender algo humano, personal o colectivo, es preciso contar una historia”. Merleau Ponty viene a ratificar la necesidad y la eficacia de la palabra cuando afirma: “en cuanto que el hombre se sirve del lenguaje para establecer una relación viva consigo mismo o con sus semejantes, el lenguaje no es ya un instrumento, no es ya un medio, es una manifestación, una revelación del ser íntimo y del vínculo psíquico que nos une al mundo y a nuestros semejantes”.

Más allá de toda fenomenología, Fernando Vicente, introniza el lenguaje –en tanto que seres hablantes– como el fundamento de nuestro trabajo psicopatológico. Hace suyo lo que ya afirmaba Heidegger: “el lenguaje es la casa del ser, en su morada habita el hombre” y lo que suponía para Wittgenstein, “el lenguaje es una parte del organismo”, “los límites de mi lenguaje, significan los límites de mi mundo”; muy apropiado para entender los límites del mundo psicótico... y los del normal.

Consecuentemente con todo ello, va a recalcar en el texto el valor de la palabra, el decir del paciente, del psicótico, del loco... Cuando se permanece sordo a la palabra del psicótico, no se le deja otra expresión que el paso al acto o a su repliegue y desconexión.

No se trata de un decir para inscribirlo o reducirlo a un interrogatorio tabulado, o para que antes de oírlo se le apliquen test, ítems, escalas, cuestionarios que encajen en los manuales diagnósticos y que protocolizados, se le asigne un tratamiento “ad-hoc”.

Lacan, una de las referencias teóricas del autor, al referirse a la psicosis afirmaba: “la primera regla de un buen interrogatorio y de una buena investigación sobre la psicosis, podría ser la de dejar hablar el mayor tiempo posible, y luego uno se hace una idea”.

Subyace para Fernando Vicente, la idea implícita de que la enfermedad no es un déficit, una carencia o una exclusión, sino más bien otra manera de ser-en-el-mundo. Por esto el paciente tiene una dignidad y es objeto de respeto tal como lo entiende P. Ricoeur, cuando dice: “bajo las tinieblas de la locura permanece el valor de la enfermedad y la del enfermo”.

Es lo que le hace decir a S. Freud respecto al delirio, que no se trata de un déficit o lesión, sino de un mecanismo de reconstrucción, de un intento de curación. Todo esto el autor lo lleva al máximo rigor en el texto, formalizándolo en una escucha y una práctica que dé fundamento y sentido al trabajo clínico.

Sigue desgranando en los sucesivos capítulos, temas de gran interés práctico como son el de las urgencias, la cronicidad, la locura, la demanda, la escucha... Asimismo, el modo de articular lo psicoanalítico en las instituciones, el trabajo con la transferencia, las reuniones de equipo, la supervisión, la transmisión, etc.

Ve el autor lo institucional como un lugar de vida, y no como ese espacio confuso, represor y deshumanizante –legado del horror manicomial– lugar de encierro, reclusión e internamiento tan carente de una reflexión y tan necesitado de otra visión y de otra práctica diferente, como posible lugar de vida y de palabra e interacción, de respeto y de producción de saber, lugar de dignidad y de elección.

Aquí es donde el autor –a contrapelo y levantando recelos y suspicacias, dado lo que supuso lo institucional manicomial en nuestro país– nos va a aportar su experiencia, su práctica diferenciadora, su compromiso, su otro hacer, orientándonos y abriéndonos a otras dimensiones clínicas y comunitarias, cotejado todo ello por el trabajo y el saber adquirido en contacto con maestros de la psicoterapia institucional, como F. Tosquelles, J. Oury, etc.

No deja de señalar la necesidad de espacios comunitarios, ni la necesidad

de cuidados esenciales e imprescindibles para que el paciente no quede “a la deriva”, derivado de unos dispositivos a otros (agudos, ambulatorios, centros de día, crónicos, residencias, servicios sociales, etc.) donde “va cayendo” en una especie de puerta giratoria sin referencias ni conexión, abandonado al paio, a la intemperie, a la marginación, sin asideros ni atención personalizada, ni responsable que pueda dar cuenta “del caso” y como consecuencia de todo ello, sin que exista, con frecuencia, compromiso ni responsabilidad por parte de nadie institucionalmente.

A lo largo del texto, el autor da cuenta del rigor clínico basado en la calidad asistencial, partiendo y teniendo en cuenta las necesidades del paciente y no el pragmatismo y el economicismo al uso, ni las “necesidades” del servicio o de la institución, o las “cifras” y estadísticas, los recortes, la crisis, los presupuestos, la “realidad”, etc. O bien, por otro lado, nos encontramos con argumentos más sofisticados como son los protocolos o guías, los índices de estancia media homologados, lo que “se lleva” según las revistas de impacto, o lo que la administración impone a través de las diversas gerencias...

