

REVISTA

de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

vol. XXVI, fascículo 2, n.º 98, 2006

Director: Fernando Colina

Secretario: Mauricio Jalón

Coordinadora: María José Pozo

Consejo de Redacción: José M.ª Álvarez, Raquel Álvarez Peláez, Ángel Cagigas, Ramón Esteban, Andrés Galera, José Luis Peset, Antonio Sáez

Colaboradores: Y. O. Alanen (Turku, Finlandia); Tiburcio Angosto (Vigo); Víctor Aparicio (Asturias); Enrique Baca Baldomero (Madrid); Eduardo Balbo (Madrid); G. Barrientos (Cuba); Armando Bauleo (Venecia); Germán Berrios (Cambridge); Caldas d'Almeida (Portugal); Carlos Castilla del Pino (Córdoba); Valentín Corcés Pando (Madrid); Manuel Desviat (Madrid); Julián Espinosa (Madrid); Alberto Fernández Liria (Madrid); Juan Fernández Sanabria (Huelva); M. Ferraz (Brasil); J. García González (Oviedo); R. Giel (Groningen); Ramón García (Valencia); Elena Garralda (Londres); Onésimo González (Huelva); Manuel González de Chávez (Madrid); José Guimón Ugartechea (Ginebra); Rafael Huertas García-Alejo (Madrid); Nobuko Kobayashi (Tokio); Alberto Lasa (Bilbao); Isaac Levav (Israel); Fernando Lolas Stepke (Chile); Fernando Marquín (Bilbao); Odette Masson (Lausana); Federico Menéndez (La Coruña); Vicente Mira (Madrid); Tomás Palomo (Madrid); Francisco Pereña (Madrid); Pierre Pichot (Francia); Fabricio Potestad (Pamplona); Giuliana Prata (Milán); Luis Prieto (Madrid); José Rallo Romero (Madrid); Antonio Rey González (Valencia); Antonio Rodríguez (Santiago de Compostela); Jaime Rodríguez Sacristán (Sevilla); E. Ruiz de Velasco (Méjico); Benedetto Saraceno (Milán); Jaime Spilzka (Madrid); J. Manuel Susperregui (Valladolid); Michele Tansella (Verona); G. H. Ten Horn (Baarn, Holanda); Amelia Tesoro (Almería); Jorge Luis Tizón (Barcelona); J. Tremine (Francia); Ernesto Venturini (Italia)

Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría

Sede de la A.E.N.: Villanueva, 11. 28001 Madrid. Tel. y fax 91 4314911

Página web: aen.es

Redacción: Hospital Psiquiátrico Doctor Villacián. C/ Orión, 2. 47014 Valladolid.

Tel. 983 427178

e-mail: revistaaen@dip-valladolid.es

Depósito legal: M. 17149-1981

ISSN: 0211-5735

Impresión: Gráficas Andrés Martín, S. L. Paraíso, 8. 47003 Valladolid

N.º ejemplares: 2.250

Periodicidad: Semestral

Distribución Postal: Ficheros Madrid, S. L.

Distribución: LATORRE LITERARIA. Camino Boca Alta, naves 8-9. Polígono El Malvar, 28500 Arganda del Rey (Madrid)

Suscripción anual: 36,06 €

Precio individual: 9,62 €

* Agradecemos la contribución del laboratorio GlaxoSmithKline

Junta Directiva:

Presidente: *Alberto Fernández Liria*

Vicepresidente: *Óscar Vallina Fernández*

Secretaria General: *Ana Moreno Pérez*

Vicesecretario: *José J. Uriarte Uriarte*

Tesorera: *Cristina Gisbert Aguilar*

Director de Publicaciones: *Fernando Colina Pérez*

Vocales: *Juan Francisco Jiménez Estévez, Manuel Gómez Beneyto, Ana Vallespi Cantabrana, Fermín Pérez* (Presidente Asociación Andaluza), *José Luis Hernández Fleta* (Presidente Asociación Canaria), *Juan A. Estévez Salinas* (Presidente Asociación Castilla La-Mancha), *Roser Pérez Simó* (Presidente Asociación Catalana), *Pedro Cuadrado* (Presidente Asociación Madrileña), *Enrique Pérez* (Presidente Asociación Valenciana), *Pedro Pizá* (Presidente Asociación Balear), *Paz Arias García* (Presidenta Asociación Asturiana), *Mariano Sanjuán Casamayor* (Presidente Asociación Aragonesa), *Fernando Colina* (Presidente Asociación Castilla-León), *Margarita Silvestre García* (Presidenta Asociación Extremeña), *Pilar Balanza Martínez* (Presidenta Asociación Murciana), *Óscar Martínez Azurmendi* (Presidente Asociación Vasca-Navarra)

Sólo los autores © son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos. De acuerdo con lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual (RD 1/1996 y 23/2006), queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de la A.E.N. o de los titulares del ©, la reproducción y comunicación total o parcial del contenido de esta revista a través de cualquier medio técnico, comprendidos la reprografía y todo soporte informático.

Para cualquier consulta sobre los números de esta revista, véase www.aen.es

Ilustraciones de:
Jacques CALLOT

SUMARIO

EDITORIAL	185
ORIGINALES Y REVISIONES:	
<i>V. Rial y otros</i> , Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo.....	191
<i>F. Tur y otros</i> , Salidas terapéuticas: espacio lúdico para la integración.....	209
<i>P. Sánchez y otros</i> , Una experiencia de grupos terapéuticos con adolescentes y jóvenes en un centro de salud mental.....	217
<i>J. L. Tizón</i> , Salud mental, ciudades y urbanismo: 2. Planificación regional y salud mental.....	231
<i>D. García y otros</i> , Cibercultura: adaptación y psicopatología	253
<i>M. J. Montes</i> , Terapia sistémica e Institución pública. De la teoría a la práctica en la recogida de la Demanda.....	265
COLABORACIONES:	
<i>J. Rodado, E. Sanz, J. Otero</i> , La escucha analítica como lugar de encuentro	281
<i>N. Sartorius, J. Sanz, R. Pérez</i> , Cuestionarios de satisfacción en psiquiatría. Ventajas y controversias	289
Recuerdo de Bruno Bettelheim.....	303
MÁRGENES DE LA PSIQUIATRÍA:	
El sonido ahogado.....	311
HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA:	
<i>J. Séglas</i> , La melancolía sin delirio	325
<i>I. Markez</i> , El joven Garma: de Berlín y Madrid a la organización del psicoanálisis argentino.....	335
SALUD MENTAL Y CULTURA:	
Entrevista con <i>Bernard Vincent</i>	371
<i>O. Douville</i> , Sobre <i>Los naufragos</i> de Patrick Declerck	391
DEBATES E INFORMES:	
<i>A. García</i> , Situación actual de la especialidad de enfermería en salud mental.....	399
<i>O. González</i> , ¿Tiene sentido la incapacidad de los enfermos mentales?	407
LIBROS	417

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL	185
ORIGINAL PAPERS AND REVIEWS:	
<i>V. Rial et al.</i> , Personal style of the therapists who work with severely disturbed patients: A quantitative and qualitative study	191
<i>F. Tur et al.</i> , Therapeutic outings: a playing space for integration.....	209
<i>P. Sánchez et al.</i> , A group treatment experience with teenagers and youth in a Mental Health Center	217
<i>J. L. Tizón et al.</i> , Mental health: towns and urbanism 2: area planning and mental health.....	231
<i>D. García et al.</i> , Cyberculture, adaptation and psychopathology	253
<i>M. J. Montes</i> , Systemic therapy and public Institution. From theory to practice in the reception of the Demand.....	265
COLABORATIONS:	
<i>J. Rodado, E. Sanz, J. Otero</i> , The psychoanalytic session as an encounter place	281
<i>N. Sartorius, J. Sanz, R. Pérez</i> , Satisfaction questionnaires in psychiatry. Advantages and controversies	289
In memory of Bruno Bettelheim.....	303
PSYCHIATRY BORDERS:	
The stifled sound.....	311
HISTORY OF PSYCHIATRY:	
<i>J. Séglas</i> , Melancholy without delusion	325
<i>I. Markez</i> , The young Garma: from Berlin and Madrid to the organization of argentinian psychoanalysis	335
MENTAL HEALTH AND CULTURE:	
Interview with <i>Bernard Vincent</i>	371
<i>O. Douville</i> , On <i>The shipwrecked</i> de Patrick Declerck	391
DISCUSSIONS AND REPORTS:	
<i>A. García</i> , Current Situation of the Mental Disease in the Nursery Speciality	399
<i>O. González</i> , Does incapacitation of mentally ill persons make sense?	407
BOOK REVIEWS	417

EDITORIAL

Los desafíos de la continuidad

La junta elegida en el XXIII Congreso de la AEN en Bilbao se presentó como una opción continuista, que pretendía proseguir un camino por el que ya habían avanzado las anteriores, para mantener así una identidad construida en un recorrido a través de contextos históricos muy diferentes a lo largo de sus ochenta y dos años de existencia.

Pero quizás sea conveniente aclarar que la apuesta hoy por la continuidad no es ni mucho menos una opción inmovilista y requiere de una buena dosis de creatividad. Porque los principios y los valores que se trata de mantener han de aplicarse hoy en un contexto histórico que exige un nuevo rol a las asociaciones científicas, sitúa a las disciplinas que contribuyen a la tarea de la atención a la salud mental ante nuevos retos que las obliga a redefinirse, ofrece posibilidades de acción y comunicación antes insospechadas y, además, cuestiona la continuidad de los mecanismos de solidaridad en los que se ha basado lo mejor del desarrollo de los sistemas de atención a la salud en general y de la salud mental en particular durante el siglo pasado.

Sin pretender ser exhaustivos, nos detendremos en algunos de estos desafíos, frente a los cuales la AEN ya ha desarrollado algunas estrategias que necesitaremos ampliar más en los próximos años.

Un nuevo rol para las asociaciones científicas

Muchas de las funciones que en nuestro país se han considerado propias de la Administración han sido desempeñadas en otros lugares por las asociaciones científicas y profesionales. Así sucede con aspectos de la formación, la evaluación o la acreditación de actividades, ya sean profesionales o institucionales. Las normativas europeas que poco a poco van calando de forma inexorable en nuestro país, apuntan en esa dirección y las asociaciones, en general, estamos en una situación muy precaria para asumir esas nuevas funciones.

Las asociaciones deben prepararse en los próximos años para constituirse tanto en entidades proveedoras como acreditadoras de formación continuada. La AEN ha emprendido este camino hace ya años con la constitución de la Escuela de Salud Mental, pero será preciso avanzar más para estar en condiciones de hacer frente a las exigencias que están por venir.

La acreditación, certificación y recertificación de profesionales, junto a la monitorización de los servicios, son otros aspectos en los que el papel de las asociaciones científicas y profesionales va a verse expandido.

Lo mismo ocurre con lo que se conoce como la variabilidad de la práctica clínica, que se puede traducir en oportunidades muy diferentes para la salud de los ciudadanos que acuden a diferentes servicios sanitarios en un mismo país o región. La elaboración de guías para la práctica clínica y de criterios para la elaboración

de las mismas es uno de los roles que les van a ser exigidos a las asociaciones de un modo creciente en los próximos años. Definir qué somos capaces de hacer y frente a qué tipo de situaciones es algo que nos corresponde a los profesionales. El que no hayamos sido capaces de hacerlo hasta ahora con claridad, probablemente tiene que ver con el hecho de que nos vemos exigidos a satisfacer demandas frente a las que no tenemos nada que ofrecer. Sobre una definición precisa de nuestras competencias, los ciudadanos podrán escoger cuáles están dispuestos a pedirnos que pongamos en juego y para quién. Pero para que lo hagan falta un primer paso nuestro que estamos lejos de dar.

Ser capaces de mantener un vínculo con la población general y de hacerle llegar la información necesaria para tomar sus decisiones con conocimiento de causa, en un momento en el que los modos de comunicación se diversifican y adquieren una potencia inédita es otro reto, aunque, sin duda, afrontarlo con iniciativa no significa sino entroncar con la mejor tradición de la AEN.

Una nueva concepción de la práctica clínica

La práctica clínica ha sufrido una transformación enorme en los últimos años. La posibilidad de tener acceso a las aportaciones de profesionales de todo el mundo de manera inmediata, el reconocimiento del derecho de los usuarios –y de los financiadores– a conocer los fundamentos, las posibilidades, las limitaciones y las alternativas de los tratamientos que se les proponen –y, sobre esa base, aceptarlos o no–, así como el desarrollo de procedimientos refinados para poner a prueba los resultados han dado lugar a un nuevo modo de pensar la clínica. Lo que se conoce como medicina basada en las pruebas es un reflejo de estos cambios.

Pero si este movimiento ha detectado bien el problema y alguna de las posibilidades de solución, al menos en su actual grado de desarrollo, está lejos de representar una solución a la que no quepa más que sumarse. Hoy hay que pensar críticamente no sólo sobre lo que sabemos sino, sobre todo, sobre la forma en la que llegamos a darlo por sabido y los procedimientos por los que procuramos aprender.

Paralelamente, se ha producido también una redefinición de los valores que inspiran la práctica clínica que, en España, ha tenido incluso una traducción legal que ha provocado apasionados debates más allá del medio sanitario –y, a veces más que debates, como en el caso de la lamentable cruzada emprendida por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid contra los profesionales del Hospital Severo Ochoa–. Una vez más, la atención a la salud mental puede verse más afectada que otros aspectos de la atención a la salud por estos cambios.

A la AEN le corresponde, en este panorama, contribuir a generar el consenso entre los profesionales –y entre los profesionales y la sociedad– en todos estos campos.

Un nuevo escenario para la producción científico-técnica y su difusión

Otro campo en el que se ha producido un importante crecimiento de la financiación pública es el de la investigación. Y afortunadamente lo ha hecho dotándose de unos criterios explícitos y objetivos para asignar los proyectos que, además, son criterios que gozan de un amplio consenso internacional.

Hoy por hoy, sin embargo, el sistema ha adquirido una orientación clara hacia las disciplinas básicas frente a las aplicadas, lo que cuando los resultados de estas últimas no conllevan beneficio para un financiador alternativo –como es el caso de las intervenciones psicosociales a diferencia de las farmacológicas–, supone a la postre dejar áreas desatendidas.

El fomento de investigación ligada a la práctica clínica estándar, la difusión de las aportaciones en lengua castellana y la consolidación de los medios de comunicación necesarios para ello (incluida, por supuesto, nuestra *Revista*) son, pues, tres objetivos que la AEN deberá afrontar. Afortunadamente el desarrollo de los sistemas de información ofrece nuevas herramientas para lograrlos.

La crisis del Estado del Bienestar

El cuestionamiento del Estado del Bienestar que se ha producido en Europa ha tenido ya importantes repercusiones sobre los sistemas de salud, y pone en tela de juicio los requisitos básicos de un Sistema Público de atención a la salud mental como el que la AEN ha defendido en las últimas décadas.

La evaluación de políticas de salud mental, la propuesta de alternativas y el recurso al apoyo de una población consciente de sus necesidades ha sido una de las constantes de la AEN. Pero ha sucedido siempre con más facilidad en los momentos en los que la coyuntura histórica apuntaba a un desarrollo de los mecanismos de solidaridad que se trataba de aplicar. Y hoy estamos en un momento de franca recesión en este campo.

El reto de la interprofesionalidad

La AEN es, desde 1980, una asociación interprofesional que considera que la atención a la salud mental es necesariamente una tarea asimismo interprofesional, y poco puede pensarse sobre ella –y menos llevarse a cabo– sin la concurrencia de algunos de los profesionales que contribuyen a configurar su compleja práctica.

Desde allí la AEN ha contribuido en buena medida a generar la filosofía –y la legislación– que inspira la articulación de los equipos interprofesionales que integran las redes de atención en nuestro país, y a la definición de las distintas profesiones que los integran así como de las relaciones establecidas entre ellas.

El desarrollo de los equipos multiprofesionales y la inevitable existencia de solapamientos entre las funciones que desarrollan las distintas profesiones, ha tenido como efecto secundario el de producir un rebrote de los corporativismos desde los que el terreno de confluencia se vislumbra como de competición y en los que, de nuevo, se pierde de vista el objetivo final en términos de salud, a los que supuestamente debería contribuir con sus aportaciones específicas cada una de las profesiones.

Frente a ello el mantenimiento de la vocación interprofesional de la AEN, y la demostración en términos de resultados en salud de las ventajas de la colaboración, es más importante que nunca.

Nuevos frentes en la defensa de los derechos humanos

La AEN, desde sus orígenes, se ha implicado en la defensa de los derechos humanos y ha ejercido una importante labor de denuncia, tanto cuando la amenaza a los mismos provenía de las características de los sistemas de atención, como cuando procedía de un entorno social más amplio.

Hoy persisten problemas que provienen de la falta de desarrollo de alternativas a los modelos antiguos, y se plantean problemas nuevos que nacen de la introducción de nuevas tecnologías y de un contexto social que ha generado nuevas desigualdades –el caso de la población inmigrante en Europa es uno de ellos–. En ocasiones se exige de los sistemas de atención a la salud mental una complicidad o una justificación pretendidamente científica de discriminaciones inaceptables.

En nuestro ámbito se requieren estrategias que permitan hacer visibles estos hechos y facilitar la acción social tendente a ponerles freno.

El reto de la globalización y el panorama internacional

La era de la globalización ha supuesto, entre otras muchas cosas, la posibilidad de acceder a información sobre lugares remotos y de obligarnos a considerar como propios problemas de poblaciones distantes. Y nos ha dado la oportunidad de intervenir, en alguna medida, sobre ellos.

La discusión crítica de los fundamentos y los procedimientos de estas intervenciones es otra de las labores ineludibles de los próximos años, como lo es la de establecer mecanismos de colaboración con agentes distantes geográficamente pero empeñados en los mismos objetivos. Desarrollar los medios para hacer esto posible es otra de las tareas a afrontar.

La actual Junta directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría ha incluido todos estos retos entre los asuntos que espera resolver con sus respuestas.

ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA
Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

ORIGINALES Y REVISIONES

Estilo personal de terapeutas que trabajan con pacientes severamente perturbados: un estudio cuantitativo y cualitativo

RESUMEN: Estudio comparativo entre terapeutas de distintas orientaciones teóricas que asisten o no a pacientes severamente perturbados, con el objetivo de evaluar las características del estilo personal consideradas óptimas.

PALABRAS CLAVE:

Estilo personal del terapeuta, investigación empírica, pacientes severamente perturbados.

SUMMARY: A comparison between the personal style of the therapists from different theoretical orientations that usually work or not with severely disturbed patients, with the aim of evaluating the optimal characteristics of the personal style.

KEY WORDS:

Personal style of the therapist, empirical research, severely disturbed patients.

Introducción

En las últimas décadas la investigación empírica ha proporcionado hallazgos significativos sobre las variables que participan en el proceso y el resultado de la psicoterapia, a través de estudios centrados en las características del paciente, del terapeuta y de la relación terapéutica (1, 2, 3). Particularmente, con respecto a la investigación sobre las variables del terapeuta, los principales desarrollos se han dirigido a diferenciarlas en variables de rasgo frente a variables de estado (rasgos: observables e inferidos; estados: observables e inferidos). Los estados observables incluyen variables como: entrenamiento del terapeuta, experiencia, estilo terapéutico interpersonal (estilos interactivos recíprocos, patrones verbales de interacción en psicoterapia, patrones de comunicación multicanal y no verbales). Dentro de la misma categoría se encuentran los métodos de tratamiento utilizados: manualizados, supervisión, adherencia/sintonía y habilidad/competencia; y las clases de intervenciones: directividad/no directividad del terapeuta, intervenciones orientadas al *insight* frente a los síntomas, emotivas vs. de soporte, intensidad del tratamiento, autodeclaraciones del terapeuta (1).

La evolución de la investigación en psicoterapia ha avanzado progresivamente, por un lado, hacia la determinación de cuáles son los terapeutas más adecuados para qué pacientes y en qué condiciones específicas y, por otro lado, se ha ocupado de establecer principios generales de la psicoterapia. Este fenómeno se pone en evidencia en los esfuerzos clínicos y de investigación de algunos programas como el de Beutler & Harwood (4) que han estudiado la relación entre variables del paciente, los tipos de intervención del terapeuta y su relación con los resultados de la psicoterapia.

En esta línea, el grupo de investigación en psicoterapia liderado por Fernández-Álvarez en Argentina, ha operacionalizado el constructo multidimensional Estilo Personal del Terapeuta (EPT), que es definido como: «El conjunto de características que cada terapeuta pone en juego en cada acto de psicoterapia, modelando los atributos fundamentales de dicho acto». El EPT alude a las condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su desempeño profesional y condiciona, por lo tanto, los alcances del modelo teórico empleado y las técnicas específicas aplicadas en cada tratamiento (5).

El EPT es un componente presente en toda psicoterapia, que influye en la marcha de cada proceso terapéutico e incide sobre los resultados, aunque en diferente grado según el tipo de paciente, la patología y el contexto de aplicación específico. Está constituido por un conjunto de funciones que en la práctica se llevan a cabo de manera integrada y expresan las disposiciones, rasgos y actitudes que todo terapeuta pone en evidencia en su ejercicio profesional. Estas funciones terapéuticas no pretenden abarcar exhaustivamente el carácter multidimensional del estilo personal del terapeuta, ni explicar la totalidad de las acciones que se llevan a cabo en la terapia. Se proponen, en cambio, como un criterio útil para delimitar los principales ejes que componen el acto psicoterapéutico (5, 6).

Se han realizado varios estudios sobre algunas variables que lo modulan, teniendo en cuenta la incidencia que probablemente el EPT ejerce sobre el proceso y el resultado de la psicoterapia:

a) Relaciones entre el estilo personal del terapeuta y el perfil personal del paciente

En un proyecto multicéntrico Buenos Aires-Barcelona se investigó la compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y las características personales del paciente, específicamente la interacción de las variables resistencia y estilo de afrontamiento del paciente con el EPT, y su efecto en distintos momentos del proceso psicoterapéutico, tanto en la alianza terapéutica como en las condiciones sintomáticas (7).

También se realizó la adaptación al español del S.T.S. (Selección Sistemática de Tratamiento) de Larry Beutler, y se concluyó que las interacciones terapeuta-cliente son moduladores importantes de los resultados de la terapia, mostrando que aquellos pacientes más resistentes respondieron significativamente mejor al tratamiento interactuando con terapeutas más espontáneos operativamente; y que los pacientes con un estilo de afrontamiento predominantemente externalizador respondieron significativamente mejor a la terapia interactuando con terapeutas más pautados (8).

- b) El efecto modulador que la orientación teórica y los años de experiencia clínica ejercen sobre el estilo personal del terapeuta.

Se llevaron a cabo estudios comparativos sobre la influencia de la orientación teórico-técnica y los años de experiencia, en las funciones que evalúa el EPT. Se intentó establecer en qué medida estas variables se comportan como moduladoras de las funciones que componen el EPT. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en su composición para distintos grupos de psicoterapeutas (psicoanalíticos, cognitivos e integrativos). También se constató en este estudio que los años de experiencia tienen un efecto modulador parcial sobre la evolución de las distintas funciones del EPT. Además, el instrumento se mostró sensible para discriminar a los terapeutas en las funciones instruccional y atencional respecto a la duración predominante de los tratamientos que realizan (9, 10, 11).

Otra investigación, en esta misma dirección, estuvo orientada a establecer si existen características diferenciales en los estilos terapéuticos en función de las poblaciones clínicas asistidas. Se ha estudiado el EPT de terapeutas que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN): los terapeutas que se desempeñan en UCIN se describieron significativamente más flexibles en la función instruccional que sus controles. En cuanto a la orientación de los terapeutas de la muestra bajo estudio (psicoanalistas/terapeutas integrativos) que trabajan con esta población clínica, no se hallaron diferencias significativas en ninguna de las funciones del EPT. Hecho que sí se produce al considerar terapeutas que trabajan en otras áreas de intervención, donde se encontraron diferencias en las funciones expresiva, atencional y operativa; los psicoanalistas se describieron menos pautados, de atención más abierta y más distantes emocionalmente (12).

En la misma línea, el objetivo de este trabajo es investigar las características del estilo personal de terapeutas de distintas orientaciones teóricas que trabajan con pacientes severamente perturbados.

Los pacientes severamente perturbados se pueden considerar pacientes difíciles no sólo por el tipo de patología que presentan, sino por las dificultades en su disponibilidad para el tratamiento en general, y para el establecimiento de la alianza terapéutica en particular. Esta última condición constituye un requisito fundamental para que el tratamiento con estos pacientes sea eficaz (13, 14). Se trata de pacientes en los cuales la organización personal se encuentra psicopatológicamente comprometida, tanto en lo que hace a su funcionamiento mental como a la presencia de déficit funcionales para adaptarse satisfactoriamente a contextos relacionales y sociales.

Según Perris y McGorry (15), los tratamientos psicoterapéuticos para los trastornos severos han sido inapropiados, inefectivos y demasiado arcaicos e infle-

xibles para las necesidades de estos pacientes. A pesar de los esfuerzos de Fromm-Reichmann, Arieti, Kohut y otros por adaptar los abordajes psicoanalíticos tradicionales a los grupos de pacientes más severos; estos intentos, aislados de otros abordajes de tratamiento, finalmente no tuvieron el éxito esperado. Las terapias comportamentales tuvieron una historia similar.

Los ensayos clínicos controlados tampoco pudieron probar la efectividad de las psicoterapias dinámicas especializadas, ni del abordaje psicológico centrado en la persona para el tratamiento de las psicosis o los trastornos de la personalidad.

En la última década aparecen abordajes para la enfermedad mental grave. Actualmente existen varios ensayos clínicos aleatorizados que probaron la efectividad de la psicoterapia cognitiva para el tratamiento de la psicosis y los trastornos de personalidad.

Las propuestas cognitivas proponen que la base para la mejoría y el progreso del paciente severamente perturbado es una relación estable y saludable que se nutre activamente (15). Chadwick, Birchwood y Trower (16) plantean que el principal desafío del terapeuta al trabajar con personas que presentan delirios o alucinaciones es el problema de involucrar al paciente en la terapia. En este sentido proponen algunas modificaciones del *setting* y de los aspectos operativo-expresivos del terapeuta, esto es, sacrificar algunos de los límites básicos y principios de la psicoterapia al trabajar con estos pacientes, así como la utilidad de sesiones más cortas y más frecuentes. Además es a menudo más productivo estructurar las sesiones, evitar silencios prolongados y no presionar al paciente para que revele ideas delirantes.

Vallis (17) y Perris (18) enfatizan la necesidad de flexibilidad del terapeuta para el trabajo con pacientes severamente perturbados, tanto en la conceptualización como en las intervenciones concretas.

Desde los desarrollos psicodinámicos, Kohut (19) plantea que los terapeutas que trabajan con estos pacientes según su modelo teórico, suelen tener una actitud más relajada y despreocupada. Tienen menos recelos en cuanto a ponerse emocionalmente a disposición de sus pacientes si la necesidad lo exige y, por lo común, se conducen con menos reservas y prevenciones que la mayoría de los analistas, particularmente frente a los pacientes con trastornos narcisistas de la personalidad, aunque no ha llevado a cabo trabajos de investigación al respecto. Otros autores como Clarkin, Yeomans y Kernberg (20) también han realizado aportaciones a la psicoterapia de los pacientes severos.

La investigación que se presenta explora si existen características estilísticas diferenciales en las dimensiones del EPT de terapeutas que asisten a pacientes severamente perturbados, con especial atención al grado de involucración y distancia emocional. Específicamente se realizó un estudio comparativo entre tera-

peutas que trabajan con pacientes severamente perturbados (pacientes internados y /o pacientes que presentan cuadros psicopatológicos agudos) y un grupo control conformado por terapeutas que no atienden habitualmente ese tipo de pacientes.

Método. Muestra

La muestra fue intencional, y se obtuvo en centros psiquiátricos públicos y privados de la ciudad de Buenos Aires y de Mar del Plata. Participaron en el estudio un total de 60 terapeutas, 30 dedicados a la clínica de pacientes severamente perturbados (edad media $43,36 \pm 8,81$; $16,73 \pm 9,09$ años de experiencia promedio; 66,7% mujeres; 40% psicoanalistas y 60% cognitivos e integrativos) y 30 terapeutas que formaron parte de la muestra control (edad media $43,66 \pm 8,21$; $16,76 \pm 8,77$ años de experiencia promedio; 90% mujeres; 40% psicoanalistas y 60% cognitivos e integrativos). Se consideraron integrativos los terapeutas que utilizaban recursos teórico-técnicos pertenecientes a más de un enfoque tradicional (21).

Los grupos se homologaron en las variables socio-descriptivas de edad, orientación teórico-técnica y años de experiencia que acreditaban como psicoterapeutas. Participaron significativamente más mujeres que hombres en el estudio realizado ($\chi^2 = 4,81$; $p < .05$).

En esta investigación la categoría de «pacientes severamente perturbados» incluyó cuadros psiquiátricos agudos (psicosis agudas y esquizofrenia), trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastornos de personalidad severos (predominantemente *borderline*), demencias y adicciones, condición que se estableció como criterio para la conformación de los grupos.

Instrumentos

Registro de datos básicos: se diseñó con el fin de obtener de forma sistematizada información socio-descriptiva y de la actividad clínica de los terapeutas.

Encuesta para terapeutas que trabajan con pacientes severos (ETPS): compuesta por siete preguntas abiertas con formato autoadministrado que indagan sobre: a) razones o motivos que tienen los terapeutas para trabajar con pacientes severos; b) descriptores y características de la involucración con pacientes severos; c) descriptores y características de la proximidad emocional con pacientes severos (Apéndice A).

Cuestionario del Estilo Personal del Terapeuta. EPT-C (6): se trata de un instrumento autoadministrado de 36 ítems, diseñado para evaluar un conjunto de fun-

ciones terapéuticas propuestas en la definición del constructo y que caracterizarían el EPT. El inventario se responde en función del grado de acuerdo (Likert 1-7) para cada uno de los reactivos propuestos, donde el puntaje «1» significa un total desacuerdo con el enunciado, y el puntaje «7» significa un total acuerdo. Finalmente, se obtienen puntajes para cada una de las funciones que pueden ser expresadas en un perfil del EPT. Estas dimensiones son:

Instruccional: (puntajes más altos indican mayor rigidez). Se trata de las conductas que pone en marcha un terapeuta para establecer y regular el dispositivo de la terapia. Explora la flexibilidad-rigidez con que cada terapeuta tiende a operar con sus pacientes. Ejemplos de ítems: «Procuro que los pacientes se adecuen al formato habitual de mi trabajo»; «Suelo atender pacientes fuera del ámbito del consultorio».

Expresiva: (mayores puntajes aluden a mayor proximidad emocional). Son las acciones que lleva a cabo el terapeuta para sostener la comunicación emocional con el paciente. Explora la distancia-proximidad en dicha comunicación. Ejemplos de ítems: «Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso»; «Evito revelar a mis pacientes mis estados emotivos».

De involucración: (a puntuaciones más altas, mayor grado) es el conjunto de conductas explícitas e implícitas vinculadas con el compromiso que experimenta el terapeuta frente a su tarea en general y, especialmente, frente a sus pacientes. Ejemplos de ítems: «Tengo en mente los problemas de los pacientes más allá de las sesiones»; «Mantengo un bajo nivel de involucración con los pacientes para actuar con más objetividad».

Atencional: (puntuaciones más altas describen atención más focalizada). Se refiere al modo en que el terapeuta focaliza su atención para obtener la información necesaria de sus pacientes. Ejemplos de ítems: «Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva más que concentrada y focalizada»; «Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas».

Operativa: (puntajes altos equivalen a terapeutas más pautados). Hace referencia a las acciones directamente vinculadas con las intervenciones terapéuticas específicas. Ejemplos de esto son el grado de influencia o de directividad con que el terapeuta opera, o la preferencia por utilizar procedimientos más pautados o más espontáneos (por ejemplo: «Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración»; «Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión»). Un listado completo de los ítems se muestra en el apéndice B.

El EPT-C mostró condiciones psicométricas satisfactorias con respecto a su confiabilidad tanto para la consistencia interna como para la estabilidad temporal (alpha de Cronbach; test-retest). Y el procedimiento de análisis factorial realizado (componentes principales, rotación Varimax y normalización Kaiser) determinó

una composición de cuatro factores que sugirió una validez teórica adecuada para las dimensiones propuestas, y explicó en su conjunto el 40.1% de la varianza (6).

Procedimiento y análisis

Todos los terapeutas cumplieron de forma anónima y voluntaria el registro de datos básicos y el cuestionario EPT. Sólo a los terapeutas de pacientes severos se les administró complementariamente la ETPS.

Se realizaron análisis (pruebas t y U de Mann-Whitney) para determinar: a) si el tipo de pacientes asistidos (severos vs. controles) modulaba el EPT; b) si existían diferencias en el EPT de los terapeutas que atienden pacientes considerados severos vs. controles según la orientación de pertenencia (cognitiva e integrativa vs. psicoanálisis); y c) si existían diferencias en el EPT de los terapeutas cognitivos e integrativos vs. psicoanalistas según la población clínica asistida (severos vs. controles). En el análisis estadístico de los datos aportados en b) y en c) se consideraron conjuntamente los terapeutas cognitivos e integrativos en un mismo grupo.

Para el análisis de la información cuantitativa se utilizó el software SPSS 13.0, y para el análisis cualitativo el software Atlas.Ti versión 4.2.

Resultados

1. EPT y población clínica

En primer lugar se compararon las valoraciones dadas al EPT-C por los terapeutas que asisten a pacientes severos vs. terapeutas que no atienden a este tipo de pacientes, tomados en conjunto (sin distinción por orientación).

Tabla 1
Diferencias en el EPT-C según población clínica asistida

EPT-C Población clínica	Severos (n = 30)	Controles (n = 30)	t
Instruicional	3.68 ± 1.03	3.99 ± .95	n.s.
Atencional	2.84 ± .98	2.86 ± 1.14	n.s.
Expresiva	3.50 ± 1.14	4.04 ± 1.10	-1.83*
Operativa	4.00 ± 1.23	2.96 ± 1.02	3.53***
Involucración	3.22 ± 1.12	4.26 ± 1.35	-3.23**

n.s.: no significativa; *p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001

Los terapeutas de pacientes severos se consideraron significativamente más distantes en la comunicación emocional con sus pacientes, $t(58) = -1.83$; $p < .05$, con una menor involucración, $t(58) = -3.23$; $p < .01$, y más pautados operativamente, $t(58) = 3.53$; $p < .001$, que aquellos terapeutas que asisten a pacientes considerados no severos. No fueron significativas las diferencias en las funciones instruccional y atencional del EPT para las poblaciones clínicas consideradas (Tabla 1).

2. EPT, orientación teórica y población clínica

Se analizaron los datos para cada orientación teórica. En el caso de los terapeutas cognitivos e integrativos, aquellos cuya actividad clínica estaba basada en la atención de pacientes severamente perturbados, se describieron en su estilo personal como significativamente menos involucrados y más pautados, al ser comparados con los terapeutas de la misma orientación que atendían pacientes con trastornos considerados no severos. También resultaron más distantes emocionalmente, más flexibles y menos focalizados aunque esta tendencia no fue significativa. (Tabla 2a).

Tabla 2a

Diferencias en el EPT-C de terapeutas que atienden distintas poblaciones clínicas según la orientación teórico-técnica

ORIENTACIÓN	Cognitivo-integrativa			Psicoanalistas		
	Severos (n=18)	Controles	U	Severos (n=12)	Controles (n=12)	U
Instruccional	3.76 ± .81	4.07 ± .73	n.s.	3.55 ± 1.32	3.86 ± 1.24	n.s.
Atencional	3.22 ± 1.00	3.39 ± .83	n.s.	2.26 ± .64	2.06 ± 1.10	n.s.
Expresiva	3.99 ± 1.02	4.22 ± .68	n.s.	2.77 ± .92	3.76 ± 1.53	43.00*
Operativa	4.06 ± 1.23	3.42 ± .96	109.50*	3.9 ± 1.27	2.27 ± .67	21.00**
Involucración	3.52 ± .92	4.43 ± 1.05	84.00**	2.78 ± 1.29	4.01 ± 1.72	42.50*

n.s.: no significativa; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Cuando el análisis de las diferencias en el EPT se centró en los psicoanalistas, éstos se describieron con una mayor distancia emocional, menos involucrados y más pautados con los pacientes severamente perturbados que los psicoanalistas que centraban su actividad clínica en poblaciones menos severas. También los terapeutas psicoanalíticos que asistían a pacientes severos se mostraron algo más flexibles en el establecimiento y mantenimiento del *setting* terapéutico, y con una atención más focalizada aunque sin alcanzar la significación estadística. (Tabla 2a).

ORIGINALES Y REVISIONES

Se analizaron las diferencias entre terapeutas cognitivos e integrativos vs. psicoanalistas para las poblaciones clínicas consideradas. Los terapeutas de pacientes severamente perturbados que se adscribían a una orientación cognitiva e integrativa se describieron como más focalizados atencionalmente, más cercanos emocionalmente, y con una mayor involucración que sus pares psicoanalistas. Pero no se diferenciaron significativamente los grupos profesionales en las funciones instruccional y operativa. (Tabla 2b).

Tabla 2b
Diferencias en el EPT-C de distintas orientaciones según población clínica asistida

Población clínica EPT-C	Severos			Controles		
	Cogn- integ. (n = 18)	Psicoan. (n = 12)	U	Cogn- integ. (n = 18)	Psicoan. (n = 12)	U
Instruccional	3.76 ± .81	3.55 ± 1.32	n.s.	4.07 ± .73	3.86 ± 1.24	n.s.
Atencional	3.22 ± 1.00	2.26 ± .64	42.00**	3.39 ± .83	2.06 ± 1.10	33.5***
Expresiva	3.99 ± 1.02	2.77 ± .92	43.50**	4.22 ± .68	3.76 ± 1.53	n.s.
Operativa	4.06 ± 1.23	3.90 ± 1.27	n.s.	3.42 ± .96	2.27 ± .67	35.0***
Involucración	3.52 ± .92	2.78 ± 1.29	63.00*	4.43 ± 1.05	4.01 ± 1.72	n.s.

n.s.: no significativa; *p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001

Particularmente los terapeutas cognitivos e integrativos se describieron más pautados y con una atención más focalizada que los psicoanalistas cuando la población clínica asistida era de pacientes menos severos. Sin embargo, los grupos no presentaron diferencias estadísticamente significativas en las funciones instruccional, expresiva y de involucración en el grupo control.

3. Evaluación cualitativa a través de la ETPS de las dimensiones: «involucración» y «expresiva» de terapeutas que asisten a pacientes severos

A continuación se describen las respuestas de los terapeutas que trabajaban con pacientes severos a la ETPS. El ítem 1 se utilizó como criterio de agrupabilidad (población clínica predominantemente asistida) y, por lo tanto, no se incluyó en el análisis. Las respuestas al ítem 2 permitieron operacionalizar la variable «pacientes severos». Esto fue descrito más arriba en el apartado *Muestra*.

(Ítem 3) *¿Por qué razón o razones usted trabaja con este tipo de pacientes?*

En este estudio el 53,3% de los terapeutas manifestaron interés y motivación personal para asistir a pacientes severamente perturbados, hubo un 33,3% que atribuyó su trabajo con esta población clínica a exigencias y razones institucionales y un 13,3% combinó ambos tipos de razones.

(Ítem 4) *¿Cómo describiría el grado de involucración más conveniente del terapeuta?*

Los terapeutas cuya motivación se liga a un tipo de atribución personal (interna) son los que mostraron una mayor tendencia a expresar altos grados de involucración. Esta involucración asume un carácter reflexivo y busca adecuarse a las características del paciente. Las expresiones que adopta toman como referente la consideración de aspectos contratransferenciales. Este segmento de terapeutas considera que su labor exige un alto grado de disponibilidad hacia el paciente. Ejemplos de respuestas son:

Alto nivel de involucración y disponibilidad (telefónica, entrevistas adicionales, etc.). Disposición a tolerar situaciones de alta carga emocional o de conflicto. Requiere mucha involucración, pensar diferentes alternativas fuera de las sesiones. A veces es necesario atenderlos por teléfono, lo que interfiere en la vida personal, sobre todo en momentos críticos.

Los terapeutas cuya motivación se liga a motivos institucionales (externa) tienden a circunscribir un mayor grado de involucración a situaciones críticas (riesgo de suicidio). Se muestran propensos a una relación con el paciente mucho más mediada por marcos teóricos de comprensión que por la referencia a sí mismos. El trabajo en equipo y la supervisión es considerado importante en casi todos los casos.

(Ítem 5) *¿Hay algún tipo de pacientes severos frente a los cuales decide asumir un tipo especial de involucración? ¿Por qué motivos?*

La necesidad de considerar conveniente una involucración diferencial para determinado tipo de pacientes generó respuestas dispares. Ejemplos:

- «Sí, los pacientes con trastorno de personalidad tipo *borderline*. Por el tipo de sostén que necesitan basado en la confianza y soporte de sus desbordes».
- «Sí, por motivos inherentes a la patología del paciente».
- «En determinados casos donde el riesgo de suicidio es alto, a fin de lograr que el paciente evalúe otras opciones».
- «No. Induciría a cierta subjetividad inadecuada».
- «No, no creo que haya pacientes especiales».

(Ítem 6) *¿Cómo describiría la proximidad emocional más conveniente del terapeuta?*

Los mismos terapeutas que se muestran proclives a mayores niveles de involucración son quienes consideran importante prestar atención al grado óptimo de proximidad emocional. Por ese motivo sobre este plano mantienen un criterio selectivo, discriminando las características del paciente y el posicionamiento personal acorde:

- «Lo primero que intento es lograr empatía con el paciente».
- «No podría pensar en una distancia emocional óptima para todos los pacientes severos, puesto que se trata de un grupo muy heterogéneo. Evalúo la proximidad emocional en función de otros criterios».
- «No es posible plantearse una conducta emocional a priori. Esto se produce en situación, sin perder de vista que el terapeuta es una función».

Algunos tratan de vincularla a la comprensión del caso y las características del proceso:

- «Las emociones influyen pero no son decisivas. No creo conveniente revelar los estados afectivos del terapeuta pero sí tenerlos en cuenta para entender lo que le sucede al paciente. No es imprescindible para promover cambios terapéuticos una alta proximidad emocional».
- «La proximidad debe ser cálida y continente que genere un clima de confianza. Utilizo la contratransferencia en la comprensión del estado mental de los pacientes».

Un grupo menor se muestra refractario a asignarle valor o significación a esta dimensión en el proceso terapéutico:

- «No debe existir».
- «La abstinencia por parte del profesional».

(Ítem 7) *¿Hay algún tipo de pacientes severos frente a los cuales decide asumir un tipo especial de proximidad emocional? ¿Por qué motivos?*

Un grupo predominante (el mismo que se muestra proclive a mayores niveles de involucración y que considera importante encontrar un grado óptimo de proximidad emocional) considera que determinados pacientes requieren un tipo particular de proximidad o distancia emocional:

- «Sí, es importante tener en cuenta los estados afectivos que generan algunos pacientes al terapeuta cuando ellos mismos no manifiestan sus afectos (no manifiestan angustia, tristeza, dolor, no hablan, etc.)».

- «Si el paciente es actuador o manejador pongo más distancia».
- «Frente al desencadenamiento de un amor de transferencia histeriforme conviene adoptar una abstinencia amable».
- «En función del estilo de vinculación interpersonal del paciente y las modificaciones o cambios a implementar de acuerdo a los objetivos terapéuticos (mayor proximidad en momentos de crisis, mayor distancia en los períodos en que es necesario favorecer autonomía o mayor responsabilidad)».

En síntesis: aquellos terapeutas que manifestaron una motivación personal por atender a pacientes severos se describieron con una mayor involucración, una mayor consideración de la proximidad emocional, más disponibilidad hacia las necesidades del paciente y más consideración por los aspectos que hacen a la relación terapéutica dentro de la terapia, comparados con los que atendían a esta población clínica por exigencias institucionales de su lugar de trabajo.

Esta tendencia estuvo relacionada positivamente con las autodescripciones cuantitativas del estilo en las funciones expresiva y de involucración, obtenidas a través del EPT-C.

Discusión

Los resultados muestran diferencias significativas en el estilo personal de los terapeutas que asisten a pacientes severamente perturbados. Estas diferencias se manifestaron en tres de las funciones del EPT: expresiva, de involucración y operativa. En estos casos, los terapeutas valoraron una involucración significativa baja, una mayor distancia emocional y una mayor estructuración en los aspectos operativos de la psicoterapia. Aún es necesario establecer los efectos que estas características estilísticas tienen sobre el establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica, aspecto central en el tratamiento de estos pacientes (13, 14) y sobre los resultados de la psicoterapia.

Podríamos interpretar esto como un mecanismo de protección de los terapeutas ante la mayor exigencia que plantea el trabajo con pacientes severos. Esto discrepa con muchas de las respuestas de los profesionales a la encuesta cualitativa. Probablemente porque debido a la mayor demanda de involucración que exigen los pacientes severos, los terapeutas tiendan a establecer una mayor distancia emocional y un menor grado de involucración como mecanismo compensatorio en la relación, independientemente de la valoración que hacen de lo que consideran adecuado u óptimo en el tratamiento de este tipo de pacientes.

Sería importante investigar también la incidencia de este tema en la salud mental y en la calidad de vida de los terapeutas. Es interesante mencionar que los terapeutas que trabajan con pacientes severos se perciben en el nivel operativo, significativamente más pautados en todas las orientaciones teóricas incluidas en el estudio, algo esperable en función del tipo de tratamiento que llevan adelante (Tabla 2a). Sin embargo surgen algunas diferencias: los controles cognitivos se describen más involucrados que los terapeutas cognitivos que atienden pacientes severos; y esta diferencia es mucho más significativa entre los terapeutas cognitivos e integrativos que entre los psicoanalistas. Mientras que los cognitivos e integrativos no difieren significativamente en la función expresiva.

También es interesante mencionar que entre los psicoanalistas, los que trabajan con pacientes severos son notablemente más pautados, y esta diferencia es más significativa que entre los cognitivos. Esto podría explicarse por la mayor distancia existente entre la prescripción teórica con respecto a las intervenciones que presentan los psicoanalistas y las demandas reales que plantean los pacientes severos.

Si analizamos ahora las diferencias entre las orientaciones para cada población clínica (Tabla 2b) notamos que los cognitivos e integrativos son mucho más cercanos emocionalmente y más involucrados que los psicoanalistas, cuando trabajan con pacientes severos, a diferencia de lo que sucede en la muestra control donde se mantiene la tendencia, aunque sin alcanzar significación estadística. Es interesante mencionar la dimensión operativa: en el caso de los controles son mucho menos pautados los psicoanalistas que los cognitivo-integrativos (como su orientación teórica lo prescribe). Sin embargo estas diferencias se diluyen con los pacientes severos. También la dimensión atencional es significativa y marca nuevamente una diferencia: los terapeutas cognitivos e integrativos manifiestan una atención más focalizada que sus pares psicoanalistas, diferencia que se evidencia para ambas poblaciones clínicas. Como otros trabajos han sugerido, el tipo de pacientes atendidos también modula el EPT, así como la orientación teórica y los años de experiencia (10, 9, 12).

En síntesis, dentro de la misma orientación, los terapeutas muestran diferencias de estilo, pero también la población clínica asistida pone en evidencia modos diferentes de abordaje según la orientación de los terapeutas.

Es necesario considerar estos resultados con cautela debido al tamaño de la muestra, y realizar estudios en muestras más amplias, con otras poblaciones clínicas y también con terapeutas de diferentes regiones geográficas.

Si bien los resultados obtenidos muestran la capacidad heurística del constructo EPT así como la sensibilidad del instrumento propuesto, por delante tenemos varios desafíos. La relevancia del constructo debería ser puesta a prueba a tra-

vés de dos aspectos. Primero, su estabilidad temporal: los terapeutas deberían tener un estilo similar a través del tiempo en intervalos no muy largos, ya que se ha conceptualizado el EPT como estable en el tiempo, aunque no necesariamente constante. Puede mantenerse por largos períodos y puede sufrir cambios como resultado del entrenamiento recibido, por cambios en las condiciones de trabajo, y también debido a factores evolutivos u otras circunstancias de la vida del terapeuta (6). Esto se ha constatado a través de la confiabilidad test-retest del instrumento EPT-C.

Otro aspecto importante para investigar sería la consistencia transituacional del constructo. En este caso la consistencia del estilo terapéutico se expresaría por su estabilidad a través de diferentes tipos de pacientes. Está claro que los terapeutas no nos comportamos exactamente igual con todos nuestros pacientes, sin embargo debemos suponer que el estilo muestra un patrón de variabilidad y que este patrón mantiene cierta estabilidad temporal. Una propuesta análoga es la de los actuales modelos interaccionistas de la personalidad (22). Seguramente desde esta perspectiva la experiencia y la formación teórico-clínica van moldeando a los terapeutas así como las experiencias vitales van moldeando nuestra personalidad. Estamos trabajando en la búsqueda de la metodología más adecuada para detectar la existencia de esos patrones de variabilidad estilística.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BEUTLER, L. E., y otros, «Therapist Variables», en LAMBERT, M. (ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, EE.UU., Wiley, 2004, 5.ª edición, pp. 227-306.
- (2) ORLINSKY, D. E.; HOWARD, K. I., «Process and Outcome in Psychotherapy», en GARFIELD, S. L. y BERGIN, A. E. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Nueva York, Wiley, 1986, pp. 311-381.
- (3) ORLINSKY, D. E.; GRAW, K.; PARKS, B. K., «Process and Outcome In Psychotherapy. *Noch Einmal*», en BERGIN, A. B. y GARFIELD, S. L. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Nueva York, Wiley, 1994, 4.ª ed., pp. 270-376.
- (4) BEUTLER, L. E.; HARWOOD, T. M., *Prescriptive Psychotherapy*, Nueva York, Oxford University, 2000.
- (5) FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, H.; GARCÍA, F., «El estilo personal del terapeuta: Inventario para su evaluación», en GRIL, S., y otros (eds.), *Investigación en Psicoterapia*, Pelotas (Brasil), Educat, 1998, pp. 76-84.
- (6) FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, H., y otros, «Assessment Questionnaire on The Personal Style of the Therapist PST-Q», *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 2003 pp. 116-125.
- (7) CORBELLA SANTOMÁ, S., *Compatibilidad entre el estilo personal del terapeuta y el perfil personal del paciente*, TD, Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona, 2002.

ORIGINALES Y REVISIONES

(8) MALIK, M. L., y otros, *Which Therapist for Which Client? The Interaction of Therapist Variation and Client Characteristics in Affecting Rates of Change: An Effectiveness Study*, Ponencia presentada en el «Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research», San Francisco, 2002.

(9) CASTAÑEIRAS, C., y otros, *Modulating Effect of Experience and Theoretical-Technical Orientation on the Personal Style of the Therapist*, en preparación.

(10) CASTAÑEIRAS, C., y otros, *The Influence of Experience and Theoretical-Technical Orientation on the Personal Style of the Therapist*, Ponencia presentada en el «Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research», Weimar, 2003.

(11) FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, H., y otros, *Estilos personales e terapeutas psicoanalíticos, cognitivos e integrativos*, Ponencia presentada en el «II Congreso Latinoamericano de Pesquisa em Psicoanalise e Psicoterapia», Gramado, 2000.

(12) VEGA, E., *Perfil del psicoterapeuta neonatal*, Tesis de Doctorado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2004.

(13) SEMERARI, A. (ed.), *Psicoterapia cognitiva del paciente grave*, Bilbao, Desclée de Broker, 2002.

(14) PERRIS, C., *Psicoterapia del paziente difficile*, Lanciano, Méitis, 1993.

(15) PERRIS, C.; MCGORRY, P. D. (eds.), *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders. Handbook of Theory and Practice*, Chichester, Wiley, 1998.

(16) CHADWICK, P.; BIRCHWOOD, M.; TROWER, P., *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*, Gran Bretaña, Wiley, 1996.

(17) VALLIS, T. M., «When the Going Gets Tough: Cognitive Therapy for the Severely Disturbed», en PERRIS, C. y MCGORRY, P. D. (eds.), *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders. Handbook of Theory and Practice*, Chichester, Inglaterra, Wiley, 1998, pp. 37-62.

(18) PERRIS, H., «Less Common Therapeutic Strategies and Techniques in the Cognitive Psychotherapy of Severely Disturbed Patients», en PERRIS, C. y MCGORRY, P. D. (eds.), *Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders. Handbook of Theory and Practice*, Chichester, Wiley, 1998, pp. 315-332.

(19) KOHUT, H., *¿Cómo cura el análisis?*, Buenos Aires, Paidós, 1984.

(20) CLARKIN, J. F.; YEOMANS, F. E.; KERNBERG, O. F., *Psychotherapy for Borderline Personality Disorders*, Nueva York, Wiley, 1999.

(21) FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, H., *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*, Buenos Aires, Paidós, 1992.

(22) MISCHEL, W., «Toward an Integrative Science of the Person», en FISKE, S. T., y otros (eds.), *Annual Review of Psychology*, Vol. 55, Palo Alto, CA, Annual Reviews Inc, 2004, pp. 1-22.

Apéndice A

FUNDACION AIGLE

Encuesta para terapeutas que trabajan con pacientes severos

N.º de orden:

Fecha:

- 1) ¿Trabaja usted predominantemente con pacientes severos? SI NO
- 2) Si su respuesta es SI, ¿podría especificar con qué tipo de pacientes severos?
- 3) ¿Por qué razón o razones usted trabaja con ese tipo de pacientes?

Involucración

La labor clínica con pacientes severos requiere diferentes grados de involucración* por parte del terapeuta. Queremos conocer qué piensa usted sobre algunos aspectos de este tema.

- 4) ¿Cómo describiría el grado de involucración más conveniente del terapeuta en el tratamiento del paciente severo?
- 5) ¿Hay algún tipo de pacientes severos frente a los cuales decide asumir un tipo especial de involucración? ¿Por qué motivos?

Proximidad emocional:

Del mismo modo, los terapeutas mantienen diferentes grados de cercanía emocional** con sus pacientes. Queremos conocer qué piensa usted sobre algunos aspectos de este tema.

- 6) ¿Cómo describiría la proximidad emocional más conveniente del terapeuta en el tratamiento del paciente severo?
- 7) ¿Hay algún tipo de pacientes severos frente a los cuales decide asumir un tipo especial de proximidad o distancia emocional? ¿Por qué motivos?

* Por ejemplo: ¿cuánto tiene en mente los problemas de sus pacientes fuera de las sesiones?, ¿cuánto piensa en su trabajo en sus horas libres? ¿cuánto influye en su vida personal lo que le pasa a sus pacientes?

** Por ejemplo: ¿En qué medida usted cree que las emociones que le despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento?, ¿le resulta útil revelar algunos de sus aspectos personales en las sesiones?, ¿piensa que una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos?

Muchas gracias por su colaboración.

ORIGINALES Y REVISIONES

Apéndice B

EPT-C

Total desacuerdo // 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 \\ Total acuerdo

01. Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva más que concentrada y focalizada.
02. Procuero que los pacientes se adecuen al formato habitual de mi trabajo.
03. Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión.
04. Mantengo un bajo nivel de involucración con los pacientes para actuar con más objetividad.
05. Me resultan estimulantes los cambios en el encuadre.
06. Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento.
07. Me siento más inclinado a acompañar al paciente en su exploración que a señalarle los caminos a seguir.
08. Evito comunicarme a través de gestos y expresiones muy emotivas.
09. Tiendo a exigir cumplimiento estricto con los honorarios.
10. Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración.
11. La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio.
12. Muchos cambios importantes en el curso de un tratamiento requieren que el terapeuta opere con un bajo tono emocional.
13. Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes.
14. Los cambios de consultorio afectan negativamente los tratamientos.
15. Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso.
16. Me considero un terapeuta que trabaja con un encuadre flexible.
17. Me resulta útil revelar algunos de mis aspectos personales en las sesiones.
18. Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas.
19. Suelo atender pacientes fuera del ámbito del consultorio.
20. Las mejores intervenciones en un tratamiento surgen de modo espontáneo.
21. Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal.
22. En mis intervenciones soy predominantemente directivo.
23. Pienso bastante en mi trabajo, aun en mis horas libres.
24. Evito revelar a mis pacientes mis estados emotivos.
25. Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia.
26. La distancia emocional con los pacientes favorece los procesos de cambio.
27. Nunca modifico la duración de las sesiones, a menos que sea imprescindible.
28. Si algo me irrita durante una sesión puedo expresarlo.
29. Una alta proximidad emocional con los pacientes es imprescindible para promover cambios terapéuticos.

30. Prefiero saber de antemano a qué cosas debo prestar atención en las sesiones.
31. Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir.
32. Me interesa trabajar con pacientes que presentan problemas focalizados.
33. Procuero dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones.
34. Tengo en mente los problemas de los pacientes más allá de las sesiones.
35. Soy bastante laxo con los horarios.
36. Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención.

* Verónica Rial, licenciada en Psicología; Claudia Castañeiras, doctora en Psicología; Fernando García, doctor en Psicología; Beatriz Gómez, licenciada en Psicología; Héctor Fernández-Álvarez, doctor en Psicología. Todos de la Fundación Aiglé, Buenos Aires (Argentina).
Correspondencia: Verónica Rial. Fundación Aiglé. Virrey Olaguer y Feliú. 2679 CP C1426EBE. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.
fundacion@aigle.org.ar Fax: 00 54 11 4784 3563. Tel.: 00 54 11 4781 3897.

Salidas terapéuticas: espacio lúdico para la integración

RESUMEN: Las actividades de ocio y tiempo libre deben ser una parte importante de cualquier programa integral de rehabilitación en personas con enfermedad mental grave.

PALABRAS CLAVE: monitoras de rehabilitación psicosocial, ocio, autoestima, integración social.

SUMMARY: A Program for preparation for leisure time it seems to us a essential element of a Rehabilitation Unit for patients with an important mental illness.

KEY WORDS: manager of psychosocial rehabilitation, leisure time, selfcenteredness, social integration.

Introducción

Hoy en día, en pleno siglo XXI, el tiempo de ocio del que disponemos es cada vez mayor, y el modo de su disfrute constituye un importante indicador de la calidad de vida en las actuales sociedades occidentales. Por una parte, es considerado como un espacio donde el ejercicio de las libertades individuales se hace más patente. La persona decide y gestiona qué actividades quiere realizar en función de sus intereses (descanso, diversión, compañía, actividades culturales, etc.). Por otra parte, las actividades de ocio pueden proporcionar un alto grado de satisfacción y realización personal.

Por estas razones, no podemos obviar que las actividades de ocio y tiempo libre deben ser una parte importante de cualquier programa integral de rehabilitación en personas con enfermedad mental severa. Estas personas, por lo general, disponen de más tiempo libre con el que no saben qué hacer y el aprender a gestionarlo puede suponer una oportunidad de integración social y comunitaria. De todas formas, podemos hacer un repaso de los beneficios de las actividades de ocio siguiendo a Cañamares y cols. (2001):

- a) Facilitan que el paciente recupere un papel activo y protagonista en ciertos aspectos de su vida. Como hemos comentado antes, el tiempo de ocio es una de las facetas donde se hace más patente el ejercicio de las libertades individuales.
- b) Dotan de sentido para el paciente algunos entrenamientos que antes rechazaba. Es importante saber expresarse para comprar una entrada de cine o pedir algo en un bar; es importante ir aseado a los sitios, etc.
- c) Mejoran las expectativas de los pacientes respecto de su recuperación, ya que relativizan el impacto negativo que la enfermedad tiene en sus vidas.
- d) Permite evaluar y entrenar múltiples capacidades de los pacientes: normalmente al ser actividades de alta motivación se crean unas condiciones privilegiadas para el aprendizaje con refuerzo inmediato. Por otro lado, el descubrir qué actividades resultan satisfactorias para un paciente puede servir como refuerzo de otras que le cuesten más o en las que tenga más dificultades.

- e) Facilita el desarrollo de una buena relación terapéutica con todos los profesionales.
- f) Como el grado de satisfacción aumenta con las actividades de ocio a la vez que hace que disminuya la ansiedad y la irritabilidad, esto necesariamente tendría que traducirse en una disminución de la sintomatología negativa y en un mejor manejo de la positiva.

En la Unidad Comunitaria de Rehabilitación (U.C.R.) Son Gibert (Palma de Mallorca), conscientes de la importancia que el buen manejo del ocio y del tiempo libre tienen para la rehabilitación e integración comunitaria, se ha puesto en marcha un programa específico de ocio y tiempo libre.

Esta Unidad, como tal, en la Comunidad (pues procede de la transformación de otra Unidad encargada de la desinstitucionalización desde el Hospital Psiquiátrico) lleva funcionando desde abril de 2003. En ella trabaja un equipo multi-interdisciplinar compuesto por una psiquiatra (coordinadora del Centro), un trabajador social, una psicóloga clínica, un terapeuta ocupacional, una enfermera de Salud Mental, un monitor administrativo y cuatro monitoras de rehabilitación psicosocial. Se llevan a cabo diferentes programas que abarcan diversas áreas de intervención para dar un abordaje integral desde una perspectiva biopsicosocial.

Más en concreto, el programa de ocio y tiempo libre es llevado a cabo fundamentalmente por las monitoras de rehabilitación psicosocial. El diseño del programa se realiza siguiendo tanto la línea del resto de actividades realizadas en el centro, reforzando los aprendizajes realizados a través de otros programas, como (y muy importante) los objetivos marcados en el Plan Individual de Tratamiento de cada usuario.

El programa de ocio está destinado prácticamente a todos los usuarios que acuden a esta UCR. Los objetivos concretos del programa, además de los expuestos más arriba, son:

- Fomentar la participación en las actividades del programa de ocio y tiempo libre.
- Convertir el tiempo de este espacio en una ocupación agradable y de disfrute.
- Evitar el aislamiento.
- Fomentar las relaciones interpersonales.
- Fomentar la tolerancia.
- Fomentar el respeto.
- Entrenar y modelar *in situ* el manejo del transporte público, circulación vial, orientación dentro del núcleo urbano, manejo de planos, manejo de imprevistos, manejo de «dinero de bolsillo».

- Aprender a utilizar la información adecuadamente.
- Fomentar el interés por la cultura popular.
- Fomentar el interés por la cultura.
- Fomentar la puntualidad.

Para lograr estos objetivos se eligen actividades que van dirigidas a:

- Conocer nuestra isla y ciudad.
- Conocer nuestra cultura.
- Aprender a cuidar nuestro entorno.
- Participar en talleres lúdicos.
- Participar en talleres de arbitraje y consumo.
- Visitas a exposiciones.
- Visitas a museos.
- Visitas guiadas por la ciudad.
- Paseos por la ciudad.
- Comidas de celebración en restaurantes.
- Hábitos saludables de consumo y uso adecuado del «dinero de bolsillo» (consumiciones en locales de la zona).

Para llevar a término las actividades se está en permanente contacto tanto con entidades públicas como con las privadas.

Asimismo, se sigue trabajando lo realizado en las salidas desde el Taller de Revista de la U.C.R., donde los usuarios realizan un breve resumen de las salidas, recogen impresiones o experiencias de la misma. El coste de las salidas suele ser gratuito a través de subvenciones; si éstas no son posibles, los gastos los asume la UCR, al igual que los desplazamientos fuera de la ciudad, excepto los pequeños gastos antes mencionados, que son utilizados como herramienta de trabajo terapéutico.

El grupo Delfín. Dado que el objetivo final de la rehabilitación (como de cualquier otro tratamiento psicoterapéutico) es el logro de la máxima autonomía con la puesta en marcha de los recursos personales apropiados a cada momento, desde la UCR se ha puesto en marcha un subprograma dentro del programa de ocio y tiempo libre. Este subprograma está destinado a un grupo más reducido de usuarios (entre 8 y 10). La característica diferencial está en que las salidas son realizadas SIN el acompañamiento de las monitoras. Los objetivos marcados son los mismos así como las actividades a realizar. A esto se añade el aprender a responsabilizarse de la actividad desde el inicio hasta el final, el lograr una cohesión de grupo y el poner en marcha sus propios recursos logrando así el máximo de autonomía y «normalización» en pasos sucesivos.

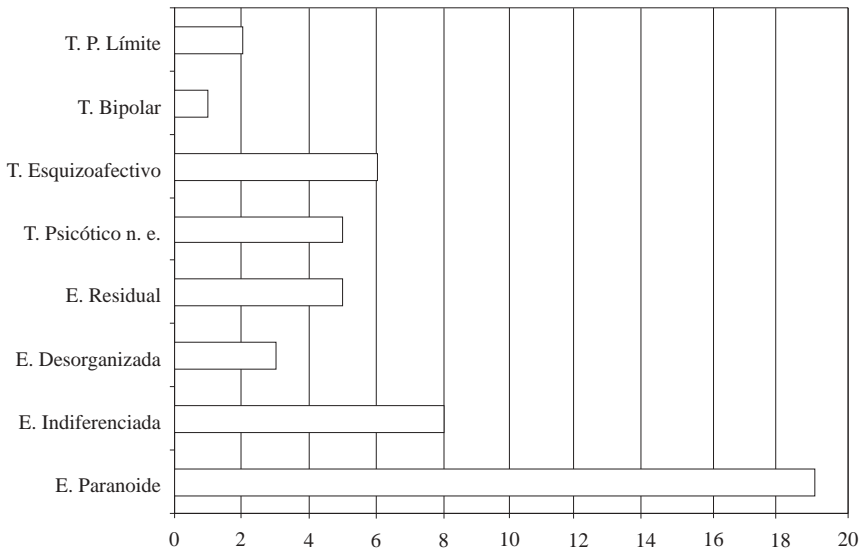
La monitora de la UCR encargada del programa tiene contacto directo, antes y después, con la entidad que van a visitar los usuarios, para poder recoger información de la salida, esto es, puntualidad, atención, uso adecuado de las instalaciones, etc.

A los usuarios previamente se les posibilita la búsqueda de información sobre el local o lugar que visitarán, de lo que van a ver, historia, etc. Además de una persona de contacto, medio de transporte a utilizar, orientación del punto de encuentro, hora de encuentro, horario de la visita. Cada día se asigna a un usuario para centralizar toda la información y posibles incidencias, con lo que se fomenta el sentimiento de responsabilidad personal y la solidaridad con el grupo.

Muestra: desde abril de 2003 hasta abril de 2005 han pasado por la UCR Son Gibert 49 usuarios que, al menos, han realizado una salida terapéutica. De éstos, 32 son varones y 17 mujeres. Su rango de edad está entre los 20 años y los 55 (media = 37,7; desviación estándar = 8,9).

En cuanto al diagnóstico principal, según criterios DSM-IV, 19 usuarios estaban diagnosticados de esquizofrenia paranoide; 8 de esquizofrenia indiferenciada; 3 de esquizofrenia desorganizada; 5 de esquizofrenia residual; 5 de trastorno psicótico inespecífico; 6 de trastorno esquizoafectivo; 1 de trastorno bipolar y 2 de trastorno límite de personalidad.

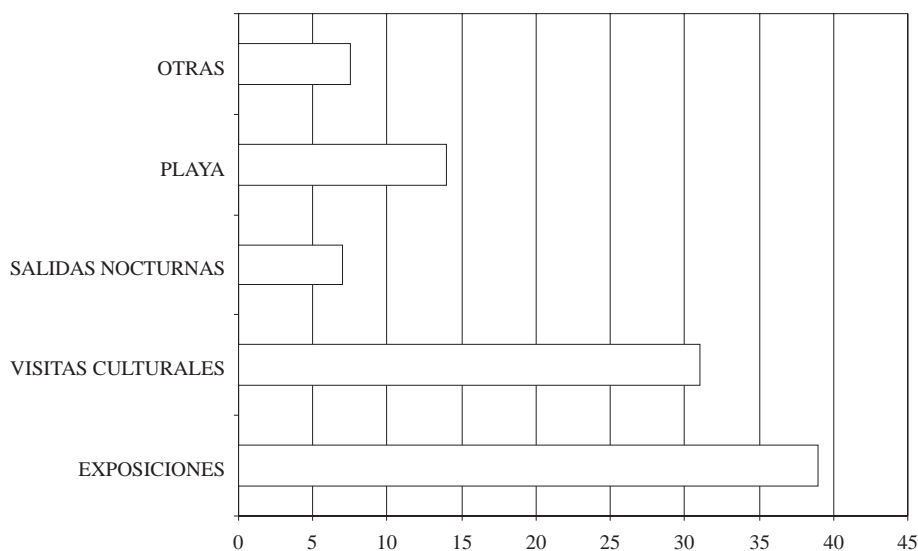
Gráfico 1
Diagnóstico



Proceso–resultados: en estos dos años se han contabilizado 100 salidas realizadas por parte del grupo menos autónomo, que las podríamos categorizar en:

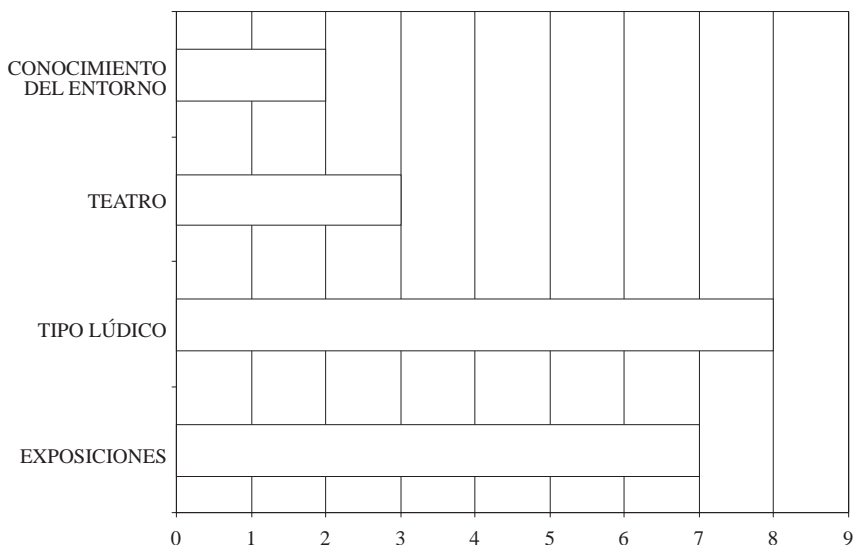
- Salidas a exposiciones en lugares cerrados: 39.
- Visitas culturales (paseos, actividades de interés científico y de conocimiento del entorno): 31.
- Salidas nocturnas («cinema a la fresca», paseo, feria, etc.): 8.
- Salidas a la playa (estamos en Mallorca): 14.
- Otras: 8.

Gráfico 2
Tipo de salidas terapéuticas



El «*grupo Delfín*» (grupo más autónomo) por su parte, en este periodo de tiempo, dado que comenzó su puesta en marcha más tarde, ha realizado las siguientes salidas: 7 de carácter cultural, 8 de tipo lúdico, 3 actividades relacionadas con el teatro y 2 relacionadas con el conocimiento del entorno: en total, 20. La media de participación de usuarios ha sido de 6 por salida, lógicamente menos que en el grupo grande para favorecer la autonomía y la integración comunitaria de los participantes.

Gráfico 3
Grupo Delfín



A esto hay que añadir que se han realizado dos viajes: uno a Ibiza y otro a Formentera de tres días de duración cada uno con el número de los usuarios que en ese momento acudía a la UCR. La media de participación en las salidas terapéuticas está entre 15 y 20 usuarios, y son acompañados por tres monitoras. Esto hace que haya una ratio profesional/usuarios adecuada para poder trabajar los diferentes aspectos de la rehabilitación. Entre éstos, destacamos:

- Actividades de la vida diaria: aseo, aspecto y vestido adecuados, tanto al entorno como a la actividad a realizar.
- Habilidades sociales: mejora de la forma de relación con los demás; hacer peticiones adecuadamente, solicitar información, no interrumpir a los guías de las visitas.
- Manejo del dinero: traer el dinero suficiente para cuando hace falta, y que no sea gastado antes de tiempo.
- Puntualidad.
- Utilización de diferentes medios de transporte y de la tarjeta.
- Autoestima e interés por los demás y el entorno.

Conclusiones

Desde nuestra experiencia nos gustaría destacar una serie de logros en los usuarios. En esta actividad, los usuarios han ido demostrando un interés progresivo por el disfrute del tiempo libre. Aumenta su autosatisfacción, el grado de independencia y su autoestima. Se han incrementado y mejorado las relaciones interpersonales de los usuarios. Los usuarios demuestran más cuidado en su aspecto personal (aseo, vestimenta, etc.). Ha aumentado su interés por lo que les rodea y su motivación para tener un papel más activo dentro de la sociedad. Aumenta su calidad de vida. Es además un espacio que favorece la desestigmatización de las personas con enfermedad mental crónica, y ayuda a desmontar las ideas erróneas y prejuicios sobre la enfermedad mental. Es un espacio para reunirse y evitar el aislamiento, haciendo actividades conjuntas para asumir y repartir responsabilidades y compromisos.

En definitiva, un espacio que ayuda a mantener a las personas con enfermedad mental grave en la Comunidad y de manera autónoma.

Nuestra intención, desde la UCR Son Gibert y desde el grupo de monitoras de rehabilitación de esta Unidad es seguir trabajando por la autonomía e integración social de estas personas; siendo este espacio de las salidas terapéuticas un lugar privilegiado. Parafraseando a Cavafis diremos que no importa donde se llega en las (salidas) sino el camino que se recorre.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) AA.VV., *Cuaderno técnico n.º 6: Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*, Madrid, AEN, 2002.
- (2) AZNAR, E.; BERLANGA, A., *Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia: manual para la familia y el cuidador*, Madrid, Pirámide, 2004.
- (3) CAÑAMARES, J. M. (comp.), *Esquizofrenia*, Madrid, Síntesis, 2001.
- (4) GISBERT, C. (coord.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del Trastorno mental severo*, Madrid, AEN, 2003.
- (5) RODRÍGUEZ, A. (comps), *Rehabilitación psicosocial de personas con Trastornos mentales crónicos*, Madrid, Pirámide, 1997.

* Francisca Tur Juan; M.^a Jesús Armada; Deo González Aguilar; Ana M.^a Segura Valero. Monitoras de rehabilitación psicosocial. Unidad Comunitaria de rehabilitación (U.C.R.), Palma de Mallorca (Balears). Unidad Comunitaria de Rehabilitación de Son Gibert.
Correspondencia: Francisca Tur Juan. UCR Son Gibert. Passeig de Marratxí n.º 1, bajos. 07008 Palma de Mallorca (Balears). lauraftered@hotmail.com

Una experiencia de grupos terapéuticos con adolescentes y jóvenes en un centro de salud mental

RESUMEN: El presente trabajo describe la experiencia de tratamiento grupal con adolescentes y jóvenes desarrollada en un Centro de Salud Mental.

PALABRAS CLAVE: adolescencia, juventud, tratamiento grupal, identidad, maduración.

SUMMARY: This work describes our group treatment experience with teenagers and youth developed in a Mental Health Center.

KEY WORDS: adolescence, youth, group treatment, identity, maturing.

Introducción

La adolescencia es una etapa importante en el desarrollo del individuo, supone un proceso gradual de maduración que conduce al acceso a la edad adulta (1). El adolescente o joven debe dar respuesta a cuestiones tan importantes como su propia identidad, su imagen corporal y su madurez sexual, la relación con sus padres, con sus iguales y sus relaciones afectivas. Las relaciones sociales y afectivas que establece le permiten ensayar, a través de las identificaciones que realiza, cuáles son sus nuevas capacidades, las expectativas que tiene sobre sí mismo y contribuyen a la elaboración de su identidad adulta. Dada la importancia del grupo en este momento vital y por el efecto movilizador y constructivo que tienen los tratamientos grupales, hemos desarrollado este tipo de intervención terapéutica con adolescentes que acuden a nuestro centro de trabajo.