F. Vicente nos hace una llamada a un compromiso ético, a la responsabilidad como clínicos que basados en el saber-hacer profesional, es decir, el saber que sostenemos, supone plantearse al servicio de quien ponemos nuestros conocimientos y las consecuencias que depara nuestra práctica.

En este sentido es radical. No hay chalaneo ni concesión, o mirar para otro lado, con la función social que como ciudadanos y clínicos nos compete y se nos delega. No hay justificación para echar culpas fuera, ni en las buenas intenciones ni en las malas conciencias que escamotean el compromiso de cada cual. Pero mucho menos hay concesiones con la cobardía, la desidia o los intereses espurios.

Como resumen diría que el texto es la síntesis sabia y rica de la experiencia, de la dedicación al quehacer en salud mental, de la clínica con rigor y compromiso. No hay teorización diletante, ni humo, ni hablar de oídas, sino que responde a la práctica concreta, a la reflexión y al contraste.

Por ello adquiere más valor lo que expone. Hace reflexionar, interroga, no

hay dogmas ni recetas, no cierra preguntas –esto puede desilusionar a los buscadores de manuales de instrucción.

Está abierto al saber, no a un saber doctoral y cerrado, sino a su producción, a los interrogantes de lo que se vive y se piensa. El libro, da cuenta en definitiva de la experiencia del autor, entendida esta en el sentido que María Zambrano da al término en su libro “*Confesiones y guías*”, donde nos dice, “la experiencia irrenunciable se transmite únicamente reviviendo, no siendo aprendida... la experiencia, si sale de su silencio, es para comunicarse. El que habla por experiencia, comunica... para que el otro sienta nacer dentro de sí lo que necesita, para que lo sepa también por experiencia... pretende que el que escucha encuentre dentro de sí, en “*estatus nascens*”, la verdad que necesita”...

No nos va a comunicar los conocimientos que dan cuenta de la objetividad universal o lo general abstracto, sino que nos habla de lo singular, de lo particular, de lo subjetivo, de lo que hace concreción en el caso por caso, hace suyo lo que afirma Hegel, “en el plano de la vida, en lo humano, lo universal solo es real en los individuos”.

Bienvenido este libro, este aire fresco que se nos aporta ante el páramo y la asfixia a la que se nos quiere someter desde el reduccionismo biologicista y neopositivista, de una práctica encorsetada en ítems, test, escalas, guías y protocolos, y la química prescriptiva como meta, donde el enfermo queda borrado y marcado bajo el intento de crear un pensamiento único, trufado y enlatado de cientificismo objetivista como verdad absoluta. Necesitamos escuchar otros discursos, leer experiencias diversas como las que Fernando Vicente nos presenta y transmite, abiertas a la reflexión y a los interrogantes diversos de nuestra práctica clínica.

Si el libro que tenemos entre manos lo ha logrado, cada uno podrá dar testimonio con lo que en su lectura le haya aportado y hecho reflexionar.

Un delirio. Presentación y análisis de Francisco Pereña

Julio Fuente. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2017.

126 págs.

Fernando Colina. Psiquiatra.

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Este libro, que inaugura una nueva colección –*Testimonios*– en las ediciones de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, es hijo de un encuentro feliz. De un lado, un paciente avisado y lúcido cuenta su delirio y el entorno vital en que le fraguó. Un paciente que, sin embargo, no es un enfermo al uso. Su exposición no es el relato realizado por un perturbado convencional, sino el alegato de un psiquiatra, con experiencia y muchos años de oficio, que sufre un colapso mental. Por otro lado, su presentador e intérprete, es un clínico conspicuo, una de las personas más originales y de pensamiento más libre que cultiva actualmente la psicopatología.

Se junta de este modo, el valor testimonial del caso con la rica perspicacia de su analista. Se gesta, como hijo de este contacto, un relato al estilo clásico, ya inhabitual en nuestra disciplina, condenada a tener muy poco que decir ante el discurso de los locos. Un ensayo cuyos antecedentes podemos encontrarlos en *El caso Wagner*, de Robert Gaupp, en el *Gaspar Hauser*, de Ansel Von Feuerbach, o en el estudio sobre Schreber de Sigmund Freud. La diferencia es que, en esta ocasión, los protagonistas responden a nombres de claras resonancias hispanas: Julio Fuente y Francisco Pereña. Madrileño y malagueño, respectivamente.