Son muchos los motivos por los que los grupos terapéuticos son una buena alternativa de tratamiento. En términos económicos suponen menores costes tanto en tiempo como en especialistas, lo cual es de vital importancia en un contexto como el de la salud pública, en el que la presión asistencial muchas veces dificulta el acceso a los recursos. Pero además, desde sus inicios, los grupos terapéuticos han acreditado su eficacia en múltiples ocasiones. Burlingame y cols. (2) realizaron en 1995 un estudio de meta análisis a partir de la literatura de los 12 años previos sobre terapia grupal de adultos (116 trabajos), y encontraron que, efectivamente, la terapia grupal sí obtiene resultados positivos. Otros estudios previos sostienen que los tratamientos grupales son igualmente eficaces que los individuales (3, 4, 5, 6, 7, 8).

Centrándonos más en la población que nos ocupa, Hoag y Burlingame (9) en su trabajo de 1997 tomaron 56 estudios sobre terapia grupal con niños y adolescentes y realizaron un estudio de meta análisis encontrando índices de efi-

cacia similares a los hallados en adultos; en la mayoría de los estudios que revisaron, los pacientes mejoraban más en los grupos terapéuticos que los controles, ya fueran listas de espera o grupos placebo. Igualmente, estos autores señalan que diferentes diagnósticos no implican diferentes respuestas al tratamiento grupal; todos los diagnósticos investigados se favorecían de él en el mismo grado.

Este mismo estudio apoya también la mayor eficacia de los grupos terapéuticos en contexto clínico, respecto a aquellos que se aplican en otros contextos, en contra de los que previamente habían encontrado otros trabajos, que no hallaron diferencias (10). Este dato, a propósito de la supremacía del contexto clínico, tiene una relevancia especial como argumento a favor de la eficacia de los tratamientos grupales, ya que los sujetos incluidos en estudios efectuados en contextos clínicos suelen presentar mayor patología que los tomados de otros contextos, a menudo muestras subclínicas.

En esta misma línea, otro trabajo sobre grupos terapéuticos con estudiantes de instituto (11) muestra que los tratamientos grupales son eficaces en el abordaje de trastornos graves como la depresión, y que esta eficacia no está relacionada con la orientación del grupo (se compararon la terapia cognitiva y la terapia del proceso interpersonal con iguales resultados).

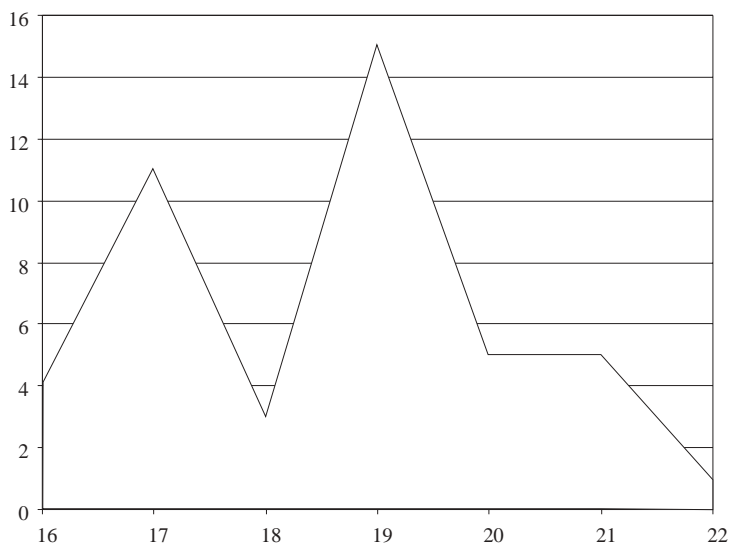
Finalmente, y yendo más allá, otros autores se han planteado si la experiencia del grupo terapéutico podría tener beneficios añadidos al de la mejoría psicopatológica. Así, los diversos estudios de Shechtman con estudiantes israelíes señalan que el paso por un grupo terapéutico en la adolescencia tiene efectos sobre su autoestima, y legítima de cara a los pacientes una comunicación a un nivel más profundo, sirviendo de práctica para sus relaciones sociales, y favoreciendo las amistades íntimas dentro y fuera del grupo (12, 13, 14, 15).

El presente trabajo describe la experiencia de tratamiento grupal con adolescentes y jóvenes desarrollada en un Centro de Salud Mental a través del trabajo con tres grupos consecutivos llevados a cabo entre los años 2002 y 2005.

Método

La orientación teórica que guió la intervención fue la de grupo operativo (16), con una periodicidad semanal. El número total de pacientes atendidos fue de 43, estando los grupos formados entre 14 y 17 participantes, siendo un 28% varones y un 72% mujeres (media de la edad = 18,57; desviación típica = 1,59) (Figura 1).

Figura 1
Distribución de la edad de los participantes



Respecto al origen de la derivación al grupo terapéutico, el 65% de los pacientes eran derivados por psicólogo clínico mientras que el 35% restante eran derivados por psiquiatra y recibían tratamiento farmacológico previamente a su incorporación al grupo. La distribución de sus diagnósticos (según DSM-IV-TR) (17) y la duración del tratamiento previo a la intervención grupal se recogen en las figuras 2 y 3.

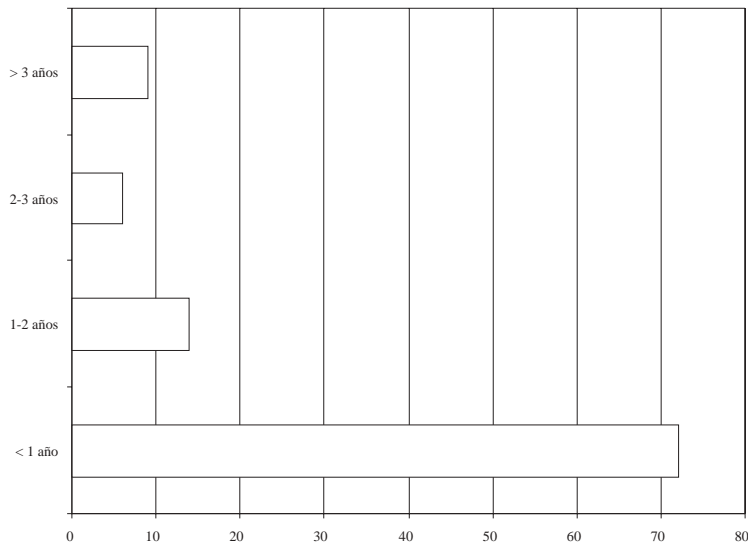
Para la recogida de información se ha empleado un protocolo que recoge datos acerca de la clínica previa al tratamiento, la situación actual y la valoración subjetiva de su participación, así como una medida pre y post-tratamiento del SCL-90-R. La escala de síntomas, SCL-90-R (18), nos permite una evaluación general de síntomas psicopatológicos. Es un listado de comprobación de síntomas recogidos en 9 dimensiones con datos normativos españoles y propiedades psicométricas aceptables (19). En cuanto a la fiabilidad, ha presentado una buena consistencia interna en todas las subescalas (oscilando la α de Cronbach de 0,78 a 0,90), así como una adecuada validez predictiva (20). También ha demostrado adecuada validez discriminativa, la validez concurrente con el IIP-C y el GHQ-12 (21).

Los objetivos trabajados en el grupo fueron los siguientes: Adquisición de su propia identidad. La identificación con otras personas es un aspecto fundamental

Figura 2
Distribución de los diagnósticos de los participantes

Tr. de la Alimentación 25%	Tr. Adaptativos 25%	Tr. de Ansiedad 25%	Tr. de estado de Ánimo 16%	Tr. de Personalidad 9%
-------------------------------	------------------------	------------------------	----------------------------------	------------------------------

Figura 3
Duración del tratamiento previo a la intervención grupal



en la adolescencia (22). El continuo cambio de roles que supone hacerse adulto conlleva un esfuerzo para redefinir lo que son, y la búsqueda de un equilibrio entre lo que pueden rescatar de su infancia para constituir el futuro, y las nuevas actitudes, responsabilidades y formas de sentir propias del mundo de los adultos. Una de las vías para lograrlo es la identificación con personas relevantes que puedan servir de modelos. La ausencia de referentes positivos entre los adultos puede complicar esta identificación. Poder rescatar lo positivo de estas relaciones, y, en general, prestar atención a este proceso es uno de los objetivos.

Reflexionar sobre las relaciones con los padres, así como la historia familiar y su implicación en ella (nuevas formas de convivencia). Estos nuevos roles pue-

den traer consigo nuevos conflictos en las relaciones familiares (23), que tienen que redefinirse según las nuevas demandas de los padres y las nuevas necesidades de los hijos. Entre los propósitos del grupo está verbalizar las dificultades que están encontrando en las nuevas formas de convivencia (padres separados, familias reconstruidas, padres ausentes, etc.) y analizar su nivel de implicación en los conflictos que se presentan.

Aceptación de la imagen corporal, desarrollo de su identidad sexual y organización sexual definitiva. La sexualidad es otra de las áreas importantes a trabajar (24). Las primeras experiencias sexuales y el sentido que cobran como nuevo medio de relación son vitales y suponen un aspecto definitorio de la propia identidad. Con relación a esto y en vista de las patologías que presentan los pacientes del grupo, otro foco de interés es el de la aceptación de la imagen corporal.

Reflexionar y verbalizar las dificultades en las relaciones afectivas y con los iguales. Otra área que para los adolescentes cobra especial importancia es la de las relaciones sociales y afectivas (25), en las que encuentran apoyo y nuevos referentes de comportamiento, y que al estar muy cargadas emocionalmente conllevan muchos conflictos. Poder definir estas relaciones en términos positivos, aprender nuevas formas de comunicarse y reflexionar sobre las situaciones de lealtad, coherencia y confianza en los demás es otro de los objetivos del grupo.

Favorecer su integración social. Se busca facilitar la incorporación a la vida adulta, la integración social, y la satisfacción personal (mundo laboral, futuro, etc.).

Resultados

Mientras que el 65,9% de los pacientes fueron dados de alta después de la intervención grupal (31,8% recibieron el alta por fin de tratamiento y el 34,1% fueron altas voluntarias o abandonos), el 34,1% restante continúa en tratamiento en nuestro Centro de Salud Mental. La situación académica de los pacientes después del tratamiento es: 23% progresa adecuadamente, 31% progresa con dificultades, 23% interrumpe voluntariamente sus estudios, 8% presenta un fracaso escolar y 15% no estudia.

La gran mayoría de los pacientes (77%) valoran la experiencia de participar en el grupo como buena y el 23% como regular. Respecto al nivel de satisfacción con la intervención, 15% está muy satisfecho, 77% satisfecho, y 8% poco satisfechos.

El perfil de puntuaciones en el SCL-90-R manifiesta una disminución de la intensidad en todas las escalas de psicopatología después de la intervención gru-

pal. Sin embargo, estas diferencias no alcanzaron significación estadística tras aplicar una prueba t, posiblemente por el tamaño muestral. Como se aprecia en la tabla, las diferencias más importantes aparecieron en las dimensiones que evaluaban depresión, ansiedad y ansiedad fóbica.

Tabla 1
Perfil de puntuaciones en el SCL-90-R antes y después de la intervención grupal

	Pre-		Post-	
	Media	D. T.	Media	D. T.
Somatización (0-4)	1,47	0,86	1,06	0,90
Obsesivo-compulsiva (0-4)	1,87	0,84	1,56	0,80
Susceptibilidad interpersonal (0-4)	1,95	0,86	1,57	1,16
Depresión (0-4)	2,24	0,90	1,69	1,09
Ansiedad (0-4)	1,84	0,85	1,50	0,90
Hostilidad (0-4)	1,60	1,05	1,25	0,95
Ansiedad fóbica (0-4)	1,37	0,72	0,90	0,54
Ideación paranoide (0-4)	1,64	0,83	1,42	1,01
Psicoticismo (0-4)	1,17	0,66	0,97	0,70
Índice de Severidad Global (0-4)	1,69	0,62	1,32	0,73
Índice de Malestar Referido a los Síntomas Positivos (0-4)	5,46	2,77	4,07	2,69
Índice de Síntomas Positivos	62,97	15,51	53,11	22,73

Finalmente, respecto a la valoración que los pacientes hacían a la finalización del grupo acerca de los aspectos mejorados después de la intervención, los más destacados fueron: la disminución de la inseguridad y la sensación de aislamiento, el aprendizaje de recursos de autocontrol, la reducción de su nivel de ansiedad, el incremento de capacidad de introspección y de la toma de conciencia de sus propias dificultades, el afrontamiento activo de sus miedos y preocupaciones, y el poder reafirmarse sobre sus proyectos y metas de futuro. Asimismo, la gran mayoría de ellos sostuvieron que el grupo les había permitido sentirse aceptados y seguros, y que poder compartir sus problemas con iguales había mejorado su comunicación con los demás tanto dentro como fuera del grupo.

Discusión

En relación con los contenidos que aparecen en las sesiones de terapia, los motivos de consulta expresados por ellos suelen ser la ansiedad, baja autoestima, problemas con la alimentación, dificultades en la aceptación de su cuerpo, problemas familiares en los que los jóvenes están implicados y/o se involucran, dificultades en las relaciones con sus iguales y relaciones afectivas. También su futuro y cómo se van incorporando al mundo adulto es otro motivo de duda e insatisfacción.

El grupo aparece como el lugar donde poder rescatar su pasado, sus vivencias, y poder hablar de ello, elaborarlo con un nivel de maduración y comprensión mayor. En ocasiones parecen absortos en su mundo, aislados en sus reflexiones, los silencios son frecuentes, suponen un tiempo de elaboración y de diferenciación con el grupo.

El sentimiento de dependencia-independencia, el temor y la defensa frente a él, característicos de estas edades, también está presente en el grupo a través de las ausencias e incorporaciones de nuevo y de los abandonos. Es un lugar de paso con tiempos de permanencia, en algunos casos, breves, pero les ayuda a ir encauzando su vida y observamos con mucha frecuencia que este abandono del tratamiento grupal no va unido a una nueva demanda de atención en Salud Mental.

Hemos agrupado los contenidos verbalizados de una manera predeterminada, en bloques temáticos que nos parecen importantes, ya que están relacionados con los objetivos trabajados en el grupo. Dichos bloques temáticos son: identidad propia, relación con los padres y con la familia en general, relaciones afectivas o de pareja, sexualidad y vivencias relacionadas con el propio cuerpo, amistad y relación con los iguales, integración social e incorporación a la vida adulta, su vivencia sobre la enfermedad y, por último, verbalizaciones relacionadas con la muerte.

Propia identidad

En las sesiones verbalizan sentimientos de inseguridad, duda, dependencia de los demás, se comparan con ellos, se exigen a sí mismos y esto les genera insatisfacción, dificultad para aceptarse como son, sentimientos de rareza, de ser diferentes a los demás y desconfianza. En ocasiones es una identidad forjada a partir de los deseos de los otros, una falsa identidad y se sienten perseguidos o con temor de ser dañados. Comienzan también a reafirmarse en sus criterios propios, a diferenciarse de los demás, a reflexionar sobre el esfuerzo y las pérdidas que supone su maduración. La frustración es difícilmente admitida. Algunos ejemplos son: «yo me veo patética», «soy muy exigente, muy radical... no me veo capaz», «toda mi vida ha sido como una obra de teatro, actuando para que los demás estén a gusto y no yo», «siento que todo el mundo me quiere hacer daño, que se van a

aprovechar de mí, tengo mucha desconfianza con todo el mundo», «no me encuentro bien y no me acepto como soy», «estoy quemada, asqueada y mal».

Relaciones con los padres y familia

Hay contenidos relacionados con el conflicto edípico, rivalidad con la madre, etc., pero también aparecen situaciones traumáticas, separaciones de los padres y reconstrucción con nuevas parejas, hermanos no conocidos, necesidad de reencuentro con el padre o madre ausente y la posibilidad de reelaboración de vivencias o realidades de abandono. Verbalizan experiencias de agresiones sexuales, maltrato y dinámicas familiares conflictivas, donde ellos se sienten y/o están implicados e intentan solucionar los problemas. Son contenidos como: «no aguanto a mi madre y por eso estoy aquí... mi madre es muy protectora, no me deja vivir, me trata como a una niña», «mi madre es la mujer a la que no quiero parecerme, va de dura», «discutí con mi padre y no me pidió perdón... ahora sueño con mi padre que regresa por no quererle... nos maltrataba, pero se puso malo y yo no estaba con él» (los padres de esta joven están separados, ella nos cuenta en la octava sesión que su padre murió hace un año y no pudo estar ni despedirse de él), «a los diez años me sentía sola, mi padre me encerraba y se llevaba a mi hermana. Mi madre no hacía nada, no lo hacía por no quedarse sola... yo tenía sentimientos de vacío», «tengo miedo del rechazo de mi madre y por eso no quería buscarla... me hago preguntas... ¿por qué me abandonó?, ¿por qué tiene otros niños y a mí no?» (su madre la abandona ocho días después del nacimiento, es criada por los abuelos paternos).

Relaciones afectivas o de pareja

En la adolescencia se produce un cambio en la relación con los objetos edípicos. Los deseos edípicos son experimentados dentro del contexto de una persona sexualmente madura y el joven encuentra una solución de compromiso entre lo que es deseado y lo que puede ser permitido, busca gratificación a través de nuevos objetos y ello configura su identidad sexual adulta. Hay también un cambio en la relación con los iguales. Verbalizan sus dificultades en estos aspectos y también en compaginar su relación de pareja con la relación con los amigos/as, esto provoca la ruptura en muchas ocasiones. El otro/a es para ellos un punto de apoyo importante, les ayuda en su reafirmación y les da estabilidad. A veces muestran sentimientos de celos, desconfianza y proyectan su propia agresividad y frustración en su pareja. Manifiestan su dependencia hacia él/ella y son frecuentes las autolesiones o gestos autolíticos después de una discusión o ruptura de la relación. Comentan «antes tenía estabilidad por tener novio... hay que encontrar a la persona adecuada», «quiero un hombre parecido a mi padre, que sea afín con el carác-

ORIGINALES Y REVISIONES

ter de él», «yo estaba mal con el otro novio, quería estar con mis amigas... necesito estar sola, no sé por qué he dejado a mi novio», «yo ocupo un lugar especial con mi padre, soy su niña... nadie me va a querer como hombre más que mi padre», «yo todo lo pago con mi novio».

Sexualidad y propio cuerpo

El desarrollo principal en la adolescencia es el establecimiento de la organización sexual definitiva y la adquisición de la propia identidad sexual como varón o hembra. El cuerpo ocupa un lugar central, tanto en su propia estima narcisista, como en el sentimiento de aprobación y aceptación por parte del otro. A veces existe una visión distorsionada del propio cuerpo, con sentimientos de odio y vergüenza, que refleja sus miedos e inseguridades. Hablan de un cuerpo del que se defienden, expuesto a la mirada del otro, que les provoca sentimientos de fragilidad e inseguridad, necesitan tener una imagen corporal aceptable, se comparan con los otros y se exigen a sí mismos. De ellos mismos expresan: «he cortado con un chico y ahora me arrepiento, me siento vacía, estaba confundida, me da miedo el sexo... miedo al momento del sexo, miedo y vergüenza», «ahora me siento más mujer y no tan niña, ahora estoy empezando a vivir, no quiero sufrir tanto», «yo puedo ser exigente, tener un cuerpo 10», «no me gusto a mí mismo, por la autoestima, no me caigo muy bien, no me gusta mi cuerpo», «yo me veo ridículo, patético, por la forma de ser amariconado».

Amistades

La amistad y la relación con los iguales adquieren gran importancia, los compañeros del mismo sexo le sirven como objeto de identificación y los del sexo opuesto, como objeto de sus deseos sexuales. Hay una oscilación entre los sentimientos de dependencia e independencia. La lealtad y sinceridad son valores importantes. En esta etapa se produce la diferenciación en relación con el grupo de iguales y la adquisición de su propia identidad. Algunos contenidos son: «me dejó mi novio... tengo problemas con los amigos y no tengo con quien salir. No tengo nada. Son muy falsos, no soy su amiga en realidad», «tienes que gustarte a ti misma y ya está... mi amiga me copia en todo y la dejé... no te ha demostrado que es tu amiga, tienes que hacerla el vacío», «tengo una amiga que ha cambiado mucho, ahora me machaca y me pone en evidencia, es mi amiga, pero me molesta que cambie y sea como una modelo», «me cuesta relacionarme».

Integración social e incorporación a la vida adulta

Aparece el miedo a fracasar y la angustia que les despierta, miedo a elegir y a equivocarse y dificultades para integrarse en la vida adulta. El trabajo es un lugar

de reconocimiento y afirmación. Expresiones como: «he dejado de estudiar y duermo tranquila, ahora busco trabajo» (repetía por tercera vez el curso), «tengo muchos proyectos y no me doy atracones... también he crecido, no puedo quedarme en el pasado», «estoy perdida, he pensado dejar la carrera, me agobia... estoy cansada de todo», «he tenido que dejar el trabajo, me dio un ataque de ansiedad, sólo pienso que me voy a morir», «ahora pienso en los estudios y me da miedo, también me da por pensar que no sirvo para nada, miedo al trabajo y miedo a quedarme sola en la vida».

Vivencias sobre la enfermedad

En ocasiones la enfermedad les da identidad. Expresan ansiedad, duda, miedo y dificultad para afrontar las situaciones que les plantea la vida y sentirse bien consigo mismos. El cuerpo refleja sus problemas a otros niveles, no comer como desplazamiento de otro conflicto. Existen en muchos casos una realidad familiar problemática (separaciones traumáticas, alcoholismo, discusiones frecuentes, etc.) y el nivel de implicación de estos jóvenes es alto, mediando en dichos problemas, sobre todo en la conflictiva entre los padres. En otros momentos hablan de su dificultad para expresar lo que les ocurre. Comentan en las sesiones «soy una bulímica», «no sé lo que me pasa, soy infeliz, sólo cuento los síntomas», «estoy aquí por crisis de ansiedad, cambio de domicilio, he roto con mi novia, soy muy nervioso», «vomitar es una felicidad prestada, es mi forma de vida. No sé si quiero salir. Me siento sola. Es una adicción, me lleno, me ahoga esa sensación, me doy asco y lástima, si me vacío, me siento mejor», «tengo miedo de salir de todo esto, miedo de mí misma».

Verbalizaciones relacionadas con la muerte

La adolescencia significa pérdida y muerte. Pérdida del niño y paso a la edad adulta, pérdida de los padres idealizados, miedo al futuro, a la soledad y a afrontar su propia vida. Expresan su dificultad para elaborar el duelo por familiares y es a partir de su enfermedad y del tratamiento grupal que pueden hablar de ello. En muchos casos, esos familiares han sido importantes figuras de apego (abuelos sobre todo). Las autolesiones y los gestos autolíticos son frecuentes, secundarios a discusiones familiares o rupturas de pareja. Hay una baja tolerancia a la frustración, fragilidad emocional y angustia ante el fracaso. Sus formas de expresarlo son: «no he superado la muerte de dos abuelos, no puedo expresar las emociones... el que llora, se desahoga, ¿pero el que no?», «lloro por todo, estoy muy sensible, me pongo como loca y me pongo a cortarme, me veo sangrando y paro... cuando me veo llena de sangre, me quedo como relajada», «no quiero hacer daño a mis padres y decirle a mi madre que me quiero morir, pero lo pienso y no lo

hago, me doy alternativas», «una amiga se suicidó, yo pensé que me iba a morir y todo el mundo se va a morir», «se murió mi abuela hace un año y me acuerdo de ella, sueño mucho con mi abuela y estoy mal por cualquier cosa».

A lo largo de las experiencias grupales que se han realizado, vemos cómo los jóvenes entienden el grupo como un lugar donde desahogarse y quejarse, donde pueden llevarles la contraria, que ayuda a pensar, es un espacio «democrático» en el que los demás ven los problemas desde fuera y dan su opinión.

Desde nuestra visión crítica como terapeutas, observamos que el grupo se constituye con pacientes de diferentes edades (franja etaria desde los 16 a 22 años), donde la problemática que se plantea es diferente. En los adolescentes lo importante son temas relacionados con el conflicto edípico, dificultades de aceptación del esquema corporal, sexualidad y relación con los iguales. Los jóvenes o adolescentes tardíos, verbalizan sus dificultades de integración en el mundo adulto, problemas laborales, de pareja, conflictos familiares en los que ellos están implicados y problemas relacionados con sus rasgos de personalidad.

El encuadre debe ser recordado en diferentes momentos, sobre todo en el inicio y en cuestiones referentes a las relaciones interpersonales. Desarrollan a partir del grupo de terapia relaciones de amistad o de ayuda, se implican en los problemas de los demás y aparecen conflictos de lealtad y sobreimplicación. Esto podría modificar el objetivo del tratamiento y dejar vacío de contenidos el espacio grupal.

Los abandonos son frecuentes y en algunos momentos del desarrollo del grupo, interfieren u obstaculizan la marcha del mismo (26). Los que permanecen no entienden la falta de compromiso de los que abandonan y existe un sentimiento de frustración que es necesario abordar junto con la elaboración de la pérdida. Sin embargo, el sentimiento de permanencia, tan importante en esta etapa vital, está presente en el grupo. Los integrantes participan de una manera comprometida, dando continuidad y cohesión al espacio grupal y utilizando este encuadre como un lugar de cooperación y elaboración, siendo una experiencia útil y positiva para ellos en general.

Conclusiones

El período de la adolescencia y juventud supone un proceso gradual de maduración, aporta una contribución específica y esencial en la construcción del yo. Los trastornos psíquicos en este período deben entenderse de una manera diferente a los que se presentan en la infancia y la vida adulta.

El grupo de terapia en los adolescentes y jóvenes es vivido como un lugar de apoyo, encuentro, pertenencia y de contención en algunos casos. Es el lugar donde

pueden expresar sus dificultades en este proceso y sus vivencias de soledad, ansiedad, inseguridad y miedo al fracaso. Verbalizan sus dificultades en el afrontamiento de la realidad de la vida adulta. Ayuda a disminuir la autoexigencia y facilita la comprensión de conflictos no resueltos que influyen en su desarrollo actual y futuro. Favorece la introspección y la posibilidad de compartir con los demás sus experiencias, incrementando el sentimiento de seguridad y aceptación por parte del grupo. Es, finalmente, un lugar de apoyo al que poder acudir, pero también abandonar para desarrollar sus propias experiencias y proyectos personales como adultos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) LAUFER, M.; LAUFER, E., *La adolescencia y crisis del desarrollo*, Barcelona, Espaxs, 1988.
- (2) BURLINGAME, G. M., y otros, «Group Psychotherapy Efficacy: a Meta-analytic Review», en FUHRMAN, A., *Group Psychotherapy Efficacy: a Meta-analytic Perspective*, Simposio de la Asociación Psicológica Americana, Nueva York, 1995.
- (3) WEISZ, J. R., y otros, «Effectiveness of Psychotherapy with Children and Adolescents: a Meta-analysis for Clinicians», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 1987, pp. 542-549.
- (4) BAER, R. A.; NIETZEL, M. T., «Cognitive and Behavioural Treatment of Impulsivity in Children: a Meta-analytic Review of the Outcome Literature», *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 1991, pp. 400-412.
- (5) ROBERTS, A. R.; CAMASSO, M. J., «The Effects of Juvenile Offender Treatment Programs of Recidivism: a Meta-analysis of 46 Studies», *Notre Dame Journal of Law, Ethics & Public Policy*, 5, 1991, pp. 421-441.
- (6) RUSSELL, R. L.; GREENWALD, S.; SHIRK, S. R., «Language Change in Child Psychotherapy: a Meta-analytic Review», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1991, pp. 916-919.
- (7) GROSSMAN, P. B.; HUGHES, J. N., «Self-control Interventions with Internalizing Disorders: a Review and Analysis», *School Psychology Review*, 21, 1992, pp. 229-245.
- (8) SHIRK, S. R.; RUSSELL, R. L., «A Reevaluation of Estimates of Child Therapy Effectiveness», *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1992, pp. 703-709.
- (9) HOAG, M. J.; BURLINGAME, G. M., «Evaluating the Effectiveness of Child and Adolescent Group Treatment: a Meta-analytic Review», *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 1997, pp. 234-246.
- (10) WEISS, B.; WEISZ, J. R., «The Impact of Methodological Factors on Child Psychotherapy Outcome Research: a Meta-analysis for Researchers», *Journal of abnormal Child Psychology*, 18, 1990, pp. 639-670.
- (11) HOGG, J. A.; DEFFENBACHER, J. L., «A Comparison of Cognitive and Interpersonal Process Group Therapies in the Treatment of Depression Among College Students», *Journal of Counselling Psychology*, 35, 1988, pp. 304-310.
- (12) SHECHTMAN, Z., «Small Group Therapy and Preadolescent Same Sex Friendship», *International Journal of Group Psychotherapy*, 41, 1991, pp. 227-243.
- (13) SHECHTMAN, Z., «Group Psychotherapy for the Enhancement of Intimate Friendship and Self-esteem Among Troubled Elementary School Children», *International Journal of Group Psychotherapy*, 10, 1993, pp. 483-494.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (14) SHECHTMAN, Z., «Group Counselling/Psychotherapy as a School Intervention to Enhance Close Friendships in Preadolescence», *International Journal of Group Psychotherapy*, 44, 1994, pp. 377-391.
- (15) SHECHTMAN, Z.; VUREMBRAND, N.; HERTZ-LAZAROWITZ, R., «A Dyadic and Gender-specific Analysis of Close Friendships of Preadolescents Receiving Group Psychotherapy», *Journal of Social and Personal Relationships*, 11, 1994, pp. 443-448.
- (16) PICHON-RIVIÈRE, E., *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1985.
- (17) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 2002 (texto revisado).
- (18) DEROGATIS, L., *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedure Manual*. Baltimore, Clinical Psychometric Research, 1977.
- (19) GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L., y otros, *The Spanish Version of the SCL-90-R. Normative Data in the General Population*, Towson, Clinical Psychometric Research, 1989.
- (20) SCHMITZ, N., y otros, «The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German Validation Study», *Quality of Life Research*, 9, 2000, pp. 185-193.
- (21) SCHMITZ, N., y otros, «Diagnosing Mental Disorders in Primary Care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as Screening Instruments», *Social Psychiatric Epidemiology*, 34, 1999, pp. 360-366.
- (22) LAUFER, M., *El adolescente suicida*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1998.
- (23) WINNICOTT, D. W., *La familia y el desarrollo del individuo*, Buenos Aires, Hormé, 1995.
- (24) LASA, A., «Experiencias del cuerpo y construcción de la imagen corporal en la adolescencia: vivencias, obsesiones y estrategias», *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 2, 2003, pp. 53-74.
- (25) LILLO, J. L., «Crecimiento y comportamiento en la adolescencia», *Revista de la AEN*, 9, 2004, pp. 57-71.
- (26) BION, W. R., *Experiencias en grupos*, Barcelona, Paidós, 1990.

* Pilar Sánchez del Hoyo, psicóloga Clínica; Luis Javier Sanz Rodríguez, psicólogo clínico; Concepción Baro Santamarta; María Gómez García de la Pedrosa, P.I.R. Hospital Universitario de Getafe. Todos pertenecen a los Servicios de Salud Mental de Parla (Madrid).
Correspondencia: Luis Javier Sanz Rodríguez. C/ Mayor, 23. 28991 (Madrid). ljsanz@cop.es

Salud mental, ciudades y urbanismo: 2. Planificación regional y salud mental

RESUMEN: En el trabajo se realiza una aplicación concreta de mi esquema de los «niveles de riesgo y contención de la salud mental» para el caso de las transformaciones urbanas y las planificaciones regionales que quieran tener en cuenta ese apartado de la ecología humana.

PALABRAS CLAVE: Factores de riesgo, resiliencia, contención, planificación regional, urbanismo, ciudades.

SUMMARY: The work consists in a concrete application of the model of the «levels of risk and contention for the mental health» for the case of the urban transformations of that level of the human ecology.

KEY WORDS: Risk factors, resiliency, contention, regional planning, urbanism, cities.

Planificación regional y salud mental

1. Algunas reflexiones para la planificación urbanística y regional

En la preparación del Congreso de Glasgow al que aludíamos en nuestro trabajo anterior sobre el tema (1), tuvimos la suerte de discutir estos asuntos con compañeros próximos (Adriana Dal Cin y Javier de Mesones) y, más tarde, con el público de arquitectos y planificadores que asistió a las sesiones. Como queda dicho, de la búsqueda de un esquema de comunicación y reflexión común, surgió el modelo que he utilizado¹ desde entonces para la esquematización de los «Factores de riesgo» y «Niveles de Protección y Contención» del trastorno mental (tabla 1). Pudimos pues pensar entre todos una serie de principios y aplicaciones derivados del uso urbanístico de este esquema, que he utilizado desde entonces en varios estudios, investigaciones y libros (1-6). La posible ventaja de un modelo como el que aquí presentamos es que intenta aportar un esquema de los elementos de salud mental de los pobladores de un barrio o hábitat que deberían ser cuidados en cualquier intervención sobre su medio, una línea, por cierto, abiertamente apoyada ¡por la Conferencia de Ministros Europeos de Salud! (7). Y un esquema que no se basa en la profesionalización de los cuidados de salud mental y urbanísticos sino que, en la medida de lo posible, intenta tener en cuenta las capacidades y niveles para la contención y la resiliencia de dichos medios y pobladores.

Realizaremos aquí una muestra elemental de sus aplicaciones en el caso de la planificación de intervenciones en áreas metropolitanas como la descrita: el

¹ Cuando el redactado es en primera persona del singular, corresponde a J. L. Tizón, y se debe a que la base de este artículo es la conferencia-coloquio antedicha, realizada dentro de la XIII Setmana Cultural de La Mina, organizada por el Centro de Atención Primaria La Mina y la Plataforma d'Entitats i Veïns del Barri de La Mina (Sant Adrià del Besós, 20 de mayo de 2004).

barrio de La Mina, en el área metropolitana de Barcelona. Un barrio que se creó entre 1969 y 1975 con el objetivo de «erradicar» diferentes núcleos de «infraviviendas» del área metropolitana de Barcelona (Camp de la Bota, Pequín, la Perona, Can Tunis, Montjuïc, etc.). Un barrio de «creación instantánea», dotado por tanto de todos los defectos y problemas posibles de este tipo de barrios y «urbanizaciones» (8, 9). El resultado es que, a lo largo de cerca de treinta años, llegó a ser considerado uno de los mayores problemas urbanísticos de Catalunya y de España (8, 9). Nació marginal para ocultar marginalidades y no ha hecho sino perpetuar viejas marginalidades y crear y mantener otras nuevas, como ha descrito magistralmente Jornet (8): marginalidad geográfica con respecto a las áreas de desarrollo, marginalidad espacial con respecto a las comunicaciones, marginalidad social (1), marginalidad en los servicios y en sus dotaciones y marginalidad en la tipología urbanística, con monocultivo de un único tipo de edificación.

Para disminuir o endulzar tal desaguisado, ya desde los primeros años de existencia, se han ido proponiendo hasta seis planes de reforma más o menos sectoriales o totales del barrio que, uno tras otro, han ido quedando engullidos por la propia dinámica del mismo, de forma similar al niño que fue engullido por el «agujero negro» de nuestra «mesa de juegos» y de nuestra falta de pensamiento (1). La última propuesta es el *Plan Especial de Reordenación y Mejora del Barrio de La Mina 2000-2010*, financiado en parte por fondos europeos (FEDER), para cuya gestión se ha creado el «Consortio del Barrio de la Mina» (8-10).

A diferencia de los planes anteriores, al menos inicialmente en éste se han intentado tener en cuenta elementos como los que aquí estamos tratando. Por ello, de entrada se han planteado tres grupos de acciones urbanísticas, basadas en los principios de centralidad, diversidad e intercambio (8).

La mejora de la conectividad con las importantes actuaciones urbanísticas que se están desarrollando a su alrededor: barrios del Poblenou, Sagrera, frente litoral de Barcelona, Besós, etc. Esas actuaciones que tal vez determinen en el futuro un «final de la Mina» bien diferente del contemplado en el PERI, que aboga por su mantenimiento y reordenación.

Reordenación física de los espacios públicos, con nuevos espacios de identidad y centralidad en el propio barrio.

Fomento de actividades diversas en el propio barrio, que le ayude a abandonar la tipología de «barrio dormitorio» y «centro de marginalidad y delincuencia».

En ese sentido, las finalidades del Consortio de La Mina son las que aparecen en las tablas 2 y 3; en ellas puede apreciarse un cierto énfasis en los aspectos sociales y comunitarios que debe conllevar tanto el urbanismo como la planificación. A diferencia de otros varios planes anteriores se han realizado ya importantes acciones sobre elementos culturales, sociales y psicosociales básicos del barrio, aunque aún está por ver la sostenibilidad de esas acciones. Es posible que,

al menos, en determinados ámbitos, se hayan adoptado criterios que tienen poco en cuenta reflexiones como las anteriores. Un argumento para nuestras dudas parte de lo «idealizado» y poco sostenido técnicamente de algunas –insisto en lo de «algunas»– de las propuestas de actuación; al menos, se ha debido consultar a técnicos bastante «optimistas» con respecto a lo que significan los cambios sociales y los cambios en la salud mental de los pobladores de un barrio. Una consecuencia es la poca sostenibilidad de ciertas acciones y líneas de actuación, aumentada por el hecho de que en muchas de ellas se ha dejado de apoyar a los equipos más institucionalizados del barrio (equipos sanitarios, pedagógicos, de salud mental públicos, etc.) a favor de organizaciones externas al barrio, mucho más «optimistas» y «prometedoras» (como centenares de las que han pasado por el mismo anteriormente). En definitiva, es posible que, nuevamente, se haya tenido poco en cuenta la necesidad de que para proyectos de reforma no sólo urbanística en el sentido estrecho, sino de reforma de un barrio (que no es lo mismo) los equipos de apoyo deben tener garantizada al menos de entrada la estabilidad, así como la gradualidad y evaluabilidad de sus intervenciones. También la proximidad y accesibilidad de tales equipos, accesibilidad que, al menos inicialmente, sólo puede proporcionarse con los equipos ya integrados en el barrio, «normalizados», propios de las redes normalizadas públicas. Sin olvidar otras características del «modus operandi» necesario tales como la flexibilidad, integralidad y progresividad en la orientación comunitaria de las acciones más profesionalizadas, etc. (11).

Pero no era nuestra intención centrarnos en este trabajo ni en una crítica ni en un apoyo de tales acciones de planificación urbanística; deseábamos tan sólo ilustrar un esquema que permita tener en cuenta en las mismas los elementos de salud mental. En definitiva, la idea básica sería que toda planificación o reforma urbanística o regional debería tener en cuenta no tan sólo el «impacto ambiental» o «ecológico», entendido en un sentido estrecho (el impacto sobre el paisaje, la flora y la fauna no humanas), sino también el «impacto psicosocial» de tales actuaciones. Debería al menos atender a las repercusiones de dichas actuaciones sobre cada uno de los niveles para la contención que aparecen en las tablas 1 y 4. Por ello, quisiera terminar este trabajo proporcionando algunas ideas acerca de posibles aplicaciones o consecuencias del esquema presentado.

Nivel 1. EL MUNDO INTERNO COMO NIVEL PARA LA CONTENCIÓN

Consecuencia: La planificación debería facilitar el contacto con familiares y allegados y, en especial, con la familia de procedencia y ascendencia.

Motivación: A las personas más vulnerables o sometidas a circunstancias más desequilibrantes, no les bastará con el contacto interno con las vivencias y

recuerdos de tales seres que ayudan a soportar y elaborar el sufrimiento mental. Precisarán, además, si ello es posible, del contacto real con esas personas reales.

Algunas consecuencias para la planificación:

Deberían evitarse las migraciones masivas o no cuidadas psicosocialmente y los reasentamientos precipitados o mal preparados; se deben cuidar las vías y medios de comunicación dentro del barrio con el resto de la ciudad y con su periferia.

Hay que luchar contra la tendencia a que las jóvenes parejas se vean obligadas a marchar a vivir a barrios del extrarradio o en otras provincias, municipios o departamentos por razón de los precios o calidades de la vivienda, etc.

Se deben respetar las formas de vida y experiencias anteriores, casi siempre profundamente introyectadas en las personas y difíciles de cambiar (y menos aún, mediante traslados y medios administrativos).

Todos estos son temas aplicables a otras situaciones similares, porque en el caso de «La Mina», el daño, desgraciadamente, en gran parte ya está hecho.

Algunas consecuencias urbanísticas

Habría que actuar decididamente en ciertos campos, hoy ya no tan nuevos u originales como podían resultar hace dos decenios.

1.1. Nuevos conjuntos residenciales en el barrio

En este apartado el daño está consolidado en cuanto a migraciones y reasentamientos precipitados. No obstante, el planeamiento puede prever nuevas áreas residenciales dentro del barrio para permitir el asentamiento de parejas jóvenes nacidas en él, así como la relocalización de grupos cuya idiosincrasia requiere un ámbito espacial diferente al que existe actualmente. Esto significa la creación de conjuntos de viviendas de tipología extensiva, aunque de alta densidad, en algunos de los espacios vacíos existentes o por crear.

1.2. Diversidad tipológica de las viviendas

El respeto de las formas de vida y experiencias anteriores debería llevar a plantearse la producción de tipologías de vivienda cuya organización espacial acepte los modelos de vida comunitaria características de las diversas etnias residentes en el barrio.

Parece que en el secular combate entre las etnias gitana y paya, la primera lleva hoy las de perder, al menos en nuestro país y en el barrio de referencia. Sus modos de vida y costumbres están desapareciendo rápidamente, en parte por integración en la cultura paya y en parte por desintegración cultural y anomia por causa de la droga, la marginalidad, la delincuencia, etc. Pero si no fuera así, si se tratara de preservar, al menos durante unos decenios, los elementos culturales con-

ORIGINALES Y REVISIONES

tenedores de dicha etnia y cultura, ello conllevaría el re-planteamiento de antiguos modelos de convivencia. Por ejemplo, con creación de claustros comunales definidos por viviendas dispuestas perimetralmente, pero dejando abierto al menos un lado del perímetro con el fin de evitar en lo posible problemas de delincuencia y facilitar la comunicación interior-exterior (grupos «en claustro» y «en U» manteniendo la amplitud de espacios libres actualmente existentes).

1.3. Nueva tipología de los espacios libres y su amueblamiento, de forma que permita a un tiempo el juego y la intimidad, la estancia de personas mayores (padres y abuelos) y el juego de niños y chicos; amueblamiento de los espacios libres con materiales sólidos, combinando la intimidad y las capacidades para el juego junto con la diversidad.

Nivel 2. LAS CAPACIDADES YOICAS COMO NIVELES PARA LA CONTENCIÓN

Consecuencia: Actuar para el refuerzo y desarrollo de las «capacidades personales» de los habitantes, con la idea básica de favorecer su integración no sólo social sino mental, psicosomática y psicosocial.

Motivación: Las personas en las cuales se han acumulado factores de riesgo sociales y psicosociales, particularmente si es desde la infancia, requieren un reforzamiento de la identidad, del «sí mismo», por lo cual es necesario potenciar la integración mental, psicosomática y psicosocial (1, 12-18).

Algunas consecuencias para la planificación

Habría que tener en cuenta al menos principios como los que siguen. Favorecer la existencia de medios e instituciones educativas (en su sentido amplio), fácilmente accesibles, así como las posibilidades de juego y ejercicio en el niño. Las posibilidades de juego, contacto y prueba no destructiva en el adolescente. Las posibilidades de participación en la educación y aumento de la autoestima en el adulto. Las posibilidades de comunicación, actividad y esparcimiento en el anciano, etc.

Se trata de uno de los grupos de actuaciones más importantes a realizar y potenciar, a pesar de que consumen importantes recursos. Más aún si se tiene en cuenta la serie de errores cometidos en este sentido tanto en el barrio del cual venimos hablando como en otros muchos (1, 2, 8, 9).

Algunas consecuencias urbanísticas (y de planificación general)

Para favorecer esa integración mental, psicosomática y psicosocial son imprescindibles los siguientes elementos:

2.1. La adscripción territorial y administrativa consecuente del barrio

Debería reforzarse la integración con el núcleo capital de Sant Adrià mediante comunicaciones tanto peatonales como vehiculares. En caso de que esta solución resultara excesivamente cara, dada la gran dificultad que presenta, tal vez se debería tomar la decisión de adscribir definitivamente el barrio a Barcelona.

Tanto en un caso como en otro, la conexión con su capitalidad debería ser tanto centrífuga como centrípeta, es decir, no solamente los habitantes del barrio deben poder acudir con facilidad a su núcleo capital, sino que los habitantes del núcleo capital deben poder visitar el barrio por contar éste con medios de transporte hacia él y con alguna instalación de carácter comunitario que ejerza la atracción necesaria. El *Fórum de las Culturas de 2004* podría haber jugado mucho más activamente ese papel si se hubiera pensado desde esta perspectiva tanto su instalación como en su continuidad (9).

2.2. Medidas específicas para paliar el paro, especialmente juvenil, en la propia zona

Por ejemplo, mediante la creación en el área industrial de actividades de tipo artesanal que requieran una gran cantidad de mano de obra. Esto supondría la creación de Escuelas-taller y talleres protegidos, de los que el barrio está tan necesitado, en especial en el campo de la rehabilitación y reinserción de pacientes mentales graves y drogodependientes.

2.3. Actuaciones de control y prevención orientadas a disminuir la importancia de las diversas formas de delincuencia organizada

La aplicación de todas estas medidas requiere un cuidado diferencial y especial a la situación actual de la etnia gitana, muy afectada en el ámbito cultural y económico, lo que la lleva a importantes grados de anomia y, consecuentemente, hacia situaciones de marginación, delincuencia, trastorno mental, desorganización familiar, etc.

Esta actuación requiere un diseño de los espacios públicos fácilmente controlables con la disposición de instalaciones que generen actividad y la consiguiente afluencia que impida las acciones negativas en áreas primero desiertas y después abandonadas. Posiblemente en este sentido era oportuno contar con una comisaría de barrio, que es uno de los varios pasos realizados en este ámbito dentro del nuevo Plan de remodelación de La Mina.

2.4. Re-localización, reforma e impulso de un centro multifuncional cuyo objetivo primordial sea la convivencia de los diferentes grupos de edad (niño, joven, adulto y anciano) en actividades acordes a cada nivel

Pero en esta actuación, como en todas, no basta con las instalaciones, no basta con «el hormigón y el cemento» (y el negocio de las constructoras [9]). Es imprescindible la presencia de animadores sociales estables, lo que permitiría que algunos de los locales colectivos del barrio pudieran desarrollar esos aspectos de centro multifuncional hoy ya en marcha. Había que seguir insistiendo, como en el momento actual está haciendo la Plataforma de Entidades y el Consorcio de La Mina, en que se produjeran, de forma «espontánea-provocada», actividades que permitieran el enriquecimiento mutuo por la confrontación interactiva de las diferentes pautas culturales y modelos generacionales. Ello implica, desde luego, la contratación y mantenimiento a medio plazo de personal profesionalizado y semi-profesionalizado, así como de un voluntariado *ad hoc*. Sin olvidar los «cuidados del cuidador», es decir, las actividades orientadas al mantenimiento de las capacidades emocionales de ese personal (19,4).

- 2.5. Apoyo, estímulo y desarrollo, dentro y fuera de ese centro multifuncional de medidas, espacios y grupos educativos, de promoción del desarrollo solidario, etc.

Habría que caminar hacia la integración de los equipos sociales, psicosociales y de salud mental en dicho centro, junto con la creación en el centro o en sus alrededores de hogares o dispositivos para adolescentes en crisis, centros de acogida materno-infantiles para díadas de riesgo, etc. En el caso de que existan, como es el caso del Centro Materno-Infantil de Cáritas, habría que proponerse seriamente su refuerzo, integración con la red sanitaria y pedagógica y el cuidado de las cuidadoras de dicha institución.

Nivel 3. CUERPO Y SELF CORPORAL COMO NIVELES PARA LA CONTENCIÓN

Consecuencia: Atención a la «forma física»

Motivación: Uno de los elementos que más ayudan en la contención del sufrimiento mental producido por las circunstancias externas (o internas) es el buen funcionamiento corporal o incluso el uso del cuerpo como «segunda piel contenedora».

Algunas consecuencias para la planificación

Como poco, habría que favorecer la igualdad de oportunidades de circulación para los disminuidos físicos. La creación de instalaciones accesibles y organizaciones dirigidas a la mejora física y sanitaria de la población. La creación y mantenimiento de locales sostenibles de ocio, ejercicio, deporte, entrenamiento, etc.

Algunas consecuencias urbanísticas: el cuidado de la forma física

3.1. Diversificación tipológica de los espacios libres

Asignación previa de usos específicos a los espacios libres existentes, definiendo cuáles están destinados a prehabitación, para unidades menores de población y con destino a la población infantil, contando con áreas de estancia para ancianos; cuáles para otro tipo de espacios libres, tales como el parque de barrio; cuáles, a un nivel intermedio entre los anteriores, para uso de comunidades. Se debe asignar a cada nivel un amueblamiento y unas actividades diferenciadas.

3.2. Creación de instalaciones deportivas

Esas instalaciones deportivas deberán ser tanto abiertas como cerradas. Entre las primeras se cuentan los espacios destinados a la práctica de deportes espontáneos, en contacto con las viviendas y con una infraestructura de reducida importancia. Estas instalaciones podrían distribuirse por los espacios abiertos del barrio y en las «tierras sin uso» actuales, en los espacios «colectivos» –que no públicos– de los cuales se han adueñado determinados grupos del barrio (9). Pero antes de que la voracidad especulativa se adueñe de los mismos o el barrio (y sus habitantes) vuelvan a ser engullidos por un nuevo «desarrollo urbano» antisolidario. Entre los segundos se cuentan tanto gimnasios y clubes, como un polideportivo comunitario bien dotado.

Este capítulo requiere una financiación muy importante pues, nuevamente, no basta con la existencia de espacios: se necesitan personas, remuneradas o voluntarias, que cuiden las instalaciones, promuevan y ordenen su uso, trabajen como «animadores de barrio», etc.

3.3. Participación activa en la conservación

El intento progresivo de asignación de responsabilidades específicas a grupos de la comunidad en la conservación de las instalaciones, significa un intento de evitar el deterioro por «colusión en el anonimato», impersonal, derivado del abuso de bienes e instalaciones no considerados como propios (la «propiedad pública» es algo a parasitar para las necesidades, incluso irracionales, privadas).

Nivel 4. LA FAMILIA COMO NIVEL DE CONTENCIÓN

Consecuencia: el cuidado de la familia

Motivación: El contacto y el apoyo de la familia es uno de los niveles de contención de la tendencia al desequilibrio más conocidos e incluso aún más usados en nuestra cultura.

Algunas consecuencias para la planificación

Creación de un hábitat accesible y adecuado en el sentido que ya había definido hace decenios la Conferencia de Ministros Europeos de Salud en 1986 (17), con las mejores condiciones tecnológicas y conceptuales posibles en cuanto a asoleo, aislamientos, personalización, etc.

Medidas que favorezcan el que la reunificación familiar, antes de gitanos y hoy ya de inmigrados extracomunitarios, pueda realizarse pero en diferentes pisos y locales, conservando unos máximos de densidad de habitantes por bloque y vivienda, etc.

Algunas consecuencias urbanísticas

4.1. Determinación de las edificaciones a mantener, modificar o crear

Este aspecto ha sido ya uno de los puntos clave de discusión en la remodelación del barrio, tanto por parte de los vecinos, como del ayuntamiento y las empresas de planificación que han actuado en el mismo (8-10).

4.2. Rehabilitación a fondo de los bloques recuperables y modificados

En el estudio anterior (8, 10) se han incluido ya, por ejemplo, las determinaciones relativas a las obras de rehabilitación necesarias, además de las ya habidas en años sucesivos, así como a las posibles modificaciones a introducir, tales como por ejemplo, aumento de superficie de vivienda por reducción de su cuantía total.

4.3. La vivienda como producto inacabado. Autoconstrucción

Si persistiera la ocupación del barrio por etnias como la gitana u otras procedentes del sur de África, tal vez habría que plantearse, al menos en las viviendas de nueva creación, adaptar al menos parcialmente su tipología a ciertas pautas tradicionales de tales etnias. A escala internacional, en situaciones tal vez de menor urbanización, ya se han hecho experiencias que consideran la inclusión de, al menos, algunos elementos inacabados en su estructura no básica para permitir, tanto un cierto crecimiento, como su adaptación a los diferentes tipos de familia y su personalización posterior, todo ello mediante autoconstrucción. En el barrio de La Mina ciertas ventanas, rejas y entradas de viviendas y escaleras, sin haber sido concebidas con ese fin, han sido tratadas como si fueran «estructuras inacabadas», en algunos casos con ciertos resultados estéticos: terrazas y balcones de patios interiores, ventanas bajas convertidas en rejas andaluzas, por ejemplo.

Este sistema requiere la creación de un «centro de materiales» y una «escuela de capacitación» que, además, podrían resultar un excelente «taller protegido» para la reinserción social de numerosos pacientes jóvenes, ex-drogadictos o con graves trastornos mentales.

4.4. Acciones encaminadas a conseguir la entrada de las viviendas en el mercado inmobiliario

Esta acción tal vez no corresponda al planeamiento urbanístico propiamente dicho, pero es fundamental tener presente su necesidad para adoptar decisiones que la favorezcan. Ello implica, desde luego, una opción clara y consecuente por la pervivencia del barrio y una oposición activa a las tendencias organizadas e inorgánicas que tienden hacia su demolición o desintegración. No olvidemos que esta última opción supondría añadir graves daños psicosociales a una población que, en algunos casos, lleva más de tres decenios intentado adaptarse-transformar su inhóspito medio.

Nivel 5. LAS REDES SOCIALES NO PROFESIONALES COMO NIVEL DE CONTENCIÓN

Consecuencia: Dichas redes no profesionalizadas deben ser reforzadas por el planeamiento y las acciones urbanísticas.

Motivación: Se trata de medios privilegiados para contener de forma no especializada el sufrimiento mental y la hiperfrecuentación sanitaria (18,19).

Algunas consecuencias para la planificación

Al menos habría que realizar acciones para favorecer la creación de ámbitos de encuentro y relación así como de esparcimiento, que permitan tanto la intimidad como la comunicación. Favorecer la formación de grupos, núcleos y actividades de dimensiones y objetivos alcanzables por los miembros de la comunidad. Fomentar el apoyo a los núcleos vivenciales naturales y movimiento asociativo del barrio o ciudad. Disminuir las barreras existentes, tanto en el barrio como en sus comunicaciones con el exterior.

Proponerse como objetivo prioritario la participación activa de la población en todos los procesos y actividades para generar una asunción plena de su ciudadanía. Para ello es imprescindible la creación de cauces que permitan la incorporación de la población a las diferentes etapas de decisión, acción, control y mantenimiento, un asunto que debe seguir ocupando y preocupando al Consorcio público de La Mina, a otros organismos similares y, en general, a toda la sociedad europea del siglo XXI.

Algunas consecuencias urbanísticas

5.1. Mejora de los locales comunitarios existentes y creación de otros para intentar favorecer la extensión de la vida asociativa y revitalizar el tejido social del barrio.

ORIGINALES Y REVISIONES

5.2. Instalaciones terciarias, de comercio y de servicios en los bajos de los bloques residenciales. La creación y ampliación de la trama tradicional del comercio de barrio favorece la comunicación diaria entre los habitantes de una comunidad y es una de las acciones más directas para evitar las barreras y marginaciones hoy existentes. Asimismo, la generación de actividades diversas en las diferentes áreas del barrio favorecería el control y, por ende, el mantenimiento de los espacios comunitarios.

5.3. Centro multifuncional

El mantenimiento y potenciación del Centro multifuncional, tanto en el ámbito arquitectónico como social (entidades del barrio, personal de cuidados, animadores, voluntarios, ONG, etc.) es otro tema clave para contribuir al encuentro, esparcimiento y reunión de los diversos núcleos asociativos y niveles generacionales e intergeneracionales.

Nivel 6. EL TRABAJO Y LAS RELACIONES ALREDEDOR DEL TRABAJO

Suponen un ámbito, unas posibilidades para la contención (o para el desequilibrio mental) de tan amplias y directas repercusiones que, dada su complejidad, hemos de eludir su tratamiento en este breve trabajo, ni siquiera a nivel esquemático. Está claro, en todo caso, que tener en cuenta este nivel implicaría dotar al barrio de cierta «centralidad», así como intentar multiplicar los puestos de trabajo interiores al mismo, en especial, en el sector servicios (22-23).

Nivel 7. LAS REDES PROFESIONALIZADAS COMO FACTORES DE CONTENCIÓN

Consecuencia: Adopción de políticas integrales e integradas entre esas redes profesionalizadas y de las mismas con la población.

Motivación: Este nivel debería ser utilizado como recurso final por los sujetos y grupos sociales cuando los niveles anteriores no son suficientes o fallan. Nuestras sociedades tecnológicas actualmente han desarrollado al menos tres redes profesionalizadas básicas: de salud (y salud mental), pedagógica y de servicios sociales (4).

Algunas consecuencias para la planificación

Al menos habría que favorecer la creación y mejora de ámbitos y locales para el desarrollo de las instituciones pedagógicas, sanitarias y sociales así como de sus

agentes de comunicación y relación con la población. Modelos de atención que intenten hacer prevención y promoción de la salud pero sin favorecer la dependencia social y el asistencialismo de los habitantes. Formación del personal asistencial en esa dirección. Formación antropológica y psicosocial del personal asistencial con respecto a las características diferenciales de las etnias del hábitat.

Algunas consecuencias urbanísticas

7.1. Ubicación de la mayor parte de los equipos sanitarios dentro del barrio y con posibilidades de contacto con los equipos pedagógicos y de servicios sociales.

7.2. Integración de determinados equipos o programas funcionales de salud mental con los equipos pedagógicos y psicopedagógicos.

7.3. Realización de actividades de promoción y prevención de salud y psicosociales conjuntas entre ambas redes, al menos, en dos ámbitos prioritarios: la promoción de la salud (mental) de la primera infancia y de las familias en riesgo psicosocial, y la promoción de la salud y la salud mental en la adolescencia.

7.4. Realización de actividades de apoyo y contención de todos los equipos profesionalizados del barrio, sometidos a una intensa presión emocional y empujados al «síndrome del desengaño» y a la psicopatología por las crónicas dificultades de su trabajo (5).

Para profundizar y hacer algo más vivencial la situación, permítanme incluir una breve viñeta clínica que amplía el tema.

Sara tiene 20 años. Es hija única de una pareja de técnicos de grado medio. Hasta hace poco ha sido una magnífica estudiante, dotada además de capacidades artísticas y expresivas. Pero, poco a poco, hace unos meses, los padres y amigos la ven más y más retraída, hasta el extremo de que se ha pasado días sin salir de la habitación y se ha negado a acudir a una de las actividades sociales y artísticas a las que acudía. La ven más «quieta, como deslumbrada», pero también con momentos de gran inquietud e irritabilidad.

Ha aumentado su consumo de cannabis, pero es difícil conocer la cantidad de cigarrillos que fuma al día y, menos aún, la dosis de «droga».

Según lo que voluntariamente nos contó, Sara llevaba meses, tal vez más de un año, teniendo extrañas sensaciones. Comenzaron con sensaciones de brillos, luces y sombras en la periferia de su campo visual, en especial, en una o dos situaciones en las que tuvo que cantar en público. Esas sensaciones fueron haciéndose más y más presentes. Además, sentía una angustia difícilmente explicable y, más allá, muy difícilmente definible, trasladable a palabras (¿pre-verbal?). Las pre-

ORIGINALES Y REVISIONES

guntas, discusiones, miradas, aproximaciones afectivas de su padre y de sus amigos y amigas le resultaban extrañas, insoportables.

Las sensaciones se convirtieron en voces e imágenes, en particular, ante la televisión. Eran voces y locutores, «distintos de los habituales», que hablaban de ella. ¿Cómo ver la televisión, salir de casa, presentarse en público, ir a la discoteca, ir a la escuela? Tenía que estar recluida en la habitación, asustada ante la posibilidad de sentir de nuevo esas sensaciones, de vivir esas imágenes que tanto la perturbaban. La «maría» le calmaba, pero sólo al principio. Después, al fumar sin parar, acabaron aumentando sus sensaciones, raras, extrañas; como que no es ella, como que los resplandores son extraños y hay objetos y cosas que la deslumbran (por dentro). Algo está cambiando en el mundo y, aunque no sabe qué es, siente esos cambios con gran inquietud.

Al final, sus padres y su novio consiguen llevarla, casi «a rastras» al psiquiatra, que recomienda un ingreso involuntario. Engañada, la llevaron al hospital. Pero, ¿cuáles serán sus sensaciones, percepciones y autopercepciones en el ingreso en una sala de un servicio de psiquiatría de un hospital general?

Ella misma pudo narrar algunas, aunque da la impresión de que se guardó para sí gran parte de las mismas. Sintió que había entrado en un extraño hábitat tórridamente iluminado con brillantes focos, sin ningún rincón acogedor e íntimo, con pasillos embaldosados, que despiden destellos y sonidos violentamente fulgurantes, con gente extraña que le mira, la observa, le pregunta, fisionea, la desnuda, le cambia la ropa, etc. Vienen después sensaciones de ropas extrañas, reseca y rasposas, gomas en el brazo, olores agudos, pinchazos... Voces y caras desconocidas, expectantes, tal vez extrañas o amenazadoras. ¿Quiénes son?, ¿qué quieren? Pero después, minutos después, todo es peor: viene desde dentro. Algo cambia por dentro, sus pensamientos se paran, sus emociones y su capacidad de alerta se embotan. ¿Quién y cómo se lo produce? ¿A dónde irá a parar todo esto? ¿Qué harán con ella si pierde sus fuerzas/ se duerme/ deja de vigilar/ se le echan encima/ le hablan desde la televisión/ no puede salir de aquí/ deja de caminar/ se agarrota más y más?... ¿Qué le han hecho, por qué, para qué?

Sara logra el alta voluntaria con el apoyo de los padres. Los tres de acuerdo, intentan otra vía, con un segundo psiquiatra, el cual recomienda una terapia combinada con neurolépticos a dosis bajas y psicoterapia psicoanalítica más el compromiso por parte de Sara de que, si es necesario, aceptará el ingreso voluntario.

En pocas semanas Sara mejora, pero los esfuerzos de profesionales y familia no consiguen que abandone el consumo de cannabis. Hay una recaída a los cinco meses, al dejar los neurolépticos y aumentar el consumo de «porros» (su novio también «fuma» habitualmente), al tiempo que se había propuesto realizar cambios demasiado drásticos en su vida y en su relación con sus padres. Se le propo-

ne un ingreso y se negocia con ella, como alternativa, la cumplimentación estricta de los fármacos que se le indican (7'5 mgr. de olanzapina; alprazolam a dosis de 0,25-0,50 ocasionalmente) y de la psicoterapia, así como la disminución progresiva del uso de cannabis. Acepta.

La mejoría es lenta, aunque progresiva. A medio plazo, los cambios pudieran parecer espectaculares. Logra acabar la carrera al tiempo que ha vuelto a realizar trabajos pagados con cuyos ingresos arreglan la vivienda en la que ha ido a vivir con su novio. Puede hablar abiertamente de sus alucinaciones pasadas. En estos últimos tiempos, en momentos de gran tensión emocional, ha vuelto a sentirlas en dos o tres ocasiones, pero de forma desestructurada, como «elementos beta», sin concretarse.

¿Por qué Sara y tantas otras Saras, Martas y Marios, Josefás y Josés, Federicos y Alex, Mohamed y Rebecas, Rupertos y Kevin, Washington y Jessicas tienen que realizar ese «extraño y alucinante viaje»? ¿Cómo, en nuestras sociedades tecnológicas, aún no somos capaces de ayudarles precozmente y no después de un sufrimiento que tiende a durar, en la opulenta Europa, más de dos años y, en ocasiones, hasta cuatro y cinco antes de que logremos detectarlo (24-27)? ¿Por qué, cuando necesitan una contención mayor o diferente de la que le puede proporcionar su familia, hay que encerrarles de entrada en ese tipo de instituciones, tan emocionalmente perturbadoras para ellos? ¿Por qué no existen hogares de crisis, pisos protegidos y a medio camino en sus propios medios, donde puedan residir días, semanas o meses y puedan ser visitados por familiares, allegados, amigos, etc.?

¿Por qué las dosis de neurolépticos han de ser altas si no es para tapar las carencias en ayudas psicosociales para estos pacientes en nuestras instituciones? Ése es el modelo que propusimos ya hace años, en el año 2000, a las autoridades sanitarias de Catalunya y al Consorcio de La Mina. La petición, que sólo cuesta personal y muy poco en locales, no ha sido atendida, mientras que se han gastado miles de millones en «hormigón y tochos» en los mismos años, en los mismos barrios y a cargo de las mismas Instituciones. Y no es que el modelo que proponíamos fuera un modelo «totalmente innovador» y, menos aún, aventurero. Se ha probado y va extendiéndose en varios países nórdicos (28, 29) en el Reino Unido (30), etc. ¿Qué les ocurre a nuestros políticos, a nuestros administradores, a nuestros gerentes sanitarios que no pueden desarrollar o casi ni iniciar esos modelos alternativos?

Este aspecto excede los márgenes propiamente urbanísticos, una vez que a las instalaciones se les ha reservado el espacio necesario, en el lugar preciso, contando con la financiación oportuna. Por ello ya hace años que la dirección de la Unidad de Salud Mental de Sant Martí-La Mina solicitó del Consorcio de La Mina la creación de dos programas funcionales dotados de personal y medios adecua-

dos en dos ámbitos particulares: adolescencia y primera infancia. Son el *Programa de Apoyo Psicosocial a la Adolescencia* y el *Programa de Promoción de la Salud de la Primera Infancia* (11).

El *Programa de Apoyo Psicosocial a la Adolescencia* incluía dos campos de actividad: 1) Facilitar la consulta de adolescentes en la Unidad de Salud Mental y el Centro de Salud mediante la incorporación de personal especializado en salud mental a los centros escolares del barrio. 2) Estos profesionales tendrían como objetivo prioritario la atención a la consulta espontánea de los adolescentes y la participación en sus actividades, pero también la realización de grupos «tipo Balint» (4,5) con el personal de servicios sociales y servicios pedagógicos que los atienden y la realización de grupos «tipo Balint» con otros equipos y con miembros de las ONG más insertadas en el barrio.

El *Programa de Promoción de la Salud en la Primera Infancia* incluía: el apoyo por parte de la Unidad de Salud Mental al Centro Materno-Infantil del barrio. El aumento de sus actividades de atención a díadas madre-hijo y familias en riesgo. La realización de programas integrados e interdepartamentales de cuidado al embarazo y puerperio, así como de la atención preventiva a las embarazadas en situación de riesgo. La realización de visitas conjuntas de personal de salud mental con los equipos de pediatría y el seguimiento común de los niños en riesgo psicosocial o detectados con señales de alerta psicológicas.

La realización conjunta de la primera visita del recién nacido junto con el pediatra, y el seguimiento desde ese primer mes de vida de los niños en riesgo psicosocial o detectados con señales de alerta psicológicas.

Ambos proyectos fueron presentados en los años 2000 y 2001 sin que, desgraciadamente, hasta el momento, hayan sido apoyados o aprobados abiertamente ni por el Consorcio de La Mina ni por el propio Institut Catalá de la Salut, la empresa sanitaria pública de la cual depende la Unidad de Salud Mental que los propone. Pero en este tiempo, sí se han aprobado otros proyectos de rehabilitación y de acciones sociales y psicosociales. Una aprobación que parece haber seguido un criterio asombroso por lo restrictivo, salvo excepciones, no suponen fondos o financiación adicional para los equipos normalizados y públicos de la zona, pero sí para diversas instituciones, ONG y empresas externas al barrio.

Nos parece un síntoma, aunque tal vez sólo un síntoma, de los riesgos siempre presentes de que el nuevo plan de remodelación, a pesar de que en este caso incluía aspectos «funcionales» y «sociales» desde sus primeros pasos, pueda acabar dominado, como los anteriores, por el habitual conjunto de actividades de «hormigoneo», especulación y edificación especulativa de la zona. Ese sí que supondría un final para «el problema de La Mina»; que el barrio acabe entregado a los intereses especulativos, que ya lo han tenido en su punto de mira (9).

Dado el modelo social dominante, la renovación del barrio de La Mina ha de competir, pues, por el espacio con y contra otros intereses privados y públicos. Y todo ello, en una ciudad como Barcelona, con tantos problemas de suelo urbano y sometida a grandes maniobras tanto urbanísticas como especulativas (9). No hay que olvidar, por ejemplo, que la dotación del conjunto del Plan de Reordenación y Mejora del barrio de La Mina, pensado para diez años y para más de quince mil habitantes es de 95'5 millones de euros, mientras que tan sólo el coste previsto del edificio *Fórum* fue de 96 millones de euros (9). Con el inconveniente, entre otros muchos, de que si ese desvío de las intenciones iniciales triunfa, no hará sino favorecer la desesperanza, tanto entre los pobladores de nuestro barrio como entre los profesionales que comparten con ellos sus afanes y futuros. Y esto es especialmente grave en nuestros días, en los cuales es cada vez más evidente a escala mundial cómo la desesperanza engendra violencia.

La ciudad es, o debería ser, el ámbito supremo de la socialización y, por lo tanto, debería funcionar como un ámbito para el desarrollo de las actividades emocionales introyectivas, como un hábitat privilegiado para cultivar la esperanza, la confianza, la contención y la solidaridad (o capacidad de vinculación interhumana). Pero puede convertirse, al menos en determinados enclaves, en un lugar de desintegración y marginación social y, por lo tanto, un ámbito de desarrollo de las emociones proyectivas del ser humano: desesperanza, desconfianza, incontinencia actuadora y odio. Por ello quisiera terminar repitiendo aquí nuevamente que, tanto en el ámbito individual como social, la desesperación engendra violencia y la violencia, desesperación.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) TIZÓN, J. L., «Salud mental, ciudades y urbanismo: 1. Sobre Psicopatología y Psicodinámica de la vida urbana», *Revista de la AEN*, 2006, Vol., XXVI, 97, pp. 9-29.
- (2) DAL CIN, A.; DE MESONES, J.; TIZÓN, J. L., «La Mina District of Barcelona: A Planning Approach to Psychopathology», *Cities*, 1995, 12 (2), pp. 87-95.
- (3) TIZÓN, J. L., «Atendiendo al sufrimiento de los padres: cuidando el futuro», en SASOT, J.; MORAGA, F. A. (eds.), «Avances en Psicopediatría: padres, salud, sociedad», Barcelona, *Prou Science*, 2001, pp. 145-167.
- (4) TIZÓN, J. L.; SAN JOSÉ, J.; NADAL, D., *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*, Barcelona, Herder, 2000, 2.^a edición.
- (5) TIZÓN, J. L., «¿Profesionales «quemados», profesionales «desengañados» o profesionales con trastornos psicopatológicos?», *Atención Primaria*, 2004, 33(6), pp. 326-330.
- (6) TIZÓN, J. L., «Terapias combinadas en la esquizofrenia: ¿agregamos, mezclamos y confundimos o bien de-construimos y combinamos?», *Revista de la AEN*, 2004, 23(90), pp. 97-131.
- (7) WHO-OMS. WHO European Ministerial Conference on Mental Health (12-15 de enero de 2005), «Facing the Challenges, Building Solutions», OMS-WHO, Ginebra, 2005.

ORIGINALES Y REVISIONES

(8) «Jornet sobre Transformació urbana del barri de La Mina», en Fundació Carles Pi i Sunyer Aula Barcelona-CIDOB (eds.), *Urbanisme i barris en dificultats. El cas de la Mina*, Barcelona, Fundació Carles Pi i Sunyer, 2004.

(9) ROCA, J., *Varians i invariants en la trajectòria històrica del polígon de La Mina*, en Fundació Carles Pi i Sunyer, Aula Barcelona-CIDOB (eds.), *Urbanisme i barris en dificultats. El cas de la Mina*, Barcelona, Fundació Carles Pi i Sunyer, 2004.

(10) *Consorci La Mina (2004): Barri La Mina*, en: www.barrimina.org (visitada en noviembre de 2004).

(11) TIZÓN, J. L.; PARRA, B., *USM Santa Martí-La Mina, Projecte d'ampliació de l'abordatge comunitari en salut mental del Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil de La Mina (Institut Català de la Salut)*, Barcelona, USM La Mina, 2001.

(12) KAGAN, J.; ZENTNER, M., «Early Childhood Predictors of Adult Psychopathology», *Harv. Rev. Psychiatry*, 1996, 3(6), pp. 341-350.

(13) JONES, P. B., y otros, «Schizophrenia as a Long-term Outcome of Pregnancy, Delivery, and Perinatal Complications: a 28-year Follow-up of the 1966 North Finland General Population Birth Cohort», *Am. J. Psychiatry*, 1998, 155 (3), pp. 355-364.

(14) MCGORRY, P. D.; EDWARDS, J.; MIHALOPOULOS, J., «Early Psychosis Prevention and Intervention Center (EPPIC)», *Schizophrenia Bulletin*, 1996, 22 (2), pp. 305-326.

(15) ZABALA, I.; MANZANO, J., «Psicopatología durante la infancia en un grupo de adultos esquizofrénicos», *Informaciones Psiquiátricas*, 1993, 134 (4), pp. 381-387.

(16) ARTIGUE, C., y otros, «Una aproximación a la detección precoz de los trastornos mentales graves», *Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente*, 2004, Barcelona, (4), pp. 51-67.

(17) *Council of Europe. Conference of European Ministers Responsible for Public Health. An European Approach to Health Promotion*, Estrasburgo, Consejo de Europa, 1981.

(18) WOLF, S.; BRUHN, J. G., *The Power of Clan. The Influence of Human Relationships on Heart Disease*, New Brunswick, N. J., Transaction Publishers, 1993.

(19) MCGRATH, J., *Universal Interventions for the Primary Prevention of Schizophrenia, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000, 34 (supl.), 58-S64.

(20) WILKINSON, R. G., *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Londres, Routledge, 1997.

(21) MARMOT, M. G.; WILKINSON, R. G. (eds.), *Social Determinants of Health*, Nueva York, Oxford University Press, 1999.

(22) MARMOT, M. G., «The Importance of Psychosocial Factors in the Workplace to the Development of Disease», en MARMOT, M. G.; WILKINSON, R. G. (eds.), *Social Determinants of Health*, Nueva York, Oxford University Press, 1999, pp. 24-38.

(23) MARMOT, M. G., «Social Class, Occupational Status and CVD», en *Occup. Med.*, 2000, 15(1), pp. 22-8.

(24) HÄFNER, H.; DER HEIDEN, W., «Epidemiology of Schizophrenia», *Can. J. Psychiatry*, 42, 2, 1997, pp. 139-151.

(25) HÄFNER, H., y otros, «Causes and Consequences of the Gender Difference in Age at Onset of Schizophrenia», *Schizophrenia Bull.*, 1998, 24 (1), pp. 99-113.

(26) JONES, P.; CANNON, M., «The New Epidemiology of Schizophrenia», *Psychiatr. Clin. North Am.*, 1998, 21(1), pp. 1-25.

(27) NARROW, W. E., y otros, «Revised Prevalence Estimates of Mental Disorders in the United States. Using a Clinical Significance Criterion to Reconcile 2 Surveys' Estimates», *Arch. Gen. Psychiatry*, 2002, 59, pp. 115-123.

(28) ALANEN, Y., *Schizophrenia. Its Origins and Need-adapted Treatment*, Londres, Karnac Books, 1997.

(29) TURPEINEN, P., *Ahdingossa luova lapsi ja nuori*, Helsinki, Tienviittoja Kasvuun 2004 (consultado en su versión inglesa, pendiente de publicación).

(30) JANÉ-LLOPIS, E., «La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales», *Revista de la AEN*, 2004, 89, pp. 67-79.

* *Correspondencia:* jtizon.pbcn@ics.scs.es

** Redacción aproximada de la conferencia-coloquio realizada dentro de la XIII Setmana Cultural de La Mina, organizada por el Centro de Atención Primaria La Mina y la Plataforma d'Entitats i Veïns del Barri de La Mina, Sant Adrià del Besós, 20 de mayo de 2004. La realización de este artículo está apoyada en el amplio trabajo bibliográfico, muestral y de campo realizado en el Proyecto SASPE (Señales de Alerta y Signos Prodrómicos de la Esquizofrenia) y el Proyecto LISMEP (Listado de Items de Salud Mental Pre-escolar). El Proyecto SASPE ha recibido una ayuda a la investigación (02E/99) de la Fundació Seny, tras evaluación a cargo de la Agencia para la Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya. El Proyecto LISMEP ha sido apoyado por la Ayuda TV02/ 0133 de la Fundación MaratóTV3, tras la evaluación a cargo de la Agencia Nacional Española de Evaluación y Prospectiva). El Equipo de Investigación del Proyecto SASPE está formado por Jorge L. Tizón (dir.), Jordi Artigue, Belén Parra, Josep Ferrando, Conxita Pérez, Francesc Pareja y Laia Catalá.

Agradecimientos: La realización de este trabajo se ha apoyado en el amplio esfuerzo bibliográfico, muestral y de campo realizado en el Proyecto SASPE (Señales de Alerta y Signos Prodrómicos de la Esquizofrenia) y el Proyecto LISMEP (Listado de Items de Salud Mental Pre-escolar). El Proyecto SASPE ha recibido una ayuda a la investigación (02E/99) de la Fundació Seny, tras la evaluación a cargo de la Agencia para la Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya. El Proyecto LISMEP ha sido apoyado por la Ayuda TV02/ 0133 de la Fundación Marató TV3, tras la evaluación a cargo de la Agencia Nacional Española de Evaluación y Prospectiva. A la doctora Magdalena Delgado, pediatra del CAP La Mina, y a Laia Catalá, becaria del Proyecto SASPE, que colaboraron en la preparación del manuscrito.

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 1

Los niveles para la contención de las presiones hacia el desequilibrio (mental)

1. El MUNDO INTERNO («objetos internos»)
2. Las CAPACIDADES YOICAS, personales (para conducirnos con nuestros impulsos y con la sociedad)
3. El CUERPO y la Representación Mental del Cuerpo
4. La FAMILIA real
5. Las REDES PROFANAS O RED SOCIAL
6. El TRABAJO y las RELACIONES ALREDEDOR DEL TRABAJO
7. Las REDES PROFESIONALIZADAS: pedagógica, sanitaria, de asistencia social, etc.

Tabla 2

Finalidades del Consorcio de La Mina (2000-2010)

<p>La realización de actuaciones en los ámbitos educativo, cultural, de inserción laboral, social, de vivienda, seguridad y prevención.</p> <p>La coordinación y colaboración para la correcta aplicación de las actuaciones sociales, laborales, culturales, educativas, sanitarias, de vivienda y urbanísticas.</p> <p>Las actuaciones dirigidas al desarrollo económico del sector de actuación en coordinación con el Ayuntamiento de Sant Adrià del Besós.</p> <p>El establecimiento de relaciones con otras administraciones, organismos y entidades.</p> <p>Las actuaciones de colaboración en la elaboración de los instrumentos urbanísticos que haya aprobado el Ayuntamiento de Sant Adrià.</p> <p>La emisión de informes con respecto a las actuaciones urbanísticas que se realicen en su ámbito territorial de actuación.</p> <p>La previsión de vías de financiación por parte de personas o entidades no consorciadas.</p>
--

Tabla 3

Líneas de actuación del Plan Especial de Reordenación y Mejora (PERI) del Barrio de La Mina (2000-2010)

<p><i>Apoyo social y educativo:</i> proyecto de acción para el absentismo escolar intermitente, refuerzos escolares, planes de apoyo a los proyectos educativos de los centros escolares del barrio, red de calle, educadores de calle, planes de prevención en adolescencia e infancia de alto riesgo, apoyo al asociacionismo de madres y padres, escuela de madres y padres, atención y prevención de la drogodependencia, seminarios de formación para los servicios sociales, educación sanitaria para adolescentes, etc.</p> <p><i>Formación e inserción sociolaboral:</i> fomento de la formación y la inserción laboral, en particular de adolescentes, club de trabajo, fomento de nuevas tecnologías, etc.</p>
--

Tabla 3 (Continuación)
*Líneas de actuación del Plan Especial de Reordenación y Mejora (PERI)
del Barrio de La Mina (2000-2010)*

Desarrollo económico local: Proyecto de apoyo a la autoocupación, proyecto de dinamización comercial, etc.

Mejora de la convivencia y el civismo: brigadas de mantenimiento, campañas por el medio y el civismo, refuerzo de la limpieza viaria, dinamización de las juntas de escalera, mejora de la seguridad del barrio, etc.

Participación en el desarrollo comunitario: Apoyo técnico a las entidades del barrio, apoyo técnico a la Plataforma de entidades, plan de desarrollo comunitario, planes de información y comunicación en el barrio, etc.

Reforma urbanística: re-equipamiento del barrio, reubicación de las instalaciones escolares, reformas profundas de la red viaria, de comunicación y conectividad del barrio construcción de nuevas viviendas y mejora de las existentes, nuevos espacios productivos, reorganización de los espacios libres, remodelación del espacio central del barrio, etc.

Vivienda: Mejoras de las viviendas, derribo de los bloques peor concebidos o conservados y realización de nuevas viviendas para sus moradores, etc.

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 4
Funciones parentales en la familia
 (en nuestra cultura y desde el punto de vista psicológico)*

FUNCIONES	Aspectos	Concepto-Resumen
1. CUIDADO Y SUSTENTO CORPORALES BÁSICOS	Provisión de alimento, vestido, refugio, etc.	«Urdimbre afectiva» Función de DIADA (madre-hijo)
2. FUNCIONES (emocionales) INTROYECTIVAS Y PROYECTIVAS que dan lugar a la mente y al pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Amor-ternura / Odio – Esperanza / Des-esperanza – Confianza / Des-confianza – Contención (rêverie** + poner límites) /Incontinencia 	
3. RELACIÓN SUJETO B OBJETO EXTERNA E INTERNA	<ul style="list-style-type: none"> – Creación del OBJETO – Creación del SUJETO – Creación del ESPACIO MENTAL 	
4. FUNCIONES DE LÍMITES Y CONTENCIÓN	– Formas de comunicación	TRIANGULACIÓN ORIGINARIA: madre-hijo-padre (Complejo de Edipo)
5. ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DEL SUPER-YO	<ul style="list-style-type: none"> – Conciencia moral – Pulsiones versus sociedad: <ul style="list-style-type: none"> . moral, motivación, premios, logros . objetivos, valores, lealtades . formas de apoyo en crisis familiares y sociales – Ideal del YO 	
6. IDENTIDADES PSICOSOCIALES FUNDAMENTALES	<ul style="list-style-type: none"> – en la PSICOSEXUALIDAD – en la AGRESIVIDAD-DESTRUCTIVIDAD. – en el CONOCIMIENTO 	
7. MODELOS DE RELACIÓN CON EL EXTERIOR	<ul style="list-style-type: none"> – Familia estructurada, desestructurada, «en reversión», aglutinada, etc. – Familia de pareja básica, matriarcal, patriarcal, «banda de chicos», «casa de muñecas», etc. 	

** (Rêverie: capacidad de empatía con el bebé y el niño y de sentir, pensar y fantasear con él y por él).

Cibercultura: adaptación y psicopatología

RESUMEN: El marco histórico actual lleva a la reflexión sobre el papel que «la interacción entre el hombre y la máquina» está jugando en la salud mental. Arbitrar mecanismos para que tal relación no genere patología es una propuesta de futuro.

PALABRAS CLAVES: Nuevas tecnologías, Internet, psicopatología, adaptación.

SUMMARY: Present historic setting takes us to the clear reflection that «interaction between man and machine» is playing a role in the state of mental health. The findings of mechanisms, so that said relation does not generate pathologies, is a proposal for the future.

KEY WORDS: New technologies, Internet, psychopathology, adaptation.

Introducción

Entendemos por cultura «aquella que recoge la suma de conceptos, modos de pensar, actitudes y patrones de comportamiento de los individuos en su entorno social». Está presente en todas las características y actividades del ser humano. La impulsa la capacidad de crear imágenes, símbolos y estructurarlos de forma compleja que pueden ser codificados por el lenguaje. Afecta a las emociones y a las conductas, definiéndolas y regulando los impulsos instintivos (1).

Todas las culturas desarrollan procesos que facilitan la adaptación y presiones que favorecen el conflicto, la desviación y la inadaptación. En la era moderna las culturas cambian a velocidad creciente generando sus propios factores de estrés.

Con la aparición de las nuevas tecnologías de la información se han acuñado nuevos conceptos: la *cibercultura*, la *cultura audiovisual*, el *ciberespacio*. En ella se incorporan nuevas prácticas sociales en las que la frontera espacio/tiempo se vuelve borrosa y la interactividad se impone en el proceso de comunicación. Su inclusión en la vida diaria hace imprescindible conocer de qué manera su utilización va transformando la realidad y cómo esta nueva realidad afecta nuestra manera de ser en el mundo.

Internet, que comenzó siendo una tecnología de la información, pasa a ser concebida hoy como tecnología social donde los individuos satisfacen sus necesidades individuales y sociales. La gran cantidad de información a la que se puede acceder contiene casi todos los conocimientos y pasatiempos del quehacer humano: la gran biblioteca de la información.

El abaratamiento de los costes de conexión, las mejoras tecnológicas, la llegada masiva de los ordenadores a los hogares lo convierten en una herramienta para la investigación, ocio y negocio. Permite crear grupos, asociaciones, comunidades virtuales, eliminando las barreras geográficas. Se trata de un instrumento globalizador que pone en manos del usuario un medio hasta ahora desconocido,

de proporciones inimaginables en el futuro. Con el desarrollo y el crecimiento exponencial de usuarios han aparecido los primeros casos de psicopatología asociada al concepto de adicción a la red comprobándose empíricamente la capacidad reforzante de su uso y los condicionamientos asociados.

El lenguaje: comunicación verbal y no verbal

El lenguaje desde los comienzos de la especie humana basado en la comunicación no verbal, pasando por su racionalización en forma de un lenguaje hablado, ha sufrido una profunda transformación con la llegada de las nuevas tecnologías y la comunicación interactiva. Paul Watzlawick en su *Teoría de la comunicación* la describe como *condición sine qua non* de la vida humana y el orden social: «Desde el comienzo de su existencia, un ser humano participa en el complejo proceso de adquirir las reglas de la comunicación, ignorando casi por completo en qué consisten» (2).

Esas reglas se basan en que no es posible no comunicar, que lo importante no es lo que se dice, sino lo que se entiende; que si el que escucha entiende mal, es responsabilidad del emisor el aclararlo; que en toda comunicación decimos cosas (lenguaje digital: lo relativo al contenido) y expresamos emociones (lenguaje analógico: despierta significados a nivel relacional, que pueden ser diferentes para el que los emite y para el que los recibe atribuyendo valores positivos o negativos siendo origen de conflictos) y que en toda comunicación existe un intercambio (3).

En función del contenido del mensaje se establecen distintos canales: el verbal (30-35%), el no verbal (65-70%) y el paraverbal (se refiere a aspectos de la palabra hablada capaces de variar su sentido pero no su contenido como la elevación y el descenso en el tono de la voz, el énfasis o la entonación, cómo acentuamos las palabras, el ritmo o la velocidad de la conversación).

En toda comunicación, sin que se den circunstancias adversas para el emisor ni el receptor, las pérdidas del mensaje se cifran en torno a un 80% en función de los múltiples elementos que la conforman. El peso de cada canal de comunicación en el impacto de los mensajes son: en el lenguaje verbal de un 10-20%, en el no verbal de un 40-50%, en el paraverbal de un 40%.

Los niveles en que se sucede la comunicación son de una gran complejidad y van desde lo que el emisor quiere expresar, el pensamiento que construye, lo que se dice, lo que oye el receptor, lo que entiende, lo que entiende del mensaje, lo que asimila o razona del contenido y si actúa o responde adecuadamente.

Independientemente de las culturas, de los grupos humanos se dan aspectos comunes en la interpretación de las señales no verbales; estamos tan acostumbra-

dos a observar las expresiones faciales y las posturas que encontramos difícil comunicarnos sin ver a la otra persona cara a cara; las expresiones faciales de alegría, tristeza, miedo, ira, desprecio.

Los elementos de la comunicación no verbal más importantes son: la *mirada* (tanto para escuchar como para expresar); los *gestos* (algunos aceptados por todos socio-culturalmente, otros que sirven para apoyar el contenido: los ilustradores, los reguladores, los adaptadores que buscan el acomodo ante una sensación interna de incomodidad); las *posturas*; una *sonrisa*; la *apariencia personal*; el *contacto físico* que puede ser parte importante en la comunicación y relación humana cuando faltan las palabras (un abrazo, un beso); la *proxémica* (aquellos aspectos que se refieren a la distancia o proximidad física). A 15-45 cm, sólo se permite la entrada a personas a las que nos sentimos emocionalmente ligados (zona íntima). A 46 cm-1.22 m, en una reunión social en el trabajo (zona personal). A 1.23 m-3.6 m, la que nos separa de los extraños (zona social). A más de 3.6 m, la distancia cómoda para dirigirnos a un grupo de extraños (zona pública) (3).

Otro factor fundamental en la comunicación es la *percepción*: proceso por el cual la información que se recibe a través de los sentidos se procesa en el cerebro y se almacena en la memoria, produciendo alguna respuesta física o mental; obtenemos la información del entorno a través de los sentidos desarrollando la capacidad de distinguir, etiquetar, categorizar, comparar, etc., y, a su vez, formar juicios (3).

Los factores que influyen sobre las percepciones son psicológicos (aprendizaje, personalidad, creencias y opiniones, autoimagen) y sociológicos (cultura, clase social, grupos de convivencia y la familia). Pero la percepción puede jugar nos una mala pasada cuando se convierte en un obstáculo para relacionarnos y comunicarnos. Generalmente percibimos la información de forma diferente según sea favorable o desfavorable. Sabemos además que es selectiva; de todos los estímulos que reciben nuestros sentidos, unos son captados con más facilidad que otros, y nuestros recuerdos son siempre más fieles a aquello que hemos prestado atención a un nivel consciente.

Existen dos cuestiones decisivas que explicarían esta selección: la intensidad de los estímulos (influye la contundencia, la reiteración, la variación con la que se produce) y la actitud personal (estado mental influido por sentimientos y tendencias de pensamiento y de acción).

La comunicación interactiva

En la era de la digitalización, las nuevas tecnologías han reestructurado las formas de interactuar de los individuos modificando sus percepciones a través

de medios de comunicación virtual en tiempo real (chat, webtelefonía, videoconferencias) y diferido (correo electrónico). Lo virtual sería la cualidad de este tipo de comunicación que alude a la ausencia de una proximidad física. La interacción que se establece a través de Internet tiene características particulares: en el ciberespacio el usuario no necesita «ver» al otro para comunicarse, no existe la apariencia física, el tono e inflexiones de la voz, los gestos, etc. El internauta puede desconocer el país y la ciudad de donde proviene su interlocutor: es lo que decide ser en cada momento.

Lameiro (4) señala que la Red posibilita el encuentro y la comunicación entre personas de latitudes muy diversas. La ausencia de la percepción directa del cuerpo y su inaccesibilidad en el ciberespacio constituyen un límite cuyos efectos intersubjetivos son paradójicos, pues es vivido a la vez como defecto y como posibilidad. La ausencia de una presencia física entre usuarios interconectados demanda la puesta en práctica de nuevos recursos de lenguaje y códigos bien precisos.

Tanto en las listas de discusión por correo electrónico, en los chat y en la Web en general, pareciera que los usuarios de alguna forma han recuperado aquel territorio «perdido» de la palabra oral. Al usuario miembro de una lista o activo partícipe de un chat, no le interesa tanto lo que define un discurso como verdadero sino aquello que su presencia en palabras escritas provoca. El acto de escribir se convierte en un proceso creativo, intensamente imaginativo y experimental. Aquí es donde se revela la ironía de otro punto: «la Red nos brinda una experiencia de la escritura que actualiza una dinámica de comunicación semejante a las prácticas de la tradición oral» (4).

Otra de las peculiaridades en la comunicación virtual es la ausencia del *contexto*. No existen referentes externos, no hay nada que oír, nada que ver o tocar, todo lo que hay son palabras que deben servir tanto para definir como para representar. La ausencia de un marco compartido y las características impersonales de la escritura como medio de comunicación hacen de la identidad de sus participantes una incógnita.

La falta de un contacto físico, *cara a cara* entre sus participantes, planteó la necesidad de crear una simbología universal que expresara los sentimientos y las emociones de los usuarios. Surgen los *smileys*, gráficos creados a través del teclado que se encargan de reflejar los diferentes estados de ánimo de los usuarios y que contribuyen a definir la relación entre los comunicantes.

☺	Alegría
☹	Tristeza
:-D	Reír
:´_(Llorar

Como podemos observar se han trastocado las formas tradicionales de relacionarse entre los sujetos, y uno de los elementos más sobresalientes dentro de las posibilidades que brinda Internet son los chat de conversación, a través de los cuales son posibles las relaciones interpersonales. El chat, como cualquier otro espacio de interacción, está sujeto a un sistema de reglas de comunicación: *conversacionales, normativas, lingüísticas y rituales*.

Las reglas conversacionales se expresan a través de contratos de comunicación donde los participantes «pactan» las reglas y los principios implícitos del intercambio (por ejemplo el no tolerar insultos o agravios, la publicación de datos confidenciales de terceras personas; con formas de exclusión interactiva si surgiera el caso); actúan de reguladores. El único requisito obligatorio es el de la elección de un apodo o *nickname* para el reconocimiento del usuario.

Las reglas normativas tienen carácter prescriptivo, estando los miembros de una comunidad sujetos a ciertas obligaciones que condicionan las relaciones de sus pares.

Para lograr que la interactividad se convierta en un proceso fluido, informal y divertido surgen nuevas reglas lingüísticas, como el modificar la construcción morfológica de las palabras sin alterar la pronunciación fonética, transcribir diferentes sonidos onomatopéyicos para expresar sensaciones, simular la presencia de objetos en la conversación y recursos gráficos (caras, iconos, ruidos). Las reglas rituales constituyen un sistema convencional propio de cada cultura (la cortesía, el buen trato).

El nacimiento de «una nueva cultura»

En los últimos cuarenta y cinco años de historia, con la aparición de Internet y su precursor, Arpanet, en 1969 (concebido por investigadores militares estadounidenses ante la amenaza de la guerra fría, como red computacional) hemos asistido a una verdadera «revolución cultural» que se ha ido gestando gracias a la miniaturización y democratización de los ordenadores, a su creciente interconexión (mediante la creación de una auténtica telaraña mundial: La *World Wide Web*, a su conversión multimedia (la mezcla de iconos escritos, visuales y sonoros en hipertextos en constante transformación) y su impacto cultural marcado por una profunda reestructuración de los estilos de vida y valores; desde una sociedad de economía industrial (que comenzaba a cuestionar los fundamentos ideológicos, religiosos y morales sobre los que se había construido la civilización contemporánea) a otra de economía informacional, de la cultura del ahorro a la de consumo, de la puritana a una hedonista, de la patriarcal a una pluralista y segmentada, de la

oral y escrita a la audiovisual y multimedia, de una local a culturas globalizadas, de la cultura presencial (cara a cara) a una virtual (interacción electrónica) (5).

En la década de los ochenta el ordenador pasó a ser un instrumento de uso cotidiano (como lo fuera dos décadas antes la televisión); en 1990 se difunde Internet gracias al correo electrónico y tras superar el miedo milenarista del llamado «efecto 2000» (el temor al colapso informático motivado por haber programado el calendario de las computadoras con dos dígitos) se impone como nuevo modelo cultural.

Paralelamente al desarrollo tecnológico y a su expansión hacia los órganos gubernamentales, las universidades y finalmente los hogares, surgen grupos sociales marcados por la nueva infraestructura material emergente. Entre ellos destacan los *hackers* (1960), apasionados del ordenador, que ponen sus conocimientos informáticos al servicio del desarrollo libre y sin barreras de la «sociedad-Red», prototipos de un nuevo concepto de moralidad con una ética («nética») propia: relación libre con el tiempo, concepción lúdica del trabajo, descentralización, rechazo a jerarquías, a la pasión y a la experiencia (6); los *hikikomori* (que significa «encerrarse en uno mismo», 1990) en los países altamente desarrollados como Japón (1% de la población total, 10% de la población de esas edades en el 2002). Jóvenes de unos veinte años que, al finalizar sus estudios, no quieren enfrentarse a una vida profesional basada en la competencia y optan por no salir de su habitación, conectados a internet de manera indefinida, encontrando en la dialéctica entre el Yo y la Red el refugio necesario para dar sentido a su propia existencia. Con el tiempo se va imponiendo un nuevo concepto de generación moderna: la *Generación @* que se sustenta sobre tres pilares fundamentales: El acceso universal a los nuevos modelos de comunicación. La ambigüedad (erosión entre los géneros y los sexos; muchos jóvenes utilizan el símbolo para significar el término neutro). La globalización.

Psicopatología asociada a Internet

En 1969 Joseph Weizenbaum (7) habla de los adictos a la informática como «Bohemios de las computadoras» o «Programadores compulsivos» para referirse a los integrantes más jóvenes del laboratorio de inteligencia artificial del *Massachusetts Institute of Technology*.

En los años setenta se desarrollan estudios encaminados a definir el perfil del informático de la época (8, 9, 10) poniendo de manifiesto peculiaridades tales como la baja empatía o el aislamiento social. La búsqueda de rasgos de personalidad comunes entre los usuarios lleva a los investigadores a estudiar a los jugadores de los videojuegos, aunque con resultados poco relevantes.

Existen dos tipos de usuarios de Internet: los regulares (se conectan prácticamente a diario, 4 veces/semana, manteniendo actividades regulares e invirtiendo en torno a 10 horas semanales en esa actividad) y los ocasionales (esporádicamente).

El navegante tipo español sería un varón (77.7%) observándose una progresiva incorporación de la mujer, con una edad entre los 20-44 años (78.5%) con ingresos propios (72.4%), nivel de formación correspondiente a estudios universitarios (56.3%) o de segundo grado (82%) que vive en el medio urbano (según la encuesta AIMC: Asociación para la Investigación de los Medios de Comunicación).

El concepto de adicción a Internet surge a partir de la lista de correo IASG (Internet Adicción Sport Group) moderada por Ivan Goldberg (1995) (11) y finalmente asentado gracias a la dra. Kimberly S. Young (12) con la publicación: *The Emergence of a New Clinical Disorder*. En el DSM-IV (APA, 1994) viene recogida dentro de los «Trastornos del control de los impulsos sin otra especificación: adicción/compulsión por Internet» (13).

Muchas personas pasan casi todo su tiempo de vigilia frente al ordenador. Sus patrones de uso son repetitivos y constantes, y son incapaces de reprimir las intensas ansias de utilizar el ordenador o de navegar por la Red. Los adictos a Internet pueden sentirse atraídos por ciertos sitios que satisfagan necesidades específicas (compras, sexo, juegos interactivos); la compulsión hacia los videojuegos sería una variante de este patrón de conducta (13).

Davis (14) presenta un modelo cognitivo-conductual que trata de superar el concepto de dependencia de Internet, hablando de «uso patológico» señalando dos formas clínicas de presentación: generalizada y específica. Los primeros serían sujetos con dificultades crónicas en el contexto social, aislados y que invierten su tiempo en la Red en una actividad no orientada a ningún propósito concreto, convirtiéndose en su única conexión con el mundo exterior; con frecuencia con antecedentes psiquiátricos. Los segundos, aquellos en que entidades clínicas previas (juego patológico, uso excesivo de pornografía) se ven exacerbadas, siendo Internet el vehículo de los síntomas.

Los criterios diagnósticos propuestos se basan en la *tolerancia* (definida por la necesidad de incrementar las cantidades de tiempo conectado para lograr satisfacción y la disminución del efecto con el uso continuado de similares tiempos de conexión), la *dependencia* y el *síndrome de abstinencia*; existen propósitos persistentes de suprimir o controlar el acceso a la Red; inversión de tiempo notable en actividades relacionadas; disminución o desaparición de actividades sociales, profesionales o de recreo; permanencia conectado a pesar de saber que ello supone un problema persistente y recurrente de tipo físico, laboral, social, etc.

Se han propuesto algunos mecanismos psicológicos que favorecerían el hábito: aplicaciones más o menos atractivas para el usuario (fundamentalmente el chat y los juegos MUD: Multi User Dungeon); el *apoyo social* y la rapidez a la hora de formar grupos en el ciberespacio, existiendo «una pérdida de miedo al rechazo»; la *satisfacción sexual* con interacciones eróticas reforzadas desde el anonimato y la desinhibición: «sexo libre y seguro»; la creación de *personalidades ficticias* como «forma de afrontar las propias inseguridades personales»; la expresión de aquellos aspectos reprimidos u ocultos que definen «*personalidades reveladas*»; el reconocimiento y el poder.

Desde el punto de vista de la máquina, algunos investigadores barajan la idea de que existen características propias de Internet con efecto sobre la conducta de los usuarios: modelo ACE (Anonimato, Conveniencia y Escape) (15).

La accesibilidad, velocidad e intensidad con la que se nos vuelca la información, favorecida por la creación de una realidad alternativa, formarían parte de esa influencia. Otra vía reside en considerar la existencia de un uso abusivo de la tecnología en general, que podría evolucionar de modo adaptativo (uso intensivo de sus ordenadores, teléfonos móviles) o bien desviarse hacia situaciones desadaptativas de forma generalizada o específica.

Se han descrito factores de riesgo de vulnerabilidad psicológica asociada como son la introversión y la baja autoestima, el alto nivel de búsqueda de sensaciones nuevas, la susceptibilidad, la timidez y la fobia social; en contrapartida, la primera aplicación terapéutica de *realidad virtual* en España, fue en el tratamiento de trastornos de la conducta alimenticia y fobias en el Centro Médico Delfos-SITEC con gran éxito. Se utiliza la realidad virtual inmersiva e interactiva, es decir, que mediante unos cascos de alta resolución, el paciente se introduce en los escenarios en los que siente pánico y fobia y progresivamente, en las situaciones en las que se pretende implementar cambios en las estrategias de afrontamiento. Se considera que el grado de mejora y de prevención de recaídas con esta metodología puede tener el doble de éxito que las metodologías tradicionales; los pensamientos abstractos, la atención dispersa; las adicciones químicas o psicológicas presentes o pasadas; la reactividad emocional, los comportamientos obsesivo-compulsivos y las alteraciones del estado de ánimo, fundamentalmente, la depresión.

Los efectos negativos de la comunicación establecida en la Red son: el aislamiento social con empobrecimiento de las relaciones interpersonales (con formas de exclusión cibernéticas: para acceder a la Red necesitamos «clave de acceso»); el aislamiento familiar y laboral; la alteración en los ritmos circadianos (sueño, transformación hábitos alimenticios, etc.); síndromes ansiosos; reforzamiento de estados depresivos; irritabilidad y conductas agresivas.

Ante una situación de abuso de cualquier recurso de Internet debemos proceder a descartar el hecho de que dicha conducta no sea debida a otra entidad nosológica primaria, cuyo tratamiento sea suficiente para extinguir dicha conducta.

Especial atención se debe prestar a aquellos casos en el que el manejo de los recursos tenga un papel instrumental, apareciendo como elementos sintomáticos de diversos trastornos de la conducta que suelen englobarse en cuadros de tipo caracterial. Debemos destacar también los que aparecen en el contexto de trastornos del contenido del pensamiento de carácter autorreferencial o persecutorio (16).

Conclusión y reflexiones

La salud mental de una persona, desde el punto de vista de la comunicación interpersonal, se sustenta en cuatro pilares fundamentales: la interacción y adaptación con la familia de origen; con la familia propia; en las relaciones laborales; en la capacidad de pertenecer a una red social estable (apoyo social percibido).

Si las nuevas tecnologías, como cibercultura, ya están formando parte de esa realidad como un factor ambiental más es lógico pensar que, rigiéndose por sus propias reglas, en un futuro no muy lejano, determinen las conductas y las cogniciones de los individuos, creando patrones propios de personalidad, que se considerarán como «normales» o «patológicos» en función de la conciencia global. En la actualidad se hace necesaria la reflexión si «la interacción entre el hombre y la máquina» debe contemplarse como un quinto pilar de salud mental.

En el proceso adaptativo de esta nueva cultura de carácter figurativa, donde los adultos aprenden de los jóvenes, y éstos a su vez asumen una nueva autoridad mediante la captación de un futuro aún desconocido, probablemente esté el origen de la psicopatología asociada al mundo virtual y tal vez sea un factor determinante de lo biológico o genético en las generaciones venideras. No hay que olvidar que la realidad virtual, desde la mirada de un niño en la era digital, acostumbrado a que el proceso de comunicación sea interactivo, probablemente sea muy distinta a la que hemos vivido la «generación de la transición».

La problemática existente entre si hay o no patología asociada a la Red, si son válidos sus conceptos, si la metodología llevada a cabo en los distintos estudios realizados tienen la validez científica suficiente como para poder ser tenidos en cuenta, no son más que parte, como si de una pieza quirúrgica se tratase, de una problemática mucho más profunda, y que concierne directamente a la propia esencia del ser humano en su proceso evolutivo como especie y su adaptación a los cambios.

En la transformación del lenguaje, hacia formas de comunicación donde lo importante no es lo que se siente y expresamos de forma racionalizada a través de la palabra sino exclusivamente lo que se transcribe, está la cima del iceberg del cambio acelerado social y de la incorporación de las nuevas tecnologías como cultura.

¿Está el clímax tecnológico en el momento histórico en el que la ciencia, a través de la genética, «clone» al nuevo ser humano como finalización del proceso de «culturización-colonización» tecnológica? «La conexión umbilical virtual» estará establecida, relegando a un segundo plano el concepto de individualidad que nos define a cada ser humano y que nos convierte en seres únicos, para pasar a ser productos y subproductos del ya iniciado proceso globalizador.

Se ha planteado de forma terapéutica el uso de Internet en el tratamiento de la fobia social basándose en las características que oferta la Red para la comunicación desde el anonimato y la desinhibición. La comunicación interactiva, desde la proxémica, se alejaría del individuo, planteando una barrera física en el propio acto de comunicar; cuanto más nos separamos de la individualidad del otro, en el «cara a cara», más seguros nos sentimos pero más nos alejamos de nuestra propia «zona íntima» donde la riqueza del lenguaje adquiere su máxima expresión. Resulta ser un problema de *elección*. Preferimos dar una realidad alternativa a ese tipo de pacientes, una máscara a sus propios miedos e inseguridades o como terapeutas deberíamos ayudarles a encontrar los caminos necesarios para vencer la incertidumbre que supone el enfrentarse a uno mismo y a la particular forma de entender la realidad.

Tenemos la responsabilidad con las generaciones venideras de «educar» desde la conciencia, de forma activa, sobre el uso racional y crítico de lo tecnológico y su representación en un mundo virtual paralelo impuesto por el propio devenir de la conciencia global humana. Lo que está en juego no es la validez de la ciencia y sus principios, ni su expresión en lo tecnológico, sino el poder elegir libremente cómo queremos *ser* como *individuos* y como *humanidad* en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) KAPLAN, H.; SADOCK, B., *Tratado de Psiquiatría*, Buenos Aires, Intermédica, 1997, 6.ª ed.
- (2) WATZLAWICK, P.; HELMICK, J.; JACKSON, D., *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*, Barcelona, Herder, 1981.
- (3) MERINO, J., y otros, *Curso de relación médico paciente. Universitat Miguel Hernández: Comunicación verbal y no verbal*, Alicante, Medina Ferrer, 2005.
- (4) LAMEIRO, M.; SÁNCHEZ, R., «Vínculos e Internet», *Campo Grupal*, n.º1, julio-agosto, 1998.
- (5) FEIXA PÁMPOLS, C., «Los nuevos modelos culturales», *Historia Universal. Fin de Siglo. Las claves del siglo XXI*, Madrid, Salvat, 2004.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (6) HIMANEN, P., *La ética del hacker*, Barcelona, Destino, 2002.
- (7) WEIZEMBAUM, J., *Computer Power and Human Reason: From Judgement to Calculation*, San Francisco, W.H. Freeman, 1976.
- (8) BARNES, P., «A Study of Personality Characteristics of Selected Computer Programmer and Computer Programmer Trainees», *Dissertation Abstracts*, 1974, 3(3-A), p. 1440.
- (9) CROSS, E. M., «The Behaviour Styles, Work Preferences and Values of an Occupational Group: Computer Programmers», *Dissertation Abstracts*, 1972, 32(7-B), pp. 4273-4274.
- (10) MILLER, J., «Selecting Computer Programmers: a Multivariate Approach to the Determination of Predictors Using an Improved Criterion for on-The-Job Success of Male and Female Computer Programmers», *Dissertation Abstracts*, 1970, 31(4b), pp. 2341-2342.
- (11) GOLDBERG, I., *Internet Addiction Disorder-Diagnostic Criteria. Internet Addiction Support Group*, 1995.
- (12) YOUNG, K. S., «Internet Addiction: the Emergence of a New Clinical Disorder», Comunicación presentada en la *104th Annual Convention of the American Psychological Association*, Toronto, 1996.
- (13) FIRST, M. B., y otros, *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico diferencial*, Barcelona, Masson, 2002.
- (14) DAVIS, S. F., y otros, «An Examination of Internet Usage in Two College Campuses», *College Student Journal*, 1999, 33(2), pp. 257-260.
- (15) YOUNG, K. S., «Psychology of Computer Use Addictive Use of The Internet: A Case that Breaks the Stereotype», *Psychological Reports*, 1996, 79, pp. 899-902.
- (16) ESALLO MARTÍ, J. A., «Usos y abusos de internet», Ponencia presentada en el II Congreso *Psicología e Internet*, Toledo, 25 de marzo, 2000.

* David García Gutiérrez, M.I.R. de Medicina Familiar y Comunitaria; José Luis Hernández Fleta, psiquiatra; Adriana Salesansky Davidovdsky, psiquiatra; José Manuel Brito Jinorio, psiquiatra; Tomás Sánchez-Araña Moreno, M.I.R. de Psiquiatría. Unidad de Salud Mental de Canalejas. Las Palmas de Gran Canaria.

Correspondencia: Dr. David García. Avenida Escaleritas N.º 54 Portal B, Escalera 6, 4.ºC. 35011 Las Palmas de Gran Canaria. dgg_1976@wanadoo.es

Terapia Sistémica e Institución Pública. De la teoría a la práctica en la recogida de la Demanda

RESUMEN: Se describe la estructura de la entrevista que nos permita conocer el mapa relacional actual y pasado del individuo, así como su contexto significativo y contrato terapéutico.

PALABRAS CLAVE: Terapia Sistémica, Terapia familia, Primera entrevista, Recogida demanda, Análisis demanda.

SUMMARY: The structure of the interview is described, that the option to know contribute us the present relational map and past of the individual and the significant context and therapeutic contract.

KEYWORDS: Therapy Systemic, Therapy Family, First interview, Collected demand, Analysis demands.

Introducción

«El hombre es el hombre más sus circunstancias» (Ortega y Gasset). Una buena manera de iniciar esta reflexión es con un aforismo que defina la forma en la que estudio al individuo: con una visión binocular y en tres dimensiones; me refiero al individuo en su mundo relacional, y con un reflejo en el presente, de su pasado, siendo el promotor de su futuro.

La primera cuestión que surge sería si desde la Institución Pública se puede intervenir adecuadamente con un paradigma en psicoterapia. Las respuestas son en su mayoría problemas o bien resistencias, ¿de la institución o de los profesionales? No tenemos el tiempo que se precisa en cada intervención, no podemos preparar la sesión previamente, ni la periodicidad de las citas es la pertinente, desconozco la demanda del paciente, desconozco los miembros que van a acudir a la consulta, a ello añado que me puedan interrumpir durante la sesión, que el o los demandantes no acudan a su hora, por lo que el tiempo asignado se reduzca, no existe coterapia, etc.

Desde mi trabajo como psiquiatra, y en los últimos años en consultas externas, atendiendo a adultos, he tenido la posibilidad de compartir muchos relatos con los pacientes, por lo que el objetivo sería exponer la forma de recoger la información que clarifique al profesional encargado del caso, de qué hipótesis partimos y qué técnicas serían las más útiles para alcanzar las metas propuestas.

Al utilizar la palabra *paciente*, no quedan excluidos otros miembros que lo acompañen y que intervengan en la recogida de la información, hace referencia a que en la mayoría de las ocasiones se realiza con el paciente, o bien con subsistemas.

Bases teóricas

Casi de forma automática cada uno de nosotros va instaurando una forma de comunicación con el paciente en los primeros encuentros, que conforman un estilo y que suele seguir, como en nuestras relaciones, una secuencia redundante.

No me gusta hablar de escuelas, entendidas como una doctrina inmóvil a seguir, sino más bien de modelos o líneas teóricas que dentro de la terapia sistémica articulan los primeros encuentros con el paciente, sin sentirme encorsetada en una sola de ellas, ni prisionera de reglas que rotulen a los demandantes.

Todos somos concededores de la importancia que tiene el primer contacto; de él se derivan no sólo las reglas de la relación, tanto implícitas como veladas, sino una epistemología compartida de su patología, una forma de abordaje y los objetivos a perseguir. Incluso podemos considerar que el fracaso del encuentro supone casi siempre el fracaso del tratamiento (1).

De forma breve voy a nombrar modelos y autores que más han influido en mi manera de estructurar los primeros encuentros con los pacientes. La división por enfoques atiende no a una estructura preestablecida, sino a una agrupación didáctica.

Incluido en el Enfoque Psicoanalítico, resaltar a M. Bowen en su estudio de la individualidad de cada miembro, dentro de un sistema familiar con características propias. Conceptos como Triángulo emocional, en el que defiende que la triada es la base de todo sistema relacional y Transmisión multigeneracional, que hace referencia a la presencia del pasado en el presente, vehiculizado a través del proceso emocional de la familia, y de cada miembro individualmente.

Otro autor perteneciente a esta línea, Boszormenyi-Nagy (3), habla de *Un libro mayor de cuentas*, que expresa el balance transgeneracional entre obligaciones y méritos, determinadas por las características psicológicas de cada miembro y las reglas del sistema.

Un segundo enfoque, el Comunicacional o Mixto, ofrece una posición intermedia. El individuo se contempla como un subsistema, con su propia estructura psicológica, en relación con los otros subsistemas.

Se incluye el denominado Modelo Estructural fundado por S. Minuchin (4), según el cual, la adecuada funcionalidad de la familia dependerá de su estructura, que se basa en los límites, alianzas y jerarquías entre los subsistemas.

En el Enfoque Sistémico, alejado del planteamiento psicoanalítico, el individuo es entendido en interacción con otros miembros de un sistema. G. Bateson (5), plantea un nuevo paradigma, partiendo de la Teoría de la Comunicación, la Cibernética y la Teoría General de los Sistemas.

En esta línea se encuentra el Modelo estratégico, su principal autor, J. Haley (6), parte del supuesto que el cambio del paciente se produce mediante modificación directiva del tipo de soluciones indeseadas, sustituyéndola por otra más exitosa. Hemos de destacar, en este enfoque, el modelo con el que más afinidad comparto, la Escuela de Milán, con M. Selvini y G. Prata como principales iniciadoras (7).

Según la afirmación de C. Rojero y T. Suárez (1981): «el trabajo en la búsqueda de estrategias para el cambio de las reglas familiares disfuncionales y el trabajo transgeneracional son, sin duda, las dos grandes características del tratamiento» (8). Encontramos su singularidad en la introducción de la «ficha telefónica». Establece para la coordinación de las sesiones terapéuticas tres directrices (1): la elaboración de hipótesis, la circularidad y la neutralidad. Introduce el concepto de «juego», en el cual cada miembro posee unas estrategias dentro del sistema para alcanzar sus objetivos. El paciente atiende al «principio de competencia», según el cual da opiniones en igualdad de condiciones que el resto de miembros.

Con la evolución del pensamiento sistémico y el desarrollo de la segunda cibernética, aparece el enfoque constructivista, más cercana al cognitivismo y al estudio del individuo. Según este modelo creamos nuestra propia realidad dentro del contexto en el que vivimos (9). Se produce una ruptura tajante de la asimetría entre el terapeuta y el paciente, este primero pierde su posición de experto, el cliente toma el control sobre su vida y no se indaga la etiología de los síntomas, sino los mecanismos que los mantienen.

Dentro de esta línea nombrar la terapia centrada en soluciones, su iniciador, De Shazer, se distancia de la pregunta por qué o para qué, para centrarse en las soluciones (11). También reseñar la formulación de la «conversación externalizadora» de M. White (12), definida como una conversación en la que las personas relatan de qué manera el problema ha estado afectando su vida y sus relaciones. El término «excepciones», utilizado por De Shazer, sería similar al de «acontecimientos extraordinarios» de M. White, serían acontecimientos que formula el paciente sobre el cuidado de sí mismo y su capacidad de adaptación, ambos son útiles para concretar objetivos y dar temporalidad a la terapia.

De forma general, podemos decir que tanto el modelo estructural como el estratégico y el constructivismo, comparten el trabajo en el aquí y ahora, se concentran en la ineficacia de las soluciones intentadas, así como una mayor brevedad de la terapia, a diferencia de la Escuela de Milán que estudia el «juego» en curso y analiza el funcionamiento a lo largo del ciclo familiar.

Marcadores de contexto: atrapados en el juego institucional

El contexto terapéutico en la Institución Sanitaria pública va a estar marcado por reglas que nos informan del marco de referencia. Las implícitas, en su mayoría corresponden a las garantías de asistencia (Ley General de Sanidad, 1986) y otras acordadas, que son más específicas de la relación médico-paciente.

Resaltaría las reglas que nos atrapan como terapeutas y son aquellas en las que coincide el sistema sanitario, social e individual:

1. Según el modelo sanitario vigente, la visión de la enfermedad es lineal, causa-efecto, y a la vez dicotómica: enfermedad / salud, padecimiento / curación. Etimológicamente, *terapeuta* es el que cura.

El paciente asiste a la consulta a la espera de que desaparezcan los síntomas, pero a la vez en una actitud de ignorancia y desvalimiento, posicionando la sabiduría y la técnica al terapeuta. Uno de los primeros aspectos a trabajar en el primer encuentro sería que el paciente no nos posicione como el director de su propia vida. Su devenir histórico lo conforma él y sus relaciones, tendríamos que ser capaces de transmitir que somos intervinientes temporales en sus vidas, el mayor o menor éxito en las metas que se marquen es un continuo, no sólo en el aquí y ahora, sino también en la construcción futura.

2. Una de las paradojas a la que nos enfrentamos es la del tiempo, a la vez se ha convertido en un mito, la queja que más se oye en la sanidad pública es «no me dan el tiempo suficiente para atender al paciente», y, por el contrario, tenemos toda una vida por delante el paciente y el terapeuta, ya que una condición básica de nuestro Sistema Sanitario es que se le garantiza la asistencia en su padecimiento.

Debemos plantearnos la adecuada utilización del tiempo, ¿qué hacer con el exceso de éste?, no con el defecto.

Por supuesto, tenemos que entender que esta regla del Sistema Sanitario Público, el paciente puede utilizarla de la manera que menos energía le suponga, incluyéndonos entre sus relaciones significativas, pero entonces ¿seremos agentes de cambio o bien ejerceremos la función de «mantener más de lo mismo»? No podemos escapar de este condicionamiento, pero sí utilizarlo bien, complementando el tiempo psicológico del paciente con el tiempo terapéutico, que éste primero no sea indeterminado, sino llegando a un contrato de trabajo, acercándonos a concretar número de encuentros, frecuencia, objetivos, etc.

Habrán pacientes que busquen un homeostato en su terapeuta, que le acompañe un largo período de tiempo, en estos casos, nos podemos valer de los acontecimientos propios del ciclo vital y de los no normativos (extra-terapéuticos) en los que podemos realizar un input que favorezca el cambio.

Revisando la literatura de investigación sobre los factores que explican el cambio en psicoterapia se señala que el 40% del cambio se atribuye a factores extra-terapéuticos, como variables del cliente o del ambiente; 15% al efecto placebo como la esperanza en la terapia; 15% a las técnicas; y el 30% a la relación terapéutica (13). Estos datos, lejos de favorecer el pesimismo en psicoterapia, creo que la sitúa en un lugar privilegiado para el cambio, ya que las técnicas utilizadas van a influir, tanto en la relación médico-paciente como en el inicio y mantenimiento del cambio ante los factores exteriores.

Por supuesto existen patologías que van a precisar de un seguimiento continuado, no sólo por su gravedad clínica, sino por su necesidad de acompañamiento, pero en estos casos el trabajo terapéutico iría en la línea de dotar al paciente de estrategias propias que faciliten su autonomía, es decir, su competencia, el objetivo último no sería su alta, sino un seguimiento más espaciado.

3. Esta paradoja del tiempo, va asociada a otra regla del Sistema Sanitario, según la Ley General de Sanidad, en su artículo 6, punto 4, dice: «Se garantiza la asistencia a todos los casos de pérdida de salud», de manera que no cabría la indicación de «no tratamiento» (14). Si se utiliza como técnica paradójica se incluye en las estrategias para el cambio, por lo que puede ser útil dejando un tiempo libre de intervención, y reiniciar con posterioridad los encuentros, si éste no ha modificado el funcionamiento familiar, introduciríamos otras técnicas.

El problema lo encuentro cuando se utiliza como forma de «delegar la responsabilidad» a otro terapeuta. En este caso, se puede convertir en útil para el individuo o familia, siempre que la derivación se realice con coordinación previa, con análisis del caso, resistencias y objetivos; de lo contrario dañamos, al entender el demandante que «su caso no tiene solución» y, en muchos casos, implica una segunda conclusión: «necesitaré siempre tratamiento».

4. Suele acudir a consulta el individuo a solas, o acompañado de uno o varios miembros de la familia. Llegan en un momento de desorganización; la petición es volver al estado previo a la aparición del síntoma, si éste lo entendemos como expresión de patrones de relación redundante que no han dado solución, buscaríamos no volver al *statu quo*, no quedar incluidos en el juego familiar, sino nuevas estrategias que cambien el funcionamiento del sistema. En la medida en que cada vez llegan más patologías «benignas» a consulta, más tenemos que cuidar este aspecto.

Tenemos que darnos cuenta de que el paciente o la familia que nos dice «qué contentos estamos con usted», en algunos casos, es consecuencia de haber sido incluidos en su sistema relacional como agentes perpetuadores de su disfunción relacional.

Nos preguntaríamos, si ellos están satisfechos, ¿por qué modificar nuestra actuación? Desconozco la respuesta de cada profesional, pero lo que he constatado es que las consultas quedan repletas de casos más benignos, y tanto éstos como los más graves mantienen la clínica, algo más atenuada, no se espacian las citas y ante los momentos de crisis, no movilizan sus propios recursos, acuden a su consultor.

Fases de la recogida de la Demanda: de la teoría a la práctica

La recogida de la demanda que aporte la información para la elaboración de hipótesis, suelo realizarla en una o dos intervenciones, el tiempo viene acordado

por el contrato-gestión del hospital. La primera sería de 45 minutos, y si se utiliza una segunda, de 20 minutos.

Si realizamos un análisis comparativo entre la teoría sistémica del «primer contacto», especialmente las directrices de la Escuela de Milán y las diferencias con la actuación en la Institución Sanitaria, hay que distinguir tres fases: la fase previa al contacto, en ella se llevaría a cabo la «Ficha telefónica», que es como una base de datos en la que el foco no se pone sólo en el síntoma, sino también en el contexto; se indaga la explicación que da el solicitante del síntoma, se recogen los datos de la familia nuclear y extensa y se da la fecha, y miembros que se citan en la primera sesión. Incluye el análisis del derivante, al que se otorga un gran valor, ya que la información previa que posea el paciente de nosotros puede facilitar, entorpecer o destruir nuestra intervención. De esta ficha el o los terapeutas inician la elaboración de hipótesis (15). En la segunda fase o de acogida, se inicia el contacto, que conduce a la explicitación de las condiciones que lleven a compartir un espacio terapéutico, y, la tercera o fase de acoplamiento, hace referencia a las acciones del terapeuta tendientes directamente a relacionarse con los miembros de la familia, y a las adaptaciones del terapeuta tendientes a lograr la alianza.

En nuestro trabajo diario se suman las tres fases, y se complementan en la primera entrevista, sin pausa entre ellas y no siendo posible coterapia.

Veamos las particularidades que conviene resaltar:

A. En la tramitación de la demanda actúa el modelo vigente de atención sanitaria, con las especificidades de la gestión de cada hospital. La derivación suele realizarla el médico de cabecera, pero también puede solicitarla psicología u otro médico especialista a través de una interconsulta. La información del paciente quedará reflejada en la hoja ya formalizada para ello. Por regla general la descripción de la petición se realiza en dos o tres líneas, que ofrecen datos de manera muy general sobre el cuadro sindrómico que padece el paciente. Los datos suelen ser síntomas y signos clínicos, con algún aspecto de tipo psicosocial. Un error destacable es que solemos obviar el estudio del derivante, damos por sentado que será un derivante «desinteresado» o «partícipe», que no interfiera en nuestra intervención, no pensamos que esté «involucrado» o sea «antagonista» y frene o descalifique las actuaciones (17).

Pienso que preguntas como: ¿quién le envía?, ¿por qué cree que le han derivado? ¿le han dado alguna información previa del Servicio o los profesionales que lo integran? Con poco tiempo nos ofrecerá información valiosa. Piensen por ejemplo, en una derivación dirigida específicamente a uno de nosotros, en la atención de un paciente derivado tras petición de cambio de terapeuta, etc.

B. Sobre la fase de acogida y acoplamiento, destacar:

Partimos de dos premisas: «La objetividad es imposible de alcanzar» (H. Foerster, 18) y «no podemos observar algo sin modificarlo» (19). Nuestra forma de saludarlos, invitarle a que tomen asiento, entonación, mirada, vestimenta, decoración del despacho son ejemplos de que en la interacción es imposible no comunicar, todos los miembros que intervienen van a dar especificidad a ese sistema creado, de manera que la conducta y expresión de cada uno influye y es influida por todos los otros. ¿Cuidamos estos aspectos?

¿A quién hacemos pasar? El paciente designado puede venir solo, pero en muchas ocasiones, le acompañan uno o más miembros. Si no explicitamos nada suele pasar solo el individuo, o bien, nos solicitan si puede pasar alguien más. Cuando acuden con acompañantes, la entrevista no se tiene porqué alargar, y, por el contrario, es más rica en datos. Creo que para obtener mayor información, la forma más útil sería preguntar al paciente con qué miembros ha acudido y sólo si él está de acuerdo, invitar a los que deseen pasar. Si tengo dudas de quién debe participar, le pregunto al paciente que él los elija, y posteriormente indago las razones de esa elección.

El posicionar al paciente con capacidad de decidir, atiende a otro principio, que es el de Competencia, va a ser partícipe de su proceso de salud. A través de esta secuencia de actuaciones estoy rompiendo la linealidad: cuidador/cuidado, guía/seguidor, activo/pasivo, sabiduría/desconocimiento.

En la relación terapeuta-paciente el concepto de metacomplementariedad es un término utilizado por Haley, denomina la posición en que se coloca el terapeuta para poder elegir entre tres posiciones frente al paciente: superioridad, igualdad, inferioridad. Si entendemos el cambio como promoción de recursos del paciente se pueden utilizar todas ellas, evitando colocarse en una posición superior o direcciva continuamente.

En el caso de efectuarse la entrevista con más de un individuo, si no favorecemos la participación de éstos en la sesión, no habremos cambiado la epistemología de la que parten, de ahí que, durante la conducción de la entrevista, las preguntas sean circulares, a través de ellas nos ayudamos a ensamblar la visión relacional del síntoma.

El terapeuta debe demostrar empatía y capacidad de adaptación a contextos cambiantes, con capacidad de autocrítica, en caso de errores, o malos entendidos, así como utilizar la ironía y el humor para tratar aspectos especialmente dolorosos.

Ante la nueva forma de recoger los datos, algún miembro invitado puede sentirse señalado o culpabilizado, debe quedar clarificado que la búsqueda no es de culpables e inocentes, sino de entender cómo, de forma no deliberada, ha sido partícipe de una secuencia de interacciones que ha llevado a la situación de crisis.

Se transmite que las informaciones relevantes se deben compartir con el grupo; es una manera implícita de no aceptar coaliciones, como forma de mantener la neutralidad (20). Pensemos en las múltiples ocasiones que un miembro de la familia nos da información, solicitándonos el secreto compartido.

Debe intervenir respetando a las personas y al sistema familiar en su estilo, ideología y valores. Un desafío frontal a cualquiera de estos puntos lleva al fracaso o a un rechazo que provocaría resistencias.

Hemos de adaptarnos al momento psicológico del individuo o la familia, respetando su tiempo, ya que es posible que en una o dos entrevistas no se establezca una relación de confianza suficiente, omitiendo información crucial o rechazando nuestra forma de abordar el problema.

La gravedad del caso la entiendo como distanciamiento de sus proyectos previos, y la mido por su deterioro personal, social y laboral. De esta forma suele coincidir diagnóstico clínico y diagnóstico sistémico. Utilizar exclusivamente el diagnóstico sindrómico, en muchos casos, puede servir en bandeja no las resistencias del paciente, sino del terapeuta: «Tiene usted un trastorno de personalidad, su caso es crónico».

La coherencia entre la conducción y conclusión de estos primeros encuentros debe basarse en la información obtenida, si no hemos podido realizar o verificar hipótesis, una conclusión inespecífica no posee potencial de cambio (21).

Es muy difícil separar la etapa de evaluación de la etapa terapéutica. Como dice Minuchin, diagnóstico y tratamiento permanecen inseparables a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Todos los aspectos antes reseñados, facilitan el ensamblaje del espacio cognitivo, emocional y conductual del paciente o la familia, siendo esta unión el vehículo para el cambio.

Análisis de la demanda

La flexibilidad del terapeuta para adaptarse al sistema con el que va a trabajar es un principio básico, de ahí que las singularidades que comento a continuación se deben acomodar para obtener la información pertinente, sin dejarnos llevar por datos irrelevantes.

Todos los datos recogidos van conformando en el terapeuta un doble diagnóstico, el clínico y el sistémico. Sólo en un pequeño porcentaje de casos serán candidatos de concluir con una psicoterapia individual, de pareja o de familia, aspecto que no amplió, ya que no es el tema de esta intervención.

Destaco como directrices:

- 1) La recogida de la demanda no lleva un orden estricto, pero sí preestablecido, adaptándose al relato del paciente.
- 2) La observación de las interacciones tanto digital como analógica.
- 3) Se contemplan los sucesos tensionantes ocurridos transgeneracionalmente, así como los recursos puestos en práctica.
- 4) Se indaga la crisis en el aquí y ahora, inmersa en el ciclo vital del individuo y en su contexto.
- 5) Énfasis en la relación, pero valorando la individualidad a través del relato construido por cada individuo.
- 6) En la mayoría de ocasiones se abordará la recogida de información con el paciente a solas, o bien con los miembros que acudan.

Estructura de la entrevista

Se iniciaría preguntando por el derivante: ¿de quién ha partido la petición de esta consulta?, ¿sale la razón de esta derivación?, ¿le han realizado comentarios del servicio o del personal?

Se suele preguntar: ¿qué le ocurre? ¿cuál es su problema? De esta manera se está definiendo el contexto terapéutico en el que se hablará de problemas. En cambio si la pregunta es: ¿en qué le puedo ayudar? Introducimos desde el comienzo un doble mensaje, conversar sobre sus dificultades y sobre las soluciones a compartir.

Seguidamente, se solicita que nos comenten, empezando por el paciente, la conducta sintomática. Se pregunta ¿cuándo empezaron los síntomas?, ¿a qué lo atribuyen?, ¿a qué otros profesionales se ha consultado?, ¿por qué consultan «ahora»?

Junto a la descripción sintomática, y con la finalidad de llegar a un diagnóstico sistémico, se realizan hipótesis que no tienen valor de verdad, sino de utilidad, nos proporcionan información y posibilidad de cambio. Se ordena a lo largo de tres niveles que se entremezclan: elaboración del genograma, exploración de áreas concretas y observación de las interacciones durante la entrevista.

A través del genograma, los miembros en consulta, van introduciéndose en otra epistemología, de forma gráfica van observando cómo el tiempo ha ido configurando un mapa de relaciones; incluso suelen señalar para explicarnos datos. Deben recogerse tres generaciones; es útil en procesos leves, e indispensable en los casos graves. Obtendremos datos sobre: quiénes están implicados en el problema; funcionamiento de diada conyugal; subsistema parento-filial y la fratría; análisis de alianzas, coaliciones, triangulaciones, límites intergeneracionales, lími-

tes con el exterior; pautas multigeneracionales a través de sucesos significativos del pasado como muertes, nacimientos, jubilación, etc. Creencias, mitos de la familia. Juego relacional en curso.

Las preguntas se pueden categorizar en (22):

Lineales: ¿Quién lo hizo? ¿Cuándo?

Circulares: ¿Qué hace su hijo cuando usted discute con su mujer?

Estratégicas: ¿Cuándo va a dejar de comportarse como un niño malcriado?

Reflexivas: Estas últimas son especialmente útiles en trabajo individual, como las utilizadas en psicoterapia basada en soluciones (11): ¿qué cosas notaría si al despertarse no existiera el problema? ¿qué haría, qué sentiría, qué pensaría si no existiese el problema? ¿Qué ha hecho, pensado o sentido para solucionar el problema? ¿qué le ha sido favorable? ¿qué no ha servido para mejorar? Así como, por ejemplo, no es extraño encontrarnos con este comentario por parte del paciente: ¿me han dicho que tengo una depresión crónica y que no tiene curación? Cuando el diagnóstico clínico invade la identidad del sujeto, y la recogida es individual, son útiles preguntas que introducen una visión externalizadora (12) como: ¿de qué modo el problema afecta tu vida?, ¿qué le está haciendo a tus amistades? ¿cómo interfiere en la relación con tus padres?

La clarificación es una técnica que puede utilizarse en cualquier fase de la entrevista, con intención de comprobar que se ha comprendido correctamente el mensaje y como estrategia para resaltar comentarios cruciales, que se manejarán posteriormente en la conclusión.

En la parte final de la entrevista se puede utilizar la recapitulación, que aglutina los temas, las redundancias o las consistencias de la comunicación de la familia. En muchos casos esta técnica no es puramente un resumen de la entrevista, sino aperturas para contrastar las hipótesis. Se debe distinguir este concepto del de conclusión (23) que consiste en la información obtenida en la entrevista, de aquellas hipótesis que han sido verificadas.

Si se utiliza una segunda entrevista, los cambios favorables obtenidos por el paciente son elogiados por el terapeuta, redundando en la participación activa del demandante (11).

Al finalizar el análisis de la demanda es importante obtener del individuo o del subsistema que ha participado:

- 1) Un mapa relacional de la situación de crisis actual, entendida dentro de estrategias individuales en torno al problema, enmarcado en un acontecer pasado de relaciones significativas, que dan la especificidad del individuo.
- 2) Una formulación suficientemente clara de objetivos alcanzables durante el proceso de tratamiento.

- 3) Si se puede, fijar otros elementos del contrato terapéutico como son: elección del tipo de terapia, subsistema elegido, duración, frecuencia y número de sesiones.

A continuación expongo un caso, elegido al azar, donde sólo se recogen extractos de la entrevista. Sería destacable que acude como caso nuevo y que posee una larga historia en salud mental, ha sido vista por varios psicólogos y psiquiatras, característica muy común en la asistencia pública. Corresponde a los casos en los que no se establece contrato terapéutico y la regla implícita de la relación es la no temporalidad en la atención, es un seguimiento indefinido. Los datos expuestos son de una entrevista de 45 minutos.

En el estudio de la historia, existen datos desde el año 2000 al 2004, desde entonces hasta la derivación (mayo, 2006), a pesar de que estaba siendo seguida, las anotaciones no están en su dossier. Resumo datos relevantes y su descripción para entender la nueva recogida, no la nueva Demanda.

Presentó un cuadro depresivo a los 22 años (1994), fue tratada varios meses por psiquiatra privado, estando asintomática hasta diciembre de 2000 (27 años) que solicita atención, siendo diagnosticada de trastorno por angustia con agorafobia y se asocia a estrés laboral. Presenta dos ingresos en medicina interna por 5-10 deposiciones diarias e importante pérdida de peso, coincidiendo en el diagnóstico de colon irritable y síndrome ansioso-depresivo. Aparecen datos psicobiográficos: está casada, tiene hijos, es la mayor de tres hermanas, la segunda posee retraso mental por meningoencefalitis; su madre fue atropellada y está inválida. Se produce mejoría con tratamiento, dándosele de alta en 2002, y vuelve a solicitar asistencia psiquiátrica en 2004 que ha seguido hasta la actualidad, en esta última petición, destacar el nacimiento de su hijo hacía 10 días. Se incorpora abordaje psicológico desde marzo de 2006, en el que se anota: «cualquier pequeña cosa le agobia y deja de hacerlo, pues la incertidumbre le paraliza, evita hacer más cosas para poder atender a su hijo, le gustaría trabajar». Poco después de la entrevista en la que aparecen estos datos su padre ingresó en UCI tras parada cardio-respiratoria. La recogida de la Demanda la efectuó en mayo de 2006.

Antes de pasar a la paciente inicio el proceso de hipotetización, iré a buscar nudos relacionales en los que apareció clínica. Parece estar sobreimplicada en los cuidados de la familia de origen, con dificultades en su proceso de separación-individuación, tanto antes de casarse, como después, a la vez habría que confirmar una frágil delimitación del subsistema parento-filial, con parentalización de la paciente, teniendo una madre «inválida» y una hermana con «retraso mental». Ante el nacimiento de su hijo, tiene una nueva crisis, en la misma línea de hipotetización, reaparece el dilema sobre su lealtad hacia su esposo e hijo, y a la vez con

los cuidados que precisa su familia de origen. Si nos vamos atrás en el tiempo, ¿el rol de cuidadora se estableció desde la infancia, siendo ella la primogénita, con una hermana enferma que nació dos años después? ¿qué papel jugaron los padres ante el diagnóstico de la hermana? ¿desde cuándo data la debilidad materna?

Acude sola con un carrito de bebé vacío. En este caso, el derivante, la ha informado que al modificarse su destino laboral, debe cambiar de psiquiatra, para la paciente esta situación es habitual, y su predisposición es buena, ya que le han ayudado en su proceso.

T: ¿En qué te puedo ayudar?

P: No sé, me han enviado para que me siga viendo, ahora tomo poca medicación, mi padre tuvo una muerte súbita en marzo, y por ahora estoy bien.

T: Tras todo el tiempo que llevas en tratamiento, ¿a qué atribuyes tu enfermedad?

P: Soy débil, la causa está en mí.

Se inicia la recogida del genograma, y se van confirmando y refutando hipótesis en un relato conjunto con la paciente.

T: ¿Cuéntame qué ocurrió cuando empezaron tus síntomas en 1994?

P: Vivíamos en un pueblo, trabajaba en una fábrica de calzado, allí no había nada, pensé en venirme a Albacete.

T: ¿Qué opinó tu padre y tu madre?

P: No me dijeron nada, entonces mi hermana tenía pocas crisis epilépticas, la otra trabajaba, era un buen momento.

T: ¿Un buen momento?

P: Bueno, ¿por qué no podía buscar lo que yo quería?

T: Empezaste a encontrarte mal.

P: Sí, estaba preocupada por cómo funcionaría mi casa, pero yo no podía seguir en aquel pueblo... Mi hermana pequeña también quería venirse a Albacete, fueron hablando del tema y unos dos años después se vinieron.

T: ¿Parece que lo pasaste mal cuando tuviste las diarreas?

P: Francamente sí, pensaba que tenía algo malo, perdí mucho peso.

T: ¿Pudiste encontrar explicación a estas diarreas?

P: No, nunca supe porqué me ocurrió, me dijeron que era de nervios.

T: ¿Parece que coincide en el tiempo con el accidente de tu madre?

P: Tiene razón, nunca me había dado cuenta de esto, fue un momento muy difícil... tuvo varias intervenciones, después complicaciones, y juicios... (se van

intercalando preguntas que incluyen a todos los miembros)... mi padre era fuerte, él ayudó mucho... si no hubiera sido por él...; mi hermana estaba trabajando, ella también ayudaba, pero sobre todo mi padre y yo..., menos mal que mi marido es muy comprensivo y siempre ha estado a mi lado.

T: ¿Qué recuerdas de la ayuda que necesitaste en el 2004?, ¿tu hijo había nacido hacía poco?

P: No dilataba en el parto, tuvieron que utilizar fórceps, pensé que se iba a morir, sólo le pude dar pecho dos semanas, y con la leche tuvo intolerancia (se intercalan preguntas del terapeuta)... mis padres me ayudaron... pero yo siempre he sabido que mi madre necesitaba ser cuidada, mi padre y yo hemos sido los fuertes... también recuerdo que mi hermana empezó a tener más crisis... fueron momentos difíciles.

T: ¿Qué te ha ocurrido ahora?

P: Todo iba bien, estaba pensando en volver a trabajar... pero ahora mi casa es un infierno (se refiere a la casa de sus padres), desde que mi padre tuvo la muerte súbita y mi hermana que sigue con las crisis, estoy entre la casa de mis padres y la mía... ahora me ayudo de mi marido y de mi hermana menor.

T: ¿De qué te ha servido el tratamiento estos años?

P: He aprendido a no pensar tonterías, a buscar el lado bueno, a disfrutar de mi peque... porque estos tres últimos meses lo he visto poco... no racionalizar las cosas, me veo ahí intentando remontar.

T: ¿Has pensado qué otras cosas puedes hacer para remontar? Si un día te despertaras y fueras fuerte ¿qué harías?, ¿con quién cuentas para lograr tus objetivos? Te defines como una persona débil, ¿lo sigues creyendo después de todo el relato de superación de dificultades?, ¿de qué manera te está afectando el problema de ser la que tira de las riendas de tus padres? Seguiremos hablando de todo ello.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) SUÁREZ, T.; ROJERO, C. F., «La técnica de la Terapia Familiar Sistémica y el problema de la formación», en *Paradigma Sistémico y Terapia de Familia*, Madrid, AEN, 1983.
- (2) BOWEN, M., *De la familia al individuo*, Barcelona, Paidós, 1996.
- (3) BOSZORMENYI-NAGY, I., *Lealtades invisibles*, Buenos Aires, Amorrortu, 1983.
- (4) MINUCHIN, S., *Familias y terapia familiar*, Barcelona, Gedisa, 1979.
- (5) BATESON, G., *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires, Planeta, 1991.
- (6) HALEY, J., *Tratamiento de la Familia*, Barcelona, Toray, 1974.
- (7) SELVINI, M., y otros, *Paradoja y contraparadoja*, Barcelona, Paidós, 1991.
- (8) ROJERO, C. F.; SUÁREZ, T., «Prevención: encrucijada de intervenciones sistémicas», *Rev. de Psicoterapia y Psicosomática*, 1981, Nueva Época, n.º 3, pp. 7-23.
- (9) WATZLAWICK, P., *La realidad inventada*, Buenos Aires, Gedisa, 1988.

- (10) ANDERSON, H.; GOOLISHIAN, H., *La terapia como construcción social*, Barcelona, Paidós, 1996.
- (11) DE SHAZER, S., *Claves en Psicoterapia Breve*, Barcelona, Gedisa, 2004.
- (12) WHITE, M., *Reescribir la vida*, Barcelona, Gedisa, 2002.
- (13) ESCUDERO, V., «Simposio Psicología, Investigación y Terapia Familiar. ¿Hacia dónde hay que ir?», *Cuadernos de Terapia Familiar*, 2004, n.º 56-57, pp. 37-38.
- (14) ROJERO, C. F.; SUÁREZ, T., «Marca de contexto y conclusión de la primera entrevista», *Revista de la AEN*, 1984, n.º 11, pp. 363-372.
- (15) SELVINI, M., y otros, «El problema de la persona que sugiere la Terapia Familiar», en *Crónica de una investigación*, Barcelona, Paidós, 1990.
- (16) DI BLASCO, P.; SISCHER, J. M.; PRATA, G., «La ficha telefónica: piedra angular de la primera entrevista con la familia», *Revista clínica y Análisis Grupal*, 1988, XII, n.º 47.
- (17) CAMPANINI, A.; LUPPI, F., *Servicio Social y Modelo Sistémico. Una perspectiva para la práctica cotidiana*, Barcelona, Paidós, 1991.
- (18) FOERSTER, H., *Las semillas de la cibernética*, Barcelona, Gedisa, 2005.
- (19) ZUKAV, G., *La danza de los maestros del Wu Li*, Barcelona, Plaza y Janés, 1991.
- (20) ROJERO, C. F., y otros, «Hacia un programa de Salud Mental Comunitario: aspectos de un modelo sistémico de organización e intervención», *Revista de la AEN*, 1986, Vol. VI, n.º 18, pp. 438-452.
- (21) ROJERO, C. F.; SUÁREZ, T.; VÁZQUEZ, P., «La entrevista sistémica: de la conducción a la conclusión», *Rev. Psicoterapia y Psicopatología*, 1983, Nueva Época, n.º 7.
- (22) NAVARRO, J., *Técnicas y programas en terapia familiar*, Barcelona, Paidós, 1992.
- (23) ROJERO, C. F.; SUÁREZ, T.; VÁZQUEZ, P., «La entrevista sistémica: de la conducción a la conclusión», *Rev. Psicoterapia y Psicopatología*, 1983, Nueva Época, n.º 7.

* M.^a Jesús Montes Lozano, Psiquiatra. Terapeuta de Familia, Pareja y otros Sistemas Humanos. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Salud Mental. *Correspondencia*: M.^a Jesús Montes Lozano. Paseo Cuba, n.º 3, 4.º A. Albacete, 02001. e-mail: mjmontes@sescam.jccm.es

COLABORACIONES

La escucha analítica como lugar de encuentro

RESUMEN: ¿En qué se diferencia un psicoanálisis de una psicoterapia psicoanalítica? Una discusión.

PALABRAS CLAVES: Psicoterapia psicoanalítica, psiquiatría dinámica.

SUMMARY: Which is the difference between a psychoanalysis and a psychoanalytic psychotherapy? A discussion.

KEY WORDS: Psychoanalytic psychotherapy, dynamic psychiatry.

«Estimados colegas: Ustedes saben que nunca nos enorgullecimos de poseer un saber o un poder-hacer completos y concluidos; hoy, como siempre, estamos dispuestos a admitir las imperfecciones de nuestro conocimiento, a aprender cosas nuevas y a modificar nuestros procedimientos toda vez que se los pueda sustituir por algo mejor. Nos reencontramos hoy tras largos años de separación y de dura prueba; este reencuentro me mueve a pasar revista al estado actual de nuestra terapia, a la cual debemos sin duda la posición que tenemos en la sociedad de los hombres y a observar en perspectiva las nuevas direcciones en que podría desarrollarse» (1). Con estas palabras abre Freud su conferencia en el Congreso de Budapest en 1918 que tituló «Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica».

La Gran Guerra ha dejado una enorme secuela tras de sí, con la aparición de gran cantidad de neurosis traumáticas. Es además el final del imperio Austrohúngaro y de la concepción de un modelo de sociedad. El Congreso de Psicoanálisis que se celebra en Budapest en 1918 marca este cambio que se está produciendo en la historia europea. Empiezan a plantearse nuevos caminos, si hay o no diferencias entre Psicoanálisis y Psicoterapia psicoanalítica, así como la necesidad de dar respuesta a una enorme demanda que el final de la guerra ha generado. En palabras del propio Freud: «Se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones... nos veremos precisados a buscar para nuestras doctrinas teóricas la expresión más simple e intuitiva... Y también es muy probable que en la aplicación de nuestra terapia a las masas nos veamos precisados a alear el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión directa y quizás el influjo hipnótico vuelva a hallar cabida, como ha ocurrido en el tratamiento de los neuróticos de guerra. Pero cualquiera que sea la forma de esta psicoterapia para el pueblo, y no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso, ajeno a todo partidismo».

Desde ese Congreso al día de hoy han pasado muchos años y con la perspectiva del tiempo puede uno cerciorarse de la enorme influencia que las ideas de Freud y su obra ha ejercido sobre la cultura contemporánea –desde el punto de vista científico, filosófico, literario, social y cultural–. A pesar de ello y tras un siglo, el XX, donde el psicoanálisis se ha consolidado como una terapéutica que ha impregnado

la psiquiatría y la práctica psiquiátrica, los comentarios y la problemática que Freud plantea en esta conferencia siguen a nuestro juicio aún vigentes.

Cuando el psicoanálisis se ha extendido a la práctica pública y se ha hecho cargo de cierta demanda que antes quedaba fuera de sus fronteras, ¿puede afirmarse que ha perdido el «oro» puro del análisis, o sigue conservando sus elementos más importantes? Cuando un psicoanalista teoriza y escribe habría que preguntarse ¿sobre qué pacientes está hablando?

Jorge Ulnik, psiquiatra y psicoanalista argentino, autor de una magnífica revisión crítica de la obra teórica de Pierre Marty, (2) y que habitualmente trabaja con enfermos psicossomáticos se hace esta misma pregunta, al reflexionar sobre el tratamiento de esta patología y el tipo de pacientes que uno se encuentra en su tarea diaria.

Se pregunta Ulnik: ¿son los mismos pacientes los que él ve en un hospital público de Buenos Aires, que los pacientes que ve Pierre Marty, junto con otros médicos que permanecían en la entrevista, según el viejo modelo médico de maestro y alumnos, o los pacientes que en sus lujosos despachos de París ven McDougall y Smirgell?

Al interrogarse de este modo, él está planteando cómo el lugar puede cambiar la demanda del paciente e incluso la escucha. Alguien colocado en otra posición, escucha de otra forma y teoriza de otra forma.

¿Es el mismo el lugar desde donde uno escucha a un paciente psicótico, a un paciente neurótico o a un paciente perverso? ¿No nos obliga el paciente con su patología y su estructura psíquica, en ocasiones, a cambiar el lugar y por tanto la escucha?

¿Es igual el trabajo que un psicoanalista puede realizar en la práctica privada, protegido por un encuadre cuyas condiciones favorecen la deseada «neurosis de transferencia», frente al del profesional de una consulta pública, con un tiempo muy limitado y un espacio casi siempre inadecuado? ¿Son los mismos los pacientes que son capaces de establecer un compromiso de trabajo que incluya el pago de unos honorarios que aquellos que esperan, a veces con extrema paciencia, a que el psiquiatra acabe con las urgencias, los retrasos o las pausas para el café? ¿Qué pasa con la intimidad y la confidencialidad en un despacho cuya puerta se abre varias veces durante la sesión por los motivos más nimios?

Numerosos autores han aportado modificaciones con respecto a la técnica clásica en el abordaje de pacientes graves, que incluyen el uso restringido de la interpretación o el diván. De hecho las indicaciones de un tratamiento psicoanalítico se han ampliado desde los primeros tiempos de Freud gracias a estas aportaciones, aunque a veces las múltiples escuelas y puntos de vista nos hagan pensar que nosotros vemos otros pacientes o que los vemos de forma diferente.

COLABORACIONES

C. es una mujer de 35 años que acude a una consulta privada para revisión de su medicación. Se ha cambiado su nombre hace 10-11 años porque el verdadero quiere decir soledad y ella odia la soledad, al haber sido obligada a sufrirla. Ha recibido múltiples tratamientos para sus síntomas depresivos, con mejorías transitorias. Lo que llama la atención es su descuido general: en los tratamientos, en su aspecto, en su alimentación y en toda su vida, de la cama al sillón, con grandes dolores de cabeza que le impiden salir de casa o ver a sus amistades. El empeoramiento actual lo atribuía a una visita a su madre a Galicia «porque mi madre está muy loca, pero no va al psiquiatra». «Siempre ha dicho que yo sería una desgraciada cabeza loca».

C. sólo acude a cuatro visitas. Después de la primera entrevista sus jaquecas son tan fuertes que tarda semanas en volver a la consulta, dejando mensajes que informan de que no ha venido, como si el terapeuta no fuera a notarlo. En la segunda visita ya avisa que no va a poder seguir viniendo, pero vuelve con una grabadora como regalo, para que el terapeuta pueda escuchar sus sueños. La última vez que acude tiene «bulimia», come a cucharadas nata, mantequilla y chocolate, mezclados, hasta que no puede levantarse y falta en su trabajo.