Julio Fuente, por su parte, no presenta un texto improvisado y repentino,

nacido en medio del desorden provocado por una crisis psicótica efervescente, sino un texto meditado, con muchas correcciones y bien escrito. Muy del gusto del autor, que reconoce complacido la calidad de su obra. Además, es el relato curioso de un psiquiatra que se evalúa y diagnostica a sí mismo. Para ello, naturalmente, pues no creo que quede otro remedio, fuerza un poco la realidad e intenta adaptar su locura a alguna corriente teórica, en esta ocasión a las premisas de la escuela fenomenológica de Heidelberg, más en concreto, a su obra más representativa y por muchas razones aún vigente: *La esquizofrenia incipiente* de Klaus Conrad.

Julio va deshojando su crisis siguiendo las conocidas fases de Conrad –trema, apofanía, apocalipsis, consolidación y residuo–, en cuyo curso, de forma como digo algo forzada, intenta acomodar su hundimiento. Visto desde fuera, con la neutralidad que proporciona la distancia, es lícito pensar que igual encajaba mejor el conjunto de sus síntomas, incluido lo que denomina «su delirio lacaniano» –la certeza de que era el sucesor de Lacan–, en la esfera más triste y emotiva de la psicopatología. Es muy precisa en ese sentido, incluso resulta hermosa y poética, su propia alusión al desvanecimiento de la certeza psicótica: «Un núcleo melancólico tan antiguo como la piedra que arrancó de cuajo la parte más florida del delirio». La melancolía, como casi siempre, es la candidata a convertirse en la reina dominante de la experiencia, y si no fuera porque pecaría de imprecisión, añadiría que de todas las experiencias.

Pero la adecuación o no a esa conocida descripción de Conrad es lo de menos. Lo relevante es la intensidad, el primor, la agudeza y el rigor con que se enfrenta a uno de los peores momentos de su vida. A Julio le sobra la necesidad de proponerse un diagnóstico de su crisis que, en realidad, está de más a la hora de describirse y entenderse. Su testimonio es suficiente por sí mismo. No necesita apoyos técnicos ni saberes profesionales. Al revés, quizá sean estos los menos preparados para dar cuenta de su aparatosa caída.

Por su parte, Francisco Pereña, por quien siento debilidad teórica, hace una demostración de precaución y sabiduría. En una concepción muy suya, que va de lo teológico a lo político, explora la presencia en Julio de una po-

lítica degradada que, sin su alimento teológico, recae necesariamente en la persecución y la autorreferencia. Entiende Pereña, a su irreplicable modo de ver, que el testimonio delirante de Julio Fuente es el intento fallido por elaborar una teología como fundamento sobre la que edificar la comunidad política en la que necesita inscribirse sin conseguirlo. Teología y política, en este caso, como ya sucediera, a su manera de ver en Schreber, son las puertas abiertas por donde irrumpe el delirio.

Siguiendo con ese paralelismo, entre Schreber y Julio, Pereña no deja de atender a otros isomorfismos: «En la estela de Schreber, el testimonio de Julio es probablemente, en su sencillez, la mejor clarificación de cómo se crea y se arruina el delirio. [...] El delirio se disuelve como último horror, como el horror que de nuevo le devuelve al abismo de su radical y definitivo alejamiento del mundo». Pero, mientras tanto, el delirio de nuestro protagonista se cimenta siguiendo los pasos de un delirio de filiación. Alejado, como lo está Pereña, de la posibilidad de recurrir a supuestos marcadores biológicos como mecanismo explicativo, o de enfrascarse, como dice, en un empecinamiento clasificatorio, su detallada observación le conduce pronto a observar y destacar en Julio el afán de pertenencia a una estirpe de elegidos. El problema de la filiación en las psicosis se le presenta a nuestro analista, desde el primer momento, como el principal apuro para el psicótico. Y, a la vez, solo desde el recurso de una nueva filiación, el sujeto psicótico puede encontrar un lugar en «el cosmos». Ésta es su conclusión.

Además, Pereña, establece dos momentos evolutivos distintos: el delirio de filiación, en primer lugar, y el de persecución, en segundo. Y en esa secuencia retoma el tema inicial de su armonía interpretativa, pues la filiación es a la teología lo que la persecución es a la política. Así estructura el guión clínico del caso: Julio, como cualquier sujeto psicótico, es «un teólogo sin religión». El psicótico, bien entendido, tiene que crear la religión de la que carece, y para ello se inventa, gracias al delirio, «una filiación, una familia y un mundo».