Éste es un sueño entre la segunda y la tercera visita: «siempre sueño con una casa super-bonita, me supongo en el sueño que es de mi madre pero no la habita nadie. Es todo precioso pero está sin estrenar. Yo no le digo a mi madre que visito la casa y ella no me dice que la tiene. Da gusto estar en ella... Después con mi madre persiguiéndome, una amiga que iba conmigo apareció con un brazo roto porque mi madre la había cogido. Como no conseguía cogerme entró en razón, se tranquilizó y cambió de táctica para acercarse a mí. Me dijo –te voy a enseñar mi casa– muy amable, y yo accedí. La casa era horrible, unas escaleras anchas en tres bloques. Era más grande el espacio de escaleras que la casa. En el primero las puertas eran verjas de cristal opaco y con hierros. Entrabas y a mano izquierda estaba la cocina que no era una cocina, era una silla con un fogón de dos fuegos, un escurridor, un váter tapado por una cortina y una cama plegada también tapada por cortinas.

A mano derecha había una mesa de esas que se cierran; si te sentabas a comer lo hacías contra la pared. Subías otras escaleras y había un salón enorme sin amueblar, no sabías lo que era, sólo tenía unos bancos viejos y una chimenea con ceniza. Le dije a mi madre que para qué quería los bancos –para nada, llévatelos– hice un paquete con ellos. No tenía nada que ver con la casa que yo sueño que creo que es la casa de mi madre. Es la primera vez que mi madre me enseña la casa en sueños. Siempre me persigue y siempre fuera de la casa. Es muy difícil llegar a mi madre».

Pacientes como C. no eran analizables en los primeros tiempos del psicoanálisis porque no podían establecer una neurosis de transferencia. Nadie podría hablar de neurosis, pero ¿se puede negar la existencia de un movimiento transfe-rencial?

Las preguntas anteriores nos llevan a una reflexión sobre la escucha analítica ¿Qué hay de común en la escucha de las diferentes estructuras que pueda ser considerado como el punto denominador de toda escucha que se pretenda analítica? ¿Depende la escucha del encuadre? En definitiva, y atendiendo a la escucha que se realiza ¿en qué se diferencia un psicoanálisis de una psicoterapia psicoanalítica?

En este trabajo trataremos dar cuenta de estas cuestiones y para ello nos sumergiremos en la obra freudiana en un intento de poder definir lo que para nosotros es el trabajo analítico; aquello que en la escucha de los pacientes, sea cual sea su patología, debe de estar presente para que la palabra del paciente avenga en palabra analítica.

Un recorrido que iniciamos en lo que se ha dado en llamar la era prepsicoanalítica o los comienzos, donde lo que hubo fue una superconcienciación del paciente; se trataba de llevar a conciencia aquello que se suponía que por la represión había quedado fuera de ella. Recordar y abreaccionar eran las metas que se perseguían con ayuda del método hipnótico.

En un segundo período y tras renunciar a la hipnosis, pasó a primer plano la tarea de colegir desde las ocurrencias libres del analizado aquello que él denegaba recordar. De entre las asociaciones del paciente, el analista trata de ir recogiendo y construyendo con eso algo que pueda parecerse al recuerdo. Se pretendía sortear las resistencias mediante el trabajo interpretativo, y la comunicación de sus resultados al paciente. Ahora la abreacción es relegada y parece ser sustituida por el gasto de trabajo que el analizado tiene que prestar al vencer como le es prescrito por la obediencia a la regla psicoanalítica fundamental la crítica a sus ocurrencias. Es decir la abreacción es sustituida por el trabajo con las resistencias.

En un tercer período se plasmó la consecuente técnica que hoy día empleamos; el médico renuncia a enfocar un momento o un problema determinado (se conforma con estudiar la superficie psíquica que el analizado presenta cada vez, es decir en cada sesión) y se vale del arte interpretativo en lo esencial para discernir las resistencias que se recortan en el enfermo y hacérselas conscientes. Poco a poco el analista va renunciando a su deseo de hallar algo y se va colocando en una perspectiva de encuentro (es decir estar en una actitud de espera para leer en la superficie, en el texto manifiesto).

Apuntamos ya aquí un dato importante: *La perspectiva de encuentro.*

La palabra perspectiva nos da la idea de un cambio de posicionamiento, una nueva manera de mirar. Se está ahí en espera pero con una nueva mirada dirigida hacia algo que todavía no se conoce, algo que emana del encuentro con otra subjetividad, la del paciente.

Una actitud que por su renuncia al deseo de hallar algo no quiera decir pasiva. Se trata de algún modo de una «actividad» enfocada hacia otro escenario. En palabras de Racker (3) diríamos que la «atención flotante» no es más que un solo aspecto (aunque fundamental) del complejo proceso de la comprensión del inconsciente. Se entiende por qué Freud subrayó este aspecto: era lo nuevo y distinto; pero no podemos olvidar que aunque se haga énfasis en el carácter pasivo, escuchar bien y escuchar con empatía tienen también su aspecto activo.

Tendemos a identificarnos, e identificarse es un proceso mental, en parte activo, implicando, además la reproducción de la actividad psicológica del objeto. Dejamos que el material penetre en nosotros y a veces vibra inmediatamente la cuerda que fue «tocada»; pero otras veces esta recepción debe ser seguida por un proceso activo en el que nosotros como analistas «tocamos» y detectamos lo penetrado con nuestro sentir y pensar inconsciente, para poder, finalmente, unirnos con él.

Un pequeño texto de Freud de 1912 *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico* (4) nos sirve para reflexionar sobre dos aspectos que tienen importancia en la escucha del paciente y en el encuentro afectivo con él: la atención flotante a la asociación libre y la contratransferencia. Pensamos que son indisolubles y que están en permanente comunicación, y que su importancia y lugar en la escucha ha cambiado desde la fecha de este texto freudiano hasta hoy día.

Freud en esos *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico* habla de algunas reglas técnicas. Se plantea algo tan elemental como: ¿se puede retener en la memoria los innumerables nombres, fechas y detalles de cada paciente sin confundir este material con el de otros pacientes? Parece que el valor de la escucha debe ir más allá de la recopilación (o recogida intencional) de datos. Freud da a entender que los esfuerzos de retener voluntariamente la información consumen energía y sesgan nuestra atención, mientras que la atención flotante ahorra esfuerzos inadecuados y encamina hacia una buena escucha.

Así, para darse una escucha verdadera, singular y única, parece que hemos de reivindicar la libre circulación de la palabra del paciente. Podemos pensar que una escucha psicoanalítica hace innecesario y puede que inoportuno anotar todo aquello que dice el paciente; si el analista recibe con verdadero interés el relato del paciente no ha de temer que esos datos se pierdan en su memoria.

Hay diferentes formas de escucha; en la escucha psicoanalítica se rastrea sobre las huellas que deja el paciente libremente dejando de lado una búsqueda en función de las expectativas propias. Para una escucha analítica es necesario aceptar la asociación libre y no contaminarla con directrices y otros taponamientos del discurso. Freud dice: «si nos dejamos llevar por nuestras esperanzas correremos el peligro de no descubrir jamás sino lo que ya sabemos; y si nos guiamos por nuestras tendencias, falsearemos seguramente la posible percepción. No debemos olvi-

dar que en la mayoría de los análisis oímos del enfermo cosas cuya significación sólo a posteriori descubrimos».

¿Qué elemento se aporta a la escucha para retener tantos datos sin un esfuerzo volitivo consciente? Ya hemos visto que el analista debe escuchar al sujeto sin preocuparse de si retiene o no sus palabras. Podríamos decir que éstas quedan registradas en el inconsciente del analista tintadas de un valor afectivo, de un momento previo y único de encuentro con el paciente.

Sin embargo, compartiendo la opinión de muchos autores contemporáneos, para nosotros la posición en la que se ubica el analista frente al paciente no es neutral en su vertiente contratransferencial. El analista impersonal es una ficción. Para escuchar al paciente en una suerte de encuentro con él hace falta sentir y movilizarse con el material que aporta.

En el mismo texto citado anteriormente, Freud recomienda al analista imponer silencio a todos sus afectos y habla del peligro de una cierta tendencia afectiva. Dice textualmente: «la justificación de esta frialdad de sentimientos que ha de exigirse al médico está en que crea para ambas partes las condiciones más favorables».

Quizás podríamos puntualizar algunos aspectos que, a nuestro juicio, tienen importancia y están en discusión hoy en día. Judy Kantrowitz (5) habla de que aunque la neutralidad y el anonimato del analista son aspectos importantes que salvaguardan el proceso y protegen su buena marcha, el valor de una extremada asepsia se ha de cuestionar.

Freud descubre la contratransferencia pero apenas se ocupa de ella o bien, como puede traslucirse en sus textos, le es incómoda, «un obstáculo que hay que vencer» (también anticipó con su gran capacidad visionaria que su entendimiento estaría ligado al futuro del psicoanálisis). Otros autores contemporáneos trataron la contratransferencia con cierto desdén. Ferenczi (6) en *Dominio de la contratransferencia* dice que «el psicoanalista debe controlar conscientemente su propia actitud respecto al enfermo y, si es necesario, rectificarla, es decir, dominar la contratransferencia». La frase «dominio de la contratransferencia» en este caso no nos deja indiferentes; nos suena a resistencia, a censura hacia los propios sentimientos del analista.

Frases como las de Freud o Ferenczi hacían de la contratransferencia un objeto incómodo y necesario de expulsar para llevar a cabo el tratamiento. Pero, al hacerlo, también se estaba expulsando una dimensión intersubjetiva que siempre está implícita y que acerca afectivamente a los dos participantes del análisis.

Muy interesante es la observación que hace Etchegoyen (7) para interpretar el factor inconsciente que subyace en el retardo de la valoración de la contratransferencia: «a nadie le resulta grato ver y reconocer su esencial identidad con el paciente que trata abandonando la cómoda, la ilusoria superioridad que ha creído tener».

Creemos que hoy en día la contratransferencia ha de verse como un instru-

mento necesario para el encuentro con el paciente, un elemento fundamental para la buena escucha y que es ineludible del proceso. La contratransferencia incluye un elemento de resonancia afectiva con el material del paciente.

Por tanto el analista aporta su atención flotante y su contratransferencia al encuentro con el paciente, pero además su propia presencia, pues, quiera o no forma parte del espacio analítico y tendrá un impacto en el paciente.

Es en esta situación conflictiva, en tanto encuentro de dos subjetividades, donde habrá de aparecer la transferencia, base de todo trabajo analítico. Si ésta se está pudiendo elaborar, una determinada vivencia, un determinado contenido, algo de lo que está sucediendo en la transferencia va a posibilitar que se vayan rescatando aquellos fragmentos que quedaban del pasado y encontrar en ellos resignificación.

En la medida en que se pueda conceptualizar así el trabajo analítico, el modo de buscar lo que serían las condiciones técnicas con las que poder llevar adelante este trabajo va a perder importancia si nos atenemos a normas concretas formales de encuadre, y va a ganar importancia si nos atenemos a que este trabajo se esté realizando.

De ahí el problema tan arduo que se estableció desde los comienzos con Ferenczi y con Alexander, cuando crearon las bases de la psicoterapia psicoanalítica. ¿En qué se diferencia un psicoanálisis de este tipo de psicoterapias? Nosotros creemos que lo importante es que el trabajo psicoanalítico se haga, si esto es factible con dos sesiones, con tres o cuatro, con el diván, sin el diván; todo esto pierde importancia, lo importante es que ese trabajo pueda hacerse. Así, a veces, con las condiciones formales perfectamente dadas no hay análisis y con las condiciones formales tomadas con una enorme flexibilidad hay análisis. El análisis y el no análisis no se pueden distinguir por los elementos formales que constituyen el encuadre, sino por el trabajo en transferencia.

Trabajo en transferencia, atención flotante, contratransferencia, son herramientas comunes a la escucha analítica, más allá de la estructura psíquica implicada en el proceso.

La atención flotante es requisito indispensable de una escucha abierta en la que uno se deja llevar por el discurso del paciente. Además, escuchar al paciente implica escuchar la contratransferencia dándole a ésta el lugar de un campo dinámico de encuentro entre dos personalidades que forman una pareja analítica.

Para terminar, una anécdota. Un paciente ingresa en un hospital público por un primer brote de características esquizofrénicas. Se ha dado cuenta de que su abuela y su tía son brujas, capaces de influir en otras personas como su padre, formando un triángulo de poder. Era llamativo el empobrecimiento y la inhibición que presentaba, a pesar del poco tiempo de evolución. Era hijo de una mujer esquizofrénica que se suicidó en medio de una crisis psicótica, viviendo desde enton-

ces con su padre. Como es habitual se citó a su familia para recoger datos. Aparecieron en la entrevista su padre y su tía, cuya relación era pésima.

Mientras el paciente se mostraba ensimismado, ambos se culparon de la enfermedad del chico, convirtiendo la reunión en una pelea. La tía acusó al padre de ser el culpable de la muerte de su hermana por descuidarla, de la misma forma que había descuidado a su hijo y éste había caído enfermo. El padre insistió en su total disponibilidad para su hijo. Al terminar la entrevista el paciente acudió, de forma espontánea, a hablar con el médico. Le preguntó, mirando de frente: qué, ¿entiendes ya lo que me pasa? El médico contestó que sí.

Si existió una mejoría después de esa conversación o no quizás sea lo de menos, porque para el médico sí cambió la relación con el enfermo.

La escucha psicoanalítica permite la identificación de este médico con la locura de su paciente y la de todos los profesionales que, entre comillas, se vuelven un poco locos con sus pacientes.

Es la herramienta para entender al paciente, aunque las circunstancias no sean propicias y la patología lo ponga difícil, permitiendo un intercambio único entre ambos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) FREUD, S., «Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica», *Obras completas*, Tomo XVII, Buenos Aires, Amorrortu, 1918.
- (2) ULNIK, J. C., «Revisión crítica de la obra de Pierre Marty», *Aperturas Psicoanalíticas, Revista de Psicoanálisis*, 1999, www.aperturas.org/5Ulnik.html
- (3) RACKER, H., *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1966.
- (4) FREUD, S., «Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico», *Obras completas*, Tomo XII, Buenos Aires, Amorrortu, 1912.
- (5) KANTROWITZ, J., «La función del preconscious en psicoanálisis», *Rev. Aperturas psicoanalíticas, Revista de Psicoanálisis*, 1999, www.aperturas.org/kantrowitz.html
- (6) FERENCZI, S., «La técnica psicoanalítica», *Obras Completas*, tomo II, Madrid, Espasa-Calpe, 1919.
- (7) ETCHEGOYEN, H., *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Buenos Aires Amorrortu, 1993.
- (8) FREUD, S., «Construcciones en psicoanálisis», *Obras completas*, tomo XXIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1932.
- (9) GRINBER, L., *El psicoanálisis es cosa de dos*, Valencia, Promolibro, 1996.
- (10) ZUCKERFELD, R., *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*, Buenos Aires, Paidós, 1992.

* Juan Rodado, Psiquiatra-Psicoanalista, Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia; Elena Sanz, Psiquiatra-Psicoanalista, Centro Psicoanalítico de Madrid; Juan Otero, Psicólogo-Psicoanalista, CSM Dos hermanas. Sevilla.
Correspondencia: Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Avda. Intendente Jorge Palacios, 1, 30003 Murcia. jvrodado@um.es

Cuestionarios de satisfacción en psiquiatría. Ventajas y controversias

RESUMEN: Se discute la heterogeneidad de los instrumentos utilizados, las dificultades metodológicas y los resultados obtenidos en los diferentes estudios de satisfacción en pacientes psiquiátricos.

PALABRAS CLAVE: satisfacción en pacientes psiquiátricos, cuestionarios en psiquiatría.

SUMMARY: The heterogeneous assessment instruments, the methodological problems and the different studies about patient satisfaction with psychiatric care services results are discussed.

KEY WORDS: psychiatric patients satisfaction, questionnaires in psychiatry.

Introducción

La satisfacción de los pacientes se ha convertido en los últimos años en un aspecto de creciente importancia como indicador de la calidad de los servicios de salud y como medida del resultado del proceso de cuidados, desarrollándose numerosos marcos conceptuales y encuestas específicas. La mayoría de los autores que las han propuesto parecen estar de acuerdo en considerarlas más útiles como instrumentos de mejora de calidad que como medida de resultados concretos. Definir lo que significa la calidad de los servicios sanitarios entraña una gran complejidad y, como señala Donabedian (1) (2), el tema que ha preocupado a numerosos investigadores, parece derivar hacia un cierto consenso en cuanto a que la opinión de los usuarios sobre la calidad de la atención recibida en términos de satisfacción/insatisfacción, proporciona información básicamente respecto de la cobertura de las expectativas de los pacientes. A pesar de estas limitaciones el tema va despertando un interés creciente entre los responsables directos de la atención, además de entre los organismos encargados de evaluar los servicios de salud en general y de salud mental en particular, proliferando los trabajos al respecto.

Orígenes

El arduo proyecto de búsqueda de la satisfacción de los pacientes y el intento de conocerla y medirla ha ido ligado históricamente a las transformaciones sociales y al cambio de papel de los usuarios de los servicios de salud, que tiene su inicio más claro en los países anglosajones (3). Desde el conocido trabajo de Peters y Waterman («In Search of Excellence: Lessons from American best Run Companies») la excelencia se basa en el concepto de «estar cerca del cliente»; y, esta filosofía, extendida al sector público, contribuye al espíritu del *National Health Service* inglés. En este sentido los pacientes rechazarían de forma progresiva

siva el rol pasivo que se les asignó tradicionalmente y se convertirían en sujetos informados, responsables sobre su salud y, por tanto, más activos en la elección y la planificación de su tratamiento. La consecuencia es un acortamiento progresivo de la distancia entre «ellos», «los usuarios» y «nosotros», los profesionales (4). A esto se añade, en Estados Unidos, la presión ejercida sobre los profesionales desde el Managed Care, las compañías de seguros y las asociaciones de familiares. De hecho, la Joint Commission on the Accreditation of Health Care (agrupación de agencias de certificación de calidad americanas) estipula que se recojan datos de la satisfacción de los pacientes (5) como una medida más de la calidad de los cuidados sanitarios.

Esto ha influido en la transformación en un sistema con mayor consideración hacia la valoración por parte de los pacientes de los servicios sanitarios que reciben, y se ha traducido en la aparición en la última década de un goteo de artículos en la literatura médica sobre esta cuestión.

En nuestro país existen dos sistemas de acreditación en gestión de calidad (AENOR y EFQM). En ambos se valora la satisfacción de los pacientes como parte de la evaluación de resultados. En los hospitales, desde las gerencias, las direcciones médicas y los sistemas de gestión de calidad comienzan también a interesar las respuestas de los pacientes a los servicios ofrecidos.

Instrumentos de medida de satisfacción en psiquiatría

Existe una amplia controversia acerca del método utilizado para medir la satisfacción de los pacientes y aún más sobre el significado y la importancia de la misma en relación con los servicios de Salud Mental, ya que cualquier medida de la satisfacción del usuario es multidimensional. No existe, por tanto, un método universal para medirla (6).

A lo largo de estos últimos años se han diseñado múltiples y variados instrumentos de medida. Su heterogeneidad dificulta la comparación de los mismos (7). Los problemas metodológicos en la elaboración (muestras y representatividad de las mismas, sesgos, dificultades de validación, dudosa fiabilidad y validez, etc.) han contribuido a un relativo desánimo en su utilización, condicionando una tendencia a no considerarlos como medida del resultado de los cuidados recibidos.

En los servicios psiquiátricos hospitalarios y ambulatorios se ha ido valorando necesario incluir la perspectiva del paciente como medida de la calidad de los mismos (7). Con los pacientes psiquiátricos el concepto de satisfacción es aún más complejo ya que incluye, según Längle (8), la satisfacción vital y la satisfacción con los cuidados psiquiátricos.

COLABORACIONES

En nuestro país, la transformación del paciente como sujeto pasivo que recibe los soportes-cuidados externos decididos por un profesional en usuario activo, que responsablemente se informa-decide-elige y eventualmente evalúa y critica, está lejos de haberse producido. En el caso específico de los pacientes psiquiátricos la distancia es aún mayor. Un paso imprescindible previo al de realizar cuestionarios de satisfacción, como medida de la calidad de un servicio sería, como explicábamos antes, conceder valor a la palabra del paciente, a su experiencia subjetiva (más allá del cese o reducción sintomática), a su opinión y capacidad de crítica. Esto es especialmente difícil en las Unidades de Agudos, donde la mayoría de los profesionales probablemente nunca se ha preguntado por estos aspectos, abrumados por la necesidad urgente de frenar las graves manifestaciones psicopatológicas, a la vez que presionados por las exigencias de los encargados de la gestión de optimizar los indicadores sanitarios, especialmente la estancia media. Pero, sobre todo, los profesionales tendemos a ver a los pacientes ingresados como demasiado enfermos y trastornados para ser fiables como informadores apropiados (9).

En esta línea Sheppard (1993) señala seis factores que constituyen discrepancias relevantes en los cuestionarios de satisfacción de los pacientes como medida de evaluación de los cuidados psiquiátricos: son demasiados generales (no reflejan en profundidad lo que los pacientes piensan), reflejan el modo en que se presta el servicio más que los resultados, los pacientes son «ciegos» a otras alternativas; sólo el hecho de preguntar puede resultar una visión engañosamente favorable, puede variar mucho de un momento a otro y puede estar condicionado por las expectativas del paciente y su origen sociocultural (5). A todo esto se añade, para dificultar aún más el proceso, que los pacientes tienen un complejo sistema de creencias sobre la satisfacción que no se traduce fácilmente en estadística descriptiva (4). Sin embargo, Ruggeri (1994) concluye que aunque no son suficientes para evaluar los cuidados psiquiátricos sí son necesarios como parte de la práctica habitual (10).

El confuso panorama conceptual sugerido y las dificultades operativas (especialmente desde la perspectiva clínica de evaluación del resultado de los cuidados recibidos) resultan una notable proliferación de instrumentos que nos proponemos revisar en este trabajo.

Metodología

Hemos realizado una revisión cualitativa sistemática de la literatura científica. A este efecto se practicó una búsqueda electrónica en las bases de datos: MED-

LINE (enero 1966 a diciembre 2005), EMBASE (enero 1980 a diciembre 2005), Biblioteca Cochrane Plus (primer trimestre 2006) e IME (1971 a diciembre 2005). Usamos las palabras clave: «Satisfaction», «Psychiatry», «Psychiatric Inpatients Satisfaction» y sus traducciones en castellano («satisfacción», «pacientes psiquiátricos», «satisfacción usuarios»). Una vez que un estudio era seleccionado, inspeccionamos todas sus referencias para obtener ensayos adicionales.

Seleccionamos 27 artículos, desde el año 1976 hasta 2004, que se ajustaban a los criterios restrictivos que nos interesaban: valoración de la satisfacción por cuestionarios o entrevistas para pacientes psiquiátricos, especialmente para aquellos ingresados en unidades de hospitalización, y que tuvieran resultados cuantitativos y un análisis estadístico con una metodología adecuada de relación de los mismos con diferentes variables.

Resultados

Los estudios (Tabla adjunta) se caracterizan por la heterogeneidad en los tamaños muestrales, instrumento de valoración utilizado, momento en que se entrega a los pacientes, variables estudiadas y, por tanto, resultados y conclusiones. Son por ello difícilmente comparables aunque tienen algunos puntos llamativos de coincidencia.

Se han desarrollado diversas herramientas de evaluación. Algunos autores diseñan cuestionarios más breves y de fácil aplicación como el «Patient Evaluation of Care» (PEC-5) (11), el «Penn State Inpatient Psychiatric Satisfaction» (PSIPS) (12), y otros más extensos y complejos como «Give your Opinion on Department of Psychiatry» (13), Cuestionario Autoaplicado de Remnik (14), Cuestionario de Satisfacción de Längle (8), y la Entrevista Semiestructurada de Satisfacción de Greenwood (15).

Se utilizan muestras de distinto tamaño, desde 60 (7) (16) hasta 673 pacientes (12). Contestan entre un 39 y un 94% de los pacientes encuestados. Los cuestionarios se pasan en distintos momentos evolutivos (durante el ingreso, en el momento del alta, unos días después, etc.) y se comparan las distintas variables de los pacientes (variables sociodemográficas, diagnóstico, tratamientos utilizados, duración del ingreso, ingresos previos, etc.) con los resultados de las escalas de satisfacción.

En general los pacientes manifiestan un alto grado de satisfacción global (17) (18) (19) (11). En el estudio de Eytan (16) se manifestaban como muy satisfechos el 90% de los pacientes. Un resultado llamativo en el estudio de Svensson (7) es que los pacientes valoraban como poco satisfactorio la falta de información y la escasa influencia de los mismos en las decisiones terapéuticas. Remnik y

COLABORACIONES

Melamed (14) concluyen que los mejores predictores de satisfacción general con la hospitalización están relacionados en primer lugar con los médicos, en segundo lugar con las enfermeras y, en tercer lugar, con el entorno.

Las variables sociodemográficas no suelen explicar las diferencias (8) (13) (17); en cuanto a las variables clínicas los pacientes involuntarios suelen estar menos satisfechos (10) (11) (12) (21); en algunos estudios aparecen como menos satisfechos los pacientes esquizofrénicos que los afectivos (4) (7) (13). Los pacientes con Trastorno de Personalidad están en general menos satisfechos (7) (11) (13) (20).

Los resultados en cuanto a edad parecen coincidir en que los pacientes mayores están más satisfechos que los más jóvenes, en general más exigentes. Boerghofer (6) concluye en su estudio que los pacientes crónicos se manifiestan más satisfechos. Sin embargo un meta-análisis de la literatura aparecida entre 1955 y 1983 acerca de la satisfacción con los servicios de Salud Mental (Lehman y Zastowny, 1983) (20), encontró que los pacientes crónicos estaban menos satisfechos a diferencia del estudio de Berghofer (6).

Discusión

Se han desarrollado en los últimos años diversas herramientas de evaluación de satisfacción. Todas incluyen aspectos relacionados con el factor humano (relación con los profesionales, disponibilidad de los mismos, etc.), con las técnicas utilizadas (tratamientos, pruebas, información) y con el entorno. Así Längle y Baum (8) utilizan en su estudio el «Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire», pero además estudian las áreas que los pacientes valoran como más importantes y destacan en los primeros lugares la relación terapéutica, la relación con enfermero/a y la relación con el trabajador social, que coinciden también con los aspectos valorados como más satisfactorios.

Por su heterogeneidad los resultados que arrojan son difícilmente comparables. La mayoría de los estudios revisados coinciden en determinadas asociaciones con la satisfacción: en general, los pacientes manifiestan un alto grado de satisfacción global; las variables sociodemográficas no suelen explicar las diferencias; los pacientes involuntarios suelen estar menos satisfechos (10) (11) (12) (21). En cuanto a las diferencias por diagnósticos, en algunos estudios aparecen como menos satisfechos los pacientes esquizofrénicos que los afectivos (4) (7) (13). Los pacientes con Trastorno de Personalidad están en general menos satisfechos (7) (11) (13) (20). Los pacientes mayores están más satisfechos que los más jóvenes, en general más exigentes.

Algunos autores señalan limitaciones en los estudios. Polowzyc y cols. (17), hacen un experimento interesante y original. Comparan la diferencia en las respuestas a un cuestionario de satisfacción según quien supervise la realización del mismo, los profesionales o los propios pacientes. Concluyen que la validez de los estudios aumentaría si se involucrara a los pacientes en la realización de los mismos.

Geenwood y Key (15) señalan que existe una limitación importante si se evalúa la satisfacción dentro del hospital ya que los pacientes se muestran menos críticos. Consideran más útil que medir la satisfacción, mantener entrevistas a fondo con los pacientes insatisfechos para conocer cuáles son los aspectos menos valorados.

La satisfacción ha demostrado ser un concepto multidimensional y difícilmente aprehensible (22). La medida de la satisfacción de los pacientes pretende acercarse a una información que no puede obtenerse de forma objetiva mediante la observación externa. Es difícil definir el concepto de satisfacción en la vida cotidiana, ya que hace referencia a una visión global de la propia experiencia. El problema aún se complica más si se refiere a la atención recibida por un servicio de salud ya que los elementos que condicionan la misma parecen innumerables: deseos, expectativas, nivel de exigencia, relación con la situación de dependencia, capacidad de crítica, asimetría de la información entre paciente y profesional, etc. ¿Qué se valoraría? ¿Se trataría de la valoración subjetiva, el punto de vista, la descripción de la experiencia, de la atención recibida? ¿O más bien la oportunidad de agradecer un servicio recibido que uno no tiene claro en qué medida merece? ¿O finalmente la gran oportunidad de criticar y exigir a aquellos agentes poco definidos de los que depende su salud?

La propia concreción de la pregunta como «satisfacción» encierra una pequeña trampa ya que hace referencia a algo de entrada con un sesgo positivo, ya que invitaría más a mostrarse satisfecho que una «hoja de reclamaciones» de cualquier otro servicio.

Probablemente fuera más útil para los servicios sanitarios conocer lo que no funciona bien que lo contrario (17). Precisamente una de las características de los instrumentos de medida de satisfacción de los pacientes es que los resultados tienden a estar sesgados positivamente, probablemente en relación con el efecto de «deseabilidad social» por el que éstos tendrían dificultad en criticar la asistencia sanitaria (17).

Sin embargo, en nuestra opinión, el mismo hecho de preguntar por la satisfacción nos coloca a priori en una relación con el paciente que presenta nuevos matices; nos interesa saber si se ha sentido bien durante la experiencia de haber enfermado, con la ayuda recibida por nuestra parte, y no sólo con el resultado final; estamos dispuestos a escuchar sus quejas, valoramos su opinión y, en definitiva, nos hacemos cargo de algo más que de su persona como objeto de nuestro trabajo. Es en este punto en el que consideramos la «subjetividad», tan criticada

COLABORACIONES

metodológicamente en la literatura, como aliada en el vínculo que establece el paciente con el sistema sanitario, que de forma novedosa comienza a preguntarse por el «cómo se ha sentido».

La interpretación de los resultados de las encuestas de satisfacción depende del lugar desde el que asumimos que los pacientes contestan ¿Opinan como consumidores o como receptores pasivos de cuidados? En el segundo caso su respuesta se interpretaría como la confianza depositada en los profesionales. De hecho parece que los pacientes menos jóvenes y, por tanto, más proclives a asumir el modelo pasivo tradicional puntúan generalmente más alto en las escalas de satisfacción (23) (24).

En nuestra opinión la ausencia de una herramienta universal definida y que fuera capaz de valorar la satisfacción de los pacientes de un modo comparable en las distintas unidades psiquiátricas, en los diferentes países, no es motivo para tirar la toalla.

Pensamos que, aunque metodológicamente frágil, el hecho en sí mismo de evaluar la satisfacción con una escala propia en cada unidad puede convertirse en un instrumento útil de autoevaluación de la calidad de ese servicio, en concreto a lo largo del tiempo y en relación con medidas específicas que pudieran tomarse con la intención de mejorarla. Por ejemplo, en nuestra unidad hemos introducido cambios recientemente, en relación con las medidas de seguridad. Si confirmáramos una mejoría en la valoración por parte de los pacientes en este sentido, podríamos juzgarlas, junto con otros datos objetivos, como eficaces.

De lo que no hay duda es que un paciente globalmente satisfecho con la experiencia de internamiento en una unidad de psiquiatría tiene probablemente más posibilidades de establecer una relación de confianza con los dispositivos de salud mental y, por tanto, de mejorar la continuidad de cuidados así como de tender a utilizar el recurso de la hospitalización si éste se mostrara necesario.

Es muy posible, tal y como apuntan Remnik y otros (14), que todavía falte mucho tiempo para que los pacientes psiquiátricos internalicen sus derechos y responsabilidades para realizar una crítica constructiva hacia su tratamiento y sus cuidados. La mayoría de los pacientes se sienten dependientes de los servicios psiquiátricos y pueden tener todavía cierta aprehensión a expresar sus críticas por miedo a la retaliación.

Conclusiones

El concepto de satisfacción en psiquiatría es multidimensional y complejo. En los últimos años han aparecido diversas herramientas de evaluación de la satis-

facción que se han aplicado a distintas poblaciones psiquiátricas (ambulatorios, ingresados) en diferentes momentos evolutivos. Los cuestionarios breves son fáciles de aplicar y contestados por un mayor número de pacientes, pero se pierde información. Los más elaborados (como las entrevistas semiestructuradas) son costosos, complejos y difícilmente aplicables a un número grande de pacientes. En general los pacientes manifiestan un alto grado de satisfacción global. Se han recogido numerosas variables para intentar concluir cuáles son las que más influyen en el grado de satisfacción.

Las encuestas de satisfacción en psiquiatría son una herramienta de evaluación de la calidad asistencial de indudable valor. Existen numerosos estudios que lo confirman, a pesar de las dificultades metodológicas y la tendencia a que cada servicio individualmente fabrique sus propias escalas *ad hoc*.

Se pone en evidencia la necesidad de desarrollar un cuestionario de satisfacción para pacientes psiquiátricos que fuera validado para un uso más universal, que permitiera comparar niveles de satisfacción entre los distintos centros e, incluso, en diferentes países. Asimismo una homogenización de las variables comparadas permitiría realizar meta-análisis y sacar conclusiones de mayor magnitud para la planificación de los servicios.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) DONABEDIAN, A., *La calidad de la atención médica*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- (2) MORÉ HERRERO, M. A., «Satisfacción de los usuarios de servicios de Salud Mental: una revisión acerca de su definición, factores asociados y dimensiones», *Archivos de Psiquiatría*, 2000, 63 (1), pp. 43-55.
- (3) PEIRÓ, S., *Medición y comparación de los resultados en la práctica asistencial*, Máster en dirección médica y gestión clínica, Fund. UNED, pp. 128-136.
- (4) WILLIAMS, B.; WILKINSON, G., «Patient Satisfaction in Mental Health Care», *British Journal of Psychiatry*, 1995, 166, pp. 559-562.
- (5) SHEPPARD, M., «Client Satisfaction, Extended Intervention and Interpersonal Skills in Community Mental Health», *Journal of Advanced Nursing*, 1993, 18, pp. 246-259.
- (6) BERGHOFER, G., y otros, «Satisfaction of Inpatients and Outpatients with Staff, Environment, and other Patients», *Psychiatr. Serv.*, 2001, 52 (1) pp. 104-106.
- (7) SVENSSON, B.; HANSSON, L., «Patient Satisfaction with Inpatient Psychiatric Care. The Influence of Personality Traits, Diagnosis and Perceived Coercion», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1994, 90 (5), pp. 379-84.
- (8) LÄNGLE, G., y otros, «Indicators of Quality of In-patients Psychiatric Treatment: the Patients' View», *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15 (3), pp. 213-221.
- (9) WEISTEIN, R. M., «Attitudes Toward Psychiatric Treatment among Hospitalized Patients: a Review of Quantitative Research», *Social Science and Medicine*, 1981, 15, pp. 301-314.
- (10) RUGGERI, M.; DALL'AGNOLA, R., «The Development and Use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for Measuring

COLABORACIONES

Expectations and Satisfaction with Community-based Psychiatric Services in Patients, Relatives and Professionals», *Psychol. Med.*, 1993, 23, pp. 511-523.

(11) BLAIS, M. A., y otros, «Development and Application of a Brief Multi-faceted Tool for Evaluating Inpatient Psychiatric Care», *Adm. Policy Ment. Health*, 2002, 30 (2), pp. 159-72.

(12) WOODRING, S., y otros, «Development and Testing of Patient Satisfaction Measure for Inpatient Psychiatry Care», *J. Nurs. Care Qual.*, 2004, 19 (2), pp. 137-48.

(13) KELSTRUP, A., y otros, «Satisfaction with Care Reported by Psychiatric Inpatients», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1993, 87, pp. 374-379.

(14) REMNIK, Y., y otros, «Patients' Satisfaction with Psychiatric Inpatient Care», *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.*, 2004, 41 (3), pp. 208-12.

(15) GREENWOOD, N., y otros, «Satisfaction with In-patient Psychiatric Services. Relationship to Patient and Treatment Factors», *Br. J. Psychiatry*, 1999, 174, pp. 159-163.

(16) EYTAN, A., y otros, «Patients' Satisfaction with Hospitalization in a Mixed Psychiatric and Somatic Care Unit», *Eur. Psychiatry*, 2004, 19 (8), pp. 499-501.

(17) POLOWCZYK, y otros «Comparison of Patients and Staff Surveys of Consumer Satisfaction», *Hospital and Community Psychiatry*, 1993, 44 (6), pp. 589-591.

(18) KALMAN, T. P., «An Overview of Patient Satisfaction with Psychiatric Treatment», *Hosp. and Community Psychiatry*, 1983, 34, pp. 48-54.

(19) SHANNON, P. J., «Coercion and Compulsory Hospitalisation: some Patients Attitudes», *Med. J. Aust.*, 1976, 2, pp. 798-800.

(20) BAKER, D. A., y otros, «Patients' View towards care Received from Psychiatrists», *Br. J. Psychiatry*, 1996, 168, pp. 641-646.

(21) HANSSON, L., «Patient Satisfaction with In-hospital Psychiatric Care», *Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.*, 1989, 239, pp. 93-100.

(22) WARE, J. E.; DAVIES, A., «The Measurement and Meaning of Patient Satisfaction: a Review of the Recent Literature», *Health and Medical Care Services Review*, 1978, 1, pp. 1-15.

(23) PASCOE, G. C., «Patient Satisfaction in Primary Health Care: a Literature Review and Analysis», *Evaluation and Program Planning*, 1983, 6, pp. 185-210.

(24) HOLCOMB, W. R., y otros, «Customer Satisfaction and Self-reported Treatment Outcomes among Psychiatric Inpatients», *Psychiatr. Serv.*, 1998, 49 (7), pp. 929-34.

(25) GOVE, W. R., «A Comparison of Voluntary and Committed Psychiatric Patients», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1977, 34, pp. 669-676.

(26) PENDELTON, D., «Doctor Patient Communication: a Review», *Doctor Patient Communication*, 1983, Londres, Pendelton and J. Hasler, Academic Press, pp. 5-33.

(27) MCINTYRE, K.; FARRELL, M.; DAVID, S. D., «What Do Psychiatric Inpatients Really Want?», *Br. Med. J.*, 1989, 298, pp. 159-160.

Tabla
Esquema de resultados

AUTOR Y AÑO	MARCO DE APLICACIÓN	TAMAÑO DE MUESTRA	CUESTIONARIO Y APLICACIÓN	VARIABLES ESTUDIADAS	RESULTADOS MÁS RESEÑABLES
Mc Intyre y otros (1989) (15)	Londres (GB) Siete unidades de Hospitalización.	117 (84,6%)*	Entrevista simple estructurada sobre distintos aspectos de los cuidados (10 preguntas).	Global Assessment scale (G.A.S). Voluntariedad. Número de ingresos. Duración del ingreso.	Los más sanos por el GAS y con mayor edad valoran más hablar con el médico. No correlación con el diagnóstico, la duración o el número de ingresos previos.
Ruggeri y otros (1993)	Verona (Italia) Ambulatorio.	75 pacientes y 75 familiares	VECS (Verona Expectations for Care Scale) y VESS (Verona Service Satisfaction Scale). En pacientes y familiares con más de 18 contactos con servicios psiquiátricos en los 3 años previos.	Características de familiares. Duración del tratamiento. Parentesco con el paciente.	Alta satisfacción en ambos grupos (4/5). Satisfacción con la información recibida 3,77/ 5. Satisfacción con las habilidades y actitud de los profesionales 4/5.
Polowczyk y otros (1993)	Nueva York (USA). Ambulatorio.	530	C.S.Q. (Larsen y asoc.) ⁵ Aplicado por personal o por otros pacientes.	Sociodemográficas. Duración del tratamiento. Quién aplica el cuestionario.	Alta satisfacción en ambos grupos. No correlación con variables demográficas. Menos satisfechos si se lleva a cabo por profesionales. La validez de los instrumentos de medida de satisfacción aumenta si se ven involucrados los propios pacientes.

COLABORACIONES

AUTOR Y AÑO	MARCO DE APLICACIÓN	TAMAÑO DE MUESTRA	CUESTIONARIO Y APLICACIÓN	VARIABLES ESTUDIADAS	RESULTADOS MÁS RESEÑABLES
Kelstrup A. y otros (1993)	Copenhague (Dinamarca). Una unidad de hospitalización.	274 (52%)*	Cuestionario autoaplicado (35 preguntas). Un mes después del alta (por correo).	Sociodemográficas. Diagnóstico (Eje I/eje II).	Contestan más si están laboralmente activos y toman antidepressivos. No correlación con variables demográficas. Más satisfechos a mayor edad, si tr. afectivos o psicosis reactivas. Menos satisfechos si esquizofrenia o tr. límite o antisocial de personalidad.
Svensson B. y otros (1994)	Suecia. Siete unidades de Hospitalización.	68 (78%)*	Cuestionario autoaplicado S.P.R.I. (48 ítems). A las cuatro semanas del ingreso.	Sociodemográficas. Diagnóstico. Personalidad.	Más satisfechos los más sociables, y los tr. afectivos que los tr. esquizofrénicos. Menos satisfechos si tenían rasgos agresivos y los ingresos involuntarios.
Barker D. A. y otros (1996)	Londres (Gran Bretaña) Dos unidades de Hospitalización.	170 (79,2%)*	Cuestionario elaborado tras reuniones con pacientes, psiquiatras y enfermería. (8 afirmaciones positivas y 10 afirmaciones negativas).	Edad y etnia. Diagnóstico. Conciencia de enfermedad. Primer ingreso/sucesivos	Globalmente satisfechos el 61,2%. Menos satisfechos si dx. de psicosis no afectiva, si no «insight» y si viven solos.
Holcomb y otros (1998)	USA. Una unidad de hospitalización.	87 (81.93%)*	«Treatment outcome profile» Cuatro escalas, la última sobre satisfacción. Al ingreso y al alta.	Número y tipo de medicaciones al alta. Enfermedades médicas. Consulta médica fuera de la unidad. Aplicación o no de terapia individual.	Mayor satisfacción a mayor TOC (mejores resultados del tto.). Menos satisfechos si tr. de personalidad o tr. estrés posttraumático. Cuanto más corto el ingreso más se valoran los profesionales

AUTOR Y AÑO	MARCO DE APLICACIÓN	TAMAÑO DE MUESTRA	CUESTIONARIO Y APLICACIÓN	VARIABLES ESTUDIADAS	RESULTADOS MÁS RESEÑABLES
Greewood N. y otros (1999)	Gran Bretaña. Seis unidades de hospitalización.	464 (93.3%)*	Entrevista semiestructurada (113 preguntas), una pregunta global y el C.S.Q. (Atkinson y Zwick, 1982). Al alta y al mes del alta	Género y etnia. Diagnóstico.	Muy o bastante satisfechos tres cuartos de los pacientes. Menos satisfechos a menor edad, sexo femenino y en ingresos involuntarios.
Berghofer y otros (2001)	Viena (Austria). Dos unidades de hospitalización y cuatro ambulatorios.	448 (94%)*	Entrevistas centradas en la satisfacción con el personal, con el entorno y con los otros pacientes. En seis días randomizados.	Diagnóstico. Funcionamiento social. Calidad de vida. Expectativas de tratamiento.	Satisfechos el 60%. Más satisfechos con el personal que con el resto de pacientes. Más satisfechos los pacientes crónicos, a mejor calidad de vida y con mejor funcionamiento social.
Blais y otros (2002)	Massachusetts-Boston (USA) Una unidad de hospitalización.	159 (39%)*	Cuestionario autoaplicado (P.E.C.-5) «Patient Evaluation of Care». Al ingreso y al alta.	Funcionamiento psicológico, bienestar (SOS-10) y HWS «Help Wanted Scales».	Alta satisfacción global (26,5 sobre 30). No correlaciona a la duración del ingreso, y poco relacionada con la mejoría. La evaluación empírica inicial de esta herramienta sugiere que tiene propiedades psicométricas adecuadas para evaluar la efectividad de los programas.
Länge G. y otros (2003)	Alemania. Seis unidades de hospitalización.	194 (52%)*	Cuestionario autoaplicado (92 preguntas). A las dos semanas y antes del alta.	Sociodemográficas. Diagnóstico. Calidad de vida. Momento de la encuesta.	La satisfacción no se correlaciona con ninguna variable estudiada. Los pacientes valoran como más satisfactorio la relación con los distintos profesionales y la cooperación entre ellos.

COLABORACIONES

AUTOR Y AÑO	MARCO DE APLICACIÓN	TAMAÑO DE MUESTRA	CUESTIONARIO Y APLICACIÓN	VARIABLES ESTUDIADAS	RESULTADOS MÁS RESEÑABLES
Eytan y otros (2004)	Suiza. Unidad médico psiquiátrica.	60 (80%)*	Cuestionario autoaplicado (14 preguntas sobre tratamiento, médico y psiquiátrico, y el entorno).	Edad y género. Diagnóstico. Tipo de tratamiento (ambulatorio/hospitalizaciones previas).	Alta satisfacción en el 90%. Más satisfechos si tenían ingresos previos y menos si diagnóstico de tr. de personalidad.
Remnic y otros (2004)	Jerusalén (Israel). Tres unidades de hospitalización (dos abiertas y una psicogeriatrica cerrada).	100	Cuestionario autoaplicado (28 preguntas sobre el personal, tratamiento y condiciones físicas).	Edad y status económico. Diagnóstico. Situación física. Condiciones de vida. Apoyo familiar. Duración ingreso. Tipo de tratamiento.	Satisfacción global regular. No correlación con ninguna de las variables estudiadas. El mejor pronosticador de la satisfacción general es la satisfacción con los médicos, seguida por los enfermeros y el entorno.
Woodring S. y otros (2004)	Pensilvania (USA) Una unidad de hospitalización.	673 (70%)*	Cuestionario autoaplicado P.S.I.P.S. «Penn State Inpatient Psychiatric Satisfaction» (15 preguntas). Al alta.	Género. Grupos de edad.	Menor satisfacción en pacientes jóvenes.

* Porcentaje de pacientes que contestan a los cuestionarios.

** Natalia Sartorius, psiquiatra. Hospital 12 de Octubre. Madrid; Javier Sanz. Psiquiatra. Hospital 12 de Octubre. Madrid; Roberto Pérez. MIR psiquiatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Correspondencia: Natalia Sartorius. Hospital 12 de Octubre. Servicio de Psiquiatría. Avda de Andalucía, Km 5,4. 28041 Madrid. nsartoriusc@yahoo.com

Recuerdo de Bruno Bettelheim

Contemporáneo estricto de un ensayista y pensador tan rico como Elias Canetti, el destacado psicólogo y analista cultural Bruno Bettelheim nació en Viena en 1903, y ha sido testigo fundamental de un momento de gran esplendor en la ciencia y literatura centroeuropeas. De antemano, fue un notable estudioso de temas estéticos, disciplina en la que se doctoró, antes de ser instruido en el psicoanálisis por un discípulo de Sigmund Freud. Su experiencia psicológica y vital se vio interrumpida por los desastres políticos del siglo XX. Tras la anexión austriaca, Bettelheim fue recluido durante un año en los campos de Dachau y Buchenwald, una experiencia sobre la que va a reflexionar de forma excepcional, como Primo Levi o como Jean Améry. Tras su liberación temprana, al ser por fortuna reclamado, redactó un primer escrito importante, en 1943, sobre el comportamiento individual y colectivo en situaciones límite (en *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38, 1943), aunque su reflexión sobre las técnicas de degradación humana hasta sus extremos más informes se halla en otros libros como *El corazón bien informado* (1960; FCE, 1973); *Sobrevivir, el holocausto una generación después* (1952, Crítica, 1982). Se quitó la vida, ya anciano, en Los Ángeles en 1990, como lo hicieron esos otros dos deportados.

Bettelheim logró emigrar a los Estados Unidos pronto. Allí inició una carrera distinta, independiente en parte de la anterior. Se dedicó durante unos treinta años al tratamiento de enfermedades mentales de la niñez, en la Escuela Ortogénica Sonia Shankman, dependiente de la Universidad de Chicago, de la que fue profesor. Él reorganizó totalmente en 1944 esa escuela dedicada al mundo infantil gravemente perturbado; y, de hecho, la dirigió hasta su jubilación, en 1973. Bettelheim –que también ha estudiado el mundo infantil en los kibbutz de Israel–, realizó una labor pionera en el tratamiento de los niños autistas, de esos seres «incapaces de interacción con el mundo» que renuncian a hablar y permanecen aislados de todo contacto afectivo con el exterior, encerrados en un universo secreto. Hasta ser conocidas sus investigaciones se les consideraba incurables, pero él logró devolver a muchos de ellos a la vida ordinaria, poniendo en marcha un pensamiento optimista, atento a lo particular, paciente, respetuoso, como lo demuestra su libro más conocido *La fortaleza vacía. El autismo infantil y el nacimiento del yo* (1967; Paidós, 2001). Véase también, entre otros, *Con el amor no basta* (1950; Hogar del libro, 1983), *Fugitivos de la vida* (1955; Crítica, 1975).

Ha escrito además un texto polémico, invirtiendo (o completando o perturbando) el concepto freudiano de envidia del pene: *Heridas simbólicas. Los ritos de pubertad y el macho envidioso* (1954; Barral, 1974). En muy diversos trabajos suyos prevalece una interpretación a la vez original en sus argumentos y clásica en el fondo dentro del primer psicoanálisis: *Diálogos con las madres de niños normales* (Barral, 1973). Lo mismo sucede en un libro sobre la importancia de los

relatos clásicos, más o menos provenientes del folklore, *Psicoanálisis de los cuentos de hadas* (1975; Crítica, 2005), que va desde la *Biblia* y las *Mil y una noches* hasta, especialmente, las narraciones de los hermanos Grimm. Pero nunca estuvo ausente el mundo cultural de su juventud, pues cinco años antes de su muerte, en 1985, escribió «La Viena de Freud» para la exposición parisina *Vienne, l'apocalypse joyeuse, 1880-1938*, que se recogió entre los importantes artículos recopilados al final de su vida: *El peso de una vida* (1989; Crítica, 1991).

No hace mucho se ha celebrado el centenario de su nacimiento. Por ello, recuperamos un retazo de su memoria con esta entrevista, realizada un año después de dejar su trabajo clínico, y por tanto una vez cerrada su experiencia central en el campo psiquiátrico.

¿Tiene alguna idea sobre cómo evitar que haya tantas enfermedades mentales?

Sería necesario que los padres y los profesores se decidieran a sacar provecho de las enseñanzas del psicoanálisis, y ¡hasta ahora no lo han hecho! Toda la educación del inconsciente está aún por inventar. Pero sólo puede lograrse acumulando experiencias...

¿Cómo pasó usted del psicoanálisis, su formación inicial, a la idea de un medio terapéutico como el que creó en la escuela ortogénica?

Un poco por casualidad. En Viena, donde vivíamos antes de la guerra, habían llevado a Anna Freud una niña que parecía demasiado enferma como para ser sometida con provecho a un tratamiento analítico clásico. Cabía, sin embargo, alguna esperanza si se conseguía que pasase las veinticuatro horas del día en un ambiente en el que incluso los gestos más cotidianos estuviesen perfectamente calculados sobre la base de las enseñanzas del psicoanálisis. Con el consentimiento de mi mujer, propuse acogerla en mi casa, se quedó con nosotros siete años y realizó progresos que superaron todo lo previsto. Al mismo tiempo me convencí de la eficacia de un ambiente terapéutico total y de la imposibilidad de exigir semejante esfuerzo a una familia media.

También influyó mi experiencia en los campos de concentración: estuve preso durante un año en Dachau; luego, en Buchenwald. Al ver hasta qué punto semejante entorno podía transformar la personalidad de los prisioneros, comencé a pensar en lo contrario, a decirme a mí mismo que un medio ambiente totalmente favorable debía probablemente suscitar modificaciones tan profundas como esas, pero positivas.

Los niños que acoge la escuela ortogénica han sido enviados en su mayoría por médicos que los juzgaban incurables. Según parece, el ochenta y cinco por ciento salen de su institución curados; o, con palabras de Freud, «con capacidad para amar y para trabajar». ¿Cómo explica ese éxito?

Por el medio terapéutico total que hemos creado. Los psicóticos, sean niños o adultos, confían no en lo que les decimos sino en lo que comprueban por su propia experiencia. El primer mensaje que captan al entrar en un hospital psiquiátrico tradicional es: «Tienes que cambiar» y «La persona importante aquí no eres tú, si no yo o nosotros que nos hacemos cargo de ti». Los edificios más imponentes, mejor decorados, están reservados para la administración o para la recepción de visitantes. La distribución de los locales y el reglamento interno están concebidos para comodidad del personal, no para la de los enfermos. Además, a éstos se los alberga, o, mejor dicho, se los encierra en dormitorios en los que la gente normal se negaría a vivir. Además, no se les encarga nada que pudiera mantenerlos ocupados.

¿Qué conclusiones pueden extraer de todo ello? Nuestro enfoque es radicalmente diferente. Tratamos de hacer comprender al enfermo que no le pedimos nada en absoluto, que sólo deseamos que su estancia entre nosotros sea lo más confortable posible. Los niños están distribuidos por grupos de seis en los dormitorios, en los que ellos mismos han elegido las cortinas, el color de las paredes. Cada uno tiene un rincón personal, que nadie toca. Las duchas son amplias y cómodas: los baños son un pretexto para volver a descubrir los placeres del cuerpo; no tienen una función de limpieza, pues ello equivaldría a decir que se está «sucio». El comedor es acogedor, y las salas de estar, numerosas; hay un gran terreno de juegos, y obras de arte en todas partes. Una gigantesca estatua de mujer acostada, que llamamos «la señora», ha permitido a más de uno de nuestros niños explorar, sin demasiados riesgos, sus relaciones con la madre, golpean o acarician la estatua, se refugian en su regazo...

Este decorado no basta para explicar su éxito, sino que traduce cierta actitud.

Los niños permanecen con nosotros tanto tiempo cuanto sea preciso: un promedio de tres a seis años, pero a veces muchos más... Es un trabajo muy largo, a menudo penoso, el de reconstruir su personalidad. La mayoría de los hospitales psiquiátricos tienen prisa porque sus enfermos salgan. Nosotros, no. Apurar a alguien es darle la impresión de que se le trata con ligereza. Nuestro objetivo es, antes al contrario, devolverles a los niños que nos confían el sentimiento de su propia valía.

Además, respetamos sus síntomas, sean cuales fueren. Constituyen lo más importante, lo más precioso que el enfermo mental ha construido, dado que eso es lo que le ha permitido defenderse, sobrevivir. Reconocer el valor de un síntoma es un primer paso hacia su comprensión y su cura. Recuerdo un niño pequeño —llamémosle John—, que llegó a nosotros prácticamente mudo, totalmente replegado sobre sí mismo, incapaz de aprender nada en clase. Sus padres pensaban que era

un simple espíritu. Después de cinco años a nuestro lado, empezó a hacer progresos, muy lentos: aprendía a leer algunas palabras, que olvidaba de inmediato. Nos contaba una serie de sueños en los que caminaba por una carretera, que de pronto encontraba cortada por un muro infranqueable.

Sentía, sin saber por qué, que le era esencial ir más lejos. Comenzó entonces por apartarse del camino central para bordear el muro, pero, cuando trataba de continuar, surgía un nuevo muro, que avanzaba hacia él y amenazaba con aplastarlo contra el primero. Se despertaba dando gritos de terror. Luego trató de trepar el muro: al llegar arriba, perdía el equilibrio, y por poco se estrellaba al caer. Durante todo ese tiempo continuaba aprendiendo a leer algunas palabras, que olvidaba rápidamente. Luego llegó una segunda etapa, con progresos más evidentes: el contenido del sueño había variado. Ahora John bordeaba el muro, pero antes de continuar su camino se volvía para destruirlo, piedra a piedra. Cuando estaba despierto, comenzaba a salir del aislamiento afectivo, pero aún tenía mucho camino que recorrer. Luego, el sueño experimentó una tercera variación: con su montón de piedras, John se construyó una casa. Meses más tarde, estaba curado.

Actualmente, «el simple de espíritu» es profesor de Universidad. Para salir adelante, tuvo que reconocer el valor de su «muro», de sus bloqueos, aprenderlo a utilizar, de manera constructiva. Bordearlo, franquearlo, limitarse a borrarlo no servía de nada; equivalía a dejarlo sin protección.

Ese respeto absoluto por los síntomas debe ser difícil, a veces, para el equipo de educadores y profesores. Usted cita a una educadora a la que mordió un niño; y que estaba tan preocupada por los problemas de éste que exclamó: «¡Cuidado, te harás daño en los dientes!». El niño soltó la presa de inmediato... eso sí, ¡había que tenerlo en la cabeza!

El trabajo escolar es duro, pero aporta muchas satisfacciones: es esencialmente creador, casi una obra de arte. La mayoría de los hospitales psiquiátricos encierran a los enfermeros y a los que se ocupan de las curas, es decir, a aquellos que están más directamente en contacto con los enfermos en una red de normas y prohibiciones que los paralizan. En la escuela ortogénica no existen reglas; la seguridad y el bienestar de los niños está antes que nada.

El trabajo es también muy formador: nuestros educadores, aprenden tanto sobre sí mismos como sobre los niños que atienden. Es imposible comprender a un enfermo mental si no se comienza por comprenderse a uno mismo. Una de nuestras enfermeras se había dejado golpear por un niño durante mucho más tiempo de lo que justificaba la crisis. Al preguntarse por qué, se dio cuenta de que, inconscientemente, trataba de someterse a ciertos castigos porque en su acceso de celos, olvidado hacía mucho tiempo, había perseguido a su hermana con un cuchillo de cocina...

Se le ha reprochado mucho la aplastante responsabilidad que atribuye a los padres en la aparición del autismo infantil.

Mis principales detractores son precisamente los padres de niños autistas incapaces de reconocer su propia responsabilidad. Es mucho más fácil afirmar: «Es genético, es la fatalidad». Por supuesto que esos niños son particularmente sensibles. Reinterpretan como una amenaza cada gesto de sus padres, por los que se sienten rechazados, y optan por refugiarse en un aislamiento total. Un niño menos sensible, en las mismas circunstancias, quizá se habría convertido simplemente en un neurótico, un delincuente o un rebelde. Pero es ésta una disputa en la que no quiero enzarzarme. Lo importante es ayudar a los niños. Los partidarios de la teoría genética son incapaces de hacerlo.

Proponen algunos un sistema de reeducación que permita aprender los rudimentos del lenguaje, los gestos más útiles para la vida cotidiana.

He visto niños sometidos a ese tratamiento. Parecían cambiar, pero lo hacían sólo provisionalmente. Cuando he vuelto a verlos, su comportamiento era más autista que nunca.

La escuela ortogénica sólo puede acoger a cincuenta niños. Es un número escaso. Y resulta caro, pues se quedan mucho tiempo.

La escuela depende de un organismo investigador. Su papel es dar un ejemplo, mostrar lo que se puede hacer. Es la sociedad la que debe luego seguir el movimiento o hacerse cargo de sus responsabilidades. No podemos preocuparnos por ese problema, ya que si no sería imposible realizar nuestro trabajo. En cuanto al coste de la estancia entre nosotros, es de ocho mil dólares por niño y por año. Menos que un hospital psiquiátrico normal. Los dos tercios de los niños provienen de familias bastante acomodadas, que pueden pagar la totalidad o parte del tratamiento. Los demás quedan a cargo de los poderes públicos.

Usted dejó la Escuela Ortogénica el año pasado [en 1973], después de haberla dirigido durante treinta años.

Tengo setenta y dos años. A mi edad, uno se fatiga enseguida, lo cual resulta incompatible con un trabajo que exige tanta disponibilidad mental y afectiva... Preferí cerrar con calma la transición de mi puesto, y hacerlo en una época en la que aún podía formar a mi sucesor y presentarlo a los niños.

Catherine Dreyfus, 1974

MÁRGENES DE LA PSIQUIATRÍA

El sonido ahogado

La barrera sonora está ante todo en el orden del tiempo. Pero yo pienso, antes de que nuestra propia carne nos envuelva, en la barrera tegumentosa de un vientre ajeno. Luego, el pudor sexual, la presencia o la amenaza de la castración que no son dissociables de la barrera de la vestimenta. No el cuerpo, sino ciertas partes del cuerpo, no las más personales sino, con toda seguridad, las más distintas, que se sustraen a la curiosidad de los otros. Entonces, es preciso suponer una especie de sonido ahogado que es como el sexo de la música; en este sentido Marin Marais decide convertirse en virtuoso del bajo de viola aunque tenga que pasar por encima del cuerpo de su maestro. Sin duda, se puede formar una suerte de sonido ahogado mediante el pianoforte o el violonchelo; pero, en nuestros días, en el caso del clavicémbalo y de la viola de gamba funciona como si una colgadura, un tapiz o una barrera nos separasen de los sonidos ahogados, y los ahogan.

Lo más lejano en nosotros nos quema los dedos, lo escondemos en nuestro seno y, sin embargo, nos parece más antiguo que la prehistoria, o más alejado que Saturno. Jean de la Fontaine, por la misma época, busca con la ayuda de viejas palabras y de viejas imágenes resucitadas la novedad e incluso la juventud de un efecto arcaico. Yo no tenía la mirada en este tiempo, como tampoco tenía la disposición del aliento ni del viento, ni del aire atmosférico ni de la profundidad de los cielos. Siento con intensidad y como nunca la impresión de no oír del todo y de no estar seguro de comprender del todo.

*

Nada está crudo en el lenguaje, lenguaje demasiado cercano a la cocción, todo lo que se dice está cocido, lenguaje que siempre nos llega demasiado tarde, prehistoria, arcaísmo de la música en nosotros. El oído precedió a la voz durante meses, los balbuceos, el canturreo, el grito y la voz llegan meses y estaciones antes que la lengua articulada y más o menos con sentido. Era la primera muda, la muda de la pubertad la repite y sólo la repite con tanta viveza y frescura en los muchachos. La influencia de las emociones sobre la voz de los que quiero, al trabajar la voz de los que quiero como una especie de edad en ellos, me parece casi más infinita y más sorprendente y más turbadora que la erubescencia en

el rostro por el pudor o por la vergüenza. Pero el sonido ahogado, renaciente a veces, el sonido sin renacimiento, el sonido tan incierto a lo largo de los nueve o diez meses de la muda masculina, es el de la infancia.

*

¿A qué se llama muda en el ser humano? La muda se produce a los trece o catorce años en los muchachos y entre los cuarenta y cinco y los cincuenta y cinco años en las mujeres, de una forma más o menos apreciable. Podemos definir la muda masculina de la siguiente forma: enfermedad sonora que sólo se cura con la castración; ligada al desarrollo de los genitales, la muda está en relación con la amenaza que pesa sobre éstos. Esta posibilidad es tan fuerte y tan definitoria de la especie que sólo ha dejado de ser quimérica en el caso en que la civilización se despoja de su terror y se resigna a lo que amenaza al sexo masculino y cuyo desarrollo es parejo al agravamiento de su voz; se trata de la castración del castrado. Claudio Monteverdi, Marin Marais, Joseph Haydn y Franz Schubert, pocos son los músicos que no hayan intentado reparar la traición de su propia voz –la exclusión física, financiera y social a la que esta traición los arrojaba– con la composición de su música.

Pascal Quignard, 1987

© Editorial Funambulista, 2005.

Estos fragmentos del escritor francés, traducidos por Ascensión Cuesta, proceden del libro de Pascal Quignard, *La lección de música*, Madrid, Funambulista, 2005, 124 pp. Agradecemos a la editorial madrileña su permiso generoso para reproducirlos.

SOBRE LA LECCIÓN DE MÚSICA

La abundante obra de Pascal Quignard (que sobrepasa hoy los cuarenta títulos) va difundiéndose con bastante lentitud entre nosotros: sólo se dispone de trece de sus obras en castellano y de una en catalán. Aunque su primer libro date de 1969, antes de los noventa aquí sólo se había vertido un texto suyo; a partir de 2002, cuando se traduce *Terraza en Roma*, se publican media docena más, y poco a poco avanza el reconocimiento de este extraño creador francés.

Su producción es, a primera vista, de temática variadísima: ensayos de diversas envergadura y articulación; novelas bien contemporáneas, bien situadas en el siglo XVII, en la Roma de Virgilio o en el Imperio tardío; ‘tratados’ personales; obsesiones anotadas a ráfagas. Así que a lo sumo cabe decir que un escrito tan singular como *La lección de música* –que mezcla abiertamente ensayo y literatura– se une en su argumento general a textos suyos, de compleja definición, como *El sexo y el espanto*, *El odio a la música* o *El nombre en la punta de la lengua*. Sumariamente, todos ellos remiten a lo *pre-originario*: a una «escena primigenia»; pues, como él dice, llevamos con nosotros el desorden de nuestra concepción (*El sexo y el espanto*), o al aislamiento en la oscuridad monocorde del claustro materno, o al silencio antes del primer balbuceo gutural. *La lección de música*, especialmente, se remonta a ese tiempo en suspensión, algo posterior, en el que la voz masculina todavía no ha experimentado una mutación sexuada sonora, esto es, no ha cruzado la barrera de la infancia que supone el cambio de voz.

El libro –que encierra en realidad tres textos muy distintos–, tiene una forma tal que no puede traducirse a análisis alguno sin deshacerlo. Cualquier intento de disección de cada parte de ese tríptico, daría un resultado empobrecedor. Admitamos, sin embargo, que el tema nuclear de *La lección de música* es la voz perdida: Pascal Quignard persigue la idea de que la voz perdida en la adolescencia está en el origen de la música como composición. Pero para él hay *otra voz perdida*, más remota, la de la pura audición antes de pasar a la fonación, o incluso antes del nacimiento, y que estaría, más tarde, en la base de la lectura silenciosa, cuando ésta es febril, casi insensata, cuando se acerca –como él lo hace– a cierto runrún primordial. Sus páginas han intentado avanzar a menudo sobre ese pre-nacimiento, esa intuición del alba o esa idea freudiana de que «el pensamiento no es sino el sustituto del deseo alucinatorio» (*El nombre en la punta de la lengua*).

¿Cómo dar cuenta mínimamente de la escritura de *La lección de música*, apretada, fragmentaria, malamente clasificable? Quizá hablando al menos de sus gustos en general, ya que él siempre se ha definido de antemano como *lector*, y

además la lectura –a su juicio– es sobre todo una especie de *preparación* en todos los órdenes.

Pues bien, Quignard ve la literatura bifurcada a partir de una idea universal, de suerte que distinguiría dos líneas de autores: una, más fría, más distanciada o apantallada; la otra, más cálida y hasta arrebatada. La primera secuencia, por la que no siente afinidad, la componen los escritores que tienden a mirar desde arriba a sus personajes: narradores tan dispares como el irónico Cervantes, el ácido Voltaire, el riguroso Flaubert o estilistas como Gide y Nabokov no serían sus verdaderos padres. La otra, estaría formada en cambio por nombres como el desconsolado Ovidio, como Chrétien de Troyes, el sentimental fundador de la novela, o como tres apasionados: Stendhal, Emily Brontë y el Freud que habla de sus pacientes. Ésta es la secuencia que satisface más a la poética de Quignard, y está formada por los escritores que «aman» expresamente a sus criaturas hasta acaso la identificación, aunque semejante atracción sea siempre ambivalente y vertiginosa. De ahí su modo de implicar su persona en la literatura, de inspirarse en quienes reflexionan sobre sí mismos, como Montaigne, su modelo ensayístico-biográfico, o como el conservador Chateaubriand de las *Memorias de ultratumba*.

En segundo término, hay que citar al menos sus temas históricos, tan recurrentes. Por ejemplo, las tres partes de *La lección de música* nos sitúan en tres tiempos del todo dispares: la música del siglo XVII, la Grecia clásica y la China más antigua. Por añadidura los escritos de Quignard se surten de la tradición, desde *Las mil y una noches* y *El asno de oro*, hasta los narradores orientales pasando por toda la vieja literatura del mundo, preferentemente la grecorromana, la medieval y el clasicismo francés. De ahí acaso que su tono sea a veces solemne, heredero, muy moderno eso sí, de Tácito, de Rousseau, o de algunos autores de su secuencia preferida. Pero no cae en falsos arcaísmos en sus reconstrucciones, pues las sobrepasa siempre gracias a la invención continua, a una original deslocalización.

Queda aún por hablar del fuerte impulso expresivo –ofrecido siempre en los escondrijos de sus vocablos y en su exposición del cuerpo– que caracteriza a muchas de sus páginas o que borbotea en sus escritos como el agua a punto de hervir. Pues procede Quignard por un lado de los lingüistas: hijo y nieto de filólogos, él lo es en el fondo por su modo tan sorprendente de perseguir las palabras como si estuviesen vivas. Por otro lado, su inteligencia nace de la *sexualidad escrita* de Bataille o de sus herederos: un mundo de ideas muy vasto (prelógico y medio surrealista a veces) que incluye a Lévi-Strauss o a Lacan entre muchos otros grandes «mitólogos» del siglo XX, pero que él traduce a literatura en última instancia. Sobre todo Bataille le remite a la «indecencia», esto es, a la «otra moral» anterior que defiende Quignard para sobrevivir, pues tiene muy pocas simpatías por la tirá-

nica moralidad occidental. A Quignard le gusta la ética antigua: no la de la brutalidad de la época imperial ni la del monoteísmo cristiano.

Pero su mundo no se detiene aquí; a estas inquietudes hay que añadir su pasión por la música, especialmente la barroca, o su conocimiento de la insolencia visceral de la literatura del siglo XX, en la que ahondó como responsable editorial de Gallimard hasta 1994. Toda su obra responde a esta suma de estímulos que ha trabajado desde sus años jóvenes y que le permiten lograr una escritura continua, a menudo torrencial y descarnada hasta llegar a cierta ferocidad, llevada incluso al absurdo.

Quignard, el solitario, es un escritor que se ha arriesgado siguiendo paradójicamente esa masa de elementos culturales, tan plural y tan poco asequible en apariencia, que le han servido para reconstruirse, para *reapropiarse*. Conviene tenerlo en cuenta, antes de apresurarse a valorar uno solo de sus libros, en los cuales busca siempre una vía del todo personal y logra por ello ser nuestro contemporáneo; y serlo con claridad y rigor. En buena medida todo lo dicho está singularmente presente en este libro, tan alabado hoy. Quienes no conozcan ninguno de los suyos pueden empezar, sin más, por *La lección de música*.

M. Jalón

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

Sombras y luces de la melancolía

Contemporánea de la de Freud, la obra psicopatológica de Jules Séglas (1856-1939) sigue conservando la frescura y la perspicacia de los mejores análisis semiológicos y las más penetrantes descripciones clínicas surgidas a lo largo del siglo XIX, «el siglo de la clínica» según la expresión con que Rafael Huertas titula su última monografía¹. Fue Séglas un alienista poco dado a las grandes síntesis teóricas, modesto en pretensiones de establecer una doctrina de la patología mental y, por naturaleza, escasamente inclinado a alistarse en cualquiera de las corrientes de pensamiento imperantes en su tiempo, provinieran éstas de uno u otro lado del Rin. Por contra, sea cual sea el ámbito tratado, su obra es el testimonio directo de su gusto por una forma sutil de observación, indagación y análisis de las manifestaciones clínicas, un quehacer principalmente descriptivo y semiológico llevado a cabo con enorme sencillez y buenas dosis de originalidad. Las características que acaban de apuntarse hicieron de Séglas un referente insustituible entre sus colegas y muchos alumnos, una autoridad para las siguientes generaciones de psiquiatras que, como Clérambault, Ey o Lacan, siguieron viendo en sus descripciones la clínica de la observación en su estado más puro.

Su carrera profesional se desarrolló en los manicomios de Bicêtre y la Salpêtrière, donde se jubiló en 1921. Como hicieran algunos otros grandes alienistas que le precedieron, también Jules Séglas impartió una enseñanza clínica en su Servicio de la Salpêtrière. Debido al interés suscitado y a la insistencia manifestada por los alumnos y asistentes, publicó en 1895 sus *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. El volumen, de 835 páginas, recoge las veintiocho lecciones dictadas por Séglas entre 1887 y 1894, editando las anotaciones tomadas por algunos de los asistentes, en especial por Henry Meigne, el principal impulsor de la publicación². Es de destacar, como el propio Séglas advierte en el prefacio, que estas lecciones clínicas no pretenden una revisión crítica del problema tratado bajo la forma de un breve ensayo; son, por el contrario, una «demonstración» que procura mantenerse en el estricto marco derivado del «punto de vista de la observación clínica».

¹ HUERTAS, R., *El siglo de la clínica*, Madrid, Frenia, 2004.

² SÉGLAS, J., *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887-1894)*. Recueillies et publiées par le Dr. Henry Meigne, París, Asselin y Houzeau, 1895.

Los temas explorados abarcan muy distintos ámbitos psicopatológicos, siendo especialmente meritorias las lecciones dedicadas a las alucinaciones, la obsesión, la melancolía, la paranoia y los delirios de negaciones. Son también éstas las cuestiones a las que consagró sus publicaciones más importantes. Tomando como referencia los modelos surgidos a partir de los estudios sobre las afasias, investigó inicialmente el fenómeno alucinatorio en *Des troubles du langage chez les aliénés* (1892), monografía coronada por las descripciones de las alucinaciones psicomotrices verbales, una variante muy sutil de las alucinaciones psíquicas de Baillarger³; con el paso de los años, sin embargo, Séglas abandonarí­a ese tipo de explicaciones neurológicas hasta perfilar los rudimentos de una concepción psicológica de la alucinación, ahora considerada como «patología del lenguaje interior»⁴. Por su parte, las obsesiones y el conjunto de los signos de la patología mental fueron minuciosa y sistemáticamente explorados en la amplia contribución «Sémiologie des affections mentales», incluida en el *Traité* de G. Ballet⁵. La paranoia o *folie systé­matisée primitive*, pese a las enormes complicaciones que siempre ocasionó al discurso médico de las enfermedades mentales –Séglas decía de ella que era la noción peor definida en psiquiatría⁶–, permaneció siempre en su punto de mira, manteniendo sobre el particular una posición nosográfica contraria a la paulatina reducci­ón impuesta por Kraepelin⁷. La melancolía y los delirios de negaciones⁸, por último, alcanzaron con los trabajos de Séglas y Cotard las descripciones fenomenológicas más detalladas y precisas, avistando de lejos, especialmente a través de las ideas delirantes de condena e inmortalidad, de incapacidad y autoacusación, la metapsicología que Freud comenzaba a elaborar en esos mismos años sobre el drama melancólico.

En lo que atañe al extenso ámbito que la tradición venía nombrando con el término ‘melancolía’, una profunda transformaci­ón sobrevino a medida que se desarrolló el discurso psiquiátrico de las enfermedades mentales. Aquella «fascinante constelaci­ón de antiguos problemas y angustias que a lo largo de siglos la historia de Occidente ha guardado en su memoria», según palabras de R. Bartra⁹, terminaría por reducirse a una mera enfermedad, de la cual, con el paso de las

³ SÉGLAS, J., *Des troubles du langage chez les aliénés*, París, Rueff, 1892.

⁴ SÉGLAS, J., «Préface», en H. EY, *Hallucinations et délires*, París, Alcan, 1934.

⁵ SÉGLAS, J., «Sémiologie des affections mentales», en G. BALLE­T, *Traité de Pathologie mental*, París, Dion, 1903, pp. 74-270.

⁶ SÉGLAS, J., «La paranoia: historique et critique», *Archives internationales de Neurologie*, 1887, t. XIII, pp. 62-76; 221-232; 393-406.

⁷ Séglas, J., «La démence paranoïde», *Annales Médico-psychologiques*, 1900, t. II, pp. 232-246.

⁸ SÉGLAS, J., *Le délire des négations*, París, Masson, 1897.

⁹ BARTRA, R., *Cultura y melancolía. Las enfermedades del alma en la España del Siglo de Oro*, Barcelona, Anagrama, 2001, p. 9.

décadas, se extraerían las mimbres que habrían de dar forma al concepto actual de «depresión», tan omnipresente como inespecífico. Esta transmutación de la melancolía antigua en la depresión contemporánea tuvo en Esquirol al primer partidario decidido cuando propuso sustituir dicho término por el de *lypémanie*: «La palabra melancolía –escribió en 1819– empleada en el lenguaje vulgar para expresar el estado habitual de tristeza de algunos individuos, debe dejarse a los moralistas y a los poetas, quienes, en sus expresiones, no están obligados a tanto rigor como los médicos»¹⁰.

En adelante, a través de Baillarger, J.-P. Falret, Griesinger y Kraepelin, la reunión de la manía y la melancolía afianzaría esa estrecha perspectiva según la cual la melancolía, fuera o no delirante, constituía una enfermedad que cumplía todos los requisitos exigidos por la medicina positivista. Desde otro punto de vista, aunque apuntando en la misma dirección, la obra de Adolf Meyer contribuyó decisivamente a la transformación de la melancolía –término que encontraba «presuntuoso»– en depresión. Siguiendo estas indicaciones, Wendell Muncie, uno de sus seguidores, se encargaría de generalizar esta noción al considerar que la tristeza era lo verdaderamente predominante en las reacciones depresivas. Fue así como Muncie concluyó que existían dos tipos de depresiones, una «patológica» y otra «normal», razón por la cual la consideró «una experiencia universal»¹¹. De la mano de esta medicalización de la tristeza se ha venido produciendo una devaluación de la responsabilidad subjetiva, de las obligaciones para con el trabajo y la familia, cosa de la que somos testigos a diario en nuestro trabajo institucional cuando alguien nos plantea de entrada su condición de enfermo depresivo y reclama los beneficios que dicha condición le confiere.

También es en esta corriente de medicalización de la melancolía donde deben inscribirse las contribuciones de Séglas y el grupo de la Salpêtrière. A decir de Séglas, la enfermedad melancólica consiste en una alteración de la personalidad ocasionada por ciertas modificaciones de base orgánica. Dichas modificaciones se manifiestan en experiencias de «dolor moral», las cuales, en ocasiones, pueden llegar a inducir ideas delirantes características. De acuerdo con esta concepción nosológica, el autor describe las dos grandes formas nosográficas en las que podemos reconocer a la «psiconeurosis» melancólica: la melancolía simple y la melancolía delirante. Una y otra forma comparten un sustrato o fondo común, aunque su gravedad, sus manifestaciones clínicas y la modalidad particular de la experiencia subjetiva las diferencian abiertamente.

¹⁰ ESQUIROL, J.-E.-D., *Dictionnaire des sciences médicales, par une Société de Médecins et de Chirurgiens*, T. XXXII, *Méd-Més*, París, Panckoucke, 1819, p. 148.

¹¹ MUNCIE, W., *Psychobiology and Psychiatry. A Text-book of Normal and Abnormal Behavior*, St. Louis, C. V. Mosby, 1939.

Observada sobre todo entre los pacientes de consulta privada y raramente entre los ingresados en manicomios, la melancolía sin delirio (melancolía simple) se caracteriza por la presencia exclusiva de «fenómenos elementales, fundamentales», esto es, por un estado de pereza, de abulia intelectual y de colapso psíquico. Además de este conjunto de manifestaciones básicas, resulta característico que todas ellas son vividas por el enfermo de forma consciente y dolorosa («dolor moral»). Por contra, el cuadro clínico de la melancolía delirante, observado principalmente en los asilos, se define por sumarse a las alteraciones fundamentales el «trastorno del contenido de las ideas»: «ideas de ruina, de humildad, de incapacidad, de autoacusación, de culpabilidad para con la sociedad, para con Dios; ideas de condenación eterna, de persecución, temor de castigos, de suplicios, del infierno, y en ocasiones ideas más especiales de negación y de inmortalidad [...]»¹².

Tal es, de manera muy simplificada, la concepción séglasiana de la melancolía. Conforme a esta visión nosológica, las ideas delirantes melancólicas surgen siempre de forma secundaria a los síntomas fundamentales que definen la melancolía simple. Se concluye así, «desde una perspectiva psicológica», que los trastornos cenestésicos, los emocionales (dolor moral) y los que afectan al cabal desempeño de las operaciones intelectuales (trastornos de la formación de ideas, colapso psíquico y abulia) componen el subsuelo en el que germinarán las ideas delirantes, las cuales toman su contenido de esos trastornos fundamentales.

Sólo unos meses separan estas conferencias de Séglas del «Manuscrito G» de Freud, también dedicado a la melancolía, aunque sus enfoques distan notablemente. La perspectiva de Freud se centra en las relaciones que el sujeto melancólico mantiene con los otros. Esas relaciones de objeto muestran una amplia gama afectiva, la que va del odio al amor pasando por la ambivalencia; se añade a los anteriores tipos de relación una de particular interés en el caso de la melancolía: la identificación al objeto. Se trata, por tanto, de una modalidad de análisis que trata de explicar la afección melancólica investigando las heridas consustanciales a la condición humana, poniendo de manifiesto las dificultades con el deseo e incidiendo sobre las relaciones entre el ser y la falta.

Partiendo de este enfoque, Freud advierte en 1895: «el afecto correspondiente a la melancolía es el del duelo, o sea, la añoranza de algo perdido. Por tanto, acaso se trate en la melancolía de una pérdida, producida dentro de la vida pulsional»¹³. Dos décadas después, en su artículo memorable «Duelo y melancolía», esta hipótesis original será desarrollada, tratando con ella de esclarecer la quinta-

¹² SÉGLAS, J., *Leçons cliniques*, p. 297 (Lección XI: «Le délire dans la mélancolie»).

¹³ FREUD, S., «Manuscrito G. Melancolía», *Sigmund Freud. Obras Completas*, T. I, Buenos Aires, Amorrortu, 1976, p. 240.

esencia de la afección melancólica al compararla con el duelo normal producido por la pérdida consciente de un objeto amado. Aunque el duelo y la melancolía comparten la misma vocación afectiva, el mismo tipo de dolor emocional y aflicción somática, ambas mostrarán a la postre su radical oposición. Al desarrollar su análisis comparativo, Freud irá paulatinamente afianzando los conceptos fundamentales que caracterizan su concepción: pérdida, objeto, yo, narcisismo y autorreproche.

Diferenciándola del duelo, Freud considera que la melancolía se origina a consecuencia de una pérdida de objeto «sustraída a la conciencia», pérdida que resulta un tanto misteriosa por cuanto el sujeto sabe «*a quién* perdió, pero no *lo que* perdió en él». Tan singular forma de pérdida modula el conjunto de la experiencia de la melancolía, cuyas características clínicas se especifican «en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo»¹⁴. A diferencia del duelo, con el que comparte el resto de las manifestaciones clínicas, la melancolía se caracteriza por el enigma relativo al objeto perdido y por el despiadado autorreproche dirigido hacia el yo. Siguiendo las pesquisas a las que conducen estos dos caracteres diferenciales, dará Freud con lo más particular que aflige al melancólico.

Mientras en el duelo el mundo exterior aparece «desierto y empobrecido ante los ojos del sujeto», la pasión del melancólico se asienta en el autorreproche dirigido hacia su propio yo, al que trata de «indigno de toda estimación [...] moralmente condenable». Siguiendo la argumentación freudiana, el afecto melancólico es el resultado de una pérdida de objeto y esas autoacusaciones con que el sujeto se martiriza son en realidad «quejas» que él dirige a otra persona. Esta interpretación del autorreproche como heterorreproche encubierto –del cual, por lo demás, se obtiene cierta satisfacción– se basa en la consideración de que esa pérdida enigmática ha ocasionado un terrible marasmo en el yo. De resultados de esta afectación, el yo es tomado como un objeto, como el objeto perdido, razón por la cual el sujeto alardea sin el menor pudor de sus miserias más despreciables.

Aunque de manera muy sucinta se han expuesto los puntos de vista de Ségla y de Freud respecto a la melancolía, es posible apreciar entre ellos diferencias significativas. Los del alienista de la Salpêtrière se enmarcan en el discurso médico de las enfermedades mentales y promueven un análisis diacrónico de los síntomas,

¹⁴ FREUD, S., «Duelo y melancolía», *Sigmund Freud. Obras Completas*, T. XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1976, p. 242.

es decir, una explicación de las manifestaciones de la enfermedad de acuerdo con el orden cronológico de su aparición. El análisis de Freud, por el contrario, investiga la melancolía desde una perspectiva tradicional, esa que la liga con un tipo de pérdida que, al no poder ser elaborada mediante el duelo, aboca al sujeto al suplicio del autodesprecio y al sentimiento de indignidad.

José María Álvarez y Juan J. de la Peña Esbrí

De la Melancolía sin delirio¹

SUMARIO. – Definición de la melancolía. – El estado de dolor moral, su origen. – Trastornos físicos en el inicio de la melancolía. – Cenestesia; trastornos cenestésicos. – Abulia; parada psíquica. Melancolía simple, sin delirio, con conciencia. – Ejemplo clínico. El suicido en la melancolía.

SEÑORES,

Vamos a examinar hoy a una enferma afectada por esa forma particular de trastornos intelectuales –más frecuente en la clientela de consultorio privado que en la práctica hospitalaria– y que designamos normalmente con los nombres diversos de *melancolía sin delirio*, *melancolía simple*, *melancolía con conciencia*, *hipocondría moral*.

Pero previamente, y con el fin de hacerles comprender mejor los detalles del caso actual, permítanme exponerles algunas consideraciones generales sobre la melancolía, y más especialmente sobre esa forma simple, consciente, de la enfermedad.

¿Qué se entiende por melancolía? A mi juicio, podemos darle la definición siguiente: «La melancolía es una psiconeurosis, que –aparte de síntomas físicos de una gran importancia– está caracterizada psíquicamente: 1.º por la producción de un estado cenestésico de padecimiento; 2.º por modificaciones en el ejercicio de las operaciones intelectuales; 3.º por un trastorno mórbido de la sensibilidad moral que se traduce en un estado de depresión dolorosa. A estos síntomas fundamentales se les pueden unir trastornos delirantes que resultan directamente de los anteriores, siéndoles secundarios».

La constatación de estos últimos síntomas sirve para diferenciar la melancolía delirante; pero éstos van siempre precedidos por los trastornos fundamentales ya enumerados y que incluso pueden constituir por sí mismos la enfermedad, como en el caso que vamos a estudiar.

Echemos en primer lugar un vistazo a los diferentes elementos que constituyen la melancolía, dejando por hoy de lado el estudio del delirio.

Todos los autores están de acuerdo en considerar que, en la melancolía, los fenómenos fundamentales son: el estado emocional de dolor moral, insuficientemente motivado o incluso no motivado en absoluto, y los trastornos del ejercicio intelectual, el colapso psíquico, como se llega a decir.

¹ Lección del 11 de febrero de 1894, recogida por el doctor H. Meige y Apert, interno de los hospitales (*Bulletin médical*, 15 de abril de 1894). Este texto corresponde a la décima de las *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887-1894)*, París, Asselin y Houzeau, 1895, pp. 282-295.

Pero no se está de acuerdo sobre las relaciones entre estos dos síntomas. La opinión más general estima que es el dolor moral el que engendra el colapso psíquico; pero para algunos el dolor moral no es sino secundario, el resultado que deriva justamente de la conciencia de las modificaciones sobrevenidas en el ejercicio de las facultades intelectuales. Por mi parte, podría adoptar con gusto esta última opinión que me parece la más conforme a los datos clínicos, experimentales y psicológicos.

Veamos en primer lugar, señores míos, en qué consiste ese estado de dolor moral².

Al inicio de toda melancolía, como en la forma simple que sirve de propósito a esta conferencia, se observa un vago sentimiento de abatimiento o de tristeza, de inquietud, incluso de ansiedad; sentimiento que manifiesta el enfermo espontáneamente cuando dice sentirse deprimido, incapaz de actuar, triste, desazonado, vagamente inquieto o indiferente, muy distinto a como era antes.

Por lo general se intenta explicar este dolor moral mediante un trastorno de nutrición de la totalidad o de una parte del sistema nervioso. Se trataría de un proceso análogo al que se produce en un nervio sensitivo afectado por un trastorno patológico de nutrición y que reaccionase bajo la forma de neuralgia. Los sentimientos y las ideas son funciones específicas de la corteza cerebral; los trastornos de nutrición que llegan a producirse en ella dan lugar al dolor psíquico. Tal sería la *neuralgia psíquica* de Krafft-Ebing.

Que se dé tal hecho es posible, pero la explicación es insuficiente. Nunca, en patología mental, hay que considerar únicamente el cerebro, ni siquiera el sistema nervioso, de manera aislada; es importante acordarse siempre de que están íntimamente ligados al resto del organismo; y ello sobre todo para las psiconeurosis como la melancolía. Por ello, cuando buscamos comprender la génesis del dolor moral del melancólico, es indispensable considerar no solamente el sistema nervioso, sino todas las funciones del organismo.

Es algo bien establecido por la clínica el hecho de que en la melancolía todo el organismo es afectado, las diferentes funciones ya no tienen la regularidad habitual, la nutrición general flaquea. No sólo es así en el período de dolencia, sino desde el principio; incluso, si ponemos atención, son éstos los primeros síntomas de la enfermedad.

Con la mayor frecuencia, en efecto, la melancolía no irrumpe más que después de un período de incubación, a veces bastante largo. Por ello es necesario estudiar este período prodrómico si queremos comprender la génesis y las relaciones respectivas de los diferentes síntomas.

² J. SÉGLAS, *Archives de neurologie*, 1892, y el *Délire des négations (Encyclopédie des Aide-Mémoire)*, París, Masson, 1894.

Percibimos entonces que los trastornos intelectuales más elementales van precedidos por síntomas físicos muy acentuados, concretando en su conjunto un trastorno de la nutrición, un estado de agotamiento a veces considerable.

No les sorprenderá si se refieren al estudio de las causas. Con motivo, Marcé ha resaltado la analogía que existe aquí entre la naturaleza de la causa y la de la enfermedad.

En efecto, excepción hecha de las causas comunes a todas las afecciones mentales, hay algunas que parecen más constantes en la etiología de la melancolía. Sin enumerarlas, me contentaré con decirles de una manera general que son de naturaleza depresora tanto en lo físico como en lo moral, determinando, por su acción repetida o perturbadora, un estado de debilidad general, de agotamiento, que marca el inicio y forma parte integrante de la enfermedad.

Los trastornos psíquicos iniciales ofrecen numerosas analogías con los del estado neurasténico. El enfermo se queja de unas agujetas generales, de una debilidad en las piernas, de una fatiga consecutiva a un esfuerzo mínimo; manifiesta dolores vagos, cefalalgia, un vacío en la cabeza, zumbido de oídos, pulsaciones en las sienas. Tiene palpitaciones, una especie de ansiedad precordial, trastornos vaso-motores. Las funciones digestivas quedan perturbadas; se advierte la pérdida del apetito, el estreñimiento, fenómenos de auto-intoxicación de origen gastrointestinal. En las mujeres, la menstruación es irregular o desaparece. El sueño se perturba; hay insomnio o somnolencia. La nutrición general resulta afectada, así como lo testimonian el adelgazamiento, las modificaciones en los elementos normales de la orina, el análisis de sangre, etc.

En su conjunto, estos diferentes síntomas se resumen en un sentimiento vago de malestar general, un «sentimiento corporal doloroso», como dice Schüle, que crea en el enfermo un nuevo hábito psíquico.

Hay que reconocer, en efecto, que en el cuadro de nuestras representaciones mentales, algo corresponde a nuestro cuerpo, a nuestras vísceras, a su funcionamiento, y que ese algo puede alterarse.

Se le ha dado el nombre de *cenestesia*, sensación de la existencia, al sentimiento que tenemos de la *existencia* de nuestro cuerpo, sentimiento que, en estado normal, va acompañado por un cierto bienestar. Cada función vital tiene su propia contribución en tal sentimiento, y de esta aportación compleja resulta esa noción confusa que, por una repetición incesante, ha llegado a ser *nosotros mismos* hasta el punto de que no podemos darnos cuenta de ella sin las variaciones que la elevan por encima o la reducen por debajo de la media.

Como resultado de los trastornos que se producen en el dominio de las funciones orgánicas al inicio de la melancolía, se comprende fácilmente cuán grande es el número de sensaciones nuevas que pueden modificar el complejo cenestésico.

co habitual. Además, precisamente en razón del estado particular de los centros nerviosos que también participan del sufrimiento general del organismo, es sobre todo en su elaboración cerebral como las diversas sensaciones se transforman y se alteran. Las imágenes interiores ya no son adecuadas a sus estímulos normales, y las sensaciones, aun regularmente transmitidas, ya no llegan a la conciencia sino como tantas otras impresiones alarmantes por su extrañeza.

El estado cenestésico normal, de bienestar, producido por el consenso armónico de las sensaciones orgánicas, deja sitio, una vez roto el equilibrio, a un nuevo estado cenestésico de padecimiento, de malestar general, a veces con algunas localizaciones más precisas.

Ésta es la fuente de razonamientos inconscientes que conduce en último término a un juicio confuso, pero desfavorable, sobre la constitución física y psíquica, cuyo tono parece haber decaído o estar enfermo.

En efecto, sea en estado de salud, sea en el de enfermedad, las sensaciones orgánicas, cuando son percibidas por la conciencia no producen al principio ideas muy nítidas, sino que solamente dan nacimiento a esas modificaciones vagas e indeterminadas de la inteligencia que designamos con el nombre de *sentimientos*, de *emociones*. Por ello se ha podido decir que eran la base de nuestra naturaleza afectiva.

Es así como «el efecto de un órgano débil o enfermo desordena el tono psíquico y queda traducido en el cerebro por una irritabilidad excesiva, una disposición a la emoción, en resumen, por un estado de *malestar psíquico*» (Maudsley).

Ya tenemos, señores, una primera causa del dolor moral, de buena gana diría yo incluso que la principal. Pero esto no es todo.

Se establecen conexiones estrechas entre las sensaciones orgánicas y las diversas operaciones del pensamiento, tal como lo había hecho notar hace tiempo Griesinger; y es de ahí, de los trastornos cenestésicos, de donde derivan los primeros trastornos intelectuales que constatamos en los melancólicos. Esta relación, por otra parte, no conllevará nada que pueda sorprenderles si recuerdan la influencia, constatada clínica y experimentalmente, de la fatiga y del agotamiento físicos en las diversas operaciones de la mente.

Estos primeros trastornos intelectuales en el melancólico se traducen clínicamente por la depresión general, la apatía, la irresolución, la lentitud de movimientos, de la manera de andar, de la palabra que es baja, tarda, monótona; por el descuido en las ocupaciones habituales, en el aseo, en la preparación de los alimentos, por la clinofilia; en ciertos intervalos, por una necesidad de movimiento errático, automático. En una palabra, son manifestaciones diversas de *abulia*, ya descritas en esta enfermedad por Guislain.

Junto a estos fenómenos objetivos, que resultan de la abulia motriz, existen otros idénticos en el dominio puramente intelectual. Son por ejemplo la dificultad

para fijar la atención, para agrupar ideas, para seguir un razonamiento, la lentitud en las percepciones a menudo indecisas (Calmeil) («creo, me parece», dicen de continuo los enfermos), la lentitud para comprender las preguntas (Guislain) o para responder a ellas, que al acentuarse puede desembocar en el mutismo vesánico, la dificultad para evocar y conservar los recuerdos, una cierta tendencia al automatismo del pensamiento.

El contenido de las ideas aún no está alterado, no hay delirio, sino solamente lo que los alemanes llaman trastornos *formales* de la ideación.

Pero, ustedes lo saben, señores, estas modificaciones intelectuales pueden también observarse en otras circunstancias; las hemos visto, por ejemplo, en la confusión mental primitiva, y las volveremos a encontrar asimismo en muchas otras variantes de alienación. Por todo ello la diferencia no está simplemente en su existencia, sino en los caracteres particulares que presentan en tal o cual caso, y que se refieren a su evolución, su intensidad, su generalización, su permanencia, etc.

En la confusión mental primitiva, en particular, sobrevienen muy rápidamente, a menudo incluso de manera repentina; se generalizan casi de entrada, produciendo así una disociación psíquica brusca o total sin reorganización, de donde nace justamente el caos de ideas, la confusión mental.

Aquí, al contrario, en nuestros melancólicos, sin perder por ello su carácter de agudeza, se instalan progresivamente, sigilosamente en cierto modo, lo que permite que los enfermos se den cuenta, que *tengan conciencia* del cambio producido en su individualidad psíquica, particularidad que ellos expresan muy bien cuando dicen «no sentirse ya como antes, encontrarse raros, etc.». Y ésta es justamente una nueva causa de *dolor moral*. «Todas las circunstancias –decía Griesinger– que perturban la sucesión y el encadenamiento de las ideas que representan el yo, pueden engendrar el dolor moral que se constituye por la conciencia de ese desarreglo producido en el discurrir normal del pensamiento».

He aquí los dos orígenes del dolor moral del melancólico (estado cenestésico de padecimiento, trastornos del ejercicio intelectual); y ven ustedes, en resumen, señores míos, que esta interpretación, basada en la observación de los hechos, concuerda con la teoría psicológica que piensa que el dolor moral se reduce a un sentimiento de impotencia.

Este dolor moral, esta depresión dolorosa, como dice Schüle, es el síntoma que más llama la atención de la melancolía, yo diría incluso el característico. Se manifiesta en la actitud, la fisonomía, la mímica siempre muy expresiva y que descubre toda la gama de pasiones tristes, desde el abatimiento, la desazón, hasta la angustia, el terror o el estupor.

Una vez aparecida, tiende a invadir todo el campo de la conciencia que, tal como se dice, no contiene ya nada más que la idea-dolor (Schüle). Y del mismo

modo que un dolor físico intenso que afecta a uno de nuestros sentidos se ve acompañado de anestesia, así el dolor moral determina en el melancólico un estado de anestesia, de disestesia psíquica. Es insensible a los estímulos normales, casi aislado en medio del mundo exterior, replegado sobre sí mismo. Ya no participa de lo que sucede alrededor de él, todo le parece fastidioso, «sus impresiones llegan a invertirse adversamente», lo ve todo negro. Su humor, decía Griesinger, se vuelve negativo. Lo que le interesaba antes le parece ahora extraño, indiferente, le repugna o lo irrita. Ya sólo vive concentrado en sí mismo.

A su vez, el dolor moral reacciona, para aumentarlos, sobre los fenómenos diversos que le dieron nacimiento, determinando así, del lado físico, la amiotenia o la tensión muscular, los temblores, la angustia con su cortejo de síntomas vasomotores, respiratorios, musculares, etc., mientras que del lado intelectual todo esfuerzo llegará a ser imposible, quedará como paralizado (abulia, inhibición), o bien la atención se fijará como convulsivamente sobre un objeto dando así lugar a la idea fija, o incluso se tratará de un impulso violento, rápido, sin un fin determinado, etc.

Estos nuevos desórdenes llegan a la conciencia, y, por una especie de contragolpe, exasperarán aún más el dolor moral. Así se establece un círculo vicioso en el cual gira el melancólico durante el transcurso de la enfermedad.

Tales son, señores, los síntomas que marcan el inicio de la melancolía y que constituyen incluso, por sí solos, la melancolía sin delirio o con conciencia.

No hay en este caso alucinaciones ni ideas delirantes. A lo sumo pueden observarse algunas inquietudes, preguntas que se plantea el enfermo sobre su estado, sobre el porvenir, y que es importante señalar en cuanto demuestran bien cómo, en el caso de melancolía delirante, se desarrolla el delirio a título de tentativa de explicación de los fenómenos dolorosos primitivos.

Esta forma de *melancolía* es en general curable; pero no hay que olvidar que es ésta una vesania que cursa mediante accesos, intermitente, y que las recidivas son frecuentes.

Encontrarán una confirmación de las consideraciones precedentes en el examen de la enferma que voy a presentarles ahora.

Es una mujer de 37 años, cuyo padre murió paralizado a los 59 como consecuencia de un reblandecimiento cerebral; una prima de la familia paterna había presentado trastornos mentales.

No tengo nada que señalarles sobre la infancia de nuestra enferma: tuvo la regla a los 14 años sin más complicaciones; casada a los 23, dio a luz con 24 de manera completamente normal. Siempre ha tenido «la cabeza dura», según dicen; el carácter taciturno, escrupuloso, indeciso, impresionable. Asimetría facial evidente. Ya ha tenido dos accesos anteriores semejantes al de hoy, pero menos acen-

tuados: uno, hace seis meses, que duró más de dos meses; el otro, hace tres años, de una duración de tres meses.

En agosto de 1893 contrajo una fiebre tifoidea grave en el transcurso de la cual deliró mucho. Este delirio consistía sobre todo en un desvarío tranquilo, sin agitación motora, en el cual la enferma divagaba sobre todo tipo de ideas sin hilazón, muy móviles, sobre todo de riqueza. Estaba perdida, desorientada, no sabía dónde se encontraba, no reconocía a nadie, y no ha conservado ningún recuerdo de este período. Este delirio desapareció con la convalecencia. La enferma estuvo entonces durante un mes, tanto en lo físico como en lo moral, todo lo bien que podía desearlo una convaleciente de una enfermedad grave.

Al cabo de ese tiempo, cayó en un abatimiento general, con dolores en las piernas, en la cabeza a la altura del vértex, e insomnio persistente. Tales son los primeros síntomas que advirtió; ella es muy precisa sobre este punto. Muy poco después se percató de que su ánimo se volvía perezoso, que no podía prestar atención a nada, que tenía fallos de memoria. Es entonces cuando fue presa, dice ella, de la desazón, de la inquietud de verse en ese estado.

La aparición del dolor moral está por tanto muy en relación con lo que les decía hace un momento. «Esto llegó muy lentamente –nos dice la enferma–. Al principio sólo sufría abatimiento, insomnio; después las ideas torpes, y lo que me desazonaba era precisamente el verme así; el darle vueltas a la cabeza sólo llegó más tarde. Toda mi enfermedad –añade– es la desazón y la inquietud». Estas palabras les muestran a ustedes el carácter desbordante del dolor moral, síntoma fundamental, característico de toda melancolía.

Así instalada, la enfermedad no hizo más que agravarse, y es entonces cuando ustedes van a captar la acción ejercida por el dolor moral, y ese círculo vicioso en el que, como les vengo diciendo, gira el melancólico.

«Me abandonaba completamente; estaba por completo desanimada, abatida, perezosa; y después, simultáneamente, tenía siempre la necesidad de cambiar de sitio, me parecía que estaría mejor en otra parte; estaba siempre inquieta, con un nudo en el estómago. Ya no podía ocuparme en nada, necesitaba cambiar de tarea todo el tiempo; no podía dedicarme a ningún trabajo, incluso me costaba mucho hacer las cosas corrientes; a veces tenía las ideas trastornadas y ni siquiera podía leer. Olvidaba todo al momento, me acordaba con dificultad de las cosas pasadas; para que recordara algo era necesario que me afectase muy directamente. Pero, ante todo, permanecía todo el tiempo absorta en mi desazón porque veía que no tenía las mismas ideas que antes; y por mucho que quisiese reaccionar, no podía. Me inquietaba por todo, lo veía todo negro, todo me desazonaba; la cosa más banal me apenaba; me formaba quimeras por nada hasta verme debilitada por ello, y me hubiese quedado en la cama todo el día. Me preocupaba mi vida familiar,

perder la razón; me absorbía en mi estado. Me decía: “Estoy perdida, ya no valgo para nada, no me curaré, sería mejor desaparecer,irme o quitarme la vida. ¡Qué extraño es estar así! ¿Qué he hecho para estar así de inquieta, qué va a ser de mí?”».

Adviertan de paso esas preguntas que se plantea la enferma sobre su estado, y que son el primer paso en la vía del delirio melancólico. Pero nuestra enferma se ha detenido en el camino y no ha llevado hasta el delirio sus tentativas de explicación.

Ven ustedes, en definitiva, que esta mujer se da perfecta cuenta, tiene conciencia de la naturaleza patológica de los fenómenos que presenta y contra los cuales dice querer, pero no poder reaccionar. Aunque hoy se encuentre un poco mejor, todavía está deprimida o inquieta. Su actitud, la expresión de su fisonomía, su llanto no dejan dudas a este respecto. Ha adelgazado durante su enfermedad y se queja sobre todo de dolores de cabeza, de un peso en el estómago, de digestiones difíciles, de estreñimiento, de irregularidades del sueño. La menstruación es también irregular. Pero, en suma, se encuentra un poco menos abatida desde hace algún tiempo, y en lo moral menos inquieta. Tiene alguna ocupación y comienza a vislumbrar la posibilidad de una curación.

Han visto ustedes que había pensado en desaparecer, en irse o en quitarse la vida. ¿Hubiese podido llegar hasta el suicidio? Yo lo dudo. Por otra parte, ella misma dice: «Me quería muerta a mí misma, pero no tenía el valor de quitarme la vida». Y es que, en efecto, el suicidio, cuando no es el resultado de un impulso, necesita una determinación muy difícil de llevar a cabo en el estado de abulia general en la que se ven sumergidos los melancólicos conscientes.

Esta observación podría, por lo demás, extenderse a los melancólicos en general. Mientras que todos o casi todos presentan ideas de suicidio a menudo muy desarrolladas, es escaso el número de los que llegan a poner fin a su existencia.

No hay motivo alguno, a mi juicio, para que se insista frecuentemente sobre la diligencia, la reflexión, la energía, la tenacidad que los melancólicos desplegarían en sus tentativas de suicidio. Sin negar que esto haya podido producirse a veces, creo que hay que admitir en tal caso la existencia de circunstancias completamente particulares y excepcionales; pues una semejante resolución, una energía tal, apenas si concuerdan con lo que nosotros sabemos del estado de la voluntad en la melancolía.

Sin duda, la mayor parte de los melancólicos le dan vueltas durante mucho tiempo a sus proyectos de suicidio, inventan todo tipo de planes. Pero aplazan su realización de un día para otro, y esa riqueza de combinaciones no hace otra cosa, en realidad, que esconder una falta absoluta de decisión y de iniciativa, inherente a su condición misma de melancólicos.

Desean morir para escapar de sus miserias, pero sus aspiraciones no dejan de ser por lo general platónicas; son incapaces de desplegar la energía necesaria, de hacer un esfuerzo serio para quitarse la vida. Según lo que ellos mismos declaran, la muerte tendría que llegarles sola, y con frecuencia piden que se les dé.

Esta falta de energía nos explica por qué, la mayor parte del tiempo, sus tentativas son ridículas o resultan inacabadas, raramente peligrosas.

Cuando llegan a término –y no hay que olvidar que, desgraciadamente, esto puede ocurrir– es sólo porque se producen *de manera fortuita*, bajo el efecto de un raptó ansioso, de terrores panfóbicos, como resultado de un impulso *súbito*. E incluso en tal caso guardan así la impronta de la debilidad de la voluntad.

(Traducción: Héctor Astudillo del Valle)

El joven Garma: de Berlín y Madrid a la organización del psicoanálisis argentino

Presentación

Garma es un gran desconocido en Bilbao, su ciudad natal y de residencia durante su infancia, como lo es en el País Vasco y también en España. Una figura de renombre mundial en el movimiento psicoanalítico latinoamericano, símbolo de una época y una dinámica de creación cultural con una inmensa tarea por él iniciada, con el pretexto de acercar nuevamente su fecunda simiente a esta tierra de la que tuvo que exiliarse en sus más trágicos momentos.

Decía José Bergamín que «enamorar de la historia es algo peregrino... La historia no se repite según el decir popular»¹. Lo que sí se repiten son las personas, éstas saben sucederse y saben lo que sucede y lo que ha sucedido aunque nada les haya pasado. (Kierkegaard decía que el que no sabe repetir es un esteta). La historia es como las personas, sucede. «La historia no nos quita el tiempo, nos lo da», también lo dijo Bergamín. Recordar la obra y vida de este pionero, reconocerle su condición de fundador del psicoanálisis en lengua castellana y acercar el conocimiento de este ilustre a la sociedad es también el homenaje a un pionero de altura como Ángel Garma, bilbaíno, de quien en el pasado año 2004 se hubiera celebrado el centenario de su nacimiento.

La psiquiatría y el psicoanálisis tienen características singulares según la actividad y actitudes de los psiquiatras y psicoanalistas, y también según la cultura social donde se inscriben su teoría y su práctica. Describir aspectos importantes de una persona, notoria por la trascendencia de su obra, requiere indagar y evocar acontecimientos relacionados con muchas otras personalidades e instituciones con quienes compartió espacios y tiempos, bélicos muchos de ellos, pues recordemos que las dos guerras mundiales, una guerra civil española y diversos golpes militares en Argentina torturaron su existencia. Son indispensables las revisiones históricas, pues, a través de ellas podemos valorar mejor la obra de los pioneros en cualquier esfera de la vida. También en el psicoanálisis.

La historia intelectual, preocupada de sensibilidades, creencias, valores y acontecimientos desarrollados por el imaginario social, nos aporta multitud de imágenes y discursos, algunos de los cuales es posible rescatar, permitiendo una aproximación a ese universo del psicoanálisis, o mejor al psicoanálisis argentino y latinoamericano. O al universo de este bilbaíno cuya vida y obra, que tanta tras-

¹ José Bergamín. «Larra, peregrino en su patria», *Hora de España*, 1937, n.º 11.

condencia tuvo en aquellas lejanas tierras durante varias décadas del pasado siglo, en momentos de afán modernizador de la cultura, siendo un gran desconocido en su tierra natal.

Infancia

Ángel Juan Garma y Zubizarreta, nació un 24 de junio de 1904 en Bilbao, en la Gran Vía bilbaína, zona de clase media y ambiente refinado en aquellos inicios de siglo, al lado de los recién fundados Banco Vizcaya, Banco Aurora y el Crédito de la Unión Minera que nacían con pujante agresividad financiera. Estrenó su familia una amplia vivienda, de unos 250 m², contigua a la antigua ubicación del *Noticiero de Bilbao*, y a un centenar de metros del edificio de la Diputación Foral, en un magnífico emplazamiento del ensanche bilbaíno. Su padre, Ángel Manuel de la Garma y Setién, comerciante, que nació el 15 de octubre de 1862 en Guriezo, pequeña población de Cantabria que ya entonces contaba con cuatro ferreterías, precedentes de las fábricas siderometalúrgicas. Su madre, Cirila Zubizarreta, vino al mundo el 9 de junio de 1879 en Bilbao. Ángel Manuel y Cirila tuvieron tres hijos: Ángel, José María y María Teresa.

El abuelo materno, Cirilo de Zubizarreta, nació en Baranbio (Araba) el 9 de julio de 1847, con 17 años de edad pasó a vivir a Bilbao, y fue pintor de profesión. Su abuela materna, Marcelina de Aguirre y Villanueva, era natural de Gordexola (Bizkaia). Ángel Garma comentaba en ocasiones que era de familia con sentimientos de ser «vascos por los cuatro costados». También ateos y anticlericales, aunque fuera bautizado en la parroquia de San Vicente de Abando el 14 de julio², un espléndido templo del siglo XVI, de época renacentista con estructuras arquitectónicas del llamado «gótico vasco».

Su padre, que se había marchado a Buenos Aires, donde puso un próspero negocio de porcelanas con su hermano, conoció en uno de sus viajes a Bilbao a la que iba a ser su mujer, Cirila, casándose poco después. El padre habitualmente estaba ausente de la casa familiar. Cuando Ángel tenía cuatro años su madre también emigró a Buenos Aires, llevando a la menor de los tres hijos, permaneciendo en Bilbao junto a su hermano José María, donde vivió su infancia al cuidado de sus abuelos maternos y las niñeras.

Ángel Garma quedó huérfano de modo temprano, al aparecer muerto su padre en el almacén del negocio que poseía en Buenos Aires a los pocos meses de

² Libro número 56 de bautizados de la parroquia de San Vicente Mártir de Abando, pp. 12-13. Actualmente en el Archivo Histórico Diocesano de Derio.

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

establecerse en aquella ciudad con la madre. Ángel quedó sumergido en la simplicidad con que se ven las cosas a los cuatro años. O como decía Betty Goode «sucedió un drama: el padre en Buenos Aires, y dicen que se suicidó de dos tiros...». Yo lo dudo, pienso que fue un drama familiar porque el hermano del marido, a los siete meses del suceso se casó con la madre de Ángel. Es el estudio de *Hamlet*. Por ello, lo que iba a ser una breve estancia con los abuelos se prolongó durante toda su infancia y adolescencia.

Recordaba con mucho dolor, que su abuela le contaba cuentos muy feos que le atemorizaban. Contaba uno sobre «una fuente donde bebían agua las personas y, al hacerlo, penetraban serpientes en el cuerpo de quienes bebían y enfermaban». Quizá de allá partiese su interés por ahondar en el lenguaje gráfico y, como no, su fascinación por investigar sobre los sueños. No dio, al menos por sus comentarios familiares, la idea de una infancia feliz. Después, aun en plena infancia, se trasladaron a vivir a la Gran Vía del Casco Viejo de Bilbao, la actual calle Correo, donde se crió con la abuela en un ambiente acomodado económicamente.

Pocos meses después del fallecimiento del padre, su madre contrajo de nuevo matrimonio con su cuñado, Salvador Garma, con quien tuvo las que serían sus «dos medio hermanas», Inés y María Teresa, y otro hermanastro, Salvador. En pocos meses se trasladaron a Viena, residiendo varios años en la María Teressen Strasse, muy cerca del domicilio de Sigmund Freud, cuya escuela psicoanalítica acogería años más tarde a Garma. La ausencia del padre y de la madre, sustituidos por los abuelos, fue difícil de explicar creyendo que si cerraba los ojos le escucharían desde donde estuvieran. Una historia edípico hamletiana que el mismo Garma, con humor, mitificaba y relacionaba con su pasión por la investigación psicoanalítica, pues parece estar en el origen de su vocación. Pudo ser la duda sobre aquella pérdida brutal lo que le impulsó a interesarse por los misterios de la vida de los demás a través de la medicina primero, y el psicoanálisis después.

Vivía en aquel Bilbao, con sus casi cien mil habitantes tras las anexiones de Begoña y Abando, la cuarta parte de la provincia, en una ciudad que había aumentado su población en el siglo XIX, a pesar de las agitaciones y luchas políticas. La naciente industria siderometalúrgica y los astilleros exigían una mano de obra que fue proporcionada por oleadas de emigrantes, que provenían de la propia provincia de Vizcaya y de las provincias limítrofes: Santander, Burgos, Álava y, en menor medida, de otras provincias cercanas aunque no fueran limítrofes, e, incluso, desde Galicia. Fueron años de crisis de subsistencia, con numerosos conflictos laborales, protestas espontáneas por los alquileres de las viviendas y los precios de productos básicos, huelgas en la cercana minería y con grandes tensiones entre socialistas y republicanos, todas ellas muy presentes. Las duras condiciones de trabajo dan lugar al nacimiento y desarrollo de un potente socialismo que adquiere fuerza y prestigio

en distintas huelgas que conmueven a la población y desembocan en enfrentamientos con el ejército y la Guardia Civil. Con un PSOE que iba obteniendo sus primeros diputados, que se implantaba también en los ambientes universitarios y profesionales, transformándose en un partido de masas, alcanzando gran implantación en Asturias, Vizcaya y Madrid, zonas de importantes luchas obreras junto a Barcelona, plaza fuerte del anarquismo. Una primera década del siglo de gran virulencia y conflictividad social que definió un período del obrerismo vizcaíno denominado de «guerra sin cuartel» que pone de manifiesto las grandes transformaciones sociales en curso en esos años que llevarían a la gran huelga de 1910, centrada por los trabajadores, mineros, principalmente, en la reducción de la jornada laboral pero que sería tachada por los empresarios de complot revolucionario.

Un Bilbao pujante en una España decaída y desprestigiada como la del 98. Ciudad industrial y mercantil con gran empuje vital, primera ciudad estatal en utilizar el hierro y el cemento armado en la construcción de sus grandes edificios, de vocación europeísta por influjo inglés (fútbol, clubes, empresarios inversores, etc.). La emigración interior y nuevos desarrollos debido a la industrialización a través de la siderurgia, los astilleros y la minería produjeron un fuerte crecimiento de Bilbao y los núcleos industriales próximos favorecido por la construcción de toda una red ferroviaria y la canalización de la ría y el nuevo puerto exterior. En aquel Bilbao pujante, a Ángel Garma le hacían aprender a tocar el violín, en casa y en la escuela, lo cual le disgustaba sobremanera y, cuando tenía que estudiar las partituras, colocaba un libro de lectura encima de ellas disimulando ante las miradas controladoras. Criado entre libros haciendo amigos invisibles, no olvidaba a sus visibles compañeros de correrías. Cuando acudió a Bilbao setenta años más tarde, en 1989, comentaba: «... recuerdo que en mi infancia había unas vagonetas de mineral que cruzaban la ría... muy cerca del puente de San Antón».

No vio al nuevo «padre» ni a la madre hasta los nueve años. «Él tiene como recuerdo a la madre alejándose en un coche de caballos con su nuevo marido. Es un recuerdo muy traumático que le quedó. A los nueve años volvieron, le recogieron junto a su hermano menor y se instalaron en Madrid. Así tuvo su segunda pérdida, porque perdió a la abuela», decía Betty Garma. En Madrid se escolarizó en un colegio de los Jesuitas realizando su bachiller con excelente aprovechamiento y haciendo, poco a poco, nuevas amistades. Posteriormente, aquel colegio fue quemado durante la II República.

La residencia de estudiantes

A los diecisiete años inició sus estudios de Medicina en la Universidad Central (actual Universidad Complutense) de Madrid y ya desde el comienzo

pensó en dedicarse a la psiquiatría. Tuvo insignes profesores como Santiago Ramón y Cajal (1852-1934), quien en unos años de ingente investigación sobre la teoría neuronal, en 1925 centró sus estudios en las neuroglías y demostró fotográficamente los fenómenos de regeneración del nervio, reforzando los descubrimientos de Pío del Río Ortega. Y fue durante cuatro años alumno interno en la cátedra de Fisiología de Gregorio Marañón, muy interesado éste por el psicoanálisis, que en 1923 desarrolló una precursora teoría cognitiva de las emociones. También estuvo con Marañón, como interno en el Servicio de Patología Médica del Hospital General de Madrid en el curso 1926-1927. En ese año publicó diversos trabajos, solo o con Marañón, en la revista *Medicina Ibero*³ y también en el libro de su maestro *Trabajos del Servicio de Patología Médica*⁴. Marañón, Cajal y otros profesores, por algún motivo, adoraban a Garma que era un alumno muy apreciado en los diferentes cursos. Allí se graduó en 1927. «Estudié Medicina en una época muy interesante en España, la época anterior a la República. Esos inicios de los años veinte fue un tiempo de gran efervescencia política y social, e importante desarrollo en los ambientes culturales y científicos». Con Marañón mantuvo su relación epistolar durante tres décadas. En 1956, estando Gregorio Marañón elaborando el libro *El Greco y Toledo*, Garma le comentó: «He revisado todas mis revistas psicoanalíticas, que son prácticamente todas, para encontrar algo sobre El Greco. No hay ningún artículo referente a él. Sólo en un libro, de alguien que no pertenece al ambiente propiamente psicoanalítico, he encontrado una interpretación psicoanalítica sobre *El entierro del conde Orgaz*». Marañón lo agradecería en el libro: «debo esta referencia a mi amigo y antiguo discípulo, el conocido y culto psicoanalista argentino, Ángel Garma».

Trabajó con el doctor Miguel Sacristán en el servicio de mujeres del Hospital Psiquiátrico de Ciempozuelos, viviendo junto a su hermano menor, José María, en la Residencia de Estudiantes, buque insignia de la Institución Libre de Enseñanza, fundada por Francisco Giner de los Ríos en cuyo lugar y ambiente estuvieron presentes muchas de las personalidades de las nuevas tendencias y movimientos culturales de Europa, muchos de los cuales, pocos años después, tendrían que marchar al exilio o se verían condenados al silencio del exilio interior. Allí escuchó

³ Marañón, Jimena y Garma, «Los reflejos de proyección visceral en la patología tiroidea», *Medicina Ibero*, 1927, Año XI, n.º 14, pp. 205-206. Garma, «Consideraciones sobre un caso de prediabetes», *Medicina Ibero*, 1927.

⁴ En *Trabajos del Servicio de Patología Médica del Hospital General de Madrid, 1926-1927*, figuran las siguientes comunicaciones del Dr. Garma: «Un caso de febrícula por tiñitis postifoidea» (Con Marañón), p. 20; «Reacciones de proyección visceral del tiroides» (Con Jimena), p. 39; «Un caso de prurito prediabético», p. 53; «Un nuevo caso de edema angloneurótico con localización visceral», p. 108; «Lesión parahipofisaria sin síntomas glandulares», p. 113; «Sobre la adiposidad dolorosa», p. 135.

conferencias impartidas por grandes ilustres como Albert Einstein⁵, Paul Valéry⁶, Jhon Keynes, Pierre Janet, Marie Curie o el arquitecto Le Corbusier, el que dijera que lo que más le había gustado de España era la frase de «dar una estocada». García Lorca explicaría ese comentario de Le Corbusier como expresión de una intención profunda de ir al tema y el ansia de dominarlo rápidamente, sin detenerse en lo accesorio y decorativo.

También allí coincidió con Federico García Lorca, Salvador Dalí, Luis Buñuel, Severo Ochoa, García Valdecasas, Mariano Bustamante, Pepin Bello Lasierra, Pedro Garfias, José M.^a Hinojosa y otros jóvenes tan cargados de iniciativas, nada famosos aún en esa época, con quienes se generó una importante complicidad intelectual, que evocan la eclosión de nuevas formas y desarrollos del arte y la cultura de aquellos años. Y que acabaron jugando un papel preeminente en un período de gran riqueza de la intelectualidad en todos los ámbitos culturales. Entre los grandes atractivos de La Residencia estaban las tertulias nocturnas, a las que acudía la «inteligentzia» residente en Madrid. El Ateneo, el Café Gijón o la Residencia de Estudiantes fueron lugares de encuentro de maestros consagrados y futuros artistas de la Generación del 27. «Prácticamente me encontraba todos los días con ellos, comía y conversaba con ellos. Esa convivencia me dio ideas muy interesantes que luego me sirvieron mucho y que formaron mi espíritu». A García Lorca, a quien conoció siendo éste universitario en Madrid, y de quien fue gran amigo aunque fuera seis años mayor que él, le recordaba como «un ser encantador, simpático, brillante y algo neurótico, que podía ser muy cruel con las personas que le querían» y, a menudo, también recitando poemas con su matizada voz durante sus paseos o tocando el piano *Pleyel* de aquel salón sobrio de la Residencia, lugar de escasos adornos y con más bien escaso mobiliario, e incluso preparando alguna conferencia. Pero Lorca amó mucho y sufrió por amor. Garma acudió en algunas ocasiones a esquiar a Sierra Nevada, coincidiendo con Federico García Lorca en su ciudad, Granada.

A Salvador Dalí le definió como «un autista»⁷, aludiendo a su comportamiento retraído y apocado, de enorme timidez que disimulaba con excentricidades, cierta insolencia y organizando escándalos académicos⁸ que llegaban a situa-

⁵ Einstein estuvo en 1923, invitado por varios grupos de científicos españoles, e, impartió conferencias en Barcelona, Zaragoza y Madrid, ciudades donde se cursaban estudios de Física.

⁶ Recordaba que habló de Baudelaire y el futuro.

⁷ Entrevista en *Cambio 16*, 1989.

⁸ Salvador Dalí fue expulsado en dos ocasiones de la Escuela de Bellas Artes de San Fernando; la segunda y definitiva en octubre de 1926 por declarar incompetente al tribunal examinador siendo llamado meses después al Servicio Militar de «cuota» durante nueve meses. Ello significó su alejamiento definitivo de Madrid y el abandono de la Residencia de Estudiantes, yendo a trabajar incansablemente a su taller de Figueres y exponiendo en Barcelona, Madrid y París.

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

ciones comprometedoras para el grupo, que no logró moderarle y por ello le expulsaron del mismo. Garma decía que la supuesta locura era un simple recurso defensivo para llamar la atención de ese que repetía «yo soy residente de estudiantes» en alusión a la Residencia. Curiosamente quizá fuera Dalí quien le diera el impulso inicial para acercarse al psicoanálisis cuando éste leía en voz alta o comentaba fragmentos de *La interpretación de los sueños* de Freud, obra que le apasionó y sobre la cual siguió investigando.

Y estuvo con Severo Ochoa que dirigía un bien equipado laboratorio de Fisiología en los sótanos de la Residencia y con el cual aprendió mucho, como se lo recordaría cuando en los años cincuenta volvieron a verse en los Estados Unidos en sus exilios voluntarios. Coincidieron también en el laboratorio con García Valdecasas y Grande Cobian, todos ellos formados bajo el estímulo de Juan Negrín. También, años más tarde, estando en Buenos Aires añoró aquel grupo, hablaba de ellos con frecuencia, comentaba opiniones y correrías de aquella época. O recordaba algunas confidencias, siempre con absoluto respeto.

A finales de mayo de 1926 fue convocada una reunión de la Asociación de Antiguos Residentes a la cual acudió Garma, decidiendo la utilización de la revista *Residencia* como órgano de comunicación. En los veranos de 1926 y 1927 hizo el Servicio Militar en la Brigada Obrera y Topográfica. El primer verano como estudiante y el segundo ya como médico, teniendo calificación final de sobresaliente.

En esos años, José Ortega y Gasset era catedrático de Metafísica de la Universidad de Madrid, desde 1916 hasta 1936, y vinculado a la Institución Libre de Enseñanza, muy crítico frente a la España tradicional de la «Restauración», heredero del ideal europeizante de la generación del 98, fue el introductor de las corrientes filosóficas alemanas del primer cuarto de siglo en los países de habla castellana y su devastadora crítica al positivismo tuvo gran acogida entre las nuevas generaciones de filósofos. Fue el responsable de haberse editado en 1922 la primera y excelente traducción al castellano de las, entonces, *Obras completas* de Freud, realizada por Luis López Ballesteros, con prólogo del propio Ortega, pues tras leer éste a Freud en alemán quedó tan entusiasmado que recomendó a su amigo Ruiz Castillo, propietario de la editorial Biblioteca Nueva, su publicación ya que los trabajos de Freud eran muy apreciados y su lectura era creciente en Europa. Esta cuestión no tuvo parangón en otras lenguas pues hasta ese momento sólo se conocía la obra de Sigmund Freud en alemán, lo cual puede orientar sobre la atención que se daba a los fenómenos culturales en los círculos intelectuales. Además, la *Revista de Occidente*, dirigida por Ortega, publicó numerosos artículos sobre psicoanálisis entre los años 1923 y 1925 y con trabajos sobre la teoría psicosocial del llamado «hombre-masa», o con reseñas de trabajos freudianos rea-

lizadas por García Morente, Sacristán o Rodríguez Lafora. En los siguientes años, Freud prácticamente desapareció de sus páginas pasando a ser Jung un colaborador habitual, siguiendo los vaivenes de las corrientes dominantes en el psicoanálisis europeo.

Ortega y Gasset que había contribuido a la caída de Alfonso XIII, una vez instaurada la II República, en su discurso de 6 de diciembre de 1931⁹ le daría la espalda. En su *Rectificación de la República* propone una República sin pluralismo político ni partidos políticos, contrario a la reforma agraria, los estatutos de autonomía y la separación Iglesia-Estado, en suma, una gran parte de los logros sociales y democráticos republicanos.

Los años de Berlín

Posteriormente, tras consejo de Sacristán, su profesor de psiquiatría, gran conocedor de la obra de Kraepelin y difusor del pensamiento freudiano, con quien discutía frecuentemente los historiales clínicos y del cual Garma dijo que tenía un diván en la consulta para tratar «psicoanalíticamente» a algunos pacientes, se orientó hacia la neurología y la psiquiatría, yendo a Alemania a especializarse en 1927. Se marchó con una ayuda económica de la Junta de Ampliación de Estudios (JAE) de la Residencia de Estudiantes, al igual que otros muchos de la llamada generación de 1914-27, artífices todos ellos de la renovación cultural española lograrían poner en marcha el pensamiento racional. Al año siguiente sintió no poder acudir a la Reunión de la AEN, la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que se celebró en Bilbao y además intervinieron sus profesores Sanchís Banús y Sacristán¹⁰. Obtuvo el diploma de Psiquiatra en la Universidad de Tübingen en 1929, tras trabajar un año con el profesor Gaupp. Solía comentar que fue una experiencia decepcionante pues la psiquiatría clásica no satisfacía sus deseos de investigar en el campo de las enfermedades mentales, pero descubrió la existencia del psicoanálisis. A mediados de la década de los años veinte, el psicoanálisis como disciplina se hallaba en auge, Alemania era el centro más importante de las investigaciones psicoanalíticas y él estaba en ese país.

Más tarde, Garma desarrolló estudios de perfeccionamiento médico y psiquiátrico en Berlín para lo cual volvió a solicitar otra ayuda a la JAE, acordando desde esta institución «concederle la consideración de pensionista para estudiar

⁹ Publicado en *La Vanguardia*, 12-8-04.

¹⁰ Sanchís Banús y Sacristán, explícitos freudianos entre los psiquiatras españoles, presentaron en la III Reunión de la AEN una ponencia sobre «Diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva».

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

psiquiatría y psicoanálisis en Alemania» en marzo de 1929. Estudios que realizó en la clínica universitaria de Von Hoeffler donde conoció a la joven profesora de la clínica y psicoanalista Micaela Fabián, quien le sugirió una formación psicoanalítica. Pocos días después, introducido por la doctora Fabián, acudió al Instituto Psicoanalítico de esa ciudad, presentándose a su director, Max Eitingon, quien aceptó con mucho gusto la solicitud de Garma. Max Eitingon, con quien posteriormente desde la Argentina Ángel Garma mantuvo una intensa correspondencia epistolar, fue presidente de la API entre 1927 y 1932, estableciendo las normas dictadas para la asociación internacional. A pesar de no ser buen orador (era tartamudo) y haber escrito muy poco, tuvo gran influjo en la marcha internacional del psicoanálisis. Desde 1913 miembro del *Comité secret*, grupo formado por Sigmund Freud, Ernest Jones, Sandor Ferenczi, Karl Abraham, Otto Rank, Hanns Sachs y él mismo, dirigió durante dos décadas los destinos de asociaciones y miembros centrados en la tareas de institucionalizar y orientar el inconsciente, al objeto de contrarrestar los intentos de disidencia o de copar la dirección de la Asociación Internacional de Psicoanálisis por psicoanalistas «desviacionistas», presidiendo la Internacional o conduciendo sus publicaciones. Los siete, desde cuatro ciudades (Berlín, Viena, Budapest y Londres), dirigieron durante dos décadas los destinos de asociaciones y miembros, centrados en la tarea de institucionalizar y orientar el inconsciente social y de sus pacientes.

En Berlín conoció a muchos maestros, coincidiendo con grandes nombres de la historia del psicoanálisis y de la psiquiatría, algunos de los cuales fueron compañeros de seminarios: Franz Alexander, Berta Bornstein, Therese Benedeck, Frieda Fromm-Riechman, Edith Jacobson, Wilhelm Reich, Siegfried Bernfeld, René Spitz, Carl Gustav Jung, George Groddeck, Erich Fromm, Alfred Adler, Hans Sachs y otros. Agradeció la aportación humana y científica de sus profesores y supervisores, Karen Horney¹¹, Otto Fenichel y Jenö Harnik, grandes ilustres del psicoanálisis internacional, y también estableció una gran amistad con su «hermana de diván», Paula Heimann. Asimismo, conoció en Berlín a Anna Freud y después a Lou Andreas-Salomé quien parecía haber dominado la mayor parte de las fragilidades humanas, y sobre quien recordaba: «esa mujer me infundía temor, temía ser absorbido por ella y no poder zafarme. Tenía unos pechos enormes y una gran atracción sensual». Berlín era en esos años el corazón del mundo psicoanalítico internacional. Allí también hicieron su formación Adelheid Koch, quien fundara el movimiento psicoanalítico brasileño en Sao Paulo y a Werner Kemper que

¹¹ Es muy posible que de Karen Horney tomara la idea, que luego transmitió a Arnaldo Rascovsky quien la desarrollaría; que también el hombre tiene envidia a la mujer, especialmente cuando está embarazada. «El hombre es impotente porque fantasea en la entrada de la vagina, la presencia del pene del padre que le prohíbe entrar, como el ángel con la espada flamígera impidió a la pareja primitiva volver a entrar en el paraíso».

participó del desarrollo del psicoanálisis en Río de Janeiro, siendo los tres, buenos colaboradores en el desarrollo del psicoanálisis latinoamericano.

Comenzó a analizarse con Theodor Reik, psicólogo laico y analista profano, discípulo directo de Freud, por quien fue defendido en Viena en un juicio por ejercicio de la medicina como curandero debido a su fobia a los médicos. Freud en su defensa escribió «Psicoanálisis no-médico» y, tras ese episodio, Reik emigró instalándose en Berlín donde el ejercicio era libre no precisando ser médico, pasando a ser docente del Instituto Psicoanalítico de esa ciudad. Garma invirtió su herencia familiar en estudiar psicoanálisis y en psicoanalizarse durante tres años «... Empecé a psicoanalizarme y me pareció un proceso maravilloso... Para mí el encuentro con el psicoanálisis fue una maravilla, tuve la sensación de que era lo que había estado buscando toda mi vida sin conocerlo. Así como con la psiquiatría había tenido una cierta desilusión que no percibía conscientemente, pero que sentía dentro de mí, con el psicoanálisis fue una sensación de maravilla absoluta». Obtuvo en 1931 su diploma de estudios de grado como psicoanalista «aquello tuve la impresión de haber estado toda la vida buscándolo» siendo admitido como miembro de la Asociación Psicoanalítica Alemana tras la presentación de su trabajo *La realidad y el ello en la esquizofrenia (Die Realität und das Es in der Schizophrenie)* publicado en *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, donde disentía con algunas posiciones clásicas de Freud sobre la estructura de la neurosis y la psicosis incidiendo en que las tesis de aquél no eran válidas, pues los fenómenos en las neurosis y las psicosis transcurrían al revés de lo señalado en la teoría general de Freud. Según Garma, «la estructura mental del neurótico sería similar a la del psicótico, con un yo sometido de modo masoquista por un rígido super-yo que contiene los impulsos del ello». A través de la esquizofrenia, una caricatura de comportamientos menos patológicos, aclara el significado de frecuentes síntomas neuróticos o de fenómenos psíquicos normales. Garma polemizó con Freud y además se lo envió por correo. Sigmund Freud le enviaría una postal, en respuesta al envío de sus primeros escritos para que el creador del psicoanálisis los leyera. En ella le decía: «Le agradezco mucho el envío de sus valiosos trabajos... (puedo leer fácilmente el español)... mis mejores deseos para su éxito en su patria».

Ya antes, publicó en 1930, en Berlín *Un gesto obsceno de Santa Teresa*¹² y desde Berlín, había enviado dos trabajos a *Archivos de Neurología* de Madrid donde reflejaba el importante conocimiento de las ideas freudianas: *La transfe-*

¹² Título original *Eine obszöne Gebärde der heiligen Teresa*, basándose en una conferencia pronunciada en la Asociación Psicoanalítica Alemana el 6 de mayo de 1930 y editado en ese mismo año en el *Psychoanalytische Bauegung*, tomo II.

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

rencia afectiva en el psicoanálisis y Cómo se estudia el psicoanálisis fueron esos estudios. Este artículo que reproducirá en su monografía de 1936 se acompañaría de un prólogo de Theodor Reik, su analista didáctico: «Yo ya sé que los conocimientos teóricos del psicoanálisis son bastante conocidos por los psiquiatras y psicólogos de su hermoso país. Pero sé también que pocos han comprendido que solamente aquel que se somete a un psicoanálisis profundo puede adquirir un conocimiento verdadero de este método psicológico... Era tan grande el interés que usted tenía hacia los aspectos psicológicos y psicoterapéuticos de la doctrina de Freud, que no retrocedió ante las molestias y sacrificios que trae consigo un estudio del psicoanálisis en el extranjero. A su vuelta, no se contentó usted con aprovechar en la práctica médica la ventaja que proporciona la experiencia de su propio análisis. Ha sentido usted la necesidad de hacer profundizar el conocimiento del psicoanálisis en la patria querida, de destruir confusiones que allí se habían creado, y de demostrar a los colegas las posibilidades del método de la psicología profunda... Yo no dudo que sus esfuerzos nacidos de una rectitud interior y de energía intelectual, le conducirán a usted a la meta deseada. Esté usted confiado y tranquilo. La verdad, finalmente, consigue siempre triunfar...»

Garma se mostró siempre fiel a la doctrina y a la disciplina psicoanalíticas. María Luisa Muñoz, una de sus discípulas piensa que «*Garma*, consciente de la viciada situación española... insiste en la importancia del análisis didáctico, considerando la formación autodidacta como insuficiente para realizar una práctica psicoanalítica y para llegar a comprender la importancia de los mecanismos inconscientes. Critica la utilización ecléctica que los psiquiatras españoles vienen haciendo del psicoanálisis en su teoría y en su práctica. Podemos pensar que Garma intentaba desde antes de su llegada a Madrid presentarse como psicoanalista, diferenciando claramente la formación psiquiátrica de la formación psicoanalítica, postura que mantuvo durante todos los años de su estancia en España, y que le creó importantes tensiones con los medios psiquiátricos». Mientras la Psiquiatría describía los síntomas y los agrupaba determinando clasificaciones diagnósticas de enfermedades, el Psicoanálisis era una psicología profunda. El psicoanalista debía vencer sus represiones para conocer el inconsciente de los pacientes, debía psicoanalizarse y para eso no bastaba con la lectura de la obra de Freud, se requería una capacitación más intensa.

Socialmente se vivía un gran esfuerzo de recuperación cultural tras la crisis del 98, sobre todo en los años en torno a la II República. El envío de jóvenes promesas en diferentes ámbitos de las ciencias hacían presagiar buenos augurios. La obra de Cajal en la neurología e histología, la adscripción de la psiquiatría a la corriente alemana, kraepeliniana en aquellos momentos, con importante atención a lo somático, sustituyendo el influjo psicologizante de la psiquiatría francesa, y

la actitud de algunos psiquiatras jóvenes que optaban por una mejor formación en el extranjero, donde era mayor el desarrollo psicoanalítico, la búsqueda de la excelencia médica positivista y la preocupación por el rigor científico eran muchos elementos favorables para el fomento y desarrollo cultural y científico. La psicología española estaba orientada hacia el conocimiento teórico y las aplicaciones técnicas, sobre todo a la psicotecnia. También en la II República aumentó la difusión de las ideas psicoanalíticas que se plasmaron en eventos dispares: organización de semanas sobre Higiene Mental, celebración de Jornadas Eugénicas, proyecto de Ley sobre el divorcio, etc. Se ha llegado a hacer una correspondencia entre las posturas psiquiátricas que se manifestaban sobre el Psicoanálisis y los posicionamientos ideológicos y políticos. Había quienes siendo muy conservadores como Villaverde, López Ibor y Vallejo Nájera, con matices entre unos y otros, rechazaban las formulaciones freudianas. Pero la aceptación mayoritaria y los mayores entusiasmos coinciden en psiquiatras con idearios de izquierdas: posiciones liberales de izquierda de Rodríguez Lafora o de Sacristán; socialistas como Sanchís Banús o César Juarros; o comunistas como Mira i López. Significativo sería que el acontecer de la guerra civil y con el acceso al poder del franquismo, el único exponente del psicoanálisis –Garma– tuviera que exiliarse. Tras la victoria franquista, los vencidos y de izquierda se exiliaron o emigraron, mientras que los del bando de los vencedores y de derechas ocuparían importantes cargos en las instituciones oficiales, universitarias, científicas, asistenciales y profesionales.

1931: vuelta a Madrid

Garma regresó en 1931 a Madrid, tras haber caído el año anterior la dictadura del general Primo de Rivera y quedar una debilitada monarquía que pronto sería desplazada por la II República. En la capital se integró en el ambiente cultural y científico dominante en los años previos a la guerra civil, años del sueño republicano de quienes creían en una España fuerte coexistiendo con las singularidades de Galicia, Euskadi y Cataluña. Encontró una fuerte oposición para expandir el psicoanálisis por parte de los psiquiatras. Él era el primer psicoanalista español, nacido en Bilbao, miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional (API), aquella asociación que fundara en 1910 el mismo Freud, y que comenzaba a ejercer en España. Fue invitado al XII Congreso de Psicoanálisis de Weisbaden en septiembre de 1932 donde estuvo con la plana mayor del psicoanálisis europeo. Este Congreso fue conocido porque en él se impuso una cuota de tres dólares por mes a todos sus miembros, así como por la polémica entre los grandes líderes (Eitingon, Jones, Freud, Brill) organizada en torno a si Ferenczi –quien debía

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

acceder a la presidencia de la Asociación Internacional— leía el trabajo que había preparado. De nuevo, las rivalidades internas por la dirección de la API.

Sin embargo, trabajando en Madrid sintió que la hostilidad de los psiquiatras no le permitía hacer un trabajo adecuado como psicoanalista. «Me encontré en medio de circunstancias desfavorables, tanto científicas como profesionales», decía, pues en pleno dominio de corrientes organicistas, el estamento médico se oponía al psicoanálisis.

Trabajó como psiquiatra en el Tribunal Tutelar de Menores en Madrid escribiendo, como resultado de su experiencia, la obra *Psicoanálisis y Criminología*. Las tendencias antisociales del psicópata hacían que entrara en conflicto con la sociedad, la cual pretende rehabilitarlo y convertirlo en una persona normal e integrada mediante el castigo. Pero ese castigo pudiera ocasionar mayor odio contra la sociedad generando un círculo vicioso que favorece la reincidencia y provocaba un nuevo castigo. De ahí que propugnara la supervisión del castigo en el tratamiento de los delincuentes, y su sustitución por una psicoterapia efectiva, llegando a conocer los motivos inconscientes de la acción delictiva. Prestigiosos de la medicina y la psiquiatría le reclamaban para dar conferencias y debatir: Maraño, Lafora, Sacristán, Sanchís Banús, sus anteriores maestros y otros muchos, etc. Dio cursos y conferencias sobre psicoanálisis en la Sociedad de Neurología y Psiquiatría, en los Servicios de Psiquiatría de Sanchís Banús y de Sacristán, en la Liga de Higiene Mental y en el servicio hospitalario que dirigía su maestro, Gregorio Maraño. En algo más de cuatro años de estancia en Madrid publicó el libro *El psicoanálisis, la neurosis y la sociedad*, libro con varios trabajos donde expone las bases del psicoanálisis, la formación y sus aplicaciones sociales y terapéuticas, además de otros 17 artículos con temas tan variados como el sueño, la sexualidad, el origen de la neurosis, el inconsciente, la paranoia, la homosexualidad o los mecanismos de curación en el psicoanálisis.

Ángel Garma, hombre joven de ciencia, comprometido con el desarrollo del psicoanálisis y también con los deseos de libertad y las aspiraciones democráticas que la II República significaba, e igualmente defensor del movimiento antifascista europeo.

Con el advenimiento republicano en abril de 1931, de modo pacífico y por la vía electoral, un buen puñado de intelectuales, artistas e investigadores organizados en la Agrupación al servicio de la República, presidida por José Ortega y Gasset, con magníficas intervenciones solidarias, de ostentada apoliticidad intelectualística —diría Bergamín—, que acudían como quien despierta de un largo letargo, a las expectativas y ansias de libertad que generó la II República española.

Garma se identificaba con las ideas republicanas y trabó gran amistad con un buen número personajes ilustres de aquellos intensos momentos. El 11 de

febrero de 1933 firmó un manifiesto de la recién fundada Asociación de Amigos de la Unión Soviética tras «quince años de existencia de la república obrera rusa donde con grandes esfuerzos se ha venido levantando el acontecimiento económico y social más formidable del mundo moderno». El nombre de Ángel Garma al lado de Gregorio Marañón, Luis Jiménez Asúa, Pío del Río Ortega, Wenceslao Roces, Juan Medinabeitia, Jacinto Benavente, Pío Baroja, Victoria Kent, Valle Inclán, Juan Negrín, Manuel Machado, Concha Espina, Federico García Lorca, Clara Campoamor, Rodolfo Llopis y otros, hasta ochenta ilustres, de campos profesionales muy diferentes, pretendían desde su asociación colaborar para dar a conocer la verdad sobre lo que acontecía en la URSS, organizando múltiples y variadas actividades divulgativas «ante el anhelo de miles y miles de españoles que no pueden considerar ajena a sus preocupaciones humanas ni a los destinos del mundo la lucha por la sociedad nueva que ciento cincuenta millones de hombres están librando en el país de los Soviets».

En este mismo año, tras acceder Hitler al poder, Max Eitingon, su antiguo director del Instituto Psicoanalítico de Berlín, mantuvo una extensa correspondencia con Freud, buscando opciones posibles al acoso que recibía, incluidas las quemaduras de libros y archivos en Berlín. «¡Cuánto progresamos! En la Edad Media me hubieran quemado a mí; ahora se conforman con quemar mis libros». Eitingon acabó abandonando Berlín, yendo a Palestina donde organizó la floreciente Sociedad Psicoanalítica Palestina.

En la república española, en un contexto de notoria politización social, la izquierda se apropió del pensamiento psicoanalítico como una herramienta para la liberación sexual y política mientras que los sectores conservadores asociados a la Iglesia Católica lo rechazaban como inmoral. Algo muy similar a lo acontecido anteriormente con la apropiación política de las teorías del darwinismo y lo que ocurriría más tarde con la Teoría de la relatividad. En un Madrid agitado, con huelgas generales impulsadas por los socialistas, donde llegaban los ecos asturianos de una clase obrera dispuesta a la lucha armada y ahogada en 1934 en baños de sangre, con represalias por todo el territorio español y 30.000 personas encarceladas por motivaciones políticas, todo un ensayo de la cercana guerra civil. En esa ciudad, Ángel Garma inició algunos análisis terapéuticos, siendo su primer paciente como analista un hombre que sufría como consecuencia del rechazo amoroso de Federico García Lorca.

Después realizó otros análisis didácticos, contactando con los médicos interesados en la formación psicoanalítica, con intención de crear un instituto y asociación psicoanalíticas que pudieran asociarse a la API, similares a los que conocía en Berlín.

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

En esa época estaba en boga la teoría psicoanalítica de la interpretación de los sueños, que los psiquiatras centraron en cuatro aspectos: el sueño como satisfacción de deseos, los mecanismos de elaboración del sueño, el simbolismo onírico y la técnica interpretativa. Pero en la psiquiatría española, lo realmente controvertido fue la teoría sexual, con visiones trasnochadas que equiparaban psicoanálisis y sexualismo, libido y sexualidad, sexualidad infantil y teoría biológica de los instintos. También se rechazaba la teoría freudiana de la libido. Garma desarrolló en esos años una intensa práctica privada como analista didáctico de un grupo de futuros psicoanalistas entre quienes sobresalieron Jerónimo Molina Núñez, José Solís y Mariano Bustamante. Este último llegó a ser un prestigioso neuropsiquiatra, el primer director del Hospital Psiquiátrico de Zamudio, y Jefe de los Servicios Neuropsiquiátricos provinciales de Bizkaia, adaptando la asistencia psiquiátrica a las modernas concepciones científicas, al tiempo que consideró la necesidad de disponer de hogares de tránsito, con función humanitaria, para los desarraigados y sin cobijo, sobre todo allí donde el progreso industrial lleva consigo una fuerte inmigración incontrolada.

«El psicoanálisis aumentó mi comprensión de la psiquiatría y, asimismo, la psiquiatría me sirvió mucho para comprender bien y evaluar la teoría y la práctica psicoanalíticas», diría Garma en 1983 en una entrevista con ocasión del cuadragésimo aniversario de la constitución de la Asociación Psicoanalítica Argentina. El movimiento psicoanalítico iba ganando muchos adeptos y en Madrid se iba constituyendo una «pequeña Viena» que se vería truncada por el golpe militar y la guerra civil posterior, lo cual le frustraría hasta llegar a considerar su asignatura pendiente y sería la razón que quizá justificó el apoyo que siguió prestando al naciente grupo de psicoanalistas madrileños de postguerra. Sólo Molina Núñez, amigo y anteriormente analizado por Garma, mantendría el nexo de unión con los intentos por reconstruir lazos con la API. Él, era médico militar, cercano al régimen, voluntarioso y siempre estuvo dispuesto a atraer a otros interesados, desde su cargo como Director del Hospital Psiquiátrico de Guadalajara. Pero no se crearía una organización psicoanalítica consolidada hasta más de veinte años después. Curiosamente, en esas décadas posteriores sorprendería que no impulsara de igual modo el análisis grupal o la psicología social que tanta pujanza tuviera en Argentina.

Boda y exilio en Francia

El 20 de abril de 1935 contrajo matrimonio con la joven de 22 años Simone Mas y Camps, en la iglesia de San Víctor, en Burdeos. Simone, mujer poco expre-

siva de sus afectos, y que aún vive, era profesora de teatro¹³ y con ella tuvo dos hijas: Lucinda, que nació en Madrid en febrero de 1936 y llegó a ser una neurofisióloga del dormir y del soñar de renombre mundial, e, Isabel, en Buenos Aires. Ambas serían psicoanalistas y acabaron posteriormente ejerciendo en París, práctica que mantienen en la actualidad.

En España, la fractura entre quienes defendían el viejo régimen y los que soñaban con la revolución en su camino hacia la utopía, era tan grande que las personas moderadas de ambos lados no encontraban su espacio, engrosando las filas del desencuentro. El siguiente año, a punto de finalizar su libro *El Psicoanálisis, la neurosis y la sociedad* pidió la opinión de algunos capítulos a sus antiguos profesores y, ahora, amigos y colaboradores, Gregorio Marañón y José Ortega y Gasset. Estando de veraneo en Francia, recibió la noticia del pronunciamiento y comienzo de la Guerra Civil española, por lo que decidió no regresar a Madrid. En pocos meses había triunfado el Frente Popular en las elecciones, hervían los cuarteles, los señoritos falangistas de José Antonio Primo de Rivera practicaban el terrorismo en Madrid, cae el líder de la derecha José Calvo Sotelo y al día siguiente la conjura de los militares rebeldes iniciaba la despedida a la ilusión republicana.

Cinco días antes del estallido militar, dejó voluntariamente España, el mismo día en que Calvo Sotelo fue asesinado. «Se dio cuenta que asomaba una guerra civil y a él no le gustaba estar entre guerras, adelantó sus vacaciones y se fue a Francia», comentaba quien fuera su segunda esposa, la psicoanalista infantil Elisabeth Goode, más conocida posteriormente como Betty Garma. Añadiendo Garma: «me fui de España y no volví hasta dieciséis años después».

Cuando comenzó la guerra civil de 1936, el interés por el psicoanálisis estaba siendo impulsado por Mira i López (1896-1964) en Barcelona y por Rodríguez Lafora y Sanchís Banús en Madrid, aunque solamente había dos psiquiatras españoles que habían recibido formación y entrenamiento psicoanalítico: Ángel Garma y Ramón Sarró, en Berlín y en Viena respectivamente. Ambos eran de la generación que había nacido con el inicio del siglo, más receptiva que la anterior a las ideas freudianas.

Sarró se había analizado con la doctora Helene Deustch aunque, por sus resistencias, no llegó a cualificarse en psicoanálisis apartándose de la ortodoxia freudiana y acercándose a la clínica fenomenológica y a la psiquiatría antropológica.

¹³ Simone Mas i Camps, natural de Le Laurens de la Cabrerisse (Aude), nació en 1913, hija de Clement y Lucile. Fue profesora de teatro de Norma Aleandro, a quien llegó a decir: *M'hijita, dedícale a otra cosa porque para esto no sirves*. Norma, hija de actores, es directora de teatro y ópera, escritora de relatos breves, poemas y teatro, y actriz de teatro y cine («La historia oficial», «Gaby», «El hijo de la novia», «Seres», etc.). Ha llegado a comentar: *Si alguien piensa que en Argentina todos somos actores o psicoanalistas..., ¡está en lo cierto!* (*El País*, 23-9-2003).