Pronto, naturalmente, obligado por la misma lógica que vertebra el delirio, la filiación fracasa y solo puede sostenerse desde la política de la persecución y los enemigos. Este es el destino de Julio y de tantas psicosis, pero en

su caso hasta el delirio fracasa y con ello se descubre de nuevo a solas y de frente ante la impostura que acompaña la vida, es decir, a cuestras con un rasgo más de la melancolía que le paraliza y le somete a su cruel destino o, por lo menos, es lo que entiendo que sugiere Pereña en su breve y contundente epílogo.

Pues bien, solo me queda concluir que el lector va a ver recompensados sus esfuerzos en la lectura de este libro, si es que se necesita algún esfuerzo para hacerlo y no basta con el gusto de acompañar a ambos protagonistas. Pocas veces, en la cultura psiquiátrica actual, se va a encontrar una conjunción tan afortunada, donde un psicótico lúcido escribe su locura, unos años antes de morir, y un psicoanalista advertido repasa sus cinco años de acompañamiento con su «loco viviente» y casi amigo.

Por si cabe alguna duda de la excelencia del estudio, me remito, guardando silencio en señal de respeto, a las últimas palabras del sutil y radical trabajo pereñino: «Con él, como con cualquier sujeto del síntoma, no deberíamos ocupar el lugar del “experto” o del “profesional”, sino el de un sujeto que atiende el malentendido de ser sujeto. Cuando se dice “vaya usted a ver a un profesional” ya se está condenando y denigrando su dolor. “Vaya usted a ver un hombre”, le diría Wittgenstein, es decir, a un sujeto que conozca su imposibilidad, entre otras cosas, de cambiar el mundo o legislar sobre cualquier otro».

Lisboa e o Mal. Notas

Santiago Lamas. elcercanoediciones. Ourense 2017. 425 paxinas

<https://www.elcercano.com/>

Tiburcio Angosto Saura. Psiquiatra.

Un ensayo clandestino

Hace unos meses alguien propuso en una tertulia literaria que frecuento la lectura del libro *Lisboa e o mal*. Uno de los tertulianos, lector impenitente y amplio conocedor de todo lo que se publica en gallego, dijo que S. Lamas es uno de los mejores ensayistas de Galicia pero que sus libros parecían clandestinos ya que no había forma de obtenerlos fuera de Ourense, que apenas si se promocionan y el autor no sale a promocionarlos fuera de los circuitos intelectuales de la ciudad de las Burgas. Esta intervención me dio la idea de subtítular esta crítica “*Un ensayo clandestino*” y de poner la dirección Web de la editorial por si alguien desea comprarlo.

Los socios de la AGSM y las páginas de *Siso/Saude* conocen bien a S. Lamas. Ha ocupado diversos cargos en la redacción de la revista y es, con mucho, su máximo colaborador sobre todo en lo que se refiere a la Crítica de libros fuente de la cual muchos bebemos para ponernos al día de lo que podríamos llamar filosofía de la ciencia y de nuestra profesión. Gracias a sus críticas hemos conocido, entre otros muchos, la obra de Dalrymple, Haidt, etc o nos ha anticipado libros que tardarían muchos meses en traducirse al español.

El libro que hoy nos ocupa *Lisboa e o mal* es un ensayo que se lee con facilidad, aunque el gallego que utiliza está lejos del coloquial utilizando formas de expresión cultas y cuidadas. Está dividido en dos grandes capítulos. El primero se titula como el libro: *Lisboa e o mal* y el segundo está dedicado al *Islam e os terroristas suicidas*.

Cada uno de estos capítulos contiene una serie de apartados cortos en los que expone las ideas de los autores más importantes que han tratado el tema a estudiar lo cual nos lleva a deducir que han existido muchas horas de lectura e reflexión. Según nos confesó el autor, decidió publicarlo cuando llevaba más de 4 años trabajando en este tema. La bibliografía abarca más de 300 citas entre libros y artículos de revistas, tanto en inglés como en francés, portugués, español o gallego.

Los que lo conocemos sabemos de la insistencia de S. Lamas para autodefinirse en la actualidad como expsiquiatra con el fin de distanciarse de su actividad profesional anterior, sin embargo, en el texto encontramos muchas señales de su práctica clínica psicopatológica previa en el gran interés que muestra por las opiniones de muchos profesionales relacionados con los problemas mentales tales como neurocientíficos, psicólogos sociales o psiquiatras ensayistas como Theodore Dalrymple (Pseudónimo de Anthony Daniels). Este autor, de quien solo está traducido al español *El sentimentalismo tóxico* (Alianza Editorial) y de quien no se puede decir que no haya conocido el mal y los malvados (trabajó en los peores penitenciarios de Inglaterra) tiene una extensa obra siempre basada en su experiencia tanto en las cárceles como en países conflictivos del África subsahariana, este autor, decía, es el más citado por Lamas de toda la bibliografía y casi toda su obra sobre el tema es comentada en el libro. Obviamente también recoge los trabajos sobre el Mal, la maldad y los malvados, de filósofos, políticos, sociólogos, antropólogos, legisladores, literatos, etc.

El título del libro tiene que ver con el maremoto que sufrió la ciudad de Lisboa en la mitad del S. XVIII. Fue una de las mayores catástrofes producidas por un fenómeno de la naturaleza. La ciudad quedó prácticamente destruida y hubo alrededor de 90.000 fallecidos. Dentro de las creencias cristianas de la época, el jesuita Malagrida defendía que este mal de la naturaleza fue producido por los pecados de los hombres y mandaba a los supervivientes a las Iglesias a rezar. La intervención del Marqués de Pombal exigiendo que primero debía cuidarse a los heridos, enterrar a los muertos y alimentar a los vivos, fue determinante para que se estableciera entre los filósofos y sociólogos la diferencia entre el mal de la naturaleza (que se llamó durante mucho tiempo Lisboa) y el mal moral que infringen los

hombres, como sería dos siglos después el caso de Auschwitz. Desde Lisboa “aprendemos a distinguir el mundo de la naturaleza del mundo de la libertad y la razón” (sic).

En el libro, Lamas trata de definir el Mal e intentar comprenderlo. Ardua tarea que el mismo autor reconoce. Pero sí parece, tal y como A. Arent anunció hace muchos años, que en la actualidad existe un resurgimiento del interés sobre el Mal, consecuencia de estos tiempos de tantas muertes provocadas por el fanatismo religioso y la intolerancia, grupal o individual como ocurre en los casos de violencia de género.

S. Lamas recorre en el texto, desde el mal en los personajes bíblicos y su visión teológica hasta el buen salvaje de la antropóloga Margaret Mead, pasando obviamente por toda la literatura ensayística sobre el Mal en la época nazi, en la que estudia tanto los responsables directos del holocausto como lo que el autor llama *responsabilidad borrosa* (*Yo solo abría la espita del gas*, etc.) y el anonimato de la actuación en grupos para lavar la conciencia. En esta parte del libro se hace también un análisis de la maldad en los personajes literarios (Shakespeare, sobre todo) y un estudio de las teorías sobre la ausencia de empatía de los terroristas con las víctimas, y por supuesto la Psicopatía, ese diagnóstico que muchas veces, a lo largo de nuestra historia, utilizaron algunos psiquiatras para exculpar a los malvados.

En el apartado dedicado al Islam el autor hace un análisis comparativo de las opiniones de múltiples ensayistas entre las características de la religión católica y la islámica y también de otras religiones como la budista y el judaísmo. Comprensiblemente se detiene más en el islamismo y sus derivas violento-fanáticas por el impacto que han tenido, en los últimos años, sobre occidente. Para S. Lamas parece quedar claro que la fanatización de los islamistas es más fácil que en las otras religiones debido a los contenidos del Corán, pero realmente los islamistas fanatizados son pocos y estos cumplen los criterios de *Mártires ofensivos* de la clasificación del sociólogo franco-iraní Farad Khosrokhavar; los que en la defensa de una civilización o de una cultura atacan poblaciones indefensas. Pero también es cierto que no se precisan muchos *mártires* para llevar el terror a cualquier lugar. Reconoce Lamas que no es un problema fácil de arreglar, terminando el libro

con esta frase: “O problema talvez, só talvez, se poida arranxar; o perigo hai que combatelo e non se combate o perigo, desarmando aos bos”, remedando a frase del padre del liberalismo inglés Edmund Burke que también cita al comienzo del libro.

Como decía al principio ensayo muy documentado y trabajado como suelen ser los últimos ensayos de Lamas y al que apenas se le puede poner tachas salvo un cierto sesgo hacia el género masculino de los ejecutores de la maldad.

Parte de esta crítica se publica en la Revista *Tempos Novos* del mes de Marzo

NORMAS DE PUBLICACIÓN

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

SISO/SAÚDE 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/SAÚDE 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

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 n° 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) apellido(s) 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.

7. Imágenes. Todas las imágenes (incluidos los pantallazos) que acompañen al artículo deberán tener una calidad mínima de 300 píxeles/pulgada.

Los manuscritos irán acompañados de una carta de presentación en la que se incluirá la dirección, teléfono y mail 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
Unidades Hospitalarias Rehabilitación Psiquiátrica
Hospital de Piñor
Estrada de Piñor, s/n
32930 Barbadás OURENSE
chusagomez2009@gmail.com