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

gica. Volvería a Barcelona y en 1933 logró la plaza de profesor adjunto del primer catedrático de Psiquiatría de la Universidad española, el Dr. Emilio Mira i López. Resulta curiosa la similitud biográfica entre Sarró y Garma en los acontecimientos de su infancia. Ramón Sarró perdió a la madre a los tres años de edad y, tras ello, su padre se casó con la hermana de la madre. Por eso afirmaba haber tenido dos madres, aunque también añadía que «el trauma infantil imprime carácter según el psicoanálisis y, posiblemente, fue determinante para estar en Viena con Freud y acercarme al psicoanálisis».

En la década de los años treinta, Ángel Garma era un psicoanalista reconocido por la Internacional del Psicoanálisis, la API, vivía en la España republicana y era titular de la Asociación de Psicoanálisis Alemana, cuando ésta fue absorbida por el Instituto de Psicoterapia del Reich, ya bajo el rótulo de «Sociedad General Internacional de Psicoterapia» y reordenada según los principios de la «Revolución Nacional Alemana», dirigido por el primo del mariscal nazi Hermann Goering, el doctor Mathias Heinrich Göering, protestante convencido y nazi temible, cuya pretensión era uniformizar las diferentes corrientes ideológicas a fin de crear un psicoterapia alemana, específica, y para ello comenzó expulsando a los miembros judíos del Instituto tras decretar que, todos los miembros de la Sociedad deberían realizar un intenso estudio del *Mein Kampf* de Hitler, que debería servir de base a sus tareas. En ese año, Carl G. Jung tenía muchos seguidores en el movimiento psicoanalítico y, brillante y ario, había sido elegido presidente de la asociación de psicoanalistas por los psiquiatras de la Alemania nazi y fue el editor de la publicación oficial, *Zentralblatt für Psychotherapie*, hasta su renuncia en 1940, siendo su función principal el discriminar entre Psicología aria y Psicología judía destacando los valores de la primera, así como unificar todas las formas de psicoterapia e imbuirlas de los objetivos del nacional socialismo. En esos años las concepciones de Jung se tornaron más racistas, lo cual permitió a los racistas utilizar el «inconsciente colectivo» en sus tres dimensiones (la humanidad, la tribu y la familia) para sus fines, interpretando falsamente lo que Jung no escribió pero tampoco refutó. Con este panorama, Garma presentó su renuncia y pasó a ser miembro directo de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Como no deseaba participar en una guerra fratricida, aunque tenía simpatías republicanas, decidió permanecer primero en Burdeos y después en París. Allí acudió y se vinculó a las actividades del Instituto Psicoanalítico. Durante varios años (1931-35) había intervenido intensamente como terapeuta y conferenciante en Madrid y durante otros dos largos años lo haría en París. Comenzó a trabajar como psicoanalista en París, teniendo que dar clases de castellano para poder subsistir, e intimó con René Laforgue, Daniel Lagache, Sacha Nacht y otros psicoanalistas franceses, supervisando la formación analítica de Françoise Dolto junto a

Rudolf Lowenstein. Dolto que, en ese año organizó los escritos de *Psicoanálisis y Pediatría* y que publicó en el año siguiente, en 1938, sería una de las figuras del psicoanálisis francés, que en los años cincuenta participaría en la aventura de la *Société Française de Psychanalyse* junto a Lacan y, años después, en la creación de la Escuela Freudiana de París. Allí conoció también a Marie Bonaparte, princesa de Grecia y Dinamarca por su matrimonio con Jorge I de Grecia, promotora del psicoanálisis francés desde que llegó a París en 1926 y artífice de dos hechos importantes: la salvaguarda de la correspondencia de Freud y Fliess así como del traslado de Freud y su familia de Viena a Londres en 1939. La posterior amistad entre Garma y Bonaparte hizo que la correspondencia fluyera en los años cincuenta. Por mediación de su amigo Rof Carballo conoció a un joven argentino en formación en el Instituto, Ernesto Cárcamo; si bien la ideología de Garma, agnóstico y de izquierda, le distanciaba de los psiquiatras muy ortodoxos. En Francia el clima político se deterioraba día a día, sus instituciones públicas apartaron la mirada ante los horrores del golpe militar español, reconocieron en 1937 a Franco, su gobierno de Vichy no tomaba posiciones firmes frente al fortalecimiento militar de Alemania ni ante el conflicto español. Ante ello tomó la decisión de emigrar a la Argentina donde tenía vínculos familiares, en vez de ir a Londres o a EE.UU. como hicieron otros psicoanalistas compañeros en París.

Tras el alzamiento contra el gobierno democrático de la II República, los militares y conservadores de ideología afín al fascismo italiano constituyeron un régimen totalitario que empujó a un importante movimiento migratorio de personas de todo tipo de condición y estatus social, siendo algunos países latinoamericanos los principales núcleos de acogida. El apoyo que muchos intelectuales e investigadores habían dado al gobierno republicano motivó que buena parte de ellos tuvieran que emigrar o exiliarse, convirtiéndose, en muchas ocasiones, en verdaderos embajadores de la II República. Fueron muchos quienes se desplazaron pero baste recordar algunos nombres conocidos que desarrollarían una gran labor creadora en el campo de la salud mental a nivel internacional y en los países de acogida: Emilio Mira, que durante la contienda civil fue nombrado Jefe de los Servicios Psiquiátricos de los Ejércitos Republicanos, difundió la psicología aplicada en Brasil y resto de la región latinoamericana siendo creador del test miokinético, y fundador del ISOP (*Instituto de Seleção e Orientação Profissional*) y, en 1948, los Arquivos Brasileiros de Psicotécnica; Ángel Garma, figura clave en el desarrollo del Psicoanálisis Institucional en Argentina, desarrollando un vasto programa de investigaciones en temas psicossomáticos y psicoanalíticos; Mercedes Rodrigo, educadora y psicotécnica, se marchó a Colombia en 1939 y fundó un Instituto de Psicología Aplicada y organizó la titulación en Psicología (1948). En 1950, fue obligada a salir del país y se marchó a Puerto Rico, donde continuó tra-

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

bajando; En México, Gonzalo Rodríguez Lafora desde la neuropsiquiatría y José Peinado desde la psicología clínica, lograron una adecuada política sanitaria de la salud mental; Guillermo Pérez Enciso, Francisco del Olmo y César de Madariaga, en Venezuela; Antonio Román Durán, en Guatemala, etc. Todos ellos contribuyeron a la organización y desarrollo de la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis en toda la comunidad castellano parlante, constituyendo toda una red de instituciones, sociedades científicas, publicaciones, formación reglada, etc., que ellos mismos pretendieron y no lograron en España. Para la psicología, psiquiatría y el psicoanálisis este exilio masivo tuvo efectos devastadores en el territorio español, lo contrario que lo logrado en el continente americano.

Quienes quedaron en el Estado español convivieron con los intentos de homogenización y rectificación ideológica, volviendo a retomar la filosofía escolástica y desnaturalizando los progresos en las disciplinas científicas, las ciencias de la salud mental entre ellas. Baste recordar que Antonio Vallejo Nájera, primer catedrático de Psiquiatría bajo el nuevo régimen, entre sus méritos tenía por ejemplo el haber investigado sobre «La predisposición institucional al marxismo y sus bases psicológicas» utilizando en sus experimentos de laboratorio como cobayas a milicianos y a miembros de las Brigadas Internacionales que habían sido detenidos. Dirigió un estudio en 1939 que analizaba *El psiquismo del fanatismo marxista en los prisioneros de guerra norteamericanos*. Fruto de aquellas investigaciones cabe destacar conclusiones como «las íntimas relaciones entre marxismo e inferioridad mental ya las habíamos expuesto anteriormente [...], la segregación de esos sujetos desde la infancia podría liberar a la sociedad de plaga tan terrible». Una nueva psiquiatría «nacional», tras la depuración o exilio de las personalidades más notorias, de ideas republicanas o liberales la mayoría, se abría paso ocupando cargos relevantes en las universidades y hospitales.

1938: Buenos Aires, el exilio definitivo

Tras la invasión de Austria, Freud decidió abandonar su patria. Entre su gran amiga Marie Bonaparte y su hija Anna Freud revisaron todos los papeles para decidir qué llevaban a su exilio en Londres, lo cual ocurriría en junio de 1938. Ese mismo mes, Ángel Garma, con su formación terminada, escapando de la guerra en su país y de la inminente II guerra mundial, decidió residir en Buenos Aires, donde llegó en barco el 24 de junio de 1938. Este día de junio, coincidiendo con su fecha de nacimiento, para muchos es el origen de lo que sería la Asociación Psicoanalítica en la Argentina. Allí, en Buenos Aires, habían nacido dos de sus hermanos y una hermana estaba casada con un médico argentino, y también allí

había fallecido su padre. Además, en esa ciudad disponía de algunos bienes que facilitaron su instalación durante los primeros años.

Buenos Aires y su área de influencia (ciudad de seis millones de habitantes, opulenta y sofisticada culturalmente), le recordaba a Ángel Garma lo mejor de Madrid en el cual había vivido. Tenía un medio «humano libre, inteligente y en contacto con la realidad, con pocos sometimientos superyoicos». Era un lugar idóneo para acoger y difundir en su seno algo tan novedoso como el psicoanálisis de la época. La ciudad, con una importante clase media, donde los inmigrantes europeos¹⁴ estaban ya integrados, con ideas liberales y enfrentada política e ideológicamente a los valores conservadores y ultracatólicos de las clases más tradicionales de la sociedad argentina, incluidos grupos nazi-fascistas, antisemitas y totalitarios, algunos en la oficialidad del ejército que ya en 1930 llegaron a protagonizar el primer golpe militar del siglo en Argentina.

«Los argentinos que fundaron su nación no tenían prejuicios, ni estructuras rígidas, emigraron con la finalidad de defender la vida y, en un país joven, estaban más abiertos a las ideas nuevas. Su personalidad era más sencilla, con menos exigencias del entorno (...). Este pueblo, por otro lado fóbico y melancólico, que vivía muy unido a la familia en las extensiones de la Pampa» se convirtió en buen caldo de cultivo para la eclosión psicoanalítica de la que un responsable principal fue Garma. En Buenos Aires, el psicoanálisis halló un espacio en la cultura popular. Se lograba la convergencia de un discurso más abierto sobre sexualidad con nuevas formas «científicas» del conocimiento y favorecía la modernización de las costumbres sociales. El psicoanálisis atraía por ser moderno y se legitimaba por sus lazos con la medicina, por ser un recurso para lograr más salud.

En 1939 moría Sigmund Freud, en el exilio, siendo ya famoso y perseguido por los nazis que llegaron a quemar sus libros. En Buenos Aires hubo un homenaje organizado por el Colegio Libre de Estudios Superiores, una especie de universidad paralela, y poco después Jorge Thénon –nieto de inmigrante vasco-francés– coordinó dos cursos sobre Freud y el análisis crítico de su obra, lo que aportó varias conferencias sobre psicoanálisis y medicina. Thénon, inspirador de la psicología y psiquiatría pavlovianas¹⁵ en Argentina, autor de un libro sobre la neurosis obsesiva, que mereció una cálida respuesta de Freud, estuvo interesado por el psicoanálisis tras sus experimentos con la hipnosis, acabó siendo un frontal opositor al psicoanálisis, denunciándolo como método burgués

¹⁴ Entre 1840 y 1940 fueron 7.400.000 el número de inmigrantes, la mayoría italianos (44%) y españoles (33%), representando el crecimiento debido a la inmigración un 29% del total.

¹⁵ Los comunistas eran, en general, partidarios de la reflexología como su terapia. Pavlov experimentó con perros, principalmente, explicando lo primitivo y los reflejos condicionados pero no pudiendo ayudar a resolver los conflictos emocionales de las personas. De ahí que los psiquiatras y psicólogos próximos al Partido Comunista argentino acabaran yendo a psicoanalizarse.

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

anticientífico, sobre todo cuando tuvo conocimiento de que iba a nacer una asociación psicoanalítica en Argentina. Diez años antes, en su tesis doctoral, ofrecía un gran conocimiento de la teoría psicoanalítica, pero tras coincidir con los medios intelectuales cercanos al Partido Comunista francés y seguidor de la psiquiatría oficial francesa que expresaba su rechazo al psicoanálisis, algunos dicen que, como reflejo de la decisión soviética de 1929 de poner fin a las experiencias psicoanalíticas realizadas en Rusia tras su revolución, dio un vuelco a sus postulados teóricos.

Garma en su primer año optó por no realizar actividad profesional alguna con pacientes y se dedicó a revalidar su título médico en la Universidad Nacional de La Plata realizando una tesis doctoral sobre el *Psicoanálisis de los sueños*. Conocía las dificultades de su analista Theodor Reik, o de Eugénie Sokolnicke y otros extranjeros en París, por no ser médicos habilitados y decidió ponerse a cubierto de cualquier contingencia. Lo logró en agosto de 1940. Su tesis doctoral de 1940 fue la primera en Latinoamérica referida a un tema psicoanalítico, y fue sobre *El psicoanálisis de los sueños*.

Poco antes de julio de 1936 se había organizado la sección hispanoamericana de la Alianza de Intelectuales Antifascistas con quienes colaboró Ángel Garma tras su llegada a aquel país. La intelectualidad antifascista porteña también organizaba otros emocionados encuentros como ocurrió desde el Centro Republicano Español donde disertaban ilustres psiquiatras refugiados de la guerra civil: los también criminólogos Emilio Mira i López y Luis Jiménez de Asúa –éste llegó a ser el presidente del Centro en los años cuarenta tras su buena imagen al haber sido redactor de la Constitución de la II República española– y el propio Ángel Garma. Este último mantuvo su republicanismo durante toda su vida. «Entre el consultorio de papá y mamá siempre estaba la bandera republicana», me comentaba Carmen Garma.

Garma había ido a Berlín a formarse con el deseo de volver a su tierra y ejercer con el bagaje aprendido. Pero primero la incompreensión de algunos y después la madre patria le expulsaron. No obstante, siempre tuvo la ilusión de que sería temporal, de ahí que renovara constantemente sus pasaportes a través de la embajada en Buenos Aires.

El rechazo de todo lo que significara guerra y destrucción para buscar lo que expresara vida, creación y paz, sintonizaba en Ángel Garma con su carácter lo cual se reflejaría en sus teorías psicoanalíticas pues, aunque crítico, era gran conocedor de la obra de Freud repitiendo en varias ocasiones que «las ideas de Freud habían cruzado el charco». Además se sentía animado por el viento favorable del movimiento psicoanalítico argentino y en América latina donde «las resistencias al psicoanálisis son bastante menores que las que tuve que experimentar en España...».

Pero siempre aspiró a retornar a una España republicana donde el psicoanálisis alcanzara, en el ámbito internacional, el lugar que el golpe militar y la guerra civil impidieron.

1942: funda la APA

Al llegar Ángel Garma a Buenos Aires, llevaba una importante formación psicoanalítica, una firme convicción en sus puntos de vista científicos y una poderosa personalidad creadora, siendo él mismo la base del movimiento psicoanalítico y figura fundamental en el desarrollo de las décadas iniciales.

La intensa producción editorial argentina, la mayor del mundo de habla hispana, acogió calurosamente a Garma y a otros autores cercanos al psicoanálisis como Emilio Mira i López o Luis Jiménez de Asúa. Ese fulgor editorial argentino fue paralelo a la retracción española en la edición de libros debido al enorme éxodo de intelectuales y a las consecuencias de la guerra civil. A partir de 1940 colaboró con diversas revistas especializadas: La revista de la *Asociación Médica Argentina*, *Psicoterapia*, *Index* (revista bibliográfica que funcionaba como publicación del Hospicio de Las Mercedes), *Psiquiatría y Criminología* (sucesoria de la legendaria *Archivos*), la *Revista de Psicoanálisis*, etc. La editorial El Ateneo de Buenos Aires publicó en ese mismo año una segunda edición de su libro *Psicoanálisis de los sueños* y poco más de un año después, el tratado *El Psicoanálisis*. Tres años después, la editorial realizaría un convenio con la asociación psicoanalítica para la publicación de una Biblioteca de Psicoanálisis. Estas obras actuaron como operadores del crecimiento y presencia entre médicos, psicólogos e instituciones existentes o de creación subsiguiente. En este sentido, la carta de Ernest Jones del 16 de febrero de 1941, en respuesta a una solicitud expresa de Garma, tuvo un valor testimonial de primer orden.

Junto a Arnaldo Rascovsky, a quien analizaría desde 1939 y en los años siguientes, y a Pichon Rivière que comenzó su análisis unos meses más tarde, puso en marcha un importante movimiento psicoanalítico de aquel país. Con Pichon Rivière, Rascovsky, Cárcamo, Thenon, Székely y otros, tras algunas conversaciones, decidieron no apresurarse en la constitución de una sociedad psicoanalítica.

Aquel recio pionero, un tanto tosco, fue autor de numerosas obras psicoanalíticas en las que impresionaba por su lucidez y por los muchos ejemplos coloristas que acompañaban a sus reflexiones. Solía insistir en que sus concepciones psicoanalíticas se apoyaban plenamente en Freud, sin embargo, no se consideró un «freudiano» ortodoxo, sino que mantuvo opiniones propias basadas en su experiencia. Aunque hay comentarios que también apuntan en sentido contrario. Se

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

dice que Béla Székely, húngaro que dirigía un instituto de salud mental sostenido por la colectividad judía, y se consideraba así mismo como el único serio para la práctica del análisis, comentó a Marie Langer: «Si usted quiere trabajar creativamente, quédese conmigo, pero si quiere análisis ortodoxo y ganar dinero, entonces vaya con el doctor Garma». En aquel 1941 Langer acudió donde Ángel Garma.

Su labor de terapeuta, didacta y propulsor fue acompañada de un intenso trabajo como investigador. Sus originales aportaciones sobre temas muy variados alcanzaron una gran difusión. Escribió sobre la úlcera gastroduodenal, el dolor de cabeza, la terapéutica psicoanalítica, la situación traumática de los sueños, el sadismo y masoquismo, etc., sin gala de erudición. Por eso entendía que lo más analítico era crear la transferencia positiva hacia el movimiento a favor del psicoanálisis a través de su estilo sencillo.

Hasta el inicio de su obra, en los años treinta, no había nadie realmente solvente en el campo del psicoanálisis. Una revisión de los contenidos de Archivos de Neurobiología en su primera época, muestra que publicaron en ella prácticamente todos los psiquiatras y neurólogos de la época con cierta inquietud científica. Entre ellos, de 1930 a 1935, hay ocho artículos de Garma con temas tales como «Interpretación psicoanalítica de un gesto de Santa Teresa», «La realidad y el Ello en la esquizofrenia» o «Paranoia y homosexualidad». Curiosamente, los primeros trabajos sobre psicoanálisis los publicó en alemán ya que le resultaba sencillo el lenguaje científico. También sus primeras conferencias las dictó en esa lengua. Ya en 1932 recibió una carta de Freud felicitándole por sus trabajos (*Verdienstvollen Arbeiten*). Consecuencia de la guerra civil dejó de editarse en 1936 y así permaneció hasta que en 1954, Gonzalo R. Lafora, tras superar no pocos obstáculos, logró reiniciar la publicación de Archivos de Neurobiología.

En Buenos Aires, Ángel Garma, se reunía con el grupo dinamizador del psicoanálisis. Arnaldo Rascovsky (1907-1992), que había nacido en Córdoba, médico judío que provenía de una familia de inmigrantes rusos que trabajaba en el servicio de Neurología, Psiquiatría y Endocrinología del Hospital de Niños «Ricardo Gutiérrez» en Buenos Aires, y había resultado ser un exitoso pediatra y endocrinólogo; Enrique Pichon Rivière (1905-1979), nacido en Ginebra, Suiza, emigró al Chaco y luego a Corrientes donde sus padres crearon una escuela cuando él era niño. Gran conocedor de los ambientes culturales y bohemios porteños, pionero en el uso de la terapia electroconvulsiva, que trabajó muchos años en el Hospicio de las Mercedes, actual hospital psiquiátrico Borda; Marie Glas de Langer (1910-1987), nacida en Viena, con buena posición económica y social, comenzó su psicoanálisis en 1933 con Richard Sterba, siguiendo su formación en el Instituto Psicoanalítico vienés. Ante la persecución nazi salió de Austria, colaboró con los

republicanos españoles en la guerra civil, después hubo de huir, fue a Uruguay y, por fin, a Buenos Aires en 1942. Deseosa de incorporarse al grupo psicoanalítico que estaba formándose se entrevistó con Garma, quien la incorporó de inmediato a su grupo; Celes Cárcamo (1903-1990), miembro de una familia aristocrática terrateniente, de ascendencia vasca, que había vuelto a Buenos Aires en 1939 tras realizar en París su formación en el Instituto Psicoanalítico de aquella ciudad, analizado por Paul Schiff, trabajó en el hospital Durand de Buenos Aires y antes en el hospital de Clínicas. De vasta cultura humanista, estaba muy preocupado por insertar el psicoanálisis en los ámbitos culturales, acorde a sus intereses por la filosofía, arte y religión; Guillermo Ferrari Hardoy que, aunque miembro del primer grupo, no llegó a participar en la recién creada asociación ya que poco después emigró a EE.UU., si bien en el Acta fundacional aparecen las firmas de todos ellos. Los pioneros leían a Freud de modo acelerado, incluso en un solo verano. Todos se conocían de las tertulias literarias y existía una importante coincidencia de ideas políticas. Garma había colaborado con el Centro Republicano, Pichon Rivière, con su pasado socialista, Marie Langer que perteneció al Partido Comunista en Viena y, los demás, también eran buen reflejo del ideario cercano a los grupos liberales antiperonistas. En aquel 1942, de enorme tensión militar por una guerra mundial, inicialmente europea, todos ellos, Garma, Rascovsky y Pichon Rivière, junto a otros psiquiatras residentes en Argentina, Cárcamo y la psicoanalista austríaca Marie Langer, fundaron la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), la primera de Latinoamérica, que tuvo lugar en Buenos Aires. Y todos ellos eran médicos, lo que orientaba a pensar en una clara relación entre psicoanálisis y medicina psicosomática, tal y como confirman los propios textos producidos en la primera época.

El 15 de diciembre de 1942, los miembros de la APA eligieron un comité ejecutivo, con Garma como presidente, Cárcamo como secretario y Rascovsky designado director de publicaciones. Decidieron iniciar todos, como miembros adherentes, condicionando acceder a la categoría de miembro titular y didáctico a la presentación de un trabajo científico.

Se reunían en su primera sede, en la calle Juncal 655, y antes lo habían hecho en la casa de Cárcamo, en la calle Perú. Fueron estableciendo las líneas generales de las futuras actividades psicoanalíticas para la sociedad que acababan de constituir. A sugerencia de Garma acordaron no solicitar el reconocimiento internacional hasta que cada participante tuviera un análisis suficiente, limitando su relación, además, al plano estrictamente profesional.

En una asociación pequeña como era aquella, los «análisis cruzados» resultaban ser de obligada necesidad. Simone Mas, la primera mujer de Garma, se analizaba con Cárcamo. En un momento dado, Garma sintió la necesidad de analizarse y lo hizo con Marie Langer, a quien él había analizado un tiempo. Langer

sintió similar necesidad y se analizó con Cárcamo. El analista de Garma estaba en análisis con el de la mujer de Garma y todos eran psicoanalistas didactas en la APA. Garma analizó a Arnaldo Rascovsky y Pichon Rivière; luego vendrían Simón Wencelblat, Flora Scolni, Matilde Rascovsky y Arminda Aberastury. Cárcamo lo hizo a Ferrari Hardoy, Luisa Gambier y Luis Rascovsky. Ilustres analizados, en ocasiones, con análisis muy breves si fueran comparados con el tiempo prolongado actual, que convirtieron a Garma en un didacta, a pesar de que no adquirió esa posición en París ni en Madrid. En aquella época, la terapia psicoanalítica se solía desarrollar en cuatro o cinco sesiones de una hora a la semana y durante unos tres años de duración en el caso de pacientes que valoraban la posibilidad de ser psicoanalistas didactas. Balán ha llegado a señalar que Garma tuvo mayor dependencia de sus analizados que viceversa, en la medida que en los primeros años ellos nutrían de pacientes su consultorio. En la realidad, la relación con el maestro resultaba equitativa: lo que uno tenía de experiencia y reconocimiento externo, lo aportaron los otros mediante la capacidad para movilizar recursos en el medio local.

Ángel Garma y Celes Cárcamo, dos analistas con formación completa y afiliación a la Asociación Psicoanalítica Internacional (API), ofrecían credibilidad al proyecto. Mantuvieron reuniones los miembros más destacados del grupo inicial, junto con otros médicos que lo habían practicado de modo informal o habían escrito sobre el psicoanálisis como Gregorio Bermann o Jorge Thénon. Pero ninguno de los psiquiatras que habían mostrado interés por el psicoanálisis en la década anterior, ni siquiera los miembros de la sociedad de Psicología Médica y Psicoanálisis se sumó a la APA. Bermann, Thénon, Ramón Beltrán y Pizarro Crespo pretendieron compatibilizar el psicoanálisis con sus posiciones ideológicas respectivas compaginándolo con otras teorías psiquiátricas. Los médicos de izquierda querían renovar la práctica terapéutica y sugerían que el psicoanálisis podía ser una buena herramienta para la crítica social. Tras la fundación de la APA, generalmente los psicoanalistas se hallaban apartados del establishment médico, no participando en sus conferencias ni en sus publicaciones. Sin embargo, los miembros de ésta sí se fueron integrando en aquella en las décadas posteriores.

Habían escrito a Ernest Jones, presidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional detallando los pasos dados en Argentina. Con él, Garma mantuvo intenso contacto epistolar durante los años de la guerra mundial. Jones respondió a Cárcamo el 12 de diciembre de 1942 señalando que a los miembros del Consejo de la API, a quienes había consultado, les había impresionado favorablemente las cartas de Cárcamo y de Garma, por lo que les transmitía la aceptación provisional. Fue el 15 de diciembre de 1942 cuando se firmó el acta inaugural como Sociedad Componente aunque, de hecho, ya venía funcionando sin reconocimiento interna-

cional. En el mismo mes, el gobierno de la República Argentina confirió el estatus legal a la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). Reconocidos como grupo analítico filial de la Internacional de Psicoanálisis, en espera de la ratificación que daría el primer congreso internacional a realizar cuando finalizara la guerra en curso. Seis años antes, ya existía un círculo psicoanalítico informal que se reunía con regularidad los domingos por la tarde en el departamento de Arnaldo y Matilde Rascovsky. Era en un piso de la avenida Santa Fe 2982, donde Arnaldo Rascovsky tenía su consulta como pediatra. Allí se juntaban con los hermanos Wencelblat, Jaime Salzman y Flora Scolni; los Pichon Rivière, Enrique y Arminda, que se habían casado en 1937; Luisa Gambier, luego casada con Álvarez de Toledo y una de las pocas médicas del grupo inicial; Alberto Tallaferro, médico joven, así como Teodoro Schlossberg, endocrinólogo que realizaba prácticas alternativas en su especialidad. «Eramos un grupo selecto de gente culta e inquieta de clase media acomodada, de buena voluntad. Nos sacrificamos, trabajamos y estudiamos duramente para difundir y enseñar el psicoanálisis. Eramos progresistas. Ofrecíamos sabiduría, salud física y mental a Buenos Aires y a las Américas... hablo con ironía pero no reniego de esa época... nos proponíamos salvar el mundo a través del psicoanálisis... nos sentíamos una élite intelectual», diría Langer años más tarde.

Durante la década de los años treinta, la doctrina freudiana tuvo gran atracción en un número creciente de psiquiatras, no como método exclusivo sino como herramienta que podía ser agregada a técnicas y teorías más tradicionales y, a veces, combinada con ellas. Incluso quienes veían el psicoanálisis con desaprobación reconocían que, al menos, algunos conceptos de origen psicoanalítico merecían ser tomados en serio. En 1940, dentro de la Asociación Médica Argentina, se organizó la Sociedad de Psicología Médica y Psicoanálisis, impulsada por Juan Ramón Beltrán, profesor de historia de la Medicina, derechista próximo a los militares antidemocráticos y, también, propagandista del psicoanálisis que no se había analizado ni ponía en práctica las técnicas freudianas pero que junto a otros psicoanalistas «silvestres» (sin entrenamiento formal según las reglas internacionales) tendían a ocupar los pocos espacios públicos que se iban abriendo a la nueva profesión. Antes, en diciembre de 1939, pretendió fundar la Sociedad Argentina de Psicoanálisis basándose en la presencia de estudiosos del psicoanálisis. Desde el comité editorial de la revista *Psicoterapia* (revista de Psicoterapia, Psicología médica, Psicopatología, Psiquiatría, Caracterología, Higiene Mental), fundada en 1936 por Gregorio Bermann (psiquiatra, forense y toxicólogo en la Universidad de Córdoba, Argentina, preocupado por la aplicación del psicoanálisis a la criminología) sólo publicó cuatro números antes de partir para España para ofrecer sus servicios al ejército republicano como voluntario en las Brigadas Internacionales.

Antes, Bermann estuvo influenciado por el psicólogo y filósofo marxista húngaro-francés Georges Politzer, quien estuvo interesado un tiempo en el psicoanálisis para rechazarlo posteriormente. En 1948 Bermann escribió el prólogo del libro *Principios elementales de filosofía*, de Politzer, texto que en los años sesenta y setenta fue verdadero «catecismo» en numerosos círculos marxistas a ambos lados del Atlántico. La revista *Psicoterapia* era de tendencia claramente progresista y de izquierda, aunque la participación de algunos conservadores y de derechas demostraba que existía un espacio para el discurso civil al tiempo que era expresión de ideas y valores que buscaban la modernización de la psiquiatría, y también desde otras revistas e instituciones expresaban sus preferencias políticas aunque el valor de las teorías científicas discutidas en ellas se justificaba dentro de la lógica del discurso científico. La revista, además de plantear la necesidad de establecer la ruptura con la psiquiatría tradicional, fue la primera revista argentina que publicó artículos de Freud y de Jung traducidos al castellano. También en *Psicoterapia*, Ángel Garma publicó sus primeros artículos en Argentina¹⁶, en 1936, año de la primera tentativa de articulación entre marxismo, psiquiatría y psicoanálisis desde la propia revista y a través de la psiquiatra Paulina Rabinovich¹⁷ que trazó un paralelismo entre el inconsciente freudiano y los reflejos inconscientes de Pavlov y, además, comparó el empirismo del Psicoanálisis con el de la psicología de Pavlov así como el valor acordado en el determinismo de la vida psíquica por Freud y el determinismo pavloviano.

La APA fue motor de diversos cursos de formación universitaria, de congresos y de otras reuniones científicas en el campo psicoanalítico, y, Garma, como primer presidente de la institución, asumió las responsabilidades de su organización.

Obtuvieron un local y, tras esto, didactas y candidatos comenzaron los seminarios de formación tomando como primera tarea una lectura colectiva de la obra de Freud, coordinada por Garma. Un año más tarde comenzaron a editar la *Revista de Psicoanálisis*, primera publicación de esta materia de habla castellana y que mantendría su edición hasta la actualidad. Esta publicación que fundó y dirigió Arnaldo Rascovsky, incluyó en su número inaugural «Primeros estadios del conflicto de Edipo y de la formación del superyo», el octavo capítulo de *El psicoanálisis de niño* (1932). Las firmas de Arnaldo Rascovsky, Celes Cárcamo, Ángel Garma, Franz Alexander y Melanie Klein dieron contenidos a ese primer ejemplar y después sería el principal marco donde Garma fue reflejando sus escritos más valiosos.

¹⁶ Ángel Garma, «La proyección y la vuelta de los instintos contra el Yo en el sueño», *Psicoterapia*, 1936, n.º 3, «Evolución y nuevos problemas en la teoría», *Psicoterapia*, 1936, n.º 3.

¹⁷ Paulina Rabinovich, «El psicoanálisis y los reflejos condicionados», *Psicoterapia*, 1936, n.º 3, pp. 66-74.

Muchos de quienes fueron sus compañeros en Berlín y París, donde el psicoanálisis se había introducido en las escuelas de medicina y en los claustros filológicos, habían huido o emigrado. Las leyes raciales y la repulsa al nazismo favorecieron que numerosos intelectuales, sociólogos, psicoanalistas, filósofos, y médicos residentes en el este y oeste americano se acercaran al psicoanálisis difundiendo su interés. Garma fue el puente de quienes se habían refugiado en EE.UU. huyendo de Europa. Otto Fenichel le escribió ya el 25 de octubre de 1939 solicitando su colaboración en el *Psychoanalytic Quarterly* aportando sus comentarios o la revisión de publicaciones especiales. Durante la década posterior fueron muchas las propuestas de trabajo, de envío de publicaciones, ofrecimientos de colaboración, contrataciones para dar cursos y seminarios y, por la constancia y sutileza de Garma, el ofrecimiento de obras para ser publicadas por los editores locales. Fue nutrida la correspondencia con notables del psicoanálisis como Otto Fenichel, Theodor Reik, Franz Alexander, Thomas French, y Karl Menninger, quien desde Topeka, en Kansas, dirigía una prestigiosa fundación que dio cabida a todos estos ilustres, y también invitó, varios años después a Ángel Garma y a Betty Goode a exponer sus experiencias y métodos de trabajo. La fecunda interacción se mantuvo durante décadas. Así es como cada mensaje, cada sugerencia se convertía en ofrecimientos, trabajo, conferencias, contactos, ediciones que daban relevancia a lo que desarrollaban en aquellos momentos con tanto empeño: instalar el psicoanálisis como práctica de terapia y de transformación de metodologías creativas.

Al mismo tiempo, la *Revista de Psicoanálisis* fue publicando importantes artículos de Abraham, Ferenczi y Ernest Jones, no menos que los del mismo Sigmund Freud, de Anna Freud, Richard Sterba, Franz Alexander, Fairbairn, Winnicott, Strachey, Fenichel, Tausk, Marie Bonaparte, Hartmann, Melanie Klein y de otros grandes psicoanalistas de la primera mitad del siglo XX, al lado de los estudios de la pléyade argentina, los Cárcamo, Garma, Rascovsky, Marie Langer, Pichon Riviére y poco después de Racker, Grinberg, Resnik, Zac, Liberman, Álvarez de Toledo y Bleger por citar sólo a los más notorios en su producción. Distribuida originariamente de modo gratuito entre profesionales, médicos y abogados principalmente, para cuando su segundo número vio la luz, más de dos centenares de suscriptores auguraban el considerable incremento en los años siguientes.

En mayo de 1943, Ernest Jones le envió un escrito felicitando por la formación e inicio de la sociedad psicoanalítica de Buenos Aires (*sic*) deseando los mejores éxitos de la Revista. «Será la primera publicación en lengua española dedicada al psicoanálisis, y marca el comienzo de una nueva era del psicoanálisis para los países de habla hispana. Para los contactos internacionales en nuestro tra-

bajo, el alemán, todavía deseable y formalmente indispensable, está cediendo el primer lugar al inglés, y hay que esperar que la colaboración política entre los países de habla española e inglesa se incrementen y sea acompañada por una estrecha colaboración en nuestro trabajo científico». Los horizontes sobrepasan las cuestiones inherentes al psicoanálisis y devienen una estimación sobre el curso de los acontecimientos culturales mundiales.

Tres años después fundó también el Instituto Psicoanalítico de Buenos Aires, siendo su director durante largos períodos, y actuando como profesores los pioneros de la Asociación, docentes y buenos conocedores de la obra de Freud que también aportaron un buen número de contribuciones originales. La APA incluyó al Instituto, más tarde llamado Instituto *Ángel Garma*, como centro de docencia en psicoanálisis, cuya función es la formación de analistas cumpliendo los requisitos que fija la Asociación Psicoanalítica Internacional; inspirado en el de Berlín donde Garma hizo su formación, y apoyándose en tres tipos de actividades: el análisis didáctico, los seminarios y los controles o supervisiones.

El grupo inicial era una verdadera familia de acogida. A los seis fundadores se sumaron los amigos de aquel anterior círculo informal y también las esposas de tres de ellos. Los representaban un microcosmos de la sociedad porteña. Trabajaban en una institución analítica que definían como una verdadera subcultura. Hablaban con una jerga común, tenían comportamientos similares, con relaciones interpersonales, en general, endogámicas: sus amistades también eran psicoanalistas, estaban juntos los fines de semana y vacaciones, tenían escasos vínculos con la medicina tradicional, con frecuencia elegían pareja entre ellos, las conversaciones giraban en torno a la profesión y observaban el mundo desde la atalaya del psicoanálisis. Pertenecían a una generación formada en un período de crisis económica y agitación política. Algunos provenían de familias que habían respondido a la depresión económica de los años treinta emigrando de las zonas rurales pauperizadas a Buenos Aires donde lograron una buena posición social. Otros, eran emigrados recientes que llegados de Europa buscaban un lugar seguro frente a un mundo que se había deshecho ante sus propios ojos. Para todos ellos, el psicoanálisis llegó a ser la pasión central de sus vidas. Creían en él fervientemente, como vehículo de la liberación de la humanidad y como tratamiento del sufrimiento individual y así creció en sus mentes analizadas. Por aquellos años, ya separado de su primera mujer, conoció a Elisabeth Goode, quien sería su colaboradora el resto de su vida.

Hubo que esperar a mediados de los años cuarenta para recuperar unas elecciones democráticas, que dieron la victoria a un naciente movimiento de masas, el peronismo.

Durante el gobierno populista de Perón con sus «descamisados»¹⁸, los integrantes de la APA debieron mantener un bajo perfil político en una década de antipatía nacionalista contra el imperialismo económico británico y norteamericano y contra la tradicional hegemonía cultural europea. La política de Perón representaba una amenaza para las tradiciones de la clase media europea y para la comunidad de artistas, científicos y psicoanalistas, también de raigambre europea. Pero a pesar de aquel populismo del gobierno de Perón, del que muchos recordaran lo de *libros no, zapatillas sí*, Buenos Aires ofreció un marco cultural apropiado al crecimiento del Instituto de Formación Psicoanalítico de APA que se constituyó en el más prestigioso centro de formación psicoanalítica latinoamericano. La APA hizo grandes esfuerzos por difundir el psicoanálisis, no sólo en el medio profesional sino también en el gran público. La *Revista de Psicoanálisis* se vendía en las librerías de Buenos Aires que poseían una clientela interesada en artes y ciencias sociales. Por ello era necesario poseer un bajo perfil para que la joven y pujante Institución no tuviese riesgo alguno.

Así como ocurrió con los inmigrantes cuyo abolengo descende de los barcos que los transportaron desde Europa, sucedió también con los iniciadores y fundadores del movimiento psicoanalítico, buena parte de ellos europeos, con algunas excepciones como Raskovski y Pichon Rivière (europeo, emigrado en la infancia) que provenían de las provincias argentinas.

Con anterioridad a esta fundación, la Argentina había albergado a una veintena de psicólogos y psiquiatras centro-europeos exiliados de la segunda guerra mundial, en su mayoría judíos, perseguidos por el régimen de Hitler y con el explícito deseo de no dejarse matar y huir de la involución paranoica y criminal que significó el nazismo. Aunque todos ellos, junto a psiquiatras, escritores, filósofos y educadores argentinos fueron iniciadores de una cultura psicoanalítica en el país, casi ninguno se integró en la APA, fenómeno que resulta de difícil explicación.

Si bien la idea psicoanalítica fue aceptada desde sus comienzos por la intelectualidad argentina, por su idealización fue muy temida y rechazada en otros medios. La libertad para pensar y la búsqueda de la verdad que ella propone hizo que le adjudicaran ideas comunistas, radicales, populistas, individualistas, antirreligiosas, etc., en un país extremadamente católico. A ellos se unieron los psiquiatras que se vieron atacados en el ejercicio de su profesión. El psicoanálisis como toda idea nueva contiene una fuerza disruptiva que violenta en menor o mayor grado la estructura del espacio en que se manifiesta. En este caso, violentó la

¹⁸ Cuando el general Juan Domingo Perón pareció caer en desgracia, la víspera del 17 de octubre de 1945, sacó en portada el diario *Crítica* una foto de los partidarios de Perón con un epígrafe que pretendía la denigración: «¡Descamisados!» Este término fue adoptado inmediatamente con orgullo por los peronistas.

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

estructura psiquiátrica preexistente. Embarcados en la denuncia antifascista y coincidiendo con el triunfo antinazi, el psicoanálisis lograba nuevos desarrollos. Muy pronto las dictaduras también le temieron y, durante el gobierno de Perón, los ateneos y seminarios de la APA contaron con la compañía de un policía, amparados por una ley que impedía reuniones numerosas.

Siempre explicando el psicoanálisis. «Realmente he trabajado muchos años en esta especialidad, tanto desde el punto de vista terapéutico y de investigación, pero si he sido capaz de hacerlo es porque me he encontrado con personas parecidas a ustedes que me han demostrado afecto, me han impulsado a seguir con mi labor y también me han dado ánimos en momentos de desfallecimiento que son inevitables»¹⁹. Y es que a su gran producción científica sabía añadir su dosis de sencillez y cercanía para quienes compartían sus tesis o simplemente estaban interesados en el trabajo psicoanalítico.

Trabajar en las instituciones estatales, y también en el sistema sanitario, resultaba difícil. A la obligatoriedad de la afiliación al Partido Peronista de todas las personas de la administración pública se sumó la hostilidad creciente en las cátedras universitarias y en el medio hospitalario desde sectores simpatizantes con el nacionalsocialismo hacia los sectores progresistas, gentes de izquierdas y juicios principalmente, que obligó al incipiente movimiento psicoanalítico porteño a refugiarse en la práctica privada. No es casual que, sólo en la Universidad de Buenos Aires, en 1946, fueran cesados 1250 profesores quedándose sólo los llamados «flor de ceibo», así llamados por su adhesión al peronismo.

Es notorio en su obra su deseo de ir más allá de lo que habían pensado «los maestros». La obra de un investigador de espíritu libre. Desde sus años de formación destacó por evitar el sometimiento a las teorías previas. Recordemos su trabajo para acceder a la asociación psicoanalítica alemana criticando algunos trabajos recientes de Freud sobre psicosis y neurosis. Como también fue crítico con Melanie Klein que, aunque reconoció sus grandes aportaciones y haberse apoyado en algunos de sus estudios en medicina psicosomática, llegó a rechazar cuando no estuvo de acuerdo. «Siempre crítico de modo creativo», decía. Siempre preocupado de la expansión del psicoanálisis. El psicoanálisis era su vida, siempre estaba presente. Vivía para el trabajo, y para disfrutarlo como padre, esposo o amigo había que atraerlo, buscar los huecos de la persona que aunque muy exigente también era extraordinariamente cálida.

Y qué decir de su preocupación por la lectura y por favorecer la capacitación de los demás. Intentó complementar la biblioteca de la APA en todo momento, con nuevas publicaciones y copias microfilmadas de aquellos escritos imposibles de

¹⁹ Carta a los pacientes de la Unidad Garma de la Clínica Pinel-Farrapos en Porto Alegre.

obtener dotándole de un ambiente digno y un buen nivel de funcionamiento. Decía recordar un dicho de Ramón Gómez de la Serna: «Un libro es un ser sensible, cuando se presta, se siente maltratado y no vuelve donde su dueño» y él añadía: «creo que los libros deben ser prestados, pero vigilando su destino. Es lo que he hecho también con mi biblioteca particular. Nunca he negado un libro a nadie, pero siempre he apuntado dónde se encontraba»²⁰. Prestaba libros y conversaba sobre ellos compartiendo su entusiasmo por el conocimiento.

1949: Ángel Garma vuelve a Europa

Con los viajes a Europa y a diversos lugares de Sudamérica en la década de los años cincuenta y sesenta acontece la época de madurez de Ángel Garma. Tras la segunda guerra mundial, Garma acompaña a Elizabeth Goode, con quien se casaría poco después, al primer Congreso de psicoanálisis de postguerra, el XVI Congreso Internacional, que se realizó en Zurich. Fue en 1949 y la asociación argentina, la APA, obtuvo la afiliación formal a la Internacional de Psicoanálisis. «Cuando fuimos a ese congreso, me di cuenta que el grupo europeo le valoraba y admiraba el trabajo que él había hecho. Por ejemplo, Paula Heimann que fue compañera de él de seminarios en el Instituto de Berlín a finales de los años veinte, y ella en esos momentos era la segunda y muy íntima de Melanie Klein. No se separaban ni un minuto», comentaba Betty. Allí entabló amistad con Lacan que en ese congreso volvió sobre «el estadio del espejo» como formador del Yo, atacando a Anna Freud y a partidarios de la psicología del Yo. Debaten, junto a Arnaldo y Matilde Rascovsky y Teodoro Schlossberg, con Anna Freud, Melanie Klein y otros destacados integrantes del grupo kleiniano como Paula Heimann, Betty Josephs, Hanna Segal, etc. Melanie Klein disfrutó muchísimo de una presentación clínica de Elisabeth Goode (Betty) sobre un niño de 21 meses (Pedrito), el analizado más joven hasta entonces, menor aún que la famosa Rita. Betty pionera en el psicoanálisis de niños en Latinoamérica a partir de las supervisiones de sus propios historiales, recibió la invitación de este grupo para permanecer un año en Londres, debido fundamentalmente a sus trabajos asombrosos para la época, en los que se pudieran comprobar hipótesis y teorías de Klein. Betty tuvo que declinar el ofrecimiento, y además la propuesta contó con el rechazo de Garma porque las dinámicas y prioridades eran otras. Ese viaje a Londres se concretó más tarde en los años 1951-52, junto con Ángel Garma, y durante ese tiempo concurren a semina-

²⁰ Carta al Dr. Emilio Rodríguez (27-9-1967), presidente de la APA en ese momento.

HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

rios, reuniones de estudio y supervisiones diarias. Fue Melanie Klein quien, tras escuchar un trabajo de Garma en Londres le reprochó: «lo que pasa es que usted no es suficientemente kleiniano» a lo que Ángel contestó «no, porque yo soy garmiano».

BIBLIOGRAFÍA

- (1) ARBISER, S., «Psychoanalysis in Argentina», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Supl., 2003.
- (2) BALÁN, J., *Profesión e identidad en una sociedad dividida: la medicina y el origen del psicoanálisis en la Argentina*, Buenos Aires, CEDES, 1988.
- (3) BALÁN, J., *Cuéntame tu vida. Una biografía colectiva del psicoanálisis argentino*, Buenos Aires, Planeta Espejo de la Argentina, 1991.
- (4) BERNARDI, R., «Por qué Klein y por qué no Klein. Reflexiones sobre el desarrollo de las ideas psicoanalíticas en el Río de la Plata», *Revista de Psicoanálisis*, 2002, n.º 2.
- (5) BERGMAN, G., *Las psicoterapias y el psicoterapeuta*, Buenos Aires, Paidós, 1964.
- (6) CAMPOS, J., «Recuerdos, olvidos y reminiscencias o la SEPTG y «sus viejas historias». A un psiquiatra olvidado», 1995. El profesor Emilio Mira y López en www.septg.org/historia/hist00.htm, www.bibliopsiquis.com/miraylopez/caleidoscopio.htm.
- (7) CARLES, F., y otros, *Psicoanálisis en España (1893-1968)*, Madrid, AEN, 2000.
- (8) CARLES, F.; MUÑOZ, I.; LLOR, C., «El psicoanálisis en España en el siglo actual», en ANGOSTO, T.; RODRÍGUEZ, A.; SIMÓN, D. (compiladores), *1924-1999. Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría*, AEN, AGSM, 2001.
- (9) CESIO, F., *La Gesta Psicoanalítica en América Latina*, Buenos Aires, La Peste, 2000.
- (10) CUCURULLO, A.; FAIMBERG, H.; WENDER, L., «La Psychanalyse en Argentine», en *Histoire de la Psychanalyse*, bajo la dirección de Roland Jaccard, tomo II, París, Le Livre de Poche, Biblio essais, 1982.
- (11) CUETO, E., Entrevista a Betty Garma, www.elsigma.com/entrevistas/
- (12) ESPIRO, N., «Dr. Ángel Garma (1904-1993): Iniciador de la formación y el movimiento psicoanalítico en Argentina 2», *Revista de la AEN*, 1993, XIII, n.º 44, pp. 3-4.
- (13) ETCHEGOYEN, R.; HORACIO Y ZYSMAN, S., *Melanie Klein en Buenos Aires. Comienzos y desarrollos*, Buenos Aires, 2004. www.apdeba.org/secretaria@apdeba.org y www.alhp.org/foro20.htm
- (14) FELDMAN, N., *La psychiatrie en Argentine. Tendances et Évolution au XIX et au XXème siècle. Psychiatrie et Psychanalyse. Le Service de l'Hôpital de Lanus*, París, Université René Descartes, 1992, V, Inter Région Île de France.
- (15) GALENDE, E., *Psicoanálisis y Salud mental*, Buenos Aires, Paidós, 1999.
- (16) GARCÍA ARROYO, J. M., «Jacques Lacan: una biografía intelectual», *An. Psiquiatría*, 2004, Vol. 20, n.º 10, pp. 439-445.
- (17) GARCÍA REINOSO, D., «Psicología de alternativa: una herramienta de lucha», *Territorios*, 1986, n.º 3, Buenos Aires, pp. 13-14.
- (18) GARMA, C., *Betty por Betty Garma*, Buenos Aires, Proa XXI, 2003.
- (19) GARMA, A., *Nuevas aportaciones al psicoanálisis de los sueños*, Buenos Aires, Paidós, 1970.
- (20) GILLESPIE, R., *Soldados de Perón. Los Montoneros*, Buenos Aires, Grijalbo, 1998.

- (21) GLICK, T. F., «El impacto del psicoanálisis en la psiquiatría española de entreguerras», incluido en *Ciencia y sociedad en España*, editado por J. M. Sánchez Ron, Madrid, El Arquero, 1988.
- (22) GONZÁLEZ DURO, E., *Historia de la locura en España*, Tomo III, Madrid, Temas de Hoy, 1996.
- (23) HUERTAS, R., «Ciencia y mente sobre papel: sobre libros y bibliotecas psiquiátricas», en VV. AA., *Ciencia y mente: la salud mental en los fondos bibliográficos asturianos*, Oviedo, AEN, 2003.
- (24) HUERTAS, R., *Los médicos de la mente. De la neurología al psicoanálisis*, Lafora-Vallejo-Garma, Madrid, Nivola, 2002.
- (25) JONES, E., *Freud*, Barcelona, Salvat, 1984.
- (26) KAPLAN, A., «La emigración de los psicoanalistas de América del Sur», *IX Encuentro Internacional de la Historia del Psicoanálisis*, 2002, Barcelona.
- (27) LANGER, M., «Psicoanálisis y política: vicisitudes del movimiento psicoanalítico argentino», *Clínica y análisis grupal*, 1976, n.º 1, pp. 94-106.
- (28) LANGER, M.; DEL PALACIO, J.; GUINSBERG, E., *Memoria, historia y diálogo psicoanalítico*, Buenos Aires, Folios, 1984.
- (29) LÁZARO, J., «Archivos de Neurobiología: Los setenta y cinco años de psiquiatría española», en APARICIO, V. (compilador), *Orígenes y fundamentos de la Psiquiatría en España*, Madrid, ELA, 1997.
- (30) MARKEZ, I., *El bilbaíno Ángel Garma: fundador del psicoanálisis argentino*, Bilbao, Fundación BBK, 2005.
- (31) MUÑOZ, M. L., «Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico en España», *Revista de psicoanálisis*, Madrid, 1989.
- (32) NEIBURG, F., *Los intelectuales y la invención del peronismo*, Buenos Aires, Alianza, 1998.
- (33) PÉREZ-VILLANUEVA, I., *La Residencia de Estudiantes. Grupos Universitarios y de Señoritas*, Madrid, 1910-1936, Madrid, MEC, 1990.
- (34) PLOTKIN, M. B., *Freud en las Pampas. Orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983)*, Buenos Aires, Sudamericana, 2003.
- (35) RESNICOFF, B., Breve reseña del desarrollo del Psicoanálisis en la Argentina (desde un punto de vista testimonial), 2001. <http://www.alhp.org/foro12.htm>
- (36) RODRÍGUEZ PÉREZ, J. F., «La significación de Ángel Garma en el psicoanálisis hispánico», en APARICIO, V. (compilador), *Orígenes y Fundamentos de la Psiquiatría en España*, Madrid, ELA, 1997.
- (37) SÁENZ DE LA CALZADA, M., *La Residencia de Estudiantes (1910-1936)*, Madrid, CSIC, 1986.
- (38) SÁNCHEZ-MEDINA, G., *Sesenta años del Psicoanálisis en Latinoamérica. Ramón Sarró y Angel Garma*, Documentos RNE 1, 26-7-2002.
- (39) TEICHER, M., *Marie Lisbeth Glas de Langer (Mimi Langer). Historias que hacen Historia*, <http://www.psyconet.com/tiempo/historias/langer.htm>
- (40) TUMAS, D., «Un testimonio. Entrevista al Dr. Valentín Barenblit», en *Diarios Clínicos*, 1990, 2, pp. 112-119.
- (41) VISACOVSKY, S., *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*, Buenos Aires, Alianza, 2002.
- (42) WENDER, L., *Orígenes del Psicoanálisis y de su Institucionalización en la Argentina*, Conferencia en el Círculo Eros, Grupo de estudios del Departamento de Historia del Psicoanálisis, 2001, Buenos Aires, 2001.
- (43) ZAK DE GOLDSTEIN, R., «El pensamiento psicoanalítico pionero de Ángel Garma», *Revista de Psicoanálisis*, 1974, Vol. 31, n.º 4, pp. 843-879.

SALUD MENTAL Y CULTURA

Entrevista con Bernard Vincent

Nacido en París (1941), Bernard Vincent es un historiador de renombre en Europa y América del Sur. Consiguió su agregación universitaria en 1966, y desde sus inicios se centró en la Historia Moderna, particularmente en grupos marginales de la España de los siglos XVI-XVII.

Ha residido en nuestro país muchos años. Vincent fue miembro de la sección científica de la Casa de Velázquez inicialmente (1968-1971), algo más tarde director de estudios (1977-1978), y a continuación secretario general (1978-1982) de dicha institución. Asimismo ha encabezado el programa de cooperación franco-español en ciencias sociales (1993-1996). Por otra parte, ha enseñado en la Universidad de París VII, en varias etapas de su vida; pero, sobre todo, ha pertenecido siempre a centros superiores de investigación: *Centre National de la Recherche Scientifique* (1976-1978), y a la *École des Hautes Études en Sciences Sociales*, en donde ha sido director de estudios desde 1988 –era doctor de Estado ya en 1986–, y luego responsable de la Sección de Historia, desde 1996 hasta hoy. Sus colaboraciones con las universidades y centros investigadores españoles han sido constantes hasta el presente. Por añadidura, ha sido miembro del Consejo Nacional de las Universidades en Francia, en lo relativo a la historia moderna y contemporánea (1987-1988, 1992-1995), y es desde hace años miembro de la madrileña Academia de la Historia.

Vincent es autor de la recopilación *Les marginaux et les exclus dans l'histoire*, 1979, y ha trabajado en otras muchas obras colectivas. Una parte importante de sus publicaciones las ha hecho en nuestro país: escribió en 1978 una famosa *Historia de los moriscos. Vida y tragedia de una minoría*, con Antonio Domínguez Ortiz, con quien mantuvo siempre un trato familiar (casi como un hijo, ha dicho una vez); en Granada se han recogido dos series extraordinarias de textos suyos, *Andalucía en la Edad Moderna: economía y sociedad* (1985), y *Minorías y marginados en la España del siglo XVI* (1987). Además, *1492. 'El año admirable'* (1991), alcanzó resonancia internacional; y asimismo la ha conseguido su *España. Los siglos de oro* (1999), libro que conjunta imágenes y análisis temáticos de nuestra historia, hecho con Bartolomé Bennassar. Recientemente ha participado con un capítulo fundamental en la *España en tiempos del Quijote* (2004).

Nos gustaría que hablaras de tus inicios y de tu formación primera.

Nací en París; pero soy un parisino cuya familia proviene del suroeste de Francia, al norte de Toulouse. Allí pasaba, en Cahors, muchas vacaciones durante mi infancia y adolescencia, en casa de mi abuela y tatarabuela. Mi propia abuela materna estaba rodeada de españoles emigrados tras la guerra civil, como sucedía en toda esa zona. Ese fue mi primer contacto con España.

Hice los estudios superiores en la Sorbona, aunque mi maestro fue Pierre Vilar: era director de estudios en la sexta sección de la Escuela Práctica de

Altos Estudios, como se llamaba por entonces. Asistía a sus seminarios, y allí se produjo nuestro primer contacto, que luego supondría mi encaminamiento investigador.

¿Cabría decir que tu Andalucía en la Edad moderna y otros trabajos paralelos evocan, eso sí, por partes, la Cataluña en la época moderna de Vilar?

No pensaba en trabajar sobre Andalucía en ese momento. En mi juventud era militante político y sindical; estábamos en la fase final de la guerra de Argelia, por ello me atraía más la historia contemporánea, y concretamente quería estudiar el anarquismo español. Al finalizar la carrera, y como no había especialistas al respecto entre los profesores de Historia española, hablé con un historiador de Alemania que estudiaba movimientos sociales en general. Acordamos que hiciese una tesina sobre Pi y Margall; fui a Barcelona –era el curso 1964-1965– y concluí al fin ese trabajo, pero no salí muy entusiasmado de la experiencia con ese político concreto; seguía motivándome más todo lo relativo a la esfera social.

Por entonces había conocido ya a Pierre Vilar, que siguió mi trabajo inicial. Insistía yo en mi proyecto sobre el anarquismo, si bien Vilar me convenció para que cambiara de época. Principalmente porque en aquellos años era muy difícil investigar ese tema: la biblioteca Arús, tan importante, estaba cerrada y sus documentos no eran accesibles; además un alumno de Vilar era hijo de un anarquista, y éste tenía acceso directo a papeles privados. Así que, ante sus preguntas, me incliné por el siglo XVI, que me gustaba, y como en la época estaban de moda los estudios regionales me dijo: «¿Y qué región?».

Contesté casi al azar: «Andalucía». Lo dije simplemente porque nunca había estado allí. Sólo conocía algo de Cataluña. Crucé por vez primera una frontera –la frontera española– cuando tenía veinte años. Provenía de una familia modesta; y mis horizontes eran bastante limitados. Yo soñaba con Andalucía al ver grabados o al leer a los románticos franceses, a Gautier y otros. Me fascinaba ese mundo. Así comenzó mi interés por lo andaluz en 1966.

¿Y cómo abordaste tu tesis de Estado luego?

Es muy posterior, y algo peculiar. Se titulaba *Entre el Islam y la Cristiandad: el Reino de Granada en el siglo XVI*. No respondía a una tesis clásica, pues opté por la otra posibilidad francesa: reunir trabajos publicados y hacer una síntesis de unas cien páginas. Resumía en ella algo del libro sobre los moriscos que publiqué con Domínguez Ortiz –a quien conocí en 1968, gracias a Vilar–, parte de los dos libros de recopilación de artículos que publiqué con la Diputación de Granada, también del libro que publiqué con Cortés Peña, titulado *Historia de Granada*, así como mi aportación al volumen IV de la *Historia sobre Andalucía* publicado por Planeta en 1980, y una serie de escritos más.

En tus artículos –y no sólo en uno famoso sobre el Albaicín–, hay siempre una visión casi ‘panorámica’, atmosférica y humana: ¿es eco de la historia total vilariana, de las visiones de Braudel o de un «lanzarse a la vida» como decía Lucien Febvre?

No conocí a Lucien Febvre, pero lo he admirado y leído. Mi formación debe mucho a la escuela de *Annales*, y entre todos, Marc Bloch es mi preferido. Es quien me ha marcado como historiador y también como ciudadano. *La extraña derrota*, su libro sobre la capitulación francesa de 1940 lo he releído a menudo. También he estudiado intensamente a Braudel. No sé cuántas veces habré revisado *El Mediterráneo*. Aún hoy lo utilizo mucho, por partes, por filones. Pero la influencia más profunda ha sido la de Vilar, junto con la de Domínguez Ortiz. He seguido su enseñanza durante años. Su visión de una *historia total* me parece muy adecuada y he intentado aplicarla a mi manera, al lado de los historiadores españoles. Mis preferencias metodológicas para este oficio residen en intentar centrarse sobre un terreno que se conozca profundamente. Hay quien prefiere hacer estudios más panorámicos; no es mi camino: yo intento entender un territorio concreto.

Pero esa otra ‘panorámica’ tendría que ver con la geografía-historia más ceñida, como se ve en tu artículo sobre los terremotos de los siglos XV-XIX, de Andalucía en la Edad Moderna, donde se funden lo geofísico, lo arquitectónico, lo arqueológico y lo histórico...

Desde luego. Y los lazos entre geografía e historia son muy importantes. No hay que olvidar que Vilar fue un geógrafo convertido en historiador; lo resalta en el prólogo de su gran obra. Pero estos lazos hoy no cuentan tanto como contaron en los años veinte o treinta del siglo XX. Luego, los historiadores se han aproximado más a los sociólogos, a los antropólogos y también sin duda a los economistas. Sin embargo, hay que dejar claro que la relación entre geografía e historia es utilísima. El historiador que no conozca bien el territorio físico carece de algo esencial.

Los estudios sobre los terremotos me parecen un buen ejemplo de la historia total. Había trabajos de geólogos y geofísicos que intentaron verlos en perspectiva histórica, pero ningún historiador los había abordado antes, que yo sepa. En 1969, estaba investigando en Almería, y en una sola tarde de archivo –me acuerdo bien– encontré cuatro o cinco referencias a los terremotos, fenómenos que hacen desaparecer poblaciones de golpe y que afectan a las mentes de quienes sobreviven: la sorpresa y el espanto van más allá de lo que ocurre ante una epidemia o una inundación. Luego encontré muchas cosas más. Creo que constituye un buen ejemplo de historia global, representa la relación del hombre con el medio físico, que es una dimensión elemental de nuestra vida: pérdidas humanas, frac-

turas económicas, reconstrucciones, desplazamientos, reasentamientos. Hoy la historia del medio ambiente, y de sus cataclismos, está muy consolidada pero entonces apenas era tenida en cuenta... Siempre he estado atento a esas parcelas posibles de la historia poco frecuentadas.

Un terremoto produce una quiebra en las vidas, las expulsiones de minorías representan otro tipo de quiebra social. Tú has estudiado muchos márgenes de la sociedad, y cabría decir que has puesto de manifiesto lo que podría llamarse «la centralidad de los márgenes»...

Sí, me parece esencial revisar cualquier *margen* para establecer mejor las relaciones históricas. Los márgenes nos desvelan muchas cosas fundamentales sobre el *centro*, como se ve desde que se planteó, en los años setenta, el lugar concreto de la exclusión social, en sus diversas formas. En 1973 propuse, por ello, una asignatura sobre la historia de los marginados, en la Universidad de París VII. Creo que en Francia fue la primera, aunque constituía un interés común a los profesores del Departamento, pues Michelle Perrot, amiga mía, propuso al mismo tiempo el estudio de la historia de las mujeres, los «trabajos de género». Fueron propuestas paralelas, y la atención a los segregados revela bien el funcionamiento de la sociedad en su conjunto. Naturalmente, la lectura de Foucault fue una guía ante las preguntas que entonces me planteaba.

Escribiste sobre las epidemias en Andalucía o sobre la peste atlántica a finales del siglo XVI. ¿Has trabajado sobre hospitales?

La geografía de la peste implica ver el impacto económico que ésta produce, su mayor efecto en pueblos pobres que en localidades favorecidas, en las personas humildes que en las ricas, en suma, supone analizar sus vicisitudes dispares. No he trabajado sobre hospitales, aunque entre mis papeles tengo todavía muchas notas del archivo de San Juan de Dios de Granada y espero llegar a utilizarlas. Es una Orden que me atrae porque regentaba hospitales abiertos a todos los que llegaban: pobres, transeúntes de todo tipo, gente llena de incertidumbre. He encontrado libros de entradas de enfermos de algunos hospitales con datos muy valiosos.

La Orden tenía hospitales muy grandes en comparación con los demás de la época, que eran de diez o veinte camas, a lo sumo cincuenta, pero el de San Juan de Dios tenía trescientas. En los libros figuran enfermos de todo el mundo –pasan, por Granada, italianos, portugueses, franceses–; y es muy significativo que se recoja por escrito lo que llevan consigo al ingresar, lo poco que llevan; así se lee: «hato, mucha miseria», «mala ventura». Por las anotaciones se pueden deducir datos sobre las relaciones entre unos y otros.

Esa Orden tiene hoy un hospital con mil camas en Palencia...

Sí, aún persiste la gran dimensión de los hospitales de la Orden.

Los náufragos de Declerck, sobre la indigencia hoy en día, acaba de traducirse. ¿Que opinas de él, de sus fuentes a veces aparentemente tan imprecisas?

No conozco a Declerck personalmente. Su libro me interesa por su contenido y porque se sitúa entre varias disciplinas, sociología, psiquiatría, etc. Es muy importante para las ciencias sociales esa perspectiva tan variada... Por lo demás, no hay fuentes envenenadas en la historia, o todas lo son, o pueden serlo.

La hipótesis de Foucault sobre la construcción de una sociedad disciplinar entre los siglos XVII a XVIII –talleres, armada, prisiones– ¿te parece correcta para comprender la modernidad?

Me llamó la atención *El nacimiento de la clínica*; pero un libro tan importante como *Vigilar y castigar* es el que más me ha atraído, y marcado incluso, entre otras cosas porque estuve unos años enseñando en la cárcel. Había un acuerdo entre el Ministerio de Justicia y la Universidad de París VII para que acudiéramos como profesores a la prisión; y fui todos los miércoles durante tres o cuatro años, como voluntario, por supuesto. En una celda enseñaba a un grupo de seis u ocho presos. Con los peligrosos las clases eran particulares; y en ocasiones me quedaba allí dos horas encerrado con un alumno. Fue una experiencia difícil y dura, pero muy gratificante; alguno se ha convertido en investigador, en un compañero. Por eso me atrajo especialmente el libro de Foucault y su militancia en ese campo por esos años. No lo traté personalmente, y además mi trabajo estaba alentado por las instituciones mismas; en cambio, me vi con Michel de Certeau que conocía bien su modo de ver la historia.

Falta en tu enumeración su Historia de la locura, su modo de plantear la razón y la sinrazón modernas a través de Erasmo, Cervantes, Descartes, del encierro manicomial.

Su planteamiento es muy relevante y sin duda su análisis es notable, pero reconozco que mis trabajos no van por ese camino. No es mi territorio; la historia social es el centro de mi investigación, y no he estudiado, entre los excluidos, a los que se ven afectados por la enfermedad mental.

Y ¿cómo formularías esa crisis individual que se pone de manifiesto en el Quijote, en los libros sobre la tristeza de finales del XVI y principios del XVII, o en el género autobiográfico entonces naciente?

Lo que me interesa realmente es la relación del individuo con la sociedad. Y el *Quijote* en ese punto es un libro fantástico. Es una novela inigualable. Me llama

la atención en ella la crisis de cada uno de los personajes, a través de Don Quijote o mejor de Sancho. Y también ver cómo aparecen –y se relacionan– nobles, campesinos, criados desarraigados, el morisco Ricote, las distintas caravanas de personas.

Has escrito que el análisis foucaultiano de la instauración del régimen penal –con sus tres principios, celda, taller, hospital– es magnífico; y que ciertos aparatos disciplinarios, existentes antes del siglo XVIII, fueron adoptados por la legislación decimonónica. Entre ellos, dices, la Inquisición.

Vigilar y castigar se basa exclusivamente en el noroeste europeo, también en Norteamérica, pero olvida lo que sucede en Italia, y más aún lo que ocurre en España y Portugal. Es curioso que no haga ni una mera alusión a la Inquisición o a otros aspectos peninsulares. La Inquisición supone una cárcel preventiva, desde el siglo XV. No se localiza ya en un edificio reutilizado y abierto, como antes –así, una fortaleza de la periferia, en la que incluso se entraba y salía con cierta fluidez–, sino que tiene dimensiones reducidas, está muy planificado, y se sitúa lo más céntricamente posible, dato muy relevante sobre el papel que cumple.

Su originalidad se debe a la práctica del *secreto*, el aislamiento y la indefensión. Sus celdas o casillas son anónimamente iguales. En suma, es una máquina bien engrasada y consciente, muy moderna en ese sentido, aunque su modelo fuese conventual... Pero la Inquisición nunca me ha parecido algo peculiar, propiamente español, sino una variante de la sociedad disciplinar que el mundo europeo conoció en su conjunto.

¿El control social se hace muy visible a lo largo del siglo XVI?

Creo que esa centuria es crucial en nuestra evolución disciplinaria. Un libro de Jacques Le Goff, *La civilización del occidente medieval*, fue determinante en mi formación; lo publicó a mediados de los sesenta, y en él hay reflexiones muy sutiles sobre el territorio marginal. Y es que en el Medievo ese mundo disciplinar no existía. Se percibe, sin embargo, en el paso del siglo XV al XVI, o más bien en este último.

El caso español es fructífero a este respecto, pues hay facetas que no hallamos en otras partes. El debate sobre qué hacer con la pobreza –que existe en la España del siglo XVI– es muy rico y complejo y no se encuentra en otros lugares. Lo vemos desde el temprano escrito de Vives, de 1526, hasta el de Cristóbal Pérez de Herrera, de 1592, pasando por otros escritos (Robles, Soto, Giginta). Y también en lo que representa el hospital de San Juan de Dios, muy original en ese proceso, pues es un hospital abierto a todos y a la vez está lleno de elementos modernos, como la higiene, que se exigía siempre, o con ese mostrarnos la

relación que la sociedad establece con quien no trabaja. Ello ya está presente en *Del socorro de pobres* de Vives, que sugiere que todos se pongan a trabajar, o en el fallido programa de reagrupación que propone Herrera en *Amparo de pobres*.

¿Por eso has afirmado que la sociedad del Antiguo Régimen es dura y violenta?

Es que yo creo que la sociedad es violenta, a secas. Toda sociedad lo es. Y no basta con mostrar la faz funcional, optimista, de una comunidad: una historia social equilibrada exige tener en cuenta esa violencia... El problema era cómo controlarla y disciplinarla; así, una de las pautas características del Antiguo Régimen es precisamente el esfuerzo, tan visible, para intentar disciplinar a la gente. Creo que la sociedad del siglo XVI y XVII, sí, es muy violenta; poco a poco se encontraron recursos para intentar canalizarla. Quizás la época de la Europa occidental con menos atropellos internos, vista en su conjunto, sea la decimonónica, pese a tantas agitaciones.

Hoy estamos redescubriendo otras formas de violencia que nos sorprenden muchísimo, y el reto es encontrar la posibilidad de controlarlas y aminorarlas. Me refiero a lo que sucede estos meses en la calle. En la primera mitad del siglo XX no había violencia de este tipo, al menos en la Europa occidental (en Norteamérica es otra cosa). Son nuevas formas, son explosiones no controladas. Y el estudio de lo que se puso en práctica en los siglos XVII o XVIII puede sernos útil para comprender ciertas vías. Por ejemplo, los jesuitas en la segunda mitad del XVI o en el XVII, tal y como aparece en las Constituciones de la Orden, cuentan entre sus misiones la de «hacer las paces». Así está escrito, literalmente: quieren apaciguar cada sociedad por el sermón y la confesión, también mediante su ordenamiento social. Por otra parte, el Estado moderno acapara la violencia progresivamente, y además trata de controlar la de tipo cotidiano. En cambio, ahora la situación se desborda. En las manifestaciones parisinas de estudiantes, durante esta primavera, era intranquilizadora la presencia de grupos muy violentos que asaltaban desde fuera a sus participantes. Estas situaciones –que proceden asimismo de problemas sociales–, son totalmente inéditas, dada su expresión virulenta.

¿El concepto de conflicto de clases lo integrarías ahí? ¿Qué piensas del marxismo, hay indicios de recuperación de cierto Marx?

Nunca he sido marxista ni comunista aunque, por la decisiva influencia de Vilar –el historiador francés más importante en esa línea–, he tenido, sí, muchísimos amigos de formación marxista o de militancia comunista. El concepto de lucha de clases me parece central, sin duda. Hoy no está de más un retorno a Marx.

Nunca conviene olvidar su acercamiento a las ciencias sociales; y hay que leerlo, así como leer a ese tipo de historiadores. Por el contrario, el pensamiento de la corriente neoliberal me deja muy perplejo; y el eclecticismo actual de las ciencias sociales no me parece nada sano. Damos mucha importancia a ciertas estrategias políticas, a determinados intereses sociales, pero lo que está en juego son las grandes diferencias económicas, el desnivel entre los que tienen mucho y los que casi nada poseen. Los teóricos que abordan asuntos sociales carecen muchas veces del sentido común con que hay que acercarse a la realidad. Marx, en cambio, poseía ese sentido común: estaba en la base misma de su reflexión. Así pues, no hay que poner barrera alguna ante el pensamiento marxista. A mis alumnos les repito que es necesario conocerlo a fondo.

¿Has estado mucho en los países árabes?, ¿qué relaciones tienes con ellos?

No he vivido allí. He estado en Egipto, muy poco tiempo, y en los tres países del Magreb. El que menos conozco es Marruecos. En cambio con Argelia y Túnez mantengo muchos contactos; de hecho tengo hoy alumnos de ambos países. He ido a Túnez unas dieciséis o diecisiete veces. A Argelia –que me ha obsesionado– he ido con menos frecuencia, entre otras razones por las condiciones políticas que conocemos. En 1990 se me había confiado la responsabilidad de las tesis sobre España de la Universidad de Argel. Luego, no pude volver: una buena parte de las personas de quienes me ocupaba habían emigrado.

Por cierto, en el Estado de Qatar tradujeron mi libro sobre los moriscos. No sé qué tal es la traducción. Lo hicieron sin permiso, pero no importa mucho.

Granada es un núcleo de redes sociales y de intercambios prioritario en tu obra. El salto a Málaga que haces en alguno de tus estudios, donde aparece como un puerto en verdad de peso, ¿es por el eje Granada-Málaga o por su relación con el Magreb?

Mi interés por Málaga forma parte de mi interés por el reino de Granada, que era el objeto de mi tesis. Corresponde a las actuales provincias de Málaga, Granada y Almería. No quería olvidar ninguna parcela. El puerto de Málaga es fundamental, pero el de Motril, por la pesca, también lo es. La zona de Huéscar, en el norte del reino, era importante por el comercio de la lana, como las Alpujarras lo eran por los moriscos y la economía de la seda. Me ocupé de Málaga para intentar reunir los elementos de ese puzzle.

Pero asimismo me atrae esa costa por su relación con el Magreb. Esto viene de muy atrás, de los tiempos de mi formación y de militancia política y sindical durante la guerra de Argelia. Argelia ocupa en mi formación –y en mi ser mismo– un lugar muy especial. Las relaciones entre los dos países o el problema del cau-

tiverio me seducen, así como la presencia española en el norte de África. Como veis, voy saliendo de Granada para ocuparme de la otra orilla.

El microcosmos morisco es la gran referencia de tu trabajo. Con ello has hecho visible un grupo poco conocido, has logrado mostrar que la vida española de los siglos XVI y XVII era mucho más compleja de lo que parecía, familiar y socialmente.

Desde 1950, algunos historiadores –Caro Baroja, Reglá, Lapeyre– intentaron analizar la gravedad del conflicto con los moriscos. Serían el caso paradigmático de un grupo de personas que permite cuestionar la sociedad en su conjunto. Por una parte hay que tener en cuenta que los moriscos eran bastante numerosos, tenían peso demográfico. Además, había muchas diferencias entre los que estaban en Toledo y Ávila y los que residían, por ejemplo, en Valencia. Por otra parte, unos hablaban en sus casas sólo el árabe y otros el castellano. Había muchas discrepancias: no constituían en absoluto un grupo homogéneo.

En general si la sociedad *negocia* es porque hay conflictos. Abogo por una historia que tenga en cuenta tanto el acuerdo como la ruptura, y me preocupa muchísimo la relación con el otro. De ese tema Foucault nos ha enseñado mucho, al ampliar el ámbito de las relaciones de poder. Por ejemplo, las que están en juego entre los esposos. Ya es difícil vivir juntos en pareja, así que la convivencia entre vecinos, unos profundamente cristianos y otros cripto-musulmanes como poco, no resultaba fácil. Lo sugestivo es ver cómo cada cual adopta una posición diferente. Entre los moriscos encontramos desde el que profesa su fe musulmana a rajatabla hasta el que se convierte totalmente y sin reservas al cristianismo; en medio se dan todas las posibilidades. Lo propio sucede en la sociedad cristiana: las actitudes son muy dispares. Eso nos hace reflexionar sobre la sociedad del siglo XVI y también sobre la actual, que presenta análogos problemas de fondo aunque sus formas sean muy distintas.

Has descrito las tres fases represivas: la conversión de mudéjares castellanos, 1500-1502; la sublevación de los moriscos granadinos, 1568-1570; y la expulsión en 1609-1614. Pero la deportación de 1570, esa dispersión por distintas zonas de la Península, ¿fue un fenómeno singular o era habitual en las monarquías europeas?

En primer lugar, constituye una manifestación relativamente nueva de la violencia de Estado en la Europa occidental. (En China habría que estudiarlo). No es nuevo en cuanto a la expulsión de ciertas personas, pues no hay que olvidar que la expulsión de los judíos se realizó en Inglaterra ya a finales del XIII y en Francia a finales del XIV. En España fue mucho más tardía, como sucedió luego en otros

Estados europeos, hacia 1480-1500 en tierras alemanas o italianas, por ejemplo. Pero lo particular del caso español es la meticulosidad de la deportación en sí misma, la capacidad de la monarquía española para planear y aplicar el plan de desplazamiento de decenas de miles de personas. Es un modelo impresionante que se copió y se aplicó más tarde por parte de otras monarquías, como en la expulsión de los protestantes franceses en 1685, cuando se produjo la revocación del Edicto de Nantes. Supuso una verdadera *técnica*.

¿Esa meticulosidad se corresponde con unos reinados ‘papeleros’, burocratizados?

Lo que nos asombra al acercarnos a los archivos, en particular al de Simancas, es la abrumadora cantidad de papeles de los siglos XVI y XVII. Eso revela un Estado con una capacidad de gobierno y de control increíbles. Su eficacia era impresionante, y se refleja en una burocracia que se vuelca sobre los moriscos y que funciona muy bien.

Es un trabajo científico... Como lo será asimismo el exterminio nazi...

Sólo llegar a *concebir* ese «proyecto» en el siglo XX, antes de diseñarlo, es algo terrible ya, y su aplicación sistemática fue algo verdaderamente indecible. Pero su racismo (o nuestro racismo) no es igual al del siglo XVI; saber cómo es sirve para combatirlo mejor.

Describes los nombres y topónimos moriscos, hablas de la purificación tras el nacimiento, de la circuncisión a los ocho días o al octavo año; de los ritos nupciales; del entierro (cuerpo lavado, mirando a oriente; tumba con pan y pasas); de su alimentación (rechazo al cerdo y a lo que le rodea, rábanos, nabos y zanahorias, a los animales no desangrados); sus abluciones con agua, al levantarse y tras cada comida; de sus posiciones al orar; del viernes como día de religión, de sus prácticas sexuales. Tras las conversiones –dices– se prohíbe el sacrificio ritual, pero el baño y la conservación de las vestimentas no se considera un signo de que mantengan la fe... En fin, ¿el conflicto fue antropológico o antropológico-religioso?

Creo que es antropológico-religioso. La cuestión religiosa está en el centro, sí; de hecho llama la atención el que las autoridades españolas den inicialmente una definición sólo religiosa del morisco. Pero muy pronto destacan otras diferencias: la alimentación, los rituales de las bodas o la lengua (aunque la lengua se relacione con lo religioso en tanto que el árabe es la lengua sagrada en la que está escrito el *Corán*). Y se podía procesar a alguien simplemente por haber comido cuscús... Así que también es antropológico. Se los veía como un grupo distinto a

la sociedad mayoritaria, por la vestimenta de la mujer, o por sus prácticas religiosas del viernes. Fuentes inquisitoriales insistían, de hecho, en el foso existente entre ambos grupos.

No hay que olvidar además un aspecto que define bien el problema morisco y lo diferencia del judío: es la dimensión política. Los moriscos constituyen el elemento social que puede traicionar a la monarquía si se alía con enemigos, sobre todo con los musulmanes, aunque asimismo con los portugueses o los franceses. Hay documentos que describen supuestas complicidades con el exterior; y ese peligro se instrumentalizó en contra de ellos. Esta dimensión es global, y tampoco debe desdeñarse.

Tampoco su contribución a la agricultura...

Sí, pero ese aspecto iba más bien a su favor. Eran necesarios en muchas tareas, y los señores les protegían por razones económicas. Los aspectos económicos retrasaron la expulsión. Ya en 1570 se habla de una erradicación total; en 1582, estando Felipe II en Lisboa, una Junta estudia por su cuenta la posible expulsión y, de momento, el monarca rechazó la propuesta. Es un elemento recurrente hasta la toma de decisión definitiva en 1609.

¿Pesó más la mentalidad o la economía?

El aspecto económico es fundamental, y a favor de los moriscos. No obstante, creo que la mentalidad influyó mucho. El siglo XVI se caracteriza por la existencia de unas barreras muy fuertes entre unos y otros. Por eso aludía a otras expulsiones de judíos, en la república de Génova o en Ginebra. El camino hacia la tolerancia es lento; presenta los primeros elementos en el siglo XVII y se afirma en el XVIII. El peor momento en esa intransigencia fue, por consiguiente, el siglo XVI.

No creo en lo que escriben algunos sobre las corrientes favorables a los moriscos en el XVI. Según Márquez Villanueva no hubo complot morisco, hubo además una tendencia clara hacia la asimilación (querían integrarse) y no existió verdadero rechazo (la mayoría de los ciudadanos querría integrarlos). Su defensa es interesante y ha tenido mucho eco; es una gran aportación que no comparto. Me parece una visión anacrónica, y no corresponde a la realidad de aquellos momentos: era una sociedad más tensa y conflictiva de lo que parece. Es cierto que había una corriente moderada que se distingue de la radical, pero sólo se diferencia en la selección de los medios para eliminar al otro; la defensa, por ejemplo, de medios *suaves*, como apartarlos más lejos o evitar su concentración o favorecer matrimonios mixtos para que se diluya esa población. Pero el fin, aunque emplee otros medios, es el mismo, la desaparición del otro. «Que se acaben», decían a finales del XVI.

Hoy se plantea el problema en otros términos, como la aceptación del otro tal y como es o como se muestra. No intentamos convertirlos u obligarlos a vestirse de un modo distinto. En fin, muchas interpretaciones son como el mal periodismo, que no dan con la forma exacta, pues la literatura tiene su importancia en la historia. No es el caso de Márquez dada su calidad inusual, que admiro, pero resulta algo ingenuo su punto de vista.

Otra represión fue la de los judíos, a quienes además se les asigna sólo actividades claramente lucrativas, de un modo exculpatorio para los cristianos.

Algunos, sí, eran mercaderes y arrendadores ricos, pero mucha gente de ellos era modesta, desde luego: sastres, zapateros, curtidores y tundidores, tejedores, especieros, buhoneros, sederos, herreros y plateros. Suele decirse que no eran agricultores, pero los había en Tudela o en Zaragoza. En líneas generales eran humildes artesanos, vendedores ambulantes, pequeños prestamistas. Estaban bastante aislados socialmente, pero con el idioma sucedía algo distinto que con los moriscos: sólo una elite hablaba o comprendía el hebreo en la segunda mitad del siglo XV. En todo caso, las diferencias eran muchas entre ellos –eran más abundantes en Castilla, que en Andalucía–, tampoco había homogeneidad. Y la represión se mantuvo y acreció desde finales del siglo XV con los judeoconversos.

La polémica entre Domínguez Ortiz y Netanyahu, al publicar éste Los marranos españoles. Los orígenes de la inquisición, saltó a la prensa madrileña entre 1999 y 2000. Netanyahu señalaba que la mayoría de los conversos no seguían siendo judíos; que éstos sólo eran una minoría muy débil e insignificante; que en general abandonaron su religión judaica y fueron acercándose al cristianismo. ¿Qué opinas?

Me siento mucho más cerca de don Antonio por varias razones. Sobre todo porque me parece muy extraño pensar que todos los judíos habían sido convertidos por completo o que estaban en camino de ser profundamente cristianos, tal y como lo piensa Netanyahu. Los hombres son capaces de resistencias activas, pero también de otras pasivas que apenas se notan. Hay muchos modos de resistir. Lo mismo les ocurría a los moriscos: los hay que piensan en integrarse enseguida; o quienes, en cambio, rechazan esa vía e intentan mantener sus costumbres de manera clandestina; o quienes se quedan a mitad de camino. Tampoco conviene olvidar el juicio del «otro», las variadísimas miradas que los demás tienen hacia estos grupos minoritarios. En principio no podemos afirmar que todos sean de determinada manera.

La visión de Netanyahu resulta ser más bien política e ideológica. Quería demostrar la existencia del racismo y del antisemitismo en todo momento, lo cual

no siempre se comprueba en los siglos XV y XVI. Es un libro que sorprende: por una parte muestra una erudición impresionante; por otra, hay propuestas tuyas poco acertadas. El antisemitismo existía, pero no llego a entender bien el problema del racismo en el XVI y XVII, y es algo que hoy me preocupa. Algunos estudiosos niegan su presencia en ese tiempo en España, pero tengo mis dudas.

Me parece interesante, en ese sentido, estudiar la visión que se podía tener de los negros porque nos puede revelar elementos para definir el racismo de la época. No tiene nada que ver con el racismo del XIX, más biológico y «mejor teorizado». Pero hay que pensar que éste no salió de la nada y que habría elementos que prepararon el terreno en un tiempo anterior. La visión del negro, del morisco o del judío habría que enjuiciarla desde esa perspectiva, si bien es todavía algo muy resbaladizo. No tengo las ideas muy claras al respecto, aunque intento ir más allá.

Es la época en la que el eje del mundo se desplaza definitivamente, el Mediterráneo se empequeñece en medio de un universo ensanchado. Has descrito con viveza el éxodo que se produce en España, con una perspectiva más general.

La civilización española en buena medida se hizo urbana, pese a lo que parezca, pues el número de habitantes de las ciudades era ya mucho más abundante, proporcionalmente, que en otros Estados europeos: había cien localidades de la Corona de Castilla que contaban con cinco mil habitantes, y suponía el 21% del total. Sevilla alcanzó unos 120.000 habitantes en 1600. Pero es que –además de este desplazamiento interno de población–, hubo un verdadero éxodo. Con unos cien mil judíos expulsados en 1492 y otros más luego, con medio millón de musulmanes y criptomusulmanes que salen entre 1485 y 1615 –lo que representa una cantidad elevada–, con otro medio millón de individuos que parten hacia América entre los siglos XVI y XVII, suman más de un millón de personas alejadas, y buena parte de ellas padeció numerosas violencias. Todo ello sucede en una España de seis o siete millones de habitantes, lo cual supuso, en consecuencia, una verdadera convulsión.

Has trabajado sobre la esclavitud, de la que poco se sabía hace años, ejemplo extremo de movilidad forzada. Has escrito, por ejemplo, que ya en Málaga, en 1487, los vencedores cristianos esclavizaron a toda la población, a 10.000 personas, que hubo una gran cantidad de esclavos en la zona. Nos gustaría que hicieras un resumen.

Hoy sabemos bastante sobre los esclavos. Vienen estudiándose desde hace unos veinte años, y habrá un centenar y medio de títulos sobre la esclavitud en España. Este terrible problema antes se creía que había quedado zanjado en el

siglo XVI, pero no es así: se mantuvo en Europa hasta el siglo XIX. Los principales centros de trata de negros estuvieron en España o Portugal (Cartagena, Valencia y Sevilla o, sobre todo, Lisboa y Lagos). Lo cual es un aspecto clave para comprender asimismo la trata de esclavos en América, ya que hubo tráfico humano hasta el siglo XVIII; luego pasó a América, y a partir de entonces se recrudeció la competencia entre holandeses, ingleses y franceses.

Entre los siglos XV y XIX dos millones de personas fueron esclavizadas en la Península. Se extendió mucho la esclavitud al sur de la línea que pasa por Lisboa-Madrid-Valencia. En la España moderna, destacaron en Sevilla, Málaga, Granada, donde fueron el 10 ó 12% de sus habitantes. Aunque hubiese muchos en el sur, también se encuentran en Valladolid (un 1,5 % en los siglos XVI y XVII), así como en Toledo o Madrid. Por contraste, en el norte sólo se detectan unos pocos, en el País Vasco y en Galicia. En resumen, hubo en el siglo XVI unos 100.000 esclavos, el 1% del total de la población, con una esperanza de vida muy corta, de modo que esa minoría se *renovaba* de continuo.

Se está seguro hoy de la polivalencia del esclavo; podía ser doméstico o podía ser un trabajador, tanto de carga y descarga, como en la agricultura y la artesanía. Lo más destacable es que toda la sociedad podía tener esclavos: los nobles y los eclesiásticos, incluso los había en los conventos. También los tuvieron mercaderes y en ocasiones artesanos, pero menos, pues hay que tener en cuenta que su precio era elevado: 100 ducados; y como un ducado suponía cinco días de salario, exigiría 500 días de salario. Es un resumen muy rápido; además todavía queda mucho por afinar.

No parece que lo afine Les traites négrières (2004), de Pétre-Grenouilleau. ¿Podrías resumir tu polémica con él e indicarnos líneas nuevas de investigación?

Quizá viese yo el peligro de una panorámica, en el sentido global. Creo que le falta bibliografía española y portuguesa; sólo domina la inglesa, acaso por destacar los siglos XVIII y XIX. Pero en realidad hay que partir del siglo XVI o del último tercio de esa centuria; y además hay que considerar que la Península ibérica es fundamental. Y no sólo en relación con América, pues previamente la que pesaba era la trata de negros dirigida a la Europa del suroeste, en particular hacia España y sobre todo Portugal.

Por otra parte, hubo un comercio generalizado de hombres, un trato con personas capturadas y esclavizadas que buscaba lograr rescates: sucede en todo el sur mediterráneo, y no deja de tener relación con los negreros. Si los esclavos negros se usaron para las plantaciones, como él resalta, asimismo participaron en las minas y sobre todo en la vida doméstica, un aspecto capital que él tiende a soslayar. Finalmente, como otros, Pétre-Grenouilleau busca el *antecedente real* de la

trata moderna en el mundo musulmán –como si todo fuese igual en el tiempo–, lo que acaba eximiendo de responsabilidad a los europeos; esto me parece grave.

Hoy me interesa, personalmente, el asunto de los santos negros. La devoción que se les tenía es impresionante, tanto en España, Portugal o las Indias. Dentro de la visión que se tenía del «otro negro», hubo un intento a finales del XVI y principios del XVII de promocionarlos, defendiendo que pertenecían al plan divino, como todos los seres humanos, y que entre los negros había también santos como sucedía entre los blancos. Descubrí que había dos de ellos en Sicilia (territorio que pertenecía a la monarquía española), que fueron objeto de mucha devoción y que eran hijos de esclavos. Unos libertos, sorprendentemente, podían llegar a santos. Resulta significativa esta equiparación, pues se observa en todo el Imperio español. En la Nueva España o en Chile encontramos huellas de semejantes devociones. Y esta sería una veta nueva para entender mejor rasgos de la esclavitud.

No hay sociedad inmóvil, has señalado últimamente. ¿Pero qué supuso la movilidad de ese período?

En una etapa de mi vida profesional leí una serie de libros, a veces escritos por amigos muy cercanos, sobre la historia *inmóvil*. Yo mismo he explicado en clase que hubo, sí, desde el siglo XV hasta principios del XX cambios de carácter ondulante pero que volvían al punto de partida, así en lo relativo al crecimiento por ejemplo demográfico. Correspondería todo ello a un mundo de campesinos, inmóvil, que nacían, vivían y morían en el mismo lugar, que apenas se desplazaban al hilo de sus vidas. Sin embargo, el caso español no encajaba con esa visión, lo que me llevó a muchas discusiones con algunos colegas. Durante los siglos XVI y XVII la importancia de la emigración a América fue capital, así como los desplazamientos frecuentes de los moriscos, voluntarios o involuntarios, que realizaban varias veces a lo largo de su vida. Un ejemplo más: en 1700 existía la misma población que en 1500, y si nos quedamos ahí es como si no hubiese ocurrido nada entre tanto. Pero hay que estudiar, por citar un aspecto, si los descendientes tienen más medios ya en 1700... La microhistoria, por cierto, permitiría reconstruir mejor la movilidad social, los infinitos lazos que crea la gente, y que distinguen cada situación histórica.

Un aspecto singular de tu libro 1492. 'El año admirable' es cómo muestras la internacionalización del conflicto con los musulmanes; que de hecho se conoció la conquista de Granada en todo el mundo por ese motivo.

Me interesaba, siguiendo precisamente con la idea de movilidad, estudiar quién componía el ejército de Isabel y Fernando cuando se hicieron dueños de Granada. Y me encontré con alemanes, suizos e italianos, con franceses e ingleses. Eso significa que España no era un país peculiar ni diferente. España era una

nación muy europea a finales del XV, y la empresa de Granada se vio respaldada por toda la cristiandad. Hubo un movimiento común que nos explica la presencia de gentes de muchas partes. Además, hay que tener en cuenta que la movilidad era un elemento fundamental de la sociedad del Antiguo Régimen. No quiero decir que todos los campesinos se desplazaran mucho a lo largo de su vida, pero había bastantes que sí lo hacían. Estos últimos años defiendo que si la monarquía católica se mantuvo durante más de tres siglos fue precisamente por la presencia de bastante gente que tenía el sentimiento de pertenecer a un espacio plural, muy extenso. Gente que había pasado tiempo en América o en el Norte de África o en Flandes.

Has descrito esa circulación en el Quijote; ¿repercutió ese hecho en nuestra literatura de la época, por ejemplo, en el Viaje de Turquía?

He abordado esa notable movilidad hace poco en «La sociedad española en la época del *Quijote*». Me llamaban la atención los continuos recorridos en torno a un *centro* que es básicamente La Mancha. Y no sólo se traslada siempre don Quijote, el andante, sino también todos los que se encuentran con él; especialmente en esta obra de Cervantes aparecen todo tipo de personas que se desplazan, todo tipo de posadas, tan significativas; hay un trasiego de bienes, ganados, presos, viajeros. Estamos ante una sociedad en tránsito incesante. Encontramos el mismo testimonio en los libros de entradas del Hospital de San Juan de Dios, por ejemplo. Es increíble la variedad de datos sobre vidas que huyen y se frustran.

El *Viaje de Turquía* es una ficción, pero basada en hechos reales. Hubo mucha literatura de este tipo en la época. Hay textos del final del XVI y principio del XVII que narran, por ejemplo, cómo un chaval de catorce años decide un buen día, como dice en su relato, salir «a ver mundo». Sale de su pueblo manchego, encuentra a otro joven de su edad y van a Málaga, luego a Orán con unos soldados y acaban en Constantinopla, secuestrados por unos corsarios. Es una movilidad no controlada, en la que unas veces saben lo que van a hacer y otras no.

Destacas a menudo la importancia social de la dependencia, de los dependientes de muchas familias...

Sí; suponía una gran cantidad, el 20% de la población entre los siglos XVI y XVIII (quizá del XIX); y comprende a aprendices, criados –un mundo complejo–, esclavos, mucho más numerosos de lo que se pensaba, e incluso a expósitos, que permanecían a menudo ocultos. Una quinta parte de la población, pues, era *dependiente*, así que convenía rescatar del olvido a estos seres modestos cuya relevancia en la economía y en la sociedad misma era clara, cuyo papel era de

hecho estructural. Pero es el mundo de los que no dejan mucha huella: ni aparecen en los libros de familia ni en los libros de defunciones.

Cuando estuve por primera vez en Madrid, en 1967 –ese Madrid enrarecido del franquismo–, me sorprendió mucho que la profesión de criado fuese la más importante. Cerca de trescientas mil personas vivían ejerciendo el servicio a los demás. Es decir, que se trataba de algo que ha existido hasta épocas muy recientes. Incluso hoy es un sector de la economía notable, aunque naturalmente tenga ahora otras facetas; su evolución es muy significativa.

Sucede que la historia de ciertas redes de relaciones o de solidaridad –cofradías, comunidades en el mundo rural, facciones en el reparto del poder local– hace olvidarse de las *desuniones* en una sociedad, no sólo de la estricta marginalidad sino del mundo de quienes son ajenos a las redes fundamentales. En la historia social hay que estudiar a los campesinos, los artesanos, los obreros, los burgueses y los nobles, pero también a todo ese grupo de *dependientes* que no ha suscitado el suficiente interés en los investigadores. Mucha historia se fija especialmente en los ricos, y no en los pobres, pero los estudios de los setenta intentaron invertir la perspectiva.

Lo que abordaron José Antonio Maravall (en La picaresca desde la historia social) y Geremek (en La piedad y la horca o en La estirpe de Caín), muestra que los criados se hicieron más conflictivos en el siglo XVI. ¿Coincide con tu perspectiva social?

Son libros muy importantes y pioneros, producto de la reflexión de los años sesenta y setenta; nos han enseñado parcelas de la historia que conviene recordar siempre. Maravall se basa en un profundo conocimiento de los textos publicados en la época, y sus trabajos han encontrado un paralelo con la obra de Geremek, basada en documentos de archivo. Y así Geremek nos muestra entre otras cosas, cómo existía una solidaridad entre esos grupos marginados o dependientes, pero le faltó investigar la complejidad real de las relaciones entre amos y sirvientes. Una vez más, las aportaciones de Foucault nos ayudarían a entender esa complejidad: muchos aspectos se nos escapan.

¿El criado se hace más independiente porque la sociedad se vuelve menos familiar, más anómica?

Sucede así, indudablemente; aunque, por otra parte, no hay que olvidar nunca la capacidad de resistencia y organización de los grupos más pequeños y modestos. Esto hace que la mirada sea más activa, que busquemos cómo llegan a defenderse ciertas capas de la sociedad, más allá de esa anomia que los haría pasivos...

Las relaciones, por tanto, son reversibles...

Sí. Por ejemplo, la película de Losey, *El criado*, sería reveladora sobre un cambio de relaciones. Cada individuo tiene recursos para cambiar el sentido de su camino. Y la película muestra esas gradaciones; si ves los cinco primeros minutos y los cinco últimos crees imposible que exista continuidad en ese relato; pero lentamente se fue modificando todo...

Es el poder de los dependientes...

Sí. Parecen en principio tener pocas posibilidades de ejercer el poder, pero no se puede descartar totalmente que lo logren. Y yo añadiría: ¡ojalá sea así!

F. Colina y M. Jalón

BIBLIOGRAFÍA

Entre sus publicaciones resaltan, en primer término, *Historia de los moriscos. Vida y tragedia de una minoría*, Madrid, Alianza, 2003 (or. 1978; trad. árabe, Qatar, 1984), con A. Domínguez Ortiz; *Andalucía en la Edad Moderna: economía y sociedad*, Granada, Diputación, 1985; *Minorías y marginados en la España del siglo XVI*, Granada, Diputación, 1987; así como *1492, 'El año admirable'*, Barcelona, Crítica, 1992 (or. 1991; aumentada en 1996; trad. en Portugal y Brasil, Alemania e Italia), es una obra premiada en Francia, en 1992 y 1993. Y se ha difundido mucho *España. Los siglos de oro*, Barcelona, Crítica, 2000 (or. *Le temps de l'Espagne XVI^e-XVII^e siècles*, 1999; que fue traducida al alemán), con Bartolomé Bennassar. Destaca recientemente «La sociedad española en la época del *Quijote*», en A. Feros y J.E. Gelabert, eds., *España en tiempos del Quijote*, Madrid, Taurus, 2004.

Pero asimismo deben recordarse sobre el mundo granadino: «Andalucía oriental moderna», en *Los Andaluces*, Madrid, Istmo, 1980, pp. 107-134; «Economía y sociedad en el Reino de Granada en el siglo XVI», en *Historia de Andalucía*, t. IV, Barcelona, Planeta, 1980, pp. 160-223; «Economía y sociedad en el Reino de Granada en los siglos XVII y XVIII», en *Historia de Andalucía*, t. VI, Barcelona, Planeta, 1981, pp. 352-401; *Historia de Granada, III, La época moderna, siglos XVI, XVII y XVIII*, Granada, Don Quijote, 1986 (con A.L. Cortés Peña); *Terres de Grenade*, París, Arhis, 1987 (con A. Bazzana y A. Humbert) y la pequeña monografía *Grenade, un guide intime*, París, Autrement, 1989. Podemos añadir: «La disidencia morisca», en VV. AA., *Disidentes, heterodoxos y marginados*, Salamanca, Universidad, 1998; «El río morisco», en VV. AA., *La expulsión de los moriscos*, Madrid, Comunidad, 1998; o «Granada tras la reconquista», en VV. AA., *Los Reyes Católicos y Granada*, Madrid, Soc. Est. Conm. Cult., 2004; «Sur une relecture de l'histoire de la traite négrière: débat», *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, 52-4 bis, 2005.

Añadimos otros trabajos de documentación: *1492, les royaumes ibériques*, París, Cahier de la documentation française, 1992 (con J.-F. Schaub); *Dictionnaire des biographies. IV, Le Monde moderne (vers 1480-1815)*, París, Armand Colin, 1995 (con J. Béranger y J.-M. Bizière), ciento veinte biografías españolas, portuguesas e italianas; y el prefacio a la reedición de Antonio Gallego Burin, Alfonso Gámir Sandoval, *Los Moriscos del Reino de Granada según el sínodo de Guadix de*

1554, Granada, 1996, pp. IX-LII. Además de publicar 150 artículos, B. Vincent ha realizado las siguientes ediciones: un libro extenso *Les marginaux et les exclus dans l'histoire*, París, 1979; *État et Église dans la genèse de l'État moderne*, Madrid, 1986 (con J.-Ph. Genet); el número monográfico sobre «Espagne, Espagnes, XV^e-XX^e siècles», *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, 41-2, abril-junio 1994; *Granada 1492-1992, Del reino de Granada al futuro del Mundo Mediterráneo*, Granada, 1995 (con M. Barrios Aguilera); *Les figures de l'administrateur. Institutions, réseaux, pouvoirs en Espagne, en France et au Portugal, XVI^e-XIX^e 16e-19e siècle*, París, 1997 (con R. Descimon y J.-F. Schaub); *L'Espagne, l'État, les Lumières*, Madrid-Burdeos, Casa de Velázquez, 2004 (con J.P. Dedieu).

* Entrevista realizada el 8-VI-2006.

Sobre *Los Náufragos* de Patrick Declerck

Hoy, con el fenómeno masivo de la exclusión social, los clínicos y los trabajadores sociales se encuentran atrapados en un vértigo entre medicalizar lo social o «etnologizar» el sufrimiento psíquico. Con la exclusión, la sociedad se forja una imagen del otro radical que ya no es el migrante sino el pobre. Volvemos así a una manera de estigmatizar que era dominante hace unos veinte años, como pudo establecerlo uno de los más inventivos seguidores de G. Balandier, G. Althabe. Desde entonces se produjo el gran éxito mediático, electoral, incluso universitario, de las militancias segregativas y culturalistas, representadas en Francia por la neoetnopsiquiatría de T. Nathan o M.-R. Moro.

Éste más allá de la pobreza que es la miseria lleva a considerar que el sujeto situado «fuera-de-lugar» ya no es entonces única y simplemente el exiliado «exótico», se convierte en el exiliado del interior al que se llama «excluido». Digamos enseguida que la incomodidad de los psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales frente a la exclusión es inevitable, pero la cuestión que la motiva sigue estando mal planteada.

La afirmación de que existe una categoría supuestamente homogénea de excluidos es una ficción; es decir, que no es más que una hipótesis considerada erróneamente como una tesis. Esta reducción ideológica que unifica a los excluidos como población aparte, legitima el hecho de que se preconice cierto número de tratamientos dirigidos a una población concreta. Desde hace unos años, la sociología y la antropología de lo contemporáneo, con y después de Balandier, se han interesado por lo que podría llamarse la estructura negativa de la sociedad: la exclusión. Este interés, con excepción de las investigaciones de Vexliard, que tienen ya cerca de medio siglo, no ha producido muchos documentos clínicos accesibles al gran público. Existen informes de investigación, pero siguen teniendo poca difusión. Hay también actas de coloquios (recientemente, y bajo la dirección de F. de Rivoire, *Psychanalyse et malaise social*, editado por Érès), números de revistas (*Psychologie clinique*, en 1999, *L'homme et la société*, en 2001, editadas por L'Harmattan), pero hasta ahora disponemos de pocos testimonios de envergadura que se refieran a los modos de tratamiento psíquico posible con sujetos crónicos de la indigencia.

He aquí, pues, que Patrick Declerck, antropólogo y psicoanalista, relata en este volumen de la colección *Terre Humaine*, su trabajo etnográfico y psicoterapéutico con indigentes [*Los náufragos*, Madrid, AEN, 2006]. No se trata para él de explicarnos cómo cuidar a los indigentes con vistas a reinsertarlos (pura quimera, la mayoría de las veces) sino de cómo hacerles una vida posible. Y ha querido situarse lo más cerca posible de la vida de los indigentes como antropólogo, guiado y aconsejado por G. Devereux, y luego dialogando con J. Malaurie (el

director de esta insustituible colección de libros)¹, amoldándose a los ritmos precisos e inevitables de su vida cotidiana, en esos momentos en que –a menudo por propia voluntad– son recogidos e «higienizados» por los centros de alojamiento de urgencia, entre los cuales se encuentra el C.A.S.H. (Centro de acogida y cuidado hospitalario) de Nanterre.

Antropólogo y psicoanalista, habla de clínica a partir de su consulta de escucha destinada a los indomiciliados, la primera de este tipo en Francia, que abrió en el marco de Médicos del Mundo. Nos da así indicaciones sobre la psicopatología de la extrema desinserción, sin prescindir de las dimensiones transferenciales y contra-transferenciales que han dado peso y sentido a algunos de sus modos de hacerse cargo de ellos.

En un primer momento, veremos cómo su proceder inscribe una ruptura en las tendencias clásicas de la investigación que se refiere al hecho social atípico en antropología. En segundo lugar, designaremos los ejes de la clínica a la cual nos introduce.

Si la tendencia clásica de las investigaciones sociológicas con R. Linton, antropológicas con C. Lévi-Strauss, incluso etnopsicoanalíticas con G. Devereux, ha consistido en las contradicciones de la sociedad y las resoluciones estructurales de esas contradicciones sociales a partir de los sistemas de exclusión, el aumento importante de los excluidos en el mundo occidental, lleva a considerar esta «categoría» de los «excluidos» por sí misma. Más adelantados que nosotros en sus elaboraciones, algunos novelistas ya intentaron acercarse lo más posible a esta condición del sujeto reducido a una pura supervivencia. Aquí se impone la novela de Walter Kolbenhof, *Untermenschen*, aparecida inicialmente en 1933 en la Trobis, editorial fundada en Copenhague por el psicoanalista comunista alemán en el exilio, W. Reich.

La exclusión, término a la vez demasiado real y demasiado alegórico, supone un individuo que no está, o que ya no está, integrado en una red de solidaridad familiar, amistosa o de barrio. Semejante definición establece, pues, una línea divisoria entre exclusión y precariedad. Existen barrios, suburbios en situación económica precaria pero en los que se producen sistemas y redes de solidaridad económica, basados unas veces en el trueque, otras en economías marginales o poco legales. Debido a la existencia de esas redes de solidaridad, no puede hablarse en esos casos de exclusión. A la inversa, en ciertos islotes de exclusión, no-luga-

¹ La colección *Terre humaine*, dirigida por Jean Malaurie, es una empresa singular que nació en 1955. Roza ya el centenar de títulos, entre los que se cuentan: *Los últimos reyes de Thulé* de Malaurie y *Tristes trópicos* de Lévi-Strauss, *Los inmemoriales* de Segalen, *Praga mágica* de Ripellino, *Chronique des indiens Guayaki* de Clastres, *Las venas abiertas de América Latina* de Galeano, *Ishi* de Kroeber, *Lo exótico es cotidiano* de Condominas, *L'été grec* de Lacarrière, *Carnets indiens* de Ribeiro, *Terres vivantes* de Dumont o una obra tan impresionante como *Elogiemos ahora a hombres famosos*, de Agee. (N. de la R.)

res situados en las orillas de lo que muestra y permite el desplazamiento de los cuerpos y de los objetos, de lo que da presencia y hace físicamente palpable la velocidad (ramales conexión de autopistas, halls de estaciones o de aeropuertos), se puede ver cómo se reúnen algunos «encerrados fuera», «exiliados del interior» como se les llama a veces. El excluido ya no es entonces solamente el que vive en los lugares donde reinan la miseria y el paro masivo, es el que ha superado una línea, un umbral, un pasaje, que ha llevado a cabo un salto en el que se ausenta del vínculo social y la fraternidad de discurso.

Es a menudo a través de una relación catastrófica con el espacio común, con la polis, como la precariedad se inclina hacia la exclusión. En París, viven o sobreviven entre 10.000 y 15.000 indigentes; en torno a este núcleo gravita una población heterogénea, compuesta por jóvenes, a veces adolescentes, toxicómanos y prostitutas de ambos sexos, personas perdidas al salir de la cárcel, incluso del hospital psiquiátrico. El mundo de indigencia también evoluciona, y muy deprisa, convirtiéndose sin duda en algo aún más inquietante y violento de lo que era hasta entonces.

P. Declerck no nos presenta solamente los resultados de una observación participativa fechada. Disfrazado de indigente, hace quince años, se sintió motivado para conocer desde dentro los centros de alojamiento de urgencia. La presencia peligrosa de toxicómanos, la complicación debida al deterioro de la higiene o por la frecuencia de contaminaciones VIH (circulan agujas infectadas) son factores bastante nuevos que, según dice, le disuadieron hace poco de proseguir hasta su término otra observación directa. Las descripciones que nos ofrece de su experiencia «antropológica» pasada son duras, emocionantes, y convierten el principio de este libro en una forma de hazaña de gran periodista. Con lo que pueda haber fascinante e impresionante, incluso heroico en esta forma de proceder. También, y eso puede molestarnos, con un lirismo un poco a lo Céline y casi gozoso a la hora de describir cuerpos, como si la realidad se convirtiera, y se sublimara, en un cuadro de Brueghel padre y el Bosco. De todas formas, un libro constituido por ese tipo de testimonio pronto habría encontrado su límite. Sin embargo, si el título *Los náufragos* evoca una colección del otro al cabo de la cuerda, y anuncia casi un espectáculo de la radical extrañeza de esas alteridades límite, el subtítulo propuesto «Con los indigentes de París» tranquiliza y es más adecuado. De este «con», sabe hablarnos este libro.

P. Declerck encontró realmente sujetos como «otro» que ellos y como un interlocutor de su miseria y de su humanidad. Había que describir las condiciones de existencia, las crueldades, sin duda poco evitables, de la forma que adoptan algunos auxilios de urgencia, pero el autor va más lejos. No se expone a nosotros únicamente como el que ha compartido las formas de vida y las costumbres de una

tribu lejana. Indica cómo interviene, oye, habla y se coloca a la altura de las peticiones de escucha que le dirigen. Es un psicoanalista sin diván, que tiene sus convicciones teóricas y sabe dónde está con su compasión, sus arrebatos de ira, algunas veces, sus bruscos deseos de echar a esos clientes o de seguirles, a lo lejos, una vez pasados los muros con esa voluntad patética de localizar los trayectos de vagabundo, a menudo mortales, que conocieron algunos.

Y vemos cómo esos grandes excluidos llegan a tener densidad humana. En sus melancolizaciones, nos hacen ver que lo que permite a un sujeto darse una consistencia de cuerpo y de lenguaje es que algo de su historia individual en sus desfallecimientos se apoya en la historia colectiva. Vemos muy bien cómo sujetos que se encuentran en gran exclusión traen al primer plano lo que de no compartible y no simbolizable ha reabierto la historia colectiva, ha reabierto en la violencia de nuestra época.

Los excluidos niegan la mayoría de las veces los trayectos de reinserción que se les proponen. Queda destacado bastante dolorosamente que el sentimiento de deuda es bastante poco conocido para ellos, o, al menos, bastante poco motor, con el riesgo de que el cuidado se reduzca a la gestión más apropiada del organismo de cada uno de ellos o de la masa que representan colectivamente. Los excesos de cólera, de los rechazos virulentos o de los odios expresados a veces por sujetos marcados por una vivencia de exclusión han recibido a menudo una explicación comprensiva, compasiva y médica. No es falso cargar tales excesos en la cuenta de las ingestas masivas de alcohol y de disolvente. Pero ¡qué reductor resulta! Ya sería hora también de situar esta agitación del cuerpo propio, esas mostraciones de lo obscuro, esos excesos, esos arrebatos de ira, esos gritos, etc., como signos de resistencia a la violencia soft, civilizada, eficaz que está agobiando nuestros tiempos llamados «modernos». Los sujetos en exclusión y que no (o que ya no) se avienen a esos apaños sociales, manifiestan una manera de resistir a la promoción actual de enmascaramiento de lo real de los cuerpos, de las hablas, de las historias y de los lugares.

Anti cromo y anti manual para almas delicadas llenas de buenos sentimientos y militantes de la caridad y de la compasión todo terreno, este libro, que no le suelta a uno, plantea cuestiones justas y anuncia desilusiones necesarias.

Porque es un investigador consecuente, P. Declerck rechaza el confort asepticado que destila el uso de ciertas palabras. Como la palabra 'reinserción', que recuerda a la 'sobreinclusión', utilizada de manera crítica por P.-L. Assoun cuando habla del excluido como sujeto del perjuicio. Hay que hacerse a la idea de que muchos hombres y mujeres que sobreviven en los límites de la razón social y de la razón humana, nunca han sido insertados. La urgencia, si es que hay una, no es la de reincluir o re-insertar, sino la de permitir a esos sujetos poder utilizar mejor,

dice P. Declerck, las funciones de abrigo y de cuidado que ofrecen algunas instituciones. Hay exilios del interior, sin gran retorno posible hacia soluciones sociales convencionales, pero a los que se puede ayudar a no seguir destruyéndose. Programa mínimo, resignado, derrotista dirán algunos. Programa que más bien toma en serio lo que se está destituyendo. Se ve colocada en primer plano la función asilar del cuidado psíquico, actualmente despreciada en provecho de la función promocional del cuidado educativo.

¿Es que hoy en día sólo queda la calle como lugar en el que se pueda estar loco? Es cierto que se ve en la calle (en algunas ocasiones he estado asociado a «búsqueda de clientes» del Samu Social en París, o en otras partes en Bamako) una forma de Hospital psiquiátrico errático y disociado. Ir al encuentro de los grandes excluidos, que no han tardado mucho en hacerse crónicos, lleva a encontrarse con una población en gran parte compuesta por grandes delirantes, a menudo esquizofrénicos de los que nadie se ocupa, salvo en caso de que caigan en estado de incuria, desarrollando enfermedades y afecciones somáticas graves (úlceras, gangrena, etc.), y que se encuentran, debido a la conjunción entre su estructura psicótica y la extrema carencia en la que están macerando, agarrados a su dolor y a sus llagas, como si así se escribiera, aún con riesgo de su vida, la única firma o el único compañero que aún pudiera quedarles.

Con el fin de oponerse a esta presencia devastadora de la muerte como objeto y como proceso en sí, la clínica de los grandes excluidos lleva a tomar en serio esta función de la acogida, del asilo. Lleva a favorecer la creación de una red de acogida, de alojamiento y de cuidados, sin cargar con rebuscados tecnicismos y alta tecnología, ni acreditación sofisticada o evaluación policial, es decir, sin adherirse a esta masa de artilugios presupuestarios y cientifistas que están dejando en nada la Institución de cuidado.

Rechazando igualmente el indigesto pathos en torno al «sufrimiento psíquico» y a la «victimología», P. Declerck está empeñado en hacer valer una tesis, robusta y necesaria: una gestión sana de la cronicidad va acompañada de un abandono de la fascinación por el extranjero y por la víctima. Lo que hay que reconsiderar de cabo a rabo es, pues, el término de exclusión, al menos por las razones siguientes. En primer lugar, fabrica una masificación de categoría: los excluidos sin ninguna pertinencia clínica; en segundo lugar, hace de los «excluidos» una suma de víctima, sin que se llegue a plantear la dimensión del rechazo o de la transgresión que se observa en algunos. La víctima es a la vez objetivada y absuelta. *Last but not least*, este término, que lo explica todo, no explica nada.

Hay que conocer el libro de P. Declerck, y releerlo. Muy comprometido, le favorece además una construcción muy libre, como una marquetaría «free-jazz» en que los testimonios, los recuerdos personales, los edificios teóricos, y los frag-

mentos autobiográficos se responden y cada uno de ellos conserva su consistencia e insistencia propias. Entre mostración de demostración, este libro propone hipótesis a la clínica y bases de reflexión a la Institución. «Descaridatiza», en el mejor momento de su escritura, con una tierna e incansable ferocidad.

Las almas sensibles, se ha dicho, deberían prohibirse la lectura de este libro, tal vez incluso tuvieran que abstenerse de hacer clínica.

Sin embargo, un libro así ¿estaría ya un tanto pasado? Sí y no. No, pues lo insustituible del testimonio no está destinado a volverse obsoleto. Sí, un poco, lo cual es menos un reproche que una petición de otras contribuciones. En efecto, la actualidad de las instituciones que se hacen cargo de los grandes excluidos está ahora, y gracias a los trabajos de los pioneros, entre los que se encuentran Declerck, Henri y Emmanuelli, y a la creación de redes como la ORSPERE en Lyon o el RNSPP (Red Nacional de Sufrimiento Psíquico y Precariedad), mucho más diversificada y tal vez sea más eficaz también en el sentido de la prevención.

Exclusión, precariedad, vagabundeo y salud mental: se han hecho balances, pero todavía está por hacer un balance de las maneras de actuar en esas instituciones y esas redes que se ocupan de la exclusión. ¿Será ésa la verdadera urgencia?

* Olivier Douville es Psicoanalista y Profesor titular, en París (Francia). Desde hace tiempo es el Director de publicación de la revista *Psychologie clinique*. Este escrito lo redactó tras la salida del libro de Declerck en Francia (2001): agradecemos a su autor la rápida aceptación de reproducirlo ahora en nuestra *Revista*. (Traducción de Julián Mateo Ballorca).

DEBATES E INFORMES

Situación actual de la especialidad de enfermería en salud mental

RESUMEN: Situación actual, marco normativo y perspectivas de la especialidad de Enfermería en Salud Mental.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, Especialidad, Salud mental.

SUMMARY: Current situation, legal norms and expectations of the mental disease in the nursery speciality.

KEY WORDS: Nursery, Speciality, Mental Disease.

Antecedentes

La especialidad de Psiquiatría para Ayudantes Técnicos Sanitarios se inicia en 1970 (D. 3193/1970), previamente se habrían creado las de Asistencia Obstétrica (D. 18/1/1957, modificado por RD 2287/1980) Radiología y Electrología (D. 1153/1961), Pediatría y Puericultura (D. 3524/1964) Neurología (D. 3192/1970), Análisis Clínicos (D. 203/1971) y Urología y Nefrología (D. 2235/75) (1).

Mediante el Decreto 2128/1977 los estudios de enfermería se integran en la universidad y, si bien, durante el curso 77-78 coexistieron los estudios de ATS y de Diplomado en Enfermería, ya, durante el curso 78-79 se implantó la Diplomatura en todo el territorio nacional, a pesar de ello no se modificaron las especialidades existentes, lo que obligó a que una orden de 9 de octubre de 1980 autorizara a los Diplomados en Enfermería a cursar «las especialidades existentes para los Ayudantes Técnicos Sanitarios» (Preámbulo R.D. 992/1987).(2)

Diez años después el R.D. 992/1987 viene a regular la obtención del título de enfermero especialista para Diplomados en Enfermería (2). A pesar de ello, las especialidades no se desarrollaron hasta que una normativa vinculante obligó a desarrollar la especialidad de Matronas, en 1992 se aprueba el programa formativo y la primera promoción comienza en 1994.

En noviembre de 1995 el Ministerio de Sanidad y Consumo convoca un grupo de Trabajo con expertos en Enfermería en Salud Mental para elaborar el programa formativo de la especialidad de Enfermería en Salud Mental (1). Producto del trabajo de estos expertos el 30 de junio de 1998 se publica una orden ministerial que desarrolla el Decreto 992/1987, sobre la obtención del título de Enfermera especialista en Salud Mental (3).

El 9 de junio de 1998 la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo del Ministerio de Educación y Cultura establece el perfil profesional del especialista en Salud Mental y aprueba, con carácter provisional, el programa formativo de la especialidad (4).

Perfil profesional

La aportación profesional específica de los enfermeros de Salud Mental viene definida por el trabajo que desarrollan con las personas y con las respuestas humanas derivadas de las alteraciones de la salud mental, con los aspectos afectivos que la conducta humana lleva implícitos y la potencialidad de éstos para incidir en la capacidad de integración socialmente aceptable de los individuos. Para ello prestan cuidados utilizando la relación interpersonal como instrumento terapéutico básico. Para llevar a cabo lo enunciado deberán:

1. Prestar cuidados a personas, familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención integral para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental.
2. Asesorar, en calidad de experto, a profesionales de enfermería y a otros profesionales de la salud.
3. Educar en materia de salud mental a la persona, familia, grupos y comunidad.
4. Formar en materia de salud mental a los futuros profesionales de enfermería, así como colaborar en la formación de otros profesionales.
5. Investigar en el campo de Enfermería en Salud Mental y participar en otros proyectos de investigación.
6. Dirigir y/o participar en la organización y administración de los servicios de salud mental.
7. Participar en la determinación de objetivos y estrategias en materia de salud mental, dentro de las líneas generales de la política sanitaria y social del país.
8. Actuar como consultores de las diferentes Administraciones locales, autonómicas y estatal, así como de organismos internacionales en materia de Enfermería de Salud Mental.

El programa de la especialidad se desarrolla por el sistema de residencia a tiempo completo, constando de un total de 164 horas teóricas-prácticas. La metodología docente preferente es el autoaprendizaje tutorizado, con métodos de participación activa, aprendizaje experiencial y evaluación continuada.

DEBATES E INFORMES

MATERIAS	AT. COM.	AT. ESP.	TOTAL
Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica I	175 horas	75 horas	250 horas
Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica II	315 horas	135 horas	450 horas
Enfermería Psicosocial I	100 horas	50 horas	150 horas
Enfermería Psicosocial II	245 horas	105 horas	350 horas
Educación para la Salud Mental	44 horas	26 horas	70 horas
Ética y Legislación de Enfermería de Salud Mental			45 horas
Administración de los Servicios de Salud Mental	43 horas	17 horas	60 horas
Investigación en Enfermería de Salud Mental			270 horas
Actividades de formación teórica	10 horas semanales, un total máximo de 460 horas y un mínimo de 428 horas		
En el caso de las materias de Ética y Legislación de Enfermería de Salud Mental e Investigación de Enfermería de Salud Mental, las enseñanzas se llevarán a cabo en el ámbito que el responsable docente considere oportuno, en función de los recursos y posibilidades existentes.			

En la misma fecha los Ministerios de Educación y Cultura y el de Sanidad y Consumo hacen pública una resolución conjunta en la que se aprueban los requisitos específicos de acreditación de Unidades Docentes para la formación de enfermeras especialistas en Salud Mental (5):

1. Disponer de un número suficiente de unidades asistenciales en las que se presten cuidados de Enfermería de Salud Mental, entre las que se encuentren al menos dos Centros de Salud Mental Comunitarios, una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de agudos y dos recursos intermedios (Comunidad Terapéutica, Hospital de Día, Unidad de Media Estancia, Centro o Unidad de Rehabilitación, u otros similares).

2. Tener desarrollados programas de intervención específicos de Enfermería de Salud Mental (programas de crónicos, de grupos de alto riesgo u otros de problemática específica).

3. Disponer de un Equipo Interdisciplinario de Salud Mental, compuesto por los profesionales adecuados, entre los que se encontrará, al menos, un Enfermero Especialista en Enfermería de Salud Mental, en cada una de las unidades asistenciales definidas en el anterior número 1 y en cada uno de los diferentes turnos horarios.

Excepcionalmente, y, a propuesta del Comité Asesor de Especialidades de Enfermería, los Ministerios de Educación y Cultura y Sanidad y Consumo podrán

reducir el número de enfermeros especialistas a que se refiere el párrafo anterior, siempre que a juicio de dicho Comité y, según las circunstancias de cada caso concreto, se garantice la calidad en la formación a impartir.

Ésta es la normativa que sigue vigente en cuanto al programa formativo y a los requisitos específicos de acreditación de Unidades Docentes, al no existir, hasta el momento presente, desarrollo normativo del RD 450/2005.

El 30 de junio de 1998 el Ministerio de la Presidencia publica una Orden por la que se convocan pruebas selectivas conjuntas para el acceso a la formación de especialistas en Enfermería Obstétrica-Ginecológica y Salud Mental. Se ofertaron 21 plazas en las cuatro Unidades Docentes acreditadas que se ubicaban en Andalucía, Asturias, Madrid y País Vasco (6).

La última convocatoria se produjo por Orden de 16 de septiembre de 2005, publicado en el BOE, el 22 de septiembre de 2005, ofertándose 111 plazas en un total de 25 Unidades Docentes (7).

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias recoge en el Título II una nueva ordenación de las especialidades en Ciencias de la Salud, incluyendo las especialidades de Enfermería y los órganos de apoyo a la formación especializada, esto es, las Comisiones Nacionales (8).

Real Decreto de Especialidades

El RD 450/2005, de 22 de abril (9) de especialidades de Enfermería, suprime especialidades anteriores y establece las siguientes:

- Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona).
- Enfermería de Salud Mental.
- Enfermería Geriátrica.
- Enfermería del Trabajo.
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.
- Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Enfermería Pediátrica.

El acceso a la formación de especialistas se realizará mediante una prueba «anual, única y simultánea de carácter estatal» (9) para todas las especialidades. El sistema de formación es el de residencia, cuyo programa, objetivos y competencias profesionales a adquirir serán elaborados por la Comisión Nacional correspondiente.

Por cada especialidad de Enfermería se constituirá una Comisión Nacional cuya composición será (9):

DEBATES E INFORMES

- Dos vocales propuestos por el Ministerio de Educación y Ciencia, de los que al menos uno deberá tener la condición de tutor de la formación en la correspondiente especialidad.
- Cuatro vocales de entre los especialistas de reconocido prestigio que proponga la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
- Dos vocales en representación de las entidades y sociedades científicas de ámbito estatal de la correspondiente especialidad.
- Un vocal en representación del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería.
- Dos representantes de los enfermeros especialistas en formación elegidos por éstos.

Todos los miembros de la Comisión Nacional deberán tener el título de enfermero especialista en la correspondiente especialidad, a excepción de los representantes de los especialistas en formación.

Las funciones de la Comisión Nacional, en el ámbito de la respectiva especialidad, son (9):

- Designar de entre sus miembros, al presidente y al vicepresidente de la comisión.
- Elaborar y proponer el programa de formación y su duración.
- El establecimiento de criterios para la evaluación de unidades docentes y formativas.
- El establecimiento de criterios para la evaluación de los especialistas en formación.
- El informe sobre programas y criterios relativos a la formación continuada de los enfermeros, especialmente los que se refieran a la acreditación y a la acreditación avanzada de profesionales en áreas funcionales específicas dentro del campo de la especialidad.
- La participación en el diseño de los planes integrales dentro del ámbito de la correspondiente especialidad.
- El establecimiento de los criterios para la evaluación en el supuesto de nueva especialización.
- La propuesta de creación de áreas de capacitación específica.

La disposición adicional segunda establece la equivalencia, previa petición, entre la especialidad de Psiquiatría y la especialidad de Salud Mental.

La disposición transitoria segunda establece el acceso excepcional al título de enfermero especialista para aquellos que superen una prueba de evaluación y puedan acreditar algunas de las siguientes situaciones en actividades de la correspondiente especialidad:

- Ejercicio profesional de, al menos, cuatro años.
- Ejercicio profesional de dos años, más formación continuada acreditada de al menos 40 créditos en el campo de la especialidad correspondiente o bien, a un título de postgrado universitario de al menos 20 créditos ó 200 horas.
- Ejercicio docente en Escuelas Universitarias de Enfermería y un año de actividad asistencial.

Estos requisitos deben reunirse en el caso de Enfermería en Salud Mental antes del 4 de agosto de 1998, en el supuesto implícito de que a partir de dicha fecha se pudo acceder a la citada especialidad por vía EIR.

El plazo de presentación de solicitudes es de seis meses a partir de la entrada en vigor del Real Decreto, esto es, el 7 de mayo de 2005, hasta seis meses después de la publicación en el BOE de la primera convocatoria de cada especialidad.

En el caso de la especialidad de Salud Mental es de dos años desde la entrada en vigor del Real Decreto, el 6 de mayo de 2007.

Ante esta situación, diferentes colectivos se han posicionado. El primero en hacerlo fue la AEN que, en febrero de 2006, hacía público en su página web un documento en el que rechaza el límite temporal impuesto por el Real Decreto 450/2005 en el 4 de agosto de 1998, y propone como fecha alternativa el 6 de mayo de 2006, fecha de la publicación del citado Real Decreto, exponiendo como precedente para esta situación el proceso de convalidación de los psicólogos clínicos.

Retos futuros

El Real Decreto de especialidades de Enfermería y los Reales Decretos de Grado (10) y Postgrado (11) plantean serios interrogantes.

En primer lugar, cuál es la utilidad de las especialidades de Enfermería que más parecen deberse a un imperativo derivado del Espacio Europeo de Educación Superior, consecuencia de la Declaración de Bolonia, que obliga a converger en materia educativa antes del 2010, que otro tipo de motivación como la mejora de la asistencia en el Sistema Nacional de Salud.

No existe en el momento actual una catalogación de los puestos de trabajo específicos para cuya cobertura sea necesario estar en posesión del título de especialista en Salud Mental. Es necesario definir cuáles y cuántos puestos deben ser cubiertos por especialistas en los distintos dispositivos y, por tanto, es necesario que a la vez se cree en todo el Sistema Nacional de Salud la categoría de enfermero especialista en Salud Mental, cosa que sólo han hecho hasta ahora el Servicio Cántabro de Salud y tienen en proyecto de realizar, pendiente de publicación en el DOG, el Servicio Galego de Saude.

La segunda cuestión que cabe plantearse es cuál va a ser la articulación entre la especialidad y el máster en el nuevo título de postgrado. No queda claro si la carga docente adquirida en la especialidad podrá ser tenida en cuenta para la convalidación de ECTS en el máster.

Pero el gran interrogante es qué va a suceder con las enfermeras y enfermeros que, con el actual Real Decreto, se ven privados de la posibilidad de acceder a la especialidad cuando, durante largo tiempo, han proporcionados cuidados específicos de salud mental y, en muchos casos, han formado a los EIR. No se trata sólo de una pérdida profesional para cada uno de los afectados sino, sobre todo, un grave quebranto para la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud que, de esta manera, desdeña la experiencia profesional acumulada a lo largo de años.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) PACHECO BORRILLA, G., *Informe sobre las especialidades de Enfermería*, Madrid, Documento de trabajo interno de la Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental, 2004.
- (2) Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, BOE del 1 de agosto de 1997. Derogado.
- (3) Orden de 24 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del título de enfermero especialista, BOE de 30 de junio de 1998.
- (4) Resolución de la Secretaría de Estado de Universidades, de 9 de julio de 1998, regulando el sistema formativo.
- (5) Resolución de la Secretaría de Estado de Universidades, de 9 de julio de 1998, regulando la acreditación de Unidades Docentes.
- (6) Orden del 30 de julio de 1998 convocando a pruebas para acceso a especialistas, publicado en el BOE del 4 de agosto de 1998.
- (7) Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo del 16 de septiembre de 2005, ofertando plazas de formación de enfermería especializada, BOE de 22 de septiembre de 2005.
- (8) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, BOE n.º 280, de 22 de noviembre de 2003.
- (9) Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, BOE n.º 108, de 26 de mayo de 2005.
- (10) Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado, BOE de 25 de enero de 2005.
- (11) Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Postgrado, BOE de 25 de enero de 2005.

* Ana García Laborda, enfermera especialista en Salud Mental. Socióloga. Antropóloga. Representante de la AEN en la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería en Salud Mental. Centro de Salud Mental de Parla (Madrid).

Correspondencia: Ana García Laborda. anag28@enfermundi.com

¿Tiene sentido la incapacitación de los enfermos mentales?

Aportación al curso: «La respuesta judicial ante la enfermedad mental». Consejo General del poder judicial. Servicio de formación continua, Madrid, 26, 27 y 28 abril, 2006.

1. En primer lugar deseo manifestar que me he sentido muy honrado al recibir la invitación para intervenir en el Curso, lo que agradezco vivamente a los organizadores.

2. En segundo lugar, daré unos apuntes sobre el punto de vista o perspectiva en el que hay que situar mi intervención, contextualización necesaria, como mínimo conveniente, para su mejor entendimiento.

2.1. Por una parte ofrezco mi experiencia profesional que se ha circunscrito con exclusividad al ámbito de la asistencia sanitaria pública, iniciada hace más de treinta y cinco años y que incluye manicomios tradicionales, experiencias de transformación institucional, atención a familias e instituciones en la comunidad, urgencias psiquiátricas y, en los últimos años, unidad de agudos de un hospital general. Todo ello supone un sesgo en la población atendida, el relativo a su extracción social y económica. La actividad docente, como profesor asociado a tiempo parcial, está vinculada íntimamente a la experiencia asistencial.

2.2. Por otra parte el contacto frecuente, creciente, con instituciones y asociaciones del campo jurídico, y con jueces y fiscales a título individual: informes y testimonios periciales, visitas regulares de la comisión judicial para el examen de los ingresos involuntarios urgentes y, sobre todo, desde los últimos años de la década de los setenta, encuentros regulares entre la Asociación Española de Neuropsiquiatría (A.E.N.) y colectivos de jueces y fiscales, representantes de instituciones jurídicas o fiscales y magistrados a título individual. Estos contactos, a muchos de nosotros, nos han marcado profundamente, no sólo en el plano profesional (1).

3. Sobre el modo de confluir entre Psiquiatría y Ley que he percibido a lo largo de la referida experiencia me parece oportuno apuntar algunos rasgos que tienen que ver con el contenido de mi intervención.

3.1. Por una parte concierne a las dos disciplinas «la continua divergencia entre las creencias aprobadas... la sabiduría convencional... y la realidad» (2).

3.2. Esta divergencia en el plano ideológico (científico o doctrinal) es más acusada en la práctica institucional. Las instituciones, probablemente todas, hacen cosas distintas a lo que son sus objetivos formales. Muchas veces hacen exactamente lo contrario. Los conceptos de hospitalismo, neurosis institucional, psicosis de prisión, o síndrome de derrumbamiento o colapso social son las denominacio-

nes dadas por la observación clínica a las consecuencias de la permanencia en instituciones totales del tipo de hospitales psiquiátricos, orfanatos, cárceles o asilos (3). Iván Illich llama contraproductividad o productividad paradójica a éste hacer lo contrario de las instituciones, iatrogenia en el caso de las sanitarias, donde distingue iatrogénesis clínica, social y cultural o fundamental, y muestra la misma paradoja en otros ámbitos, como el educativo (4).

3.3. La Psiquiatría ha sido presentada como el abrazo mortal entre Medicina y Justicia (5) y, efectivamente, tal ha sido (y sigue siendo) la consecuencia para alguno de los sujetos atrapados en esa confluencia. El diario *El País* de 12 de febrero de 2003, daba cuenta de la orden de un tribunal norteamericano para que se medicara a un reo psicótico, condenado por asesinato, para devolverle la cordura suficiente que permitiera ejecutarle. Más recientemente (8 de febrero de 2005) el mismo diario, con el título de «pena de muerte por mejorar» informa de un preso deficiente mental que puede ser ejecutado por aumentar su inteligencia.

«Entre enero de 1940 y septiembre de 1942, en la Alemania nazi, 70.723 pacientes fueron asfixiados con gas... La selección se hizo a partir de listas de individuos 'cuyas vidas no valían la pena ser vividas', reclutados por nueve eminentes profesores de psiquiatría y treinta y nueve doctores del más alto prestigio» (6) que, además, cobraron por ello. Desconozco el papel de las instituciones jurídicas en dicha «limpieza» pero, como mínimo, no se opusieron.

En mi experiencia personal las unidades de judiciales de los hospitales psiquiátricos y los hospitales psiquiátricos penitenciarios, donde estaban los pacientes por orden del juez (bien internamientos del decreto de 1931, o del Código Penal anterior a la reforma de 1983, medida de seguridad desproporcionada, sin revisión y sin límite, etc.) eran máquinas destructivas de la integridad física y moral de los internos que, aparte carencias materiales y de atención sanitaria, podían llegar al encadenamiento permanente (7).

3.4. Existen, por el contrario, formas de confluencia entre Psiquiatría y Ley de efectos benéficos, liberadores para los sujetos implicados de lo que, en primer lugar, hay que señalar el trabajo de algunas sedes judiciales, con profesionales motivados, pacientes y que logran el concurso de médicos y personal de los servicios sociales siendo, habitualmente, un miembro de la carrera fiscal el activador y catalizador de la actividad.

En un plano histórico, en épocas de crisis y transformación social (Revolución Francesa, revoluciones europeas de mitad del siglo XIX, final de la II Guerra Mundial con la Declaración Universal de Derechos Humanos) se han producido cambios legislativos e institucionales liberadores, como los habidos en nuestro país en los primeros años de la transición.

3.5. En este momento, sin embargo, la relación entre Psiquiatría y Ley, sin superar la ambigüedad de sus efectos lesivos/liberadores, según qué circunstancias y qué sujetos, está dominada por la medicalización galopante a la que más tarde aludiremos que consigue, a veces mediante sentencia, llamar enfermedad a la preocupación, la tristeza, la timidez, la violencia, el odio, la falta de previsión, la inestabilidad o las dificultades familiares, escolares y laborales, etc.

4. La pregunta que me piden contestar ¿tiene sentido la incapacitación de los enfermos mentales? no me cabe duda que ha sido dictada por D. Fernando Santos Urbaneja, por lo que me siento autorizado para utilizar sus categorías de causa y motivo de la incapacitación (8).

4.1. La primera dificultad con que nos encontramos es el concepto mismo de enfermedad mental. Ni la Psicopatología como supuesta ciencia ni la Psiquiatría como práctica profesional tienen definido ni delimitado su objeto que, en nuestros días, además, se extiende y se expande de modo incontenible. Los intereses industriales, mercantiles y corporativos convierten los problemas normales de la existencia en problemas médicos, medicalizan la vida (9), lo que concierne a la totalidad de la medicina pero, especialmente, a la Psiquiatría, y que ha sido analizado en multitud de contextos, como mínimo desde Durkheim (*La división del trabajo social* es de 1893). El delito pasa a ser considerado vicio o pecado y más tarde enfermedad, cambiando simultáneamente la institución encargada del control social (ejército, fuerza pública, iglesia, sistema sanitario). Se protege el orden existente, entre otras maneras, tratando de etiquetar y acotar «el mal».

A la vez, en nuestra sociedad, la enfermedad es un recurso (Laín Entralgo), depara beneficios y ventajas (Freud) y el rol social de enfermo (Parsons) está definido por la pasividad, la dependencia y la desresponsabilización.

«La omnipresencia del sistema jurídico en los países occidentales favorece la materialización de ese ser pasivo que juega a la víctima»; «La victimización es el recurso del que, presa del miedo, se convierte en objeto de compasión en vez de afrontar lo que le atemoriza»; «el individualismo que consiste en tratar de escapar de las consecuencias de los propios actos, ese intento de gozar de los beneficios de la libertad sin sufrir ninguno de sus inconvenientes» (10).

La falsa solución individual y consoladora desactiva socialmente, dificulta la posibilidad de respuestas solidarias, colectivas a los problemas sociales, y beneficia tanto a la industria como a los profesionales de la psiquiatría, la psicología y otras disciplinas relacionadas.

La marea de reconocimiento como enfermedad de todo tipo de malestar o conflicto personal, laboral o familiar tiene el soporte referido y lleva camino de anegarnos.

4.2. Además de contribuir a la ampliación incontenible del objeto de la disciplina, la Psiquiatría Académica, está caracterizada en este momento histórico por

un reduccionismo biológico-mecanicista, mimetizando la medicina clínica de orientación individual y corporal, empeñada en definir y delimitar entidades nosológicas, enfermedades, en el complejo mundo de los trastornos psicológicos y de la conducta, empeño categorial impuesto por las compañías de seguros y la industria farmacéutica. El malestar psicológico, la complejidad y unidad sustancial de la psicopatología deben ser expresados con criterios diagnósticos y evolutivos definidos ya que, de otro modo, no es posible el pago del acto médico ni el convenio de la aseguradora con la institución que presta servicios (en países con sistema de aseguramiento privado y múltiple, como los EE.UU.). Por otro lado, desde los primeros años de la década de los sesenta, y después de la conmoción producida por la manifestación de los efectos de la talidomida, entre las normas que dicta la F.D.A. americana se incluye la autorización de remedios específicos sólo para enfermedades específicas. «La industria tuvo que crear las enfermedades que necesitaba para hacer aprobar sus productos» (11).

La especificidad de los síndromes y evolución respecto a las causas (reales o hipotéticas) y lesiones subyacentes, así como la especificidad de los remedios para las supuestas enfermedades son imposiciones doctrinales de las fuerzas económicas y contradicen tanto la evidencia clínica como los hallazgos de la reflexión psicopatológica. Asclepiades de Bithinia (80 a. de C.) ya señaló el hecho de la transformación de una forma de locura en otra; y, Kraepelin, supuesto paradigma de las ordenaciones categoriales y modelo de los clasificadores americanos señala en 1920: «Los hechos desconcertantes de que por una parte se repitan los mismos trastornos en enfermedades distintas y que los cuadros clínicos, en el curso del mismo padecimiento, pueden estar sometidos a múltiples variaciones» (12).

En realidad, el supuesto dimensional en la ordenación de los trastornos psíquicos y la inespecificidad han dominado el pensamiento psicopatológico europeo. Recuérdese la clasificación francesa, las aportaciones de la Escuela de Heidelberg, el propio Jaspers o Kretshmer, por no citar a Llopis, Büsow, Menninger y demás postulantes de la Psicosis Única.

4.3. El empeño doctrinal en definir y ordenar categorías como si fuesen verdaderas enfermedades, y su continua remisión al cuerpo, al daño o lesión, que si no se conoce ya se descubrirá, y la compulsiva utilización de escalas, que impiden atender otra cosa que no sea el aquí y ahora del paciente, ignoran y tratan de impedir los dos aspectos fundamentales del trabajo clínico psiquiátrico:

4.3.1. Por una parte, el esclarecimiento de las áreas de la vida mental del paciente perturbadas, el grado de dicha perturbación, y la evaluación de la parte no afectada, «sana». En palabras de don Carlos Castilla del Pino... (13): «La pregunta, pues, que el psiquiatra de hoy debe hacerse ante un paciente está muy lejos de la simple calificación de sujeto psicótico a todo aquél que presenta manifesta-

ciones psicóticas de la índole que sean... Hay que dilucidar en qué aspectos de su mundo mental el sujeto se comporta como psicótico y en cuáles no, y cuánto hay además de psicótico y cuánto de no psicótico».

Esta observación de don Carlos me parece de la mayor importancia tanto teórica como práctica, y remite a una parte de la reflexión de Hegel sobre Pinel (14). «La locura no es una pérdida abstracta de la razón, ni en lo que respecta a la inteligencia ni en lo que respecta a la voluntad y a su responsabilidad, sino un simple desorden del espíritu, una contradicción de la razón que sigue existiendo».

4.3.2. El segundo aspecto fundamental del trabajo clínico psiquiátrico tiene que ver con la interpretación del significado (de los significados) del síntoma, lo que nos remite al contexto: «el... contexto... inseparablemente unido al significado. Todo comportamiento verbal y no verbal toma su significado del contexto en el cual tiene lugar. Un comportamiento humano permanece inexplicable... hasta que no sea observado en el interior del conjunto de situaciones, de relaciones, de acciones y reacciones que constituyen su matriz... no sólo en el interior de la familia, sino también entre la familia y el vecindario, la escuela, el ambiente de trabajo; los diferentes grupos étnicos y culturales, etc» (15).

5. Lo referido en 4.3. pone de manifiesto la identidad (y la complejidad) de las tareas clínica y jurídica. La cita del profesor Castilla puede aplicarse a la graduación de la incapacidad que impone el artículo 760 de la L.E.C. (La sentencia que declare la incapacitación determinará la extensión y los límites de ésta). Como dice la fiscal doña Aurora López Sánchez-Vizcaíno (16), lo único que se persigue es constatar las carencias que efectivamente tiene esa persona, articulando los mecanismos legalmente previstos para suplir o completar esa falta de capacidad únicamente en aquellos ámbitos afectados, para que así el declarado incapaz pueda ejercitar sus derechos (de los que seguirá siendo titular, en condiciones de igualdad respecto a los demás ciudadanos). Pero ha de ponerse especial énfasis en que aquellos ámbitos que no se encuentren afectados por la enfermedad o deficiencia padecida habrán de dejarse intactos.

Por otra parte, la contextualización está continuamente presente en el Derecho, desde el artículo 3 del Código Civil al Código Penal «de acto», el enjuiciamiento criminal que, según nos refería hace muchos años el fiscal Jesús Vicente Chamorro, imponía «hablar con los vecinos», y en el proceso de incapacitación, cuyo artículo 759 obliga, entre otras cosas, a oír a los parientes más próximos.

Como dice el fiscal don Fernando Santos Urbaneja (17), «debemos analizar a la persona concreta en sus circunstancias particulares porque la incapacidad civil es algo más que un diagnóstico, es fundamentalmente un concepto individual y circunstancial». Y precisa doña Aurora López: «Se hace preciso... analizar con sumo cuidado y exquisitez las particulares circunstancias de toda índole que rodean a la

persona sometida (al procedimiento de incapacidad) medio rural o urbano en que habita, existencia o no de personas que atiendan, instrucción con que cuenta, que sea o no titular de un importante patrimonio... en definitiva, determinar qué necesidades reales tiene dicha persona, y en qué parcelas de su vida precisa, en su caso, de ayuda» (18). De este análisis se puede deducir lo que don Fernando Santos califica como motivo de la incapacitación, el beneficio e interés de la persona que se pretende incapacitar, el incremento de su protección. Hace muchos años que el Dr. R. Willie, del Instituto de Psiquiatría de Londres, nos recordaba cómo el tratamiento es sólo una variable de un muy complejo campo de fuerzas. «Debemos examinar cómo la gente actúa por sí misma, cómo utiliza a sus amigos, a sus familias, cómo se entrelaza la vida del individuo con los hechos fortuitos y con los acontecimientos de la vida, y analizar entonces el tratamiento en ese contexto». De nuevo la identidad de las tareas clínica y jurídica, ya que en vez de tratamiento podría decirse intervención judicial, con toda legitimidad..., teniendo en cuenta, además, que la evolución de la incapacidad es relativamente independiente de la evolución psicopatológica, y se relaciona más con las circunstancias del entorno (19).

6. De todo lo anterior puede deducirse, pues, que, como opinan otros profesionales del Derecho y de la Psiquiatría, deben agotarse los mecanismos previos o alternativos a la incapacitación como los que ofrece el artículo 762 de la L.E.C. o el 158 del C.C. En su caso debe reconocerse la Guarda de Hecho cuando sea evidente su carácter protector y respetuoso con el presunto incapaz. Si se abre el procedimiento y se dicta sentencia es preferible la curatela a la tutela, en la medida que el tutor sustituye y el curador asiste y completa (20).

7. Desde mi experiencia personal me parece oportuno señalar alguno de los problemas que insisten y persisten, de solución difícil, compleja, a veces insolubles y que, seguramente, tienen que ver con asuntos de fondo, de naturaleza social y económica.

En 1994, en el Coloquio sobre Responsabilidad y Protección en Salud Mental en el Ámbito Europeo celebrado en Madrid, me referí a estos asuntos, citándolos (21).

7.1. Tutela y Registro de la Propiedad: don José María Segura Zurbano, notario, dice que «La tutela ha tenido siempre una relación clarísima con el Registro de la Propiedad: existen tutelas formalmente constituidas cuando el incapaz debe realizar algún acto jurídico que ha de inscribirse en el Registro de la Propiedad» (22). Esta observación recuerda lo que decía R. Bercovitz en 1980: «La incapacitación y la tutela no son, pues, sino una vía de emergencia de recuperación de un patrimonio para la sociedad, normalmente a través de la familia del enfermo titular del mismo. Este patrimonio es el que interesa a la sociedad y no la situación personal del enfermo mental» (23).

El cambio de tutela de familia a tutela de autoridad producido en 1983, así como la promulgación de la L.E.C. ofrecen elementos protectores, garantistas, pero el carácter voluntarista de las leyes hace muy difícil remover las situaciones del fondo (antes era imposible).

Las dificultades para encontrar personas físicas o jurídicas que asuman la tutela de personas carentes de recursos contrasta con la celeridad e incluso la competencia entre personas e instituciones para tutelar a incapacitados con propiedades, dinero o rentas.

Entre los años 1983 y 2000 en que los procedimientos de incapacitación y tutela estaban separados, algún enfermo grave, incapacitado, rechazado por su familia y sin tutor, llegó a tener centenares de miles de pesetas en la cuenta donde le ingresaban la pensión no contributiva, cuenta que él no podía tocar, ni nadie por él.

Ahora mismo, instituciones tutelares «sin ánimo de lucro», algunas con nombre piadoso, comparecen en los procedimientos y se ofrecen cuando el presunto incapaz es titular, como mínimo, de pensión contributiva, piso, casa, huerta o solar. Como cuenta sólo con la pensión no contributiva no se toman la molestia.

En este contexto se entiende el recordatorio hecho por la Fiscalía General de Estado en abril de 1998 sobre la posibilidad de obligar a la asunción de tutela a la Administración entre cuyas competencias se incluye la atención al incapacitado o al presunto incapaz. Conozco algunas resoluciones judiciales que han impuesto dicha función, con desigual fortuna para la vida de los incapacitados. Personalmente creo que se debiera ampliar el automatismo con que los Servicios de Atención al Menor se hacen cargo de los declarados en situación de riesgo o desamparados.

7.2. La tutela de autoridad judicial, el aumento de medios materiales y de personal así como la especialización de los juzgados obran en el sentido de mejorar las garantías y asegurar el respeto a los derechos de los incapacitados. De especial importancia resulta, a mi entender, el imperativo procesal de oralidad y presencia que obliga al juez civil, en muchas ocasiones, a entrar en el domicilio familiar del presunto incapaz o en la institución donde reside o se trata (obligación que, por cierto, no ha llegado aún a todos los psiquiatras).

Sin embargo, el objetivo garantista resulta una tarea interminable, para lo que es necesario el concurso de otros profesionales y de otras instituciones.

7.2.1. La violencia que puede llegar a esconder la intimidad de la familia es sobrecogedora. Aireada la de género, comienza a salir a la luz la ejercida sobre niños o ancianos, incapacitados o no. Otras veces la dificultad radica en la objetivación de quejas y denuncias de abuso sexual, a veces expresión de la fantasía, el deseo insatisfecho o el despecho, o las quejas de los ancianos por mal trato o robo de sus pertenencias que atribuyen a sus familiares más cercanos, y que expresan

con gran emotividad, y son, a veces, reacciones paranoides a cambios forzados en la situación vital o fenómenos deliroides y delirantes que preceden y acompañan algunas demencias.

7.2.2. Y la vida cotidiana en las instituciones custodiales, públicas y privadas, con y sin ánimo de lucro, con o sin «fraude de etiqueta», etc. (21). Lo que ocurre en su interior celosamente guardado por los muros cerraduras y candados, así como por los intereses de la titularidad y el corporativismo del personal, etc.

Un solo dato, mientras que en España se procede a la contención mecánica de movimientos, diariamente, un 27% de personas mayores dependientes viven en residencias; en Dinamarca, 2,2%; 17,1%, en Francia; 16,5%, en EE.UU.; 8,5%, en Islandia (25).

Interminable, pues, o al menos prolongada y fatigosa es la tarea de conseguir que tales instituciones sean abiertas y públicas «para todos, en todas sus actividades y funciones» (26).

Huelva, 14 de abril de 2006

BIBLIOGRAFÍA

(1) En el *Cuaderno Técnico*, n.º 3 de la A.E.N. se da cuenta de la mayoría de dichos encuentros, hasta el año 2.000. Incluye un disquete con textos que considero de gran interés.

(2) La parte de texto entrecomillado la he tomado de GALBRAITH, J. K., *La economía del fraude inocente*, Barcelona, Crítica, 2004. Referido por el autor a la economía y a la política, me parece perfectamente aplicable a la Psiquiatría y a la Ley.

(3) Las denominaciones citadas son de clínicos como Spitz, Barton, Myerson, Martín, Bettelheim o Gruemberg. El concepto de Institución Total es sociológico (GOFFMAN, E., *Internados*, B. Aires, Amorrortu, 1970).

(4) ILLICH, I., «Patogénesis, Inmunidad y calidad de la Salud Pública», en *Archipiélago*, n.º 25, otoño, 1996, pp. 39-45. Su texto fundamental a estos efectos es *Némesis médica*, del que existe versión castellana (Barcelona, Barral, 1975). En la página web www.ivanillich.org pueden encontrarse otros datos sobre la vida y la obra de Illich.

(5) BASAGLIA, F., «Apuntes para un análisis de la normativa en Psiquiatría», Comunicación a la *Convención Nacional sobre Medicina Preventiva*, Roma, 17-20 de mayo, 1978.

(6) PORTER, R., *Breve historia de la locura*, Madrid, Turner / F.C.E., 2002, pp. 177-178.

(7) Véanse los apartados 3.1 y 4.2 del *Cuaderno Técnico* citado en 1.

(8) SANTOS URBANEJA, F., «Causa y motivo de la incapacitación civil. Una reflexión sobre el artículo 200 del Código Civil», en *Revisión de los procedimientos relativos a la incapacidad*, Jornadas Fundación Aequitas, Col. La Llave, n.º 3, Madrid, 2004, pp. 25-40.

(9) Véase BLECH, J., *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en enfermos*, Barcelona, Destino, Col. Imago Mundi, Volumen 65, 2005.

(10) BRUCKNER, P., *La tentación de la inocencia*, Barcelona, Anagrama, 1996.

DEBATES E INFORMES

(11) LAMAS, S., «A propósito de la era antidepresiva de David Healy de la historia de la Psicofarmacología y de la industria farmacéutica», SISO-SAUDE, *Boletín de Asociación Galega de Saude Mental*, H.^a 36, 2002, pp. 69-106.

(12) Existe versión española de *Las manifestaciones de la locura* de E. Kraepelin junto a textos de Hoche y Bumke, *Los síntomas de la locura*, Fundación Archivos de Neurobiología, Madrid, Triacastela, 1999.

(13) CASTILLA DEL PINO, C., «Palabras de contestación y Conferencia en el Homenaje de la A.E.N.», *Revista de la AEN*, VIII, 27, 1988, pp. 657-665.

(14) SCALIA, G., «La razón de la locura», en BASAGLIA, F. y F., *La mayoría marginada*, Barcelona, Laia, 1973, pp. 143-182.

(15) SELVINI, M., «¿Qué es la terapia de contexto?», *Revista de la AEN*, V, 12, 1985, pp. 15-22.

(16) LÓPEZ SÁNCHEZ-VIZCAÍNO, A., «La declaración de incapacidad: requisitos, problemas, ventajas, inconvenientes. Otras soluciones». Deficiencia, Enfermedad Mental y senilidad: Mecanismos Legales de Protección, *Foro Andaluz de Debate e Investigación sobre la Deficiencia y la Enfermedad Mental*, Curso 1995/96, pp. 41-54.

(17) SANTOS URBANEJA, F., ver referencia n.º 8.

(18) LÓPEZ SÁNCHEZ-VIZCAÍNO, A., véase referencia número 16.

(19) DUEÑAS, C., «La declaración de incapacidad por enfermedad mental», *Foro Andaluz*, Curso 1995/96, pp. 55-60.

(20) FERNÁNDEZ LÓPEZ, J. M., «El procedimiento de incapacitación», *Jornadas Fundación Aequitas*, Col. La Llave, n.º 3. Madrid, 2004, pp. 271-286.

(21) GONZÁLEZ, O., «La presunción de incapacidad en la ley española y sus problemas prácticos», *Revista de la AEN*, XV, 55, 1955, pp. 727-734; está reproducido (con menos errores) en *Cahiers Pollen*, 516, París, C.E.D.E.P., 1995.

(22) SEGURA ZURBANO, J. M., *Intervención en las Jornadas Fundación Aequitas*, La Llave, vol. n.º 3, Madrid, 2004, pp. 308-312.

(23) BERCOVITZ, R., «Psiquiatría y Derecho», en GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.; VELA, A.; ARANA, J., *Manual de Psiquiatría*, Madrid, Karpos, 1980, pp., 1239-1255.

(24) JIMÉNEZ SORIA, J., «Ingresos en Centros Geriátricos», *Jornadas Fundación Aequitas*, Col. La Llave, n.º 3, Madrid, 2004, pp. 219-224.

(25) BARTOLOMÉ, A., Entrevista a Antonio Bargueño, *Diario Médico*, miércoles, 8 febrero, 2006, p. 21.

(26) CASTILLA, C., «La ideología de la locura en la práctica psiquiátrica actual», prólogo al texto de Bercovitz, *La marginación de los locos y el derecho*, Taurus, Madrid, 1976.

* Onésimo González Álvarez, Psiquiatra. Coordinador de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.
Correspondencia: Onésimo González Álvarez, Carretera de Circunvalación s/n, 21005, Huelva. onesimo.gonzalez.sspa@juntadeandalucia.es

LIBROS

CRÍTICAS

Denis DIDEROT (ed.), *Mente y cuerpo en la Enciclopedia*, Madrid, AEN, 2005, 219 pp., estudio preliminar de Roselyne Rey.

Los libros de la Asociación Española de Neuropsiquiatría constituyen una colección ejemplar dentro de la historia del saber. Cuidadas impresiones, textos bien seleccionados y estudiados, permiten una panorámica extraordinaria de la historia de la psiquiatría. Con gran interés por la enfermedad de moda –la melancolía– se han ocupado de los principales padeceres, así como de autores importantes, recordados u olvidados, y del rico contexto de la psiquiatría, su relación con la fisiología, la moral o la psicología.

Aparece ahora una cuidada selección de textos relativos a la mente sana y enferma de la *Enciclopedia*. Las aportaciones de los primeros tomos son obra de un médico de Montpellier, Arnulphe d'Aumont, influido por el mecanicismo fibrilar; los últimos de otro médico de la misma ciudad, ya vitalista, que se llamaba Jean-Jacques Ménéuret de Chambaud. No es extraño, pues desde Montpellier se propugna una interpretación a la vez psicológica y científica del alma, que llevará a la configuración de la psiquiatría moderna.

La difusión de la *Enciclopedia* –junto a otros varios diccionarios– en una época de expansión de la ciencia moderna, confieren a esas páginas especial importancia. Es el momento en que la psiquiatría francesa –y europea– están creando un saber y una profesión nuevos. Se discuten viejas teorías fibrilares y humorales, para dar paso a una lectura de sueños y pasiones, así como a una localización moderna en el cerebro del padecer mental. En su estudio, Roselyne Rey ha sabido mostrar los titubeos de esas páginas, desde una posición mecanicista, a

otra vitalista, que permitirá la aparición de la nueva psiquiatría de Philippe Pinel, o de su discípulo Esquirol.

La *Enciclopedia* supondría en psiquiatría la medicalización de los términos que designan las enfermedades, la simplificación y edificación de entidades patológicas coherentes, e incluso, al fin, la aparición de etiologías de carácter psicológico en los últimos tomos. Se crean algunos de los síndromes esenciales de la patología mental moderna, así el conjunto formado por Hipocondría / Histeria / Vapores, o el más firme constituido por Manía / Melancolía. Quizá conocido éste desde antiguo, es en la Ilustración cuando se observa la estrecha relación. Las capacidades de observación del hipocratismo ilustrado permiten advertir el proceso evolutivo de esta enfermedad, que es comparada con las fiebres. Éstas permiten por comparación dar un curso coherente a estas alteraciones del ánimo, así como precisar las clasificaciones según aparezcan o no. Es una observación fundamental del siglo XVIII que Vicente Peset señaló también en el médico aragonés Andrés Piquer, estudioso de los cambios anímicos, así como de los términos del cuerpo humano, en su tratado sobre las fiebres, que intenta observar con ojo clásico e interpretar de forma moderna desde la ciencia.

Alma y animal, pesar y genio, celibato y castidad son los títulos de las páginas diderotianas. Las contribuciones de carácter psicológico y fisiológico de Diderot suponen un entendimiento nuevo de la materia viva, que pasa a ser un mecanismo organizado, dotado también de propiedades características. Como afirma Mauricio Jalón en su epílogo, el cerebro se convierte en algo más que un mero filtro, teniendo incluso el sueño algún papel patogénico o

terapéutico. En sus páginas, Diderot irá más allá de la *Enciclopedia*, entusiasmado por la fisiología vitalista de Montpellier. Él aprende en Bordeu la consideración del cuerpo animado como «una comunidad de órganos que se adiestran para lograr una existencia común». Superada la irritabilidad de la fibra de Haller, la sensibilidad se convierte en «una propiedad universal de la naturaleza». Así se puede concluir que «Diderot atisbó un materialismo vitalista muy complejo y entró así en una zona fronteriza y fértil que puede llamarse pensamiento prebiológico. La materia viva, en su perspectiva, tiene un *impulso* propio que facilitaría el paso de lo inanimado a lo animado... Su vitalismo será ante todo una exigencia teórica, propia de quien ve estéril copiar a las disciplinas físicas cada vez más formalizadas».

Sin duda, ha sido una gran idea aportar esta magnífica traducción de Julián Mateo Ballorca de algunas selectas páginas de los enciclopedistas. También poder contar con dos excelentes conocedores de Denis Diderot, que nos proporcionan una visión muy rica del nacimiento de la psicología y la psiquiatría modernas. La idea de incluir un texto muy oportuno de R. Rey, una buena amiga, extraordinaria historiadora de la psicología y la biología –recordemos su importante libro sobre el dolor– ha sido magnífica.

José Luis Peset

Roselyne REY, *Histoire de la douleur*, La Découverte, 2000, 420 pp., con un epílogo nuevo de J.-L. Fischer.

Roselyne Rey (1951-1995) se cuenta entre los más grandes historiadores de la

medicina y las ciencias de la vida. Desapareció en plena juventud, también como investigadora: su tesis de Estado, *Naissance et développement du vitalisme en France de la deuxième moitié du XVIII^e siècle à la fin du Premier Empire*, databa sólo de 1987; aunque en la década de los noventa era ya una estudiosa de relevancia, bien conocida tanto en París o Ginebra como en toda América.

Por el contrario, en España, excepto en los medios investigadores, no ha recibido nunca la difusión que su nombre merece. Por ello destaca hoy un escrito maestro suyo, «La patología mental en la *Enciclopedia*: definiciones y distribución nosológica», que figura como estudio preliminar para la recopilación de Diderot, *Mente y cuerpo en la Enciclopedia*, Madrid, AEN, 2005 (que apareció en *Recherches sur Diderot et sur l'Encyclopédie*, 7, 1989). Además, en esta edición del enciclopedista aparecen, como epílogo, los datos fundamentales sobre la estudiosa, cuyo talento se percibe claramente en ese largo artículo antes citado.

La *Histoire de la douleur* es un escrito de madurez, que se publicó en 1993, y tanto en francés, según se ve, como en inglés: *The History of Pain*. Es una obra de largo recorrido histórico –abarca toda nuestra historia cultural– y, por ende, resulta imposible hacer un resumen aceptable de sus análisis. La Antigüedad grecorromana, la transmisión del galenismo a la Edad Media, el individualismo renacentista, el mecanicismo del siglo XVII, la semiología del siglo de las Luces, los descubrimientos fundamentales del siglo XIX, y las renovaciones en la primera mitad del siglo XX: estos son los siete tramos temporales en los que se mueven sus densas y variadas páginas. Y aunque sus

LIBROS

indagaciones estuviesen especialmente centradas en el siglo XVIII, Rey dedica de hecho más de la mitad del libro (pp. 156-381), al mundo contemporáneo.

Con todo, esta buena conocedora del mundo clásico –que parte además de la lengua griega–, no olvida las referencias antiguas en las cuales el dolor aparece como una experiencia crucial; y su examen, por ejemplo en Areteo o en Galeno, tiene un valor de diagnóstico (pues el dolor *significa* algo, *semainei*); pero se ve afectada asimismo por una valoración ética, como se ve bien en las filosofías del placer y de la contención tan constitutivas de la cultura antigua. En todo caso cada paciente se reapropia de sí mismo, capta su propia subjetividad, valora críticamente su estado. Ambos aspectos laten en la construcción de la cultura de Occidente, en el global galenismo medieval y renacentista. Además, la interiorización del individuo moderno va a sumarse a un mayor conocimiento del cuerpo, de su *fábrica*, y las innovaciones quirúrgicas asimismo del siglo XVI remachan esa vieja reflexión.

Pero las ideas novedosas sobre la circulación sanguínea y el peso de la iatromecánica, unidas a la fundación del sistema nervioso central y del aparato neurovegetativo en 1664, gracias a Willis, suponen la entrada en el orden *objetivo*, propio de la ciencia moderna. Ello no impide que aparezca a la vez una literatura singular sobre las pasiones, a veces totalmente al lado de la física nueva del cuerpo. En las décadas sucesivas se produce una especie de «laicización del dolor» moderna, especialmente en el siglo XVIII, cuando empieza a exponerse y tratarse la idea de *sensibilidad*, de modo que la nueva conciencia del cuerpo lleva aparejada la conciencia, más o menos dolorosa, de todas sus ramificaciones internas. Tanto

las teorías vitalistas como las animistas pretenden orientarse en una nueva fisiología que trata de captar el papel significador de los dolores.

El siglo XIX se abre con nuevas experiencias quirúrgicas, así de los cirujanos militares, y con el aislamiento de la morfina; determinados avances son ineludibles, hasta llegar a la anestesia local (1847), por un lado, y luego, por otro, a la aspirina. Pero las explicaciones de esa centuria acerca del dolor van a ir unidas a muy diversas experiencias, bien se trate de la discriminación de las sensaciones, de muy distintas maneras, bien se hable de la ubicua degeneración, bien se profundice en el sistema nervioso, en las neuralgias, en la histeria o en la hipnosis.

Y muchas de estas reflexiones marcan las primeras décadas del siglo XX (incluyendo sin duda a dos grandes figuras, tan dispares: Cajal o Freud). Los nuevos planteamientos biomédicos del Novecientos y el auge mismo de la farmacología –que no cabe pormenorizar aquí– poco afectan a la inteligibilidad íntima del dolor (que no es equiparable al miedo, a la ansiedad, etc.), sino que marcan otras condiciones de vida: las nuestras. Entre ellas hay que tener en cuenta el *lenguaje del dolor*, un impreciso balbuceo, a veces, que ha de elaborarse y depurarse para descifrar su naturaleza, para valorar su intensidad, para enunciarlo. El mejor uso de las palabras, nos dice, puede atemperar esa crisis individualizada, esa fragilidad que la acompaña, por obra de uno mismo y de los demás.

Pues las circunstancias actuales no nos eximen, antes al contrario, de volver a esta *experiencia límite* totalmente personal y desprotegida, a una sensación lábil, que depende del lugar, de la intensidad e incluso de la atención, pero que remite a nues-

tros pensamientos *primeros*. Y R. Rey en ninguno de los pasos de su argumentación los olvida.

Mauricio Jalón

Fernando COLINA, *Deseo sobre deseo*, Valladolid, Cuatro, 2006, 170 pp.

Los puntos de vista de Fernando Colina relativos al deseo dan cuerpo a este ensayo tocado con la gracia de la originalidad, el donaire de una prosa envolvente y la prudencia de un saber tan amplio como acendrado. Merced a su actividad docente y a sus publicaciones se ha ligado el nombre de Colina a la clínica de la psicosis. No me parece afortunada, sin embargo, tal asimilación. Incluso considerando los numerosos trabajos que le ha dedicado, en especial *Escritos psicóticos* (1996) y *El saber delirante* (2001), la perspectiva y el marco desde el que contempla y examina la locura no son los propios del psicopatólogo sino los del ensayista y pensador. Buena prueba de ello la hallamos en su primer libro *Cinismo, discreción y desconfianza* (1991), un ensayo sobre la división subjetiva y las nuevas condiciones de la virtud; evidente resulta también en la amplia serie de entrevistas a personalidades del mundo de la cultura, realizadas con Mauricio Jalón y publicadas en la *Revista de la A.E.N.*; lo mismo sucede con los artículos semanales que viene publicando en el diario *El Norte de Castilla*.

Acaso por todo ello no me sorprende, como a tantos ha sucedido, que el objeto de la obra que comento verse sobre el deseo, el principal centinela de la salud. Parecería, en principio, que el salto de la locura a la normalidad, del delirio a los

conflictos intrínsecos al deseo, implique un cambio de rumbo en las inquietudes del autor. Sin embargo, a mi manera de ver, existe un puente que une ambos polos: la melancolía. A fin de argumentar esta apreciación argüiré dos razones. En primer lugar, desde un punto de vista que conjuga la psicopatología y la historia, la melancolía tradicional o preesquiroliana ha venido nombrando el agotamiento y la declinación del deseo, entrelazando así los distintos ámbitos de un amplio espacio en cuyos extremos se hallan el sujeto más o menos normal o neurótico –ese que vive como conflictivo su propio deseo– y el psicótico –aquel que no dispone en su vida psíquica del motor del deseo–. También en la obra de Colina, en segundo lugar, la melancolía recrea ese escenario común de la experiencia subjetiva marcada por la división, la responsabilidad ante la propia tristeza y el abatimiento del deseo, como había apuntado ya en «Tristeza voluntaria e involuntaria», uno de los textos que componen *Escritos psicóticos*.

Sin dar del todo la espalda a la reflexión sobre la locura y al trato con el psicótico, el autor explora en esta obra el ámbito más genuinamente humano, ese que atañe a la geometría, la dinámica y los vericuetos del deseo. Basta considerar el lugar central que los grandes pensadores de todos los tiempos han concedido al deseo, para percatarse de cuán ambicioso y arriesgado resulta un proyecto de estas características. Con esa dificultad consustancial tiene que vérselas el autor, de entrada a la hora de enmarcar ese sinuoso territorio que tradicionalmente venía definiéndose con la noción de «pasiones»; después, al proponer una trabazón entre las polémicas clásicas y las modernas reflexiones propiciadas por la irrupción del psicoanálisis; por último, al

LIBROS

incluir en su reflexión –aquí reside, en mi opinión, su aportación más genuina– la vertiente de poder o *libido dominandi* consustancial al deseo, tratando de este modo de complementar a Freud con Nietzsche y Foucault.

A diferencia de otros pilares de nuestra identidad, cuando se analiza el deseo –considerado por Spinoza «la esencia misma del hombre» (*Ética demostrada según el orden geométrico*, 146)– se tiene la impresión de que el pasado y el presente se suceden siguiendo una continuidad sin fracturas. Dicha continuidad viene determinada por la esencia imperturbable del deseo a través de la historia, aspecto que destaca Colina al afirmar que «el deseo, entre todas las cosas humanas, es el más refractario a los cambios propuestos por la historia» (p. 13). Al participar de esta perspectiva historicista e intentar fundamentarla, el autor se ve comprometido a un examen minucioso de aquellos autores y discursos que han tratado de aprehenderlo, en especial la filosofía moral, los maestros de la sospecha y el psicoanálisis. A medida que se avanza en la lectura de este ensayo, todos los referentes se engranan sin chasquear, cosa que habla por sí misma de su excelencia.

Como quiera que, al leer el libro, no he podido dejar a un lado las dificultades intrínsecas a esta materia, lo que considero más meritorio es su estructura y trabazón. Cinco capítulos le dan su hechura: se inicia, como es preceptivo, acotando las lindes y las vicinidades del deseo, a fin de despejar paulatinamente su naturaleza: al engarzarse y prolongarse un deseo con otro, comparte éste con el lenguaje su carácter de diacrónico y discontinuo, de manera tal que deseo y lenguaje se presentan como nociones que siempre van de la mano; a continuación se exploran las vinculaciones entre éste, la

pulsión, el placer y el goce o plenitud, midiendo siempre los argumentos con la vara de Freud y el psicoanálisis, «la primera teoría sobre su componente inconsciente, y de momento también puede decirse que la única que de verdad nos auxilia» (p. 100); se analizan después las respuestas clásicas ante el deseo, esto es, el conjunto de «preceptos, mandamientos, máximas, reglas, advertencias o simples recetas vitales» (p. 71) elaborados por las distintas escuelas de filosofía moral, respuestas todas ellas cortadas por el patrón de la moderación; le sigue un capítulo descriptivo dedicado a las respuestas subjetivas (histeria, obsesión y transgresión), poniéndose aquí de relieve el fracaso de los buenos propósitos universales preconizados por la filosofía moral frente al determinismo inconsciente que conforman las posiciones de los sujetos concretos; la investigación del deseo de poder, por último, da pie a Colina para glosar de forma muy original el componente de dominio que sirve de cimiento y estructura a todo deseo: «El abuso, el desprecio, el sometimiento y la agresión son las consecuencias de un deseo fracasado que encuentra en el poder su último recurso de satisfacción. [...] En su cenit encontramos el egocentrismo narcisista en las neurosis y la omnipotencia del psicótico» (p. 148).

Sólo por el hecho de acoplar todos estos aspectos hasta conformar con ellos un discurso lógico y bien conjuntado, *Deseo sobre deseo* tendría de por sí un interés incuestionable para los estudiosos. Sin embargo, además de su elegancia formal, de la agudeza con que resuelve sus interrogantes y del buen tino en la elección de la referencia adecuada, la obra que reseño contiene numerosas consideraciones sobre aspectos concretos de nuestra vida cotidiana.

na, sea sobre la libertad, la depresión, las dificultades que asedian al varón contemporáneo, el carácter obligatorio y urgente del deseo actual o bien sobre los vínculos que entretienen el poder y el placer. Conforme a lo que acabo de apuntar, es necesario tener presente que se trata de un ensayo vivo y actual por cuanto en él se analizan las problemáticas que afligen al sujeto contemporáneo.

Alguien próximo, aunque ajeno a nuestro pequeño mundo de la clínica mental, me decía que había leído cada párrafo de *Deseo sobre deseo* dos veces: la primera por simple placer de su prosa; la segunda para no perder detalle de sus argumentos, pues no dejaba de sorprenderle cuánto se reconocía en ellos. Sé de otro lector que recogió en un cuaderno todas las citas, confiando en hallar la ocasión propicia para sacar a colación a Platón, Aristóteles, Epicuro, Lucrecio, Cicerón, Montaigne, Nietzsche, Freud, Lacan y a tantos otros. Todos los grandes libros, como es natural, tienen infinidad de lecturas, promueven múltiples experiencias y dejan un poso indeleble. La que me ha procurado este libro de Fernando Colina la resumiré evocando un comentario de Javier Marías acerca de las novelas de J. M. Coetzee, palabras que por lo demás describen con precisión eso que en el texto se denomina *geometría del deseo*: «Sólo puedo decir, como mero lector suyo ya antiguo, que cada frase [...] tiene la extrañísima virtud de impeler fuertemente a pasar a la próxima, y también, a la vez, de hacer que uno desee demorarse en ella y lamente siempre abandonarla o dejarla atrás. No sé de ningún efecto mejor ni más loable al que pueda aspirar un escritor».

José María Álvarez

Francisco PEREÑA, *Soledad, pertenencia y transferencia*, Madrid, Síntesis, 2006, 270 pp.

En el espacio de cinco años Francisco Pereña ha escrito cuatro libros exigentes y reflexivos. Primero fue *La pulsión y la culpa* (2001), continuó con *El hombre sin argumentos* (2002), le siguió *De la violencia a la crueldad* (2004) y acaba de salir al mercado *Soledad pertenencia y transferencia* (2006). Todos son libros de crítica y pensamiento, escritos junto al abismo y dotados de un halo trágico: forjados desde el hombre y contra el «hombre», desde el pensamiento y contra el «pensamiento», desde el psicoanálisis y contra el «psicoanálisis».

En el último texto, el que motiva este comentario, el autor elige tres conceptos que correlaciona entre sí y que aún enseguida en torno al primero de ellos: la soledad. Pues la soledad, desde su punto de vista, es el eslabón que encadena los acontecimientos de la pertenencia grupal y de la transferencia terapéutica. El hombre, sostiene tajante, con esa contundencia que tan bien retrata su carácter y su estilo, está obligado por la soledad, por esa experiencia que entiende indiscutiblemente como la más genuina del individuo. Siguiendo los términos de Freud, establece una correspondencia clara entre el desamparo (*Hilflosigkeit*) y la necesidad de asistencia ajena (*fremde Hilfe*), entre la soledumbre desprotegida en la que se nace y la protección inmediata que necesitamos de alguien.

Con estos elementos iniciales Pereña prosigue una reflexión personal llena de sugerencias clínicas, de atisbos profundos sobre la moral y de luces sobre la historia del pensamiento. Pues, siguiendo su reflexión, si el hombre nace condenado a la soledad,

LIBROS

dad y, más expresamente, a la soledad corporal, entendemos que recurra con pasión a dos auxilios sospechosos: al abrigo de las causas finales, que den sentido último a su existencia, y al refugio de la pertenencia grupal, en cuyo seno intenta impedir que su destino colectivo se reduzca, como es de rigor, a compartir soledades. Dos engaños humanos, sobradamente humanos, que no se muestran neutrales sino cargados de consecuencias negativas y a menudo funestas. Una, la primera, esclava de la moral de la salvación, que nos inclina a justificar por la fe lo que debería lograrse tan solo desde la responsabilidad que proviene de los actos, de la ley y de las decisiones personales. Y una segunda consecuencia, igualmente negativa, que deriva directamente de la multiplicación de enemigos que secreta la lógica interna de todas las agrupaciones humanas, donde la sociabilidad que promete queda en entredicho ante la belicosidad que sistemáticamente causan.

Cambiando una y otra vez el ángulo de su enfoque, pero sin salir del prisma de lo mismo, Pereña insiste de continuo en estos problemas. El hombre, vuelve a decirnos, nace sometido a un trauma original sin que ninguna ley u orden natural le asegure nada, tal y como en cambio sucede con el resto de los seres vivos. Como exiliado de la naturaleza, como animal incompleto e inconcluso –aceptando los términos de Clifford Geertz–, pero, al mismo tiempo, como reo del mundo natural, se le imponen las dos necesidades urgentes que hemos anunciado, la de dar un valor final a la existencia, sin la cual no encuentra consuelo terrenal suficiente, y la de arrojarse bajo las señas de identidad que le facilitan los colectivos humanos, intentando que sus emblemas reemplacen su exclusión de la naturaleza.

De esta suerte, cuando el sentimiento de pertenencia consigue embriagarnos y vence a la soledad hasta hacérsola olvidar, y la lógica de la condena o la salvación triunfa sobre la necesaria decepción (*Versagung*) libidinal que identifica lo más verdadero del hombre, sucede que la inclinación ciega a cualquier pertenencia pone en marcha el entusiasmo de la causa final o azuza la causa colectiva para satisfacer su alimento pulsional. Y del mismo modo que san Agustín proclamaba las ventajas que suponía la existencia de herejes para garantizar la supervivencia de la Iglesia, ya que sin ellos moriría de inanición, todos los grupos salen a la caza de un enemigo que justifique su constitución y apriete los lazos que falsamente les unen. La beligerancia, según nos expone el autor, tratando de evitar las conclusiones de Hobbes o Carl Schmitt, es el último argumento de la pertenencia, su expresión más necesaria y constante. Se entiende así, en este orden de cosas, y por poner un ejemplo a gusto de nuestro autor, que la organización masculina en torno a la pertenencia viril no tenga otra función que la anulación del deseo de la mujer, que encarna al enemigo deseante en la relación.

En el último capítulo, dedicado más explícitamente a la experiencia psicoanalítica, Pereña enjuicia la transferencia bajo los riesgos antropológicos y morales que acaba de asumir. La transferencia, «ese vínculo afectivo, íntimo, casi obsceno, que se establece entre analista y paciente», según su definición, corre a su juicio el riesgo de instituir, por medio de la idealización de la experiencia que promueve, el retorno de una tecnología de la salvación. Sin un estudio que asuma críticamente las relaciones de poder que se establecen durante la cura, y que admita y regule la inevitable sugestión que promueve el

encuadre analítico y, a la postre, cualquier tratamiento psicológico, no se pondrá fin nunca al «tráfico institucional de las transferencias». Pues a un psicoanalista, sostiene oportunamente como prueba de su opinión, se le pregunta siempre «de quién es, a qué familia transferencial pertenece».

El libro redondea su inagotable fondo de sugerencias y su rebelde agitación con alusiones continuas a Kafka, que para Pereña, desde que le conozco y le leo con constancia, representa el héroe moderno de la soledad. No por casualidad —dice— todos los personajes de Kafka carecen de pertenencia, les falta complicidad y, aunque sean inevitablemente obedientes, no pretenden contra lo que era de esperar ejercer ningún poder. Kafka escribió un día en sus cuadernos de 1920 que la queja carece de sentido y es una estupidez; que el entusiasmo es ridículo y que, si cupiera hablar de felicidad, eso tendría que ver únicamente con el silencio. Con el silencio de pensar, probablemente, como lo demuestra la elocuencia callada de este texto que acabo de comentar.

Fernando Colina

Jean STAROBINSKI, *Acción y reacción. Vida y aventuras de una pareja*, México, FCE, 2001, 425 pp.

Este libro de capas tan dispares es una obra mayor de Starobinski. Y lo es por su densidad, por el rastro de todos los ámbitos del pensamiento en los que se ha ido adentrando a lo largo de su vida, por su destreza para dar consistencia a todos sus filones intelectuales. Desde su primer *Rousseau*, grandes perspectivas culturales fueron afrontadas por Starobinski, sin darlas por concluidas. Tras sesenta años de trabajo la

energía de la obra agudísima del estudioso y escritor suizo se conserva inamovible: después de entregar su raro ensayo sobre el drama musical, *Les enchanteresses* (Le Seuil, 2005), ha retocado y reagrupado definitivamente sus dos libros sobre la Ilustración en uno solo, *L'Invention de la liberté, 1700-1789. Les emblèmes de la Raison* (Gallimard, 2006).

Acción y reacción —de estructura algo cerrada y con su título ceñido a un nudo teórico muy personal— es más seco que otros escritos suyos, pero está construido hábil y originalmente. Su recorrido por el par *acción-reacción* se abre con una cita de Auerbach, en donde el autor de *Mimesis* señalaba lo fructífero que resulta partir no de un problema general sino de un fenómeno de *detalle*, elegido ante todo por la fuerza misma de las cosas que se le ofrecen. Este prisma casa bien, además, con la exigencia de Starobinski de hacer un análisis transversal de la cultura a partir de la aparición de la nueva ciencia, con la física al frente (un excelente repaso), para llegar hasta la sociología política, tras importantes capítulos químicos y medicinales, centrados en autores escogidos (Diderot, Bonnet, Bichat, Bernard), y sin olvidar el peso indagador propio de la psiquiatría o de la literatura.

Su recorrido del par *acción / reacción* se sitúa, por tanto, al inicio en la historia moderna, en la época de la revolución científica, si bien dará un gran peso, luego, al siglo de las Luces y sus efectos intelectuales en la centuria siguiente, de acuerdo con las zonas culturales que, de hecho, Starobinski ha frecuentado más a lo largo de su vida. Los ámbitos en que ese raro despliegue suyo tiene lugar son muy dispares y se hallan bastante bien deslindados: arranque de la física y la química; la medi-

LIBROS

cina del alma y del cuerpo de Cabanis a Freud; el campo literario de la modernidad (con Balzac, escritor no habitual de él, al frente, y seguido de los románticos ingleses o alemanes, luego de Mallarmé o Valéry). Por último, aparece el campo político surgido en el siglo XVIII, centuria de acciones pero asimismo, como resalta el autor, de reacciones. Para este cierre, no sólo parte de Constant, una figura inteligente que deja atrás la Revolución, sino que llega hasta Nietzsche y roza ciertos aspectos de las «tiranías del siglo XX», enfrentándose con quienes desean atenuar, por ejemplo en España, los crímenes del nazismo y de sus allegados autóctonos.

El itinerario intelectual de Starobinski –científico, médico y psiquiátrico, literario, e histórico– se capta en los sucesivos pasajes de esta *Acción y reacción*, en donde su léxico más personal se insinúa progresivamente hasta imponerse, de suerte que captamos finalmente cómo se sostiene sobre un fondo de interrogantes similar a su restante obra. Vemos al final del recorrido que parte de una perspectiva más objetivada y sintética, para ir acercándose a su estilo más creativo de escribir. En todo caso sería difícil nombrar a otro ensayista que haya logrado, como él, esa deseable integración de la historia de las ideas y de las ciencias con la mejor expresión y valoración literarias. La superposición de puntos de vista presuntamente opuestos, la hibridación continua que experimenta su discurso, la convergencia de vías de aproximación a cada objeto de atención hacen de sus escritos una experiencia singular siempre. Y en este gran trabajo no deja de sorprender su capacidad para dar un nuevo giro a su expresión escrita –en sus temas e ideas, incluso a veces en la naturaleza de sus

asociaciones–, si bien al mismo tiempo no dejamos de reconocer totalmente en él su voz y el conjunto de sus preocupaciones.

M. Jalón

Antonio REY, Enrique JORDÁ, Fernando DUALDE, José Manuel BERTOLÍN, *Tres siglos de psiquiatría en España (1793-1975)*, Madrid, AEN, 2006, 430 pp.

El número 33 de la colección de Estudios de la AEN es un libro impreso, un libro en el sentido tradicional. Acaso no esté de más señalarlo, puesto que los avances tecnológicos nos traen a veces sorpresas, y entre ellas la de que los *libros* ya no huelen ni necesariamente se tocan. Es, además, un libro-herramienta, una extensa base de datos bibliográfica que facilitará, merced al ingente trabajo de sus autores, la labor de estudiosos e investigadores del campo de la psiquiatría en España. Se debe agradecer a la AEN que haya premiado el esfuerzo de este grupo de psiquiatras e historiadores con este formato y no haya vertido sus frutos en el frío y prosaico policarbonato plástico de un CD-ROM.

Antonio Rey es psiquiatra y doctor en medicina por la Universidad de Valencia. A su labor clínica ha unido, ya desde su tesis doctoral, su trabajo como historiador de la psiquiatría y su compromiso con la docencia de esta disciplina. Enrique Jordá, psiquiatra y neurólogo, se doctoró también en Valencia, dedicándose desde entonces tanto a la asistencia como al estudio y la enseñanza de la psiquiatría y su historia. Fernando Dualde comparte este perfil, y suma a su labor en una unidad de salud mental infantil la publicación de numerosos trabajos en la misma orientación. José

Manuel Bertolín es psiquiatra, licenciado en psicología, doctor en medicina, y compagina la jefatura de sección en un hospital con su trabajo como profesor asociado de psiquiatría en la Universidad de Valencia.

Como nos advierte Rafael Huertas en su prólogo, la reunión de los autores no es casual, y obedece a toda una tradición de estudio de la historia de la psiquiatría que hace del *grupo de Valencia* un referente obligado en nuestro país. La labor que iniciara Vicente Peset Llorca hace más de cincuenta años, y que continuó José María López Piñero consiguió aglutinar a finales de los años ochenta a numerosos profesionales en torno al «Seminario de Historia de la Psiquiatría» que entonces se creó, en relación con el Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación de la Universidad de Valencia. En el marco de este grupo, además de otras muchas publicaciones, se ha gestado la presente obra, fruto de años de trabajo que han servido para recopilar más de nueve mil referencias bibliográficas.

Se han seleccionado para esta obra 141 revistas médicas españolas publicadas entre 1736 y 1975, y de ellas se han extraído cuantos artículos se dedicasen a la psiquiatría o disciplinas afines (frenología, sexología, pedagogía, neurología, etc.). En la introducción, los autores dan sobrada cuenta del rigor con que han realizado este trabajo, y de las dificultades que lo acompañaron. Se sigue esta introducción de la exposición de los materiales y métodos empleados, de la relación alfabética de las revistas, y de su estudio estadístico-descriptivo. Como quiera que tres siglos suponen un período harto dilatado de tiempo, durante el que los conceptos y la terminología psiquiátrica han sido especialmente cambiantes, comparados con los que se

emplean en otras ramas de la medicina, cuatro índices vienen a cerrar la obra y a facilitar su manejo: uno onomástico y topográfico, otro cronológico, otro por revistas y aún otro por materias.

Aquellos que de aquí en adelante nos enfrentemos, en nuestra investigación o estudios, a la tarea de revisar la literatura psiquiátrica en España, contamos hoy con una herramienta con vocación de imprescindible y trazas de llegar a serlo.

Francisco Ferrández

Biblioteca de Psicoanálisis, Barcelona, RBA, 2005.

En el verano de 2005 me pidieron que realizara un Prólogo a la vida y la obra de Françoise Dolto. Se trataba, me explicaron, de una nueva Colección de autores psicoanalíticos de los que se iba a publicar la *Obra Completa* para poner a la venta en los quioscos. Mi primera reacción fue de perplejidad, pues no imaginaba que a estas alturas fuera posible una operación tal, cuando las voces de determinados sectores proclamaban que el psicoanálisis ya no interesaba a la gente. Un año más tarde, en el verano de 2006, cuando han salido a la venta ya doce ejemplares, las noticias procedentes de la importante editorial RBA hablan de un éxito de ventas que también ha desbordado las iniciales previsiones de los responsables editoriales, y que ha animado a la casa editorial a apoyar activamente la difusión del discurso psicoanalítico. ¿Cómo explicarse este fenómeno?

No voy a justificarlo sino apelando a los factores simplemente internos a la colección. El coordinador de la colección, Vicente Palomera, psicoanalista en Bar-

celona, ha aglutinado a un colectivo de psicoanalistas, pertenecientes a distintos países y a la Asociación Mundial de Psicoanálisis, con el fin de escribir los prólogos que incluyen un comentario de la obra de cada autor, y una sinopsis de los hechos más trascendentes de su vida. La selección de autores escogidos es amplia: Sigmund Freud, Melanie Klein, Anna Freud, Jacques Lacan, Karl Abraham, Carl G. Jung, Sándor Ferenczi, Donald Winnicott, Ernest Jones, Françoise Dolto, Wilhelm Reich, Otto Fenichel, Georg Groddeck, Helene Deutsch, Theodor Reik, Ludwig Binswanger, Lou Andreas-Salomé.

Pero detengámonos un momento en los ejemplares que hasta la fecha han salido. Especialmente en los primeros: Freud y Lacan. En el prólogo relativo al fundador del psicoanálisis podemos leer de la pluma de su autor, Vicente Palomera: «En cierto sentido, la práctica por él inventada está pensada para trabajar con lo que no funciona. Ésta es la razón que hace que sea una práctica enormemente difícil y exigente para los psicoanalistas, ya que apunta a introducir en la vida cotidiana lo imposible (uno de los modos de definir 'lo que no funciona'. El psicoanálisis consiguió obtener resultados y avances importantes, pero aún está lejos de haber alcanzado sus propios límites». Es decir, que el invento freudiano funciona y avanza, pero para asegurarnos de que esto es verdad, el gran público tiene en sus manos, en el quiosco de su calle, cada quince días, o bien a través de suscripciones –ver RBA coleccionables–, la posibilidad de verificarlo al sumergirse en la obra de los psicoanalistas más leídos, de los principales autores. Estamos pues ante un saber abierto a todas las personas; no estamos ante un saber opaco, accesible únicamente para expertos.

De hecho, los ejemplares dedicados a Freud presentan la *Obra Completa* ordenada cronológicamente y según la traducción clásica de López Ballesteros.

Respecto al volumen dedicado a Jacques Lacan, y que contiene una selección de sus Obras, nos encontramos con un Prólogo –redactado en septiembre de 1979 para la *Encyclopédie Universalis* e inédito en castellano– de Jacques-Alain Miller, psicoanalista en París y director del departamento de psicoanálisis de la Universidad de París VIII, que puede considerarse una sinopsis del pensamiento lacaniano ordenado al modo esclarecedor a que acostumbra Miller. Allí también podemos leer una referencia al invento freudiano: «Lacan nunca se fijó como objetivo reinventar el psicoanálisis; al contrario, situó los inicios de su enseñanza bajo el signo de un *retorno a Freud*». Del mismo modo que podemos encontrar en un par de frases una amplia definición, delimitación de lo que es el psicoanálisis, Miller se refiere a Lacan en estos términos: «A propósito del psicoanálisis, se preguntó únicamente: ¿cuáles son sus condiciones de posibilidad? A ello respondió que el psicoanálisis sólo es posible si, y solamente si, el inconsciente está estructurado como un lenguaje. Lo que se llama la enseñanza de Lacan es el desarrollo de esta hipótesis hasta sus últimas consecuencias». Se muestra entonces que esta colección, Biblioteca de psicoanálisis de RBA, es un buen invento. Dirigida al gran público que lee, tiene un alto valor didáctico en tanto que incorpora mediante los prólogos una visión amplia de cada autor, y hasta una enseñanza específica.

Y también hay que señalar que, al presentar reunidos en un único volumen textos que hasta la fecha permanecían diseminados en diversas publicaciones y editoriales,

contiene indudables ventajas para el estudiante y para el lector en general. Es el caso de los *Escritos* de Lacan que hasta la fecha se encontraban en castellano en dos volúmenes desde su aparición, o el de Dolto, una autora muy leída por padres y educadores en nuestro país, y cuya obra permanecía dispersa en diversas casas editoriales. Es uno de los méritos y no el menor de esta colección. Una Biblioteca, recibida con interés y entusiasmo por el público de habla castellana en los comienzos del XXI, que ayudará al investigador, al estudiante y a los nuevos y jóvenes psicoanalistas que harán avanzar en nuestra época el invento freudiano.

Fernando Martín Aduriz

Natividad CORRAL (coord.), *Nadie sabe lo que puede un cuerpo*, Madrid, Talasa, 2005, 256 pp.

Este es un libro sobre el cuerpo humano escrito por un grupo de autores y autoras, coordinados por Natividad Corral. Su lectura muestra lo que en nuestros hábitos culturales pasa desapercibido: que el cuerpo del humano nace al mundo sin los recursos propios de un cuerpo animal dotado de los instintos que lo acoplan a su territorio natural como mera continuidad de especie para cumplir su ciclo. Carente, por ello, de su acción específica programada para vivir plantado en la tierra, necesita al otro materno, también humano, prendiéndose a él como un desesperado náufrago, desamparado e indigente. Apena viviente y apremiado de necesidades, se escinde gritando al otro sus demandas, que son, más que de alimento y cuidados naturales, de ser amamantado, calmado, satisfecho, habla-

do, mecido, etc. Iniciándose un tiempo, llamado traumático, por el desconcierto sufrido con la falta de coincidencia entre lo que demanda y lo que recibe o experimenta, entre lo que alucina y la realidad que le despierta, cuyos aconteceres dejaran sus huellas en la memoria inconsciente. Las cuales, por ser memoria de la vida y del dolor, de su encuentro insuficiente con el otro, de la soledad del cuerpo deseoso de volver a repetir la misma experiencia que no consigue, constituirán la organización pulsional y fijación del mismo sujeto humano con su límite y suelo corporal.

Pulsión como concepto límite de esa escisión entre viviente y hablante que se escinde, a su vez, entre pulsión de vida y pulsión de muerte. Una, a favor del vínculo y la relación con el otro; otra, impulsando a la disgregación y destrucción. Pero ambas intrincadas y mezcladas, como nos muestra la clínica de los sujetos en sí mismos y agrupados haciendo la paz y la guerra.

Que las huellas de la memoria inconsciente guarden sus acontecimientos fundacionales de la vida como dolor de una pérdida que impulsa el deseo de volver a encontrar, hacen de la vida de cada sujeto un duelo estructural de esa escisión que, cuánto más se distancia de su inmediatez a través del trayecto de sus elaboraciones, mayor será la fuerza libidinal deseante para continuar desplazándose invistiendo otros cuerpos, otros objetos, otras representaciones, otras palabras, otros mundos, etc.

Esto es lo que hace el sujeto neurótico, cuando no se paraliza en los momentos de libidinización corporal y de su yo, confundiendo fantasmática y narcisísticamente con el cuerpo libidinal de la madre denegando la percepción de la alteridad. En esas condiciones, anulado subjetivamente,

LIBROS

resistiéndose a elaborar las huellas inconscientes del otro perdido y olvidado, se aísla aferrado despóticamente o sumisamente a una identidad narcisista que intenta borrar la escisión y, por ello, el dispositivo civilizador del deseo que da aliento a la vida. Lo cual ocurre con mucha frecuencia en estos tiempos de globalización económica, de autoridad paterna y político social decadente, teniendo efectos en muchos cuerpos torpes que, sin la elaboración inconsciente, sin responsabilidad subjetiva, sin duelo, con frágil reinscripción de identidades sexuales e intergeneracionales, van a quedar deformes o metamorfoseados, con demasiada frecuencia deprimidos, anhelando una pasividad eterna, cuando no, agitados ansiosos o violentamente destructivos.

Los diferentes capítulos de este libro van desgranando la diversidad de esos cuerpos afectados por su interiorizada intrincación pulsional a falta de ese espacio exterior habitable: cuerpos torturados, maltratados, secuestrados, cuando no, vilmente asesinados. Cuerpos anoréxicos, bulímicos, adictos, pero también psicosomáticos y hasta orgánicamente enfermos que hacen más presente su inmediatez corporal por retracción libidinal.

El psicótico, que no acepta esa escisión, va a ser presa fácil de su presencia corporal. Podrá vivir estabilizado con su identidad corporal imaginaria, con su trabajo subjetivo y creativo; pero, si en algún momento, es interpelado por sus fenómenos elementales fácilmente responderá con la certeza y sentido delirante. Aunque con el transcurrir del tiempo podría sucumbir a la desertización melancólica de su cuerpo deslibidinizado, que muestra directamente la pulsión de muerte.

Las referencias de este libro, que tocan psicopatologías tan actuales, bien pueden

servir de orientación en el quehacer clínico de los profesionales que tengan necesidad de un espacio de escucha y de paciencia para las demandas de estos pacientes tan ansiosos e impacientes. Con su lectura se percibe nítidamente el latido pulsional intrincado del cuerpo vivo. Sus catorce autores y autoras, prologados por Francisco Pereña, proceden de cuerpos teóricos diversos: psicología, psicoanálisis, filosofía, bellas artes, sociología, medicina, etc. Muchos mantienen coherentemente una posición de exilio de instituciones cuyos discursos, a la postre, restan libertad para el deseo y el síntoma creador. En todo caso, sus posiciones les permite acercarse a la alteridad más radical y extraña del cuerpo como respuesta al dolor de vivir, forzando una clínica del sujeto y su causa, necesitada de salir al campo abierto con los otros para ser digna de ser llamada clínica de la elaboración, del síntoma y del deseo, imposible sin pluralidad y relación transferencial tolerante con la alteridad.

En este forzamiento, en esa apertura, el cuerpo, que aparece más en sus trabajos, es el más próximo al desamparo y al dolor: el de la mujer. Su proximidad al de la madre la encadena con más facilidad al otro. A veces, en una incondicionalidad que impide su separación. Su identificación al padre y posterior duelo la permite un respiro necesario. Pero, en todo caso, precisamente por esa cercanía a la angustia, su cuerpo es necesariamente más creativo al estar en espera y pendiente de la alteridad. Por lo tanto, menos cegadas por identidades e ilusiones culturales y más cercanas a la memoria corporal, son resistencia frente al dominio del poder y la religión.

Imposible hacer en una reseña los numerosos matices y puntos de vista que van desde el cuerpo que nace al mundo huma-

no, al cuerpo que muere, sufriendo en su recorrido biográfico todo tipo de formas de duelo y en su defecto, sometiéndose por tantas disciplinas y técnicas físicas, químicas y educativas que, a veces, lo momifican. Y es que estas sociedades, que soportan tan mal las pérdidas, se aferran a cualquier objeto, incluso las fotografías, reemplazando la memoria, resistiéndose vanamente a la inexistencia.

Sólo queda, al final de esa presentación del libro, dar las gracias por sus trabajos y el valor del deseo de sus escritores y escritoras, que no se acobardan ante el dolor y desamparo del cuerpo, mirando más allá de las habituales consideraciones falicistas tan denegadoras de la alteridad femenina, del hombre y de la mujer. Su escritura proviene de la vida humana escindida de la naturaleza, frágil y desamparada, fácilmente manipulable y manipuladora, cuyo desarrollo y sostén, inseguro, concierne a cada sujeto humano como una tarea ética y responsable ante el otro, para no sucumbir al tanatos de tantas certezas que con su universalidad intentan clausurar el deseo particular.

Amando Pascual Lázaro

Enrique RIVAS, *Pensar la psicosis. El trato con la disidencia psicótica o el diálogo con el psicótico disidente*, Málaga, Miguel Gómez, 2005, 281 pp.

Tras una amplia experiencia profesional, mil batallas en la transformación de la asistencia psiquiátrica y una práctica que combina la clínica en los Servicios de Salud Mental y el psicoanálisis de orientación lacaniana, Enrique Rivas da cuenta en *Pensar la psicosis* de más de cuarenta años

de trato con la locura y el sufrimiento humano. En la misma senda que su libro anterior *Intersección Psiquiatría* ◇ *Psicoanálisis. La clínica de la sospecha* (2000), de uno de cuyos estudios toma la fórmula «el trato con el psicótico», Enrique Rivas presenta a lo largo de once capítulos lo que considera la estrategia básica del psicoanalista ante el sujeto psicótico.

Fiel al talante de su autor, lo primero que llama la atención de este libro es su carácter comprometido con una causa tan noble como es el diálogo con el alienado. No obstante, el hecho de que *Pensar la psicosis* transmita tanta pasión no está reñido con que sea una obra de madurez. Así lo considero por dos razones: primero, porque la teoría es continuamente interrogada desde la práctica (como se aprecia especialmente en la media docena de casos clínicos expuestos); segundo, porque la materia examinada abarca casi la totalidad de la clínica y terapéutica de la psicosis (desde la psicopatología a la ética; tanto lo tradicional como lo más actual).

El título es de por sí muy hermoso. Una fórmula tan sencilla nos indica de entrada que su autor toma partido por una forma metódica de acercamiento curioso y reflexivo al drama del sujeto psicótico. No es esto precisamente lo habitual en los tiempos que corren; tampoco lo es la reflexión cabal sobre la experiencia psicótica, una reflexión aquí llevada a cabo con grandes dosis de entusiasmo y de respeto. A medida que Rivas desgrana sus argumentos, a veces torrencialmente y otras a borbotones, van paulatinamente asentándose una serie de conocimientos y enseñanzas que la propia psicosis nos procura sobre esa ciencia del sujeto a la que llamamos psicoanálisis.

Me atrevería a calificar este escrito de 'contestatario', pues horada a martillazos

LIBROS

los fundamentos de la teoría y la práctica psiquiátrica contemporáneas. Si consideramos que la psiquiatría actual consiste en un conjunto de conocimientos y de prácticas destinados a justificar y legitimar el rechazo a escuchar al loco, es decir, que la psiquiatría ha venido configurándose como un discurso defensivo frente a la locura, *Pensar la psicosis* resulta profundamente subversivo.

Una pregunta recorre, en mi opinión, todo el texto: ¿cómo se puede hablar con el psicótico cuando se pretende su reconstitución subjetiva? Tal es lo que desarrolla su parte central, cuando el autor propone diferenciar y oponer el «tratamiento» del psicótico y el «trato» con el psicótico. A este respecto, el autor nos indica que «tratamiento» supone la exclusión del sujeto en tanto que autor y actor de la psicosis: «Por lo tanto –escribe Rivas en la página 139– hay una mentira en la propuesta de tratamiento, o digamos una impostura al elaborar un *tratamiento* sobre una clasificación sintomática y una aniquilación de aquello que es lo más auténtico del sujeto».

Por el contrario, «el trato con el psicótico implica reconocerlo como sujeto», esto es, considerarlo como sujeto representado en lo que dice y en lo que hace. De ningún modo podrá realizarse este tipo de «trato con» sin una prudencia y un respeto que considere lo real de su disidencia: «Lo que proponemos como trato del psicótico –precisa el autor en las pp. 272 y 273–, como con-trato con el psicótico [...] exige deponer radicalmente la concepción médica de tratamiento que apunta a un diagnóstico clasificatorio o fenomenológico, a una suma de síntomas a los que corresponde un tratamiento pre-establecido farmacológico, reeducador o rehabilitador».

Tres son, a mi manera de ver, los pilares que sostienen la concepción desarrollada por Rivas: la primera, sin duda la más importante, es la que se asienta en la doctrina de Freud y de Lacan, ambos omnipresentes en el texto; la segunda se inspira en Heidegger y en su alumno Gadamer, incorporando así una perspectiva hermenéutica e interpretativa plenamente articulada con el lenguaje y el ser; por último, la recuperación pertinente del pensamiento de los clásicos de la psicopatología, tendiendo así un puente entre la tradición clínica de la psiquiatría y el psicoanálisis.

Mas ni la hermenéutica filosófica o lingüística ni la psicopatología clásica han incluido en sus análisis y miras algo que resulta esencial, esto es, la dimensión de goce que habita en la lengua. Por eso el texto de Rivas se enmarca de lleno en el campo psicoanalítico, pues no descuida en su investigación –sea de la angustia, de la locura compartida, de los trastornos del lenguaje o las nuevas formas del síntoma– esta vertiente inherente al lenguaje y al ser.

La lectura de *Pensar la psicosis* me recuerda en ocasiones aquellos manifiestos que encendían nuestras reivindicaciones políticas de forma harto apasionada. En tal sentido se expresa cuando afirma: «El psicoanálisis ya no tiene coartadas epistemológicas, prácticas o administrativas para desmentir, en el seno de la institución pública de salud, la posibilidad y eficacia de su compromiso con la palabra con la que el sujeto intenta escribir lo real del sexo y de la muerte, en el ser que habita el tiempo y el lenguaje» (p. 271).

Aunque apasionado y comprometido con ese disidente en acto que es el sujeto psicótico, no es éste un texto iluso ni idealista. Rivas conoce muy bien el drama que habita en el loco; sabe a la perfección que

su amado proyecto jamás podrá materializarse por completo: «Este libro es la concreción escrita –admite en la penúltima página– de un acto inlogrado de pensamiento, de pensar la locura. Un acto inlogrado, porque el pensamiento jamás logrará atrapar a la cosa, a la verdad, a lo real».

Sea considerándolo en su conjunto o en cada una de las partes que lo componen, este libro prueba una vez más que cuando se piensa el *pathos* resulta necesario recurrir a Freud, tanto para columbrar la quintaesencia de ese drama insondable como para contribuir dignamente a tratar de remediarlo.

José María Álvarez

José María ÁLVAREZ, *Estudios sobre la psicosis*, Vigo, Asociación Galega de Saúde Mental (AGSM), La Otra psiquiatría, 2006; 304 pp.

El libro que aquí se comenta, como bien señala Fernando Colina, representa «el ejemplo cabal de una psiquiatría distinta», que en este momento, más que nunca, se demuestra que es posible. Una psiquiatría a la que José María Álvarez se suma con sus aportaciones al debate por restaurar el lugar de la palabra en el encuentro con el *pathos* del hombre; una psiquiatría de lo biográfico, de la verdad del síntoma y su función defensiva frente a la nada.

Álvarez pertenece a una escuela. Más allá de la doctrina psicoanalítica en la que asienta sus conocimientos psicopatológicos, el autor de estos *Estudios sobre la psicosis* bebe de las fuentes que han ido fluyendo de la psiquiatría pucelana. Porque, como dijo Confucio, «la virtud no habita en la soledad, debe tener vecinos». En ese colectivo –el Colectivo Villacián– la

psiquiatría no renuncia a recuperar una extensión que nunca debió perder. El humanismo, la literatura, la filosofía y el amor a las letras, que son en definitiva el vehículo a través del cual el *pathos* humano encontró su motivo y, también, su razón salutífera, se aúnan en este cuerpo intelectual en el que Álvarez se apoya para demostrar que la «Otra» psiquiatría es viable, que ya es un hecho.

Estudios sobre la psicosis es la compilación de los últimos diez años de una vida dedicada al estudio de la locura; si bien todos estos estudios han sido redactados y actualizados para la ocasión, la mitad se publican ahora por primera vez. Como en sus libros anteriores –en especial *La invención de las enfermedades mentales* (1999) y *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica* (2004), tratado del que es coautor con R. Esteban y F. Sauvagnat– historia y clínica convergen en la enseñanza lacaniana para tratar de mostrar al lector que, aunque la ciencia del ser vivo «avance», hay algo que es, fue y siempre será como nos viene dado, esto es: que el lenguaje tiene sobre el sujeto una doble consecuencia. Por un lado, la infiltración del mundo del lenguaje del Otro y sus efectos sobre el ser alumbran el nacimiento de la subjetividad humana; por otro, teniendo en cuenta lo anterior, existe un resto imposible de ser cubierto por la palabra, un vacío frente al que neurótico y psicótico se tratan de defender, si bien de distinta forma.

Sin lugar a dudas, los diez trabajos recogidos en este libro representan magistralmente el incesante esfuerzo de su autor por transmitir, allá donde se le convoca, una visión teórica personal forjada a lo largo de una ya dilatada carrera como clínico y docente acerca de su mayor pasión.

LIBROS

Este libro no es una monografía más sobre la psicosis, ni un compendio más para dar crédito a la teoría psicoanalítica sobre la alienación mental. Pues si hay algo que en él despunta es la posición que su autor ha sabido procurarse frente a ortodoxias y doctrinarismos extremos. En primer lugar, como pensador eminentemente clínico que es, Álvarez ha logrado situarse allá donde el testimonio de la locura acontece como verdad subjetiva. De esta manera, sabiendo escuchar en la palabra del loco el fenómeno de su singular experiencia, dejando en suspenso las febriles corrientes ideológicas de moda sostenidas por el simple refrendo de una escuela, el autor ha sabido articular la psicopatología decimonónica con la invención freudiana del psicoanálisis. Por ello, en los artículos que componen este libro, descubrimos un psicoanalista a quien no le tiembla la pluma a la hora de defender que, antes de nada, la psicopatología micro-fenomenológica de la psicosis es la vía regia para pensar la enseñanza psicoanalítica-estructural. Tanto es así que esta posición decidida de inspirarse en los clásicos no viene sino a dar la razón a lo que ya dejó dicho Foucault, que «toda la psiquiatría del siglo XIX converge realmente hacia Freud».

En segundo lugar, y haciéndose eco de aquellas palabras de Sócrates según las cuales «la ciencia humana consiste más en destruir errores que en descubrir verdades», desde una disposición teórica orientada por la enseñanza de Jacques Lacan el autor nos ofrece una serie de argumentos para entender la clínica de la psicosis en su dimensión ética y estructural. Se trata, sin duda alguna, de una tentativa por construir una teoría sobre la práctica con la que devolver al sujeto alienado el hálito de «razón indestructible» que promulgaba

Pinel para que, de nuevo, la confianza en un «trato» posible con el loco sea el impulso bajo el cual se inscriban las próximas generaciones de esta «Otra» vertiente de la psiquiatría.

Como bien señala Álvarez, el psicoanálisis es el más que justificado heredero de siglos de conocimiento y clínica acerca de la psicosis. Pues, si no, ¿desde qué otra perspectiva epistemológica le ha sido concedido al sujeto psicótico el cometido que le corresponde en su conmovida existencia y que, como cabría esperar, se le adeuda desde que la locura entró por el aro de la ciencia médica? Pensando desde una perspectiva histórica, el autor hace un repaso lúcido de la causalidad de la psicosis, de sus manifestaciones incluidas en una dimensión estructural y de la ética que acompaña tanto al hecho de enfermar, al *pathos*, como al «trato» que el «sanador» mantendrá con aquél que supuestamente «enfermo» acudirá a él para pacificar su malestar.

Si tres son los apartados con los que se estructura la columna vertebral de este ensayo, el primero, «Pensar la psicopatología» es el mayor de los homenajes éticos que se pueden ofrecer al *pathos* del hombre y su alienada sin-razón. Un alegato reflexivo mediante el cual liquidar esa deuda simbólica con la que el supuesto-amo-del-saber ha venido, durante siglos, postergando el reconocimiento de su ignorancia frente a la verdad testimonial del loco. En los primeros artículos del mencionado epígrafe, el autor le da la palabra al loco, como hicieran los pensadores de la Antigüedad clásica o el mismo Pinel —padre del pertinente «tratamiento moral»—, para saber de sus pasiones y aliviar el sufrimiento que anida en el ostracismo de sus más íntimas experiencias inefables. El uso terapéutico de la *palabra* tiene

sus orígenes en el pensamiento clásico filológico, entendido éste como sabiduría con la que conducir las pasiones con templanza y ordenación. Así, escépticos, epicúreos y estoicos coincidían al concebir que «la labor del maestro filósofo en modo alguno consistía en la reeducación o en la instrucción [...]. Se trata, por el contrario, de una acción a resultas de la cual el sujeto que se hunde y clama auxilio sale modificado merced a la intervención del filósofo; es una operación que afecta al modo de ser del doliente, pero que rebasa la instrucción o la transmisión de un saber», según nos informa el autor (p. 37). Pues, si hay algo que Pinel supo captar del saber clásico, inaugurando la era terapéutica de la alienación mental, no es otra cosa que el valor salútfero de la palabra aplicado en el diálogo con el loco «mediante una adecuada *descarga moral* [que consiguiera] poner al alienado en un estado opuesto y contrario a aquél en el cual se hallaba antes de recurrir al exceso pasional» (p. 49). Sin embargo, quien verdaderamente descubrió el poder del lenguaje, «esencia de lo humano», tal como el autor de este ensayo lo considera, no fue otro sino Freud, el ingenioso y subversivo fundador del pensamiento psicoanalítico. En el síntoma supo escuchar, como nadie antes lo había hecho, la conjunción del *pathos* con el *ethos*; el determinismo subyacente en el nacimiento del malestar con «el compromiso irrevocable que cada cual mantiene con su malestar y su goce» (p. 59). Por tanto, parafraseando a J.-A. Miller, se puede entender que desde la invención freudiana «no hay clínica sin ética». Y por ello el psicótico, como todo sujeto afligido en «el alma», es también un sujeto *responsable*, cosa que desde la Antigüedad resuena, aunque muchos no quieran saber nada de ello. Como señala Álvarez, no se trata de culpabilizar al loco

de sus males sino que, contrariamente a toda intención perniciosa, subrayar su responsabilidad como humano es creer en el trabajo que el propio psicótico puede lograr poner en marcha para conseguir una estabilización frente al desorden en el que su locura le sitúa. Citando al autor: «Lamentablemente, la implantación y generalización de la ideología de las *enfermedades mentales* han contribuido en buena medida a la irresponsabilización del loco, cuyas consecuencias afectan de forma directa a la terapéutica en la medida en que implican una desconfianza en las capacidades subjetivas para salir de la locura, a menudo mediante el trabajo delirante» (p. 71).

El segundo apartado del libro está dedicado a la «Alucinación y los fenómenos elementales de la psicosis». Como fuera la *krankhafte Eigenbeziehung* o autorreferencia mórbida para Clemens Neisser y *le petit automatisme mental* para Gáetan de Clérambault, la investigación sobre el momento fecundo de la psicosis y sus fenómenos elementales representa la muestra más memorable del rigor clínico y psicopatológico de Álvarez. Pues, a mi entender, si hay algo verdaderamente innovador en esta obra, sin tener a menos el resto de capítulos, es aquél que se desarrolla bajo el epígrafe «La certeza como experiencia y como axioma». El autor del presente libro hace renacer en este artículo el espíritu semiológico tan funestamente olvidado por la psiquiatría contemporánea y que caracterizó a los más grandes semiólogos de finales del siglo XIX y principios del XX. Así, regresando al momento inaugural de la psicosis, como también hicieran aquellos que contrariaron el procedimiento kraepeliniano para el estudio de la locura, el autor nos desnuda el signo esencial de lo que es distintivo en la estructura psicótica, es decir, la

LIBROS

certeza que atrapa al sujeto en una experiencia, en una significación enigmática que irresolublemente le concierne. Distinguiendo ésta de las creencias a las que se aferra el sujeto «normal» para afirmarse frente al desconocimiento en un cierto saber, y dibujando las diferentes formas con las que el fenómeno elemental psicótico captura al sujeto en los albores de la psicosis, extraemos la diáfana visión unitaria de la locura con la que Álvarez señala un camino a seguir. Autorreferencia y xenopatía, axioma y experiencia de certeza, son los dos polos en los que Álvarez ha sabido escuchar las posibles posiciones subjetivas con las que el loco asiste al momento del desencadenamiento de su psicosis. La experiencia primordial en la que el sujeto se ve invadido y preocupado por una significación inefable puede asumir dos formas, dos tipos de fenómenos, dependiendo de si en su articulación subjetiva el Otro está o no presente. «En el caso de la esquizofrenia pura [...], resultan características las que atañen a la fragmentación y la atomización del cuerpo y del lenguaje; en la melancolía, sea o no delirante, las relativas a la indignidad, la culpabilidad y el autodesprecio; en la paranoia, las referidas al saber y la verdad, como son la alusión, la intuición, la interpretación y la revelación» (p. 168). Tal es así que, atendiendo a la respuesta o pasividad que el sujeto adopte frente a la emergencia de lo insondable de su ser, elaborando un axioma sobre su saber acerca del Otro o bien encarnando un cuerpo que se fragmenta bajo la automatización del lenguaje, es posible argumentar una visión unitaria de la psicosis en la que las distintas posiciones subjetivas psicóticas –melancolía, paranoia y esquizofrenia– representan las distintas soluciones, transiciones y «vías muertas» con las que el sujeto se ban-

deará tras la efectuación de la forclusión. Si bien la experiencia de la certeza puede ser común a todas ellas, el axioma o fórmula de la certeza «sólo se observa [...] en la paranoia y en la melancolía». Mientras el esquizofrénico, sumido en la perplejidad más angustiosa, no es capaz de elaborar ninguna significación frente a las experiencias enigmáticas de desmoronamiento del lenguaje y el cuerpo que vive con pasividad, el paranoico y el melancólico logran salir del Uno construyendo un axioma «que sirva de encofrado al delirio que podría llegar a inventar». Mas, si el paranoico, como describe Álvarez, inventa una solución mediante la presencia de un Otro gozador causante de su padecer, el sujeto melancólico «configura su axioma de certeza en relación con su propio ser considerado como indigno» (p. 173). De este modo se habrá trazado una concepción nosológica de la psicosis según la cual, en las antípodas de la apostasía que inunda la psiquiatría positivista, el sujeto psicótico dispone de cierto margen de maniobra para tratar de hacer más soportable su drama. Asimismo, también el clínico detendrá la posibilidad de intervenir, durante la cura, para «favorecer o frenar las respuestas [...] del psicótico, sea para encauzar su creación o para limitarla».

Finalmente, el ensayo culmina con el apartado dedicado a «La paranoia y el delirio». En éste se incluye un amplio estudio consagrado al personal «caballo de batalla» con el que Álvarez se arrancó en el estudio de la psicosis a través de su Tesis Doctoral y que, en el epílogo, José R. Eiras no ha dudado en calificar de «pequeño tratado». Como el autor plantea, a lo largo de la historia de la clínica, la paranoia o el problema de las locuras parciales –en el que se incluye la melancolía– siempre han muestra-

do la inconsistencia de los modelos médicos de las «enfermedades mentales». Que la paranoia, la más lúcida de las psicosis, ha sido y seguirá siendo un obstáculo para el discurso psiquiátrico positivista tiene que ver con que, según la ideología científica, el psicótico sea considerado tal que un sujeto desmañado, aniquilado por la locura e incapaz de hacer frente al sufrimiento que padece. Sin embargo, precisamente, será en ese punto ciego de la clínica psiquiátrica donde surgirá Freud y el psicoanálisis para escuchar en el delirio paranoico, allí donde siquiera nadie lo intuyó, el verdadero compromiso del sujeto por reconstruir, de algún modo, su ya trastabillada existencia.

Si hay algo que me ha enseñado José María durante el tiempo que le vengo leyendo y le conozco es, precisamente, que para aprender a «tratar» con la locura es indispensable saber que, como bien dijo Sócrates, «sólo sé que no sé nada». A partir de ahí, pongámonos a escuchar al loco.

Juan J. de la Peña Esbrí

Rafael HUERTAS, *El siglo de la clínica*, Madrid, Frenia, 2004, 298 pp.

Cuentan que Borges, en su época inicial como crítico literario, desafiaba a quien leyese los cuentos de un joven llamado Julio Cortázar a cambiar una sola palabra, una sola coma, sin que perdiesen su excelente factura, generadora de amplios y variados efectos de sentido. Salvando todas las distancias que quiera el lector, ésa ha sido finalmente la sensación experimentada por el abajo firmante al leer *El siglo de la clínica*, de Rafael Huertas, e ir demorando su reseña relectura tras relectura como

afectado por una extraña inhibición. En efecto, acotados los momentos iniciales de la psiquiatría entre dos fechas capitales (el tránsito del siglo XVIII al XIX y la descripción de las esquizofrenias por Bleuler en 1911), la claridad expositiva con que la narración de Huertas arroja la alta densidad intelectual de un contenido que se resiste a dejarse resumir desarmó hace meses a este comentarista y le llevó a repasar el libro una y otra vez, buscando la posibilidad de condensar en algo así como una «foto de familia» hecha con palabras no sólo las ideas pioneras de los numerosos autores estudiados sino, además, el aporte enriquecedor de la lectura que hace Rafael, de sus selecciones, subrayados y reenfoces de esa «larga y compleja centuria en la que surge y se afianza todo un proceso que ha dado en llamarse de “medicalización” de la locura, a través del cual “lo otro de la razón” se convirtió primero en alienación y más tarde en variadas enfermedades mentales. Nuevas patologías para cuya definición se precisaron nuevos expertos (alienistas, frenópatas, psiquiatras...) que las reconocieran, las ordenaran y actuaran sobre ellas, en el marco de una serie de estrategias profesionales y debates científicos que fueron configurando el conjunto de saberes y poderes que dieron lugar al movimiento y al programa alienista» (p. 257).

Vino a cuento la evocación del escritor ciego para romper esa parálisis, a modo de interpretación que resolvió el peligro de caer en la pierremenardesca tautología de resumir el libro reproduciéndolo íntegramente, o de esquematizarlo como harían aquellos cartógrafos también borgianos, dibujantes de mapas tan fieles que finalmente ocupaban la misma extensión que el territorio original. Así, se nos hizo evidente lo que nuestra propia ceguera nos venía

LIBROS

hasta entonces ocultando, a saber: que tratándose de un libro de Rafael Huertas el mejor resumen sería su propio índice, pues es uno de esos autores (ver su *Organizar y persuadir*, de 2002) que estructuran y epigrafían sus libros con una rara habilidad, quizá simultáneamente heredera de la inteligente elegancia de un Lantéri-Laura (¿quién no hubiese dado la mano izquierda por haber escrito aunque sólo fuese el índice de su monografía sobre *Las alucinaciones?*) y de la capacidad sistematizadora de que hacía gala don Pedro Laín Entralgo.

Como recordaba este último en «La Psiquiatría en el siglo XIX» (*Vestigios. Ensayos de crítica y amistad*, Madrid, Epesa, 1948; pp. 475-481), «Desde Hipócrates a Boerhaave –escribía Heinroth en 1818– fue la bilis única causa, la melancolía y la manía el único efecto, la eliminación de la materia pecante el único remedio terapéutico de la enfermedad mental», pues la doctrina natural de la alteración psicopatológica fundada sobre las ideas hipocráticas y galénicas de la *physis* aplicadas a la naturaleza humana perduró hasta bien entrado el siglo XVIII. Pero durante su último tercio se fue gestando el nacimiento de «una medicina mental que, en el marco de un amplio movimiento filantrópico, propició la humanización de la actitud hacia los ‘insanos’ mentales, así como la consideración y abordaje racional y científico de los mismos» (R. Huertas, *El siglo de la clínica*, p. 27). Ese proceso, desarrollado entre ambas fronteras del siglo XIX, es estudiado por Huertas en cuatro capítulos cuyos títulos avanzan los ejes de su atención: «I. La medicalización de la locura», «II. La somatización del alma», «III. Bordeando la ortodoxia alienista» y «IV. Dilemas terapéuticos». Alineadas entre una esclarecedora «Introducción» y un reflexivo «Epílogo»

que sugieren algunas claves de la enseñanza que la lectura de *El siglo de la clínica* puede procurar al profesional actual, esas cuatro secciones, divididas a su vez en cuatro subepígrafes cada una, muestran la dialéctica interna que caracterizó a la teoría de la práctica psiquiátrica a lo largo del XIX, una práctica eminentemente clínica, rica en cuanto a la producción de saber semiológico y al debate nosológico y nosográfico, pobre en cuanto a recursos terapéuticos, creadora de grandes instituciones asistenciales y oficialmente respetuosa con el sujeto tratado, pero muchas veces traidora tanto de sus filantrópicos ideales como de sus científicos propósitos.

Esa incipiente «medicina mental», hija de las Luces, buscó su hueco en el desarrollo experimentado por la medicina toda, a partir de la labor de los médicos ilustrados y en particular de la llamada Escuela de París, apoyándose también en la *Ideologie* de Testut de Tracy (1796; epistemología interesada por el origen, la expresión verbal y las relaciones de las ideas), el método analítico de Condillac, la funcionalización del espíritu debida a Cabanis (su *Traité du physique et du moral de l'homme*, de 1799, combinaba enfoques psicológicos y somáticos para explicar fisiológicamente los fenómenos mentales), la estadística y, algo más tarde, el positivismo comtiano, aunándolos con el modelo de investigación de la historia natural y lo que de imperecedero tenía –y tiene– la tradición hipocrática, es decir, la observación clínica y el saber semiológico aplicados al diagnóstico, a la nosología y a la nosografía.

Advierte Huertas desde el principio que aunque las historias apresuradas hagan de Pinel el icono inicial de todo este proceso, su *Traité médico-philosophique sur la manie* (París, 1801) no es la primera ni la

única referencia mencionable. En efecto, entre otros ejemplos posibles, se nos ocurre recordar *Della pazzia in genere e in specie*, de Chiarugi (Florencia, 1793), la *Dissertatio de methodo cognoscendi curandique animi morbos stabilienda*, de Langermann (Jena, 1797), *An Inquiry into the Nature and the Origin of Mental Derangement*, de Crichton (Londres, 1798) y las *Rapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf die Geisteszerrüttungen*, de Reil (Halle, 1803). Pero es indudable –volviendo a la monografía de Huertas– que, tanto en psiquiatría como en medicina interna, la impresionante labor clínica y nosográfica de Pinel le hacen sobradamente merecedor de ser considerado uno de los fundadores de *la clínica* en el sentido fuerte que a este término da Paul Bercherie, esto es, el de camino consciente y sistemático, no sujeto a la simple *empeiria*. Como ha apuntado Peset, «Pinel se sitúa entre el *philosophe* del siglo XVIII y el *savant* de mediados del XIX», es decir, en el estudio de la mente y su patología conjuga un afán civilizador, pedagógico y ético con una aproximación al método científico y un alejamiento de posiciones menos rigurosas (mesmerismo, frenología), y tales actitudes seguirán presentes en sus continuadores alienistas. Pinel distingue «la locura» –noción más general, sociocultural e imposible de abarcar– de «la alienación mental», definida ésta no sin cierta amplitud como «las lesiones del entendimiento», concepción apoyada en la psicofisiología de la época y con la que los trastornos mentales quedarán bajo la jurisdicción del médico. La idea unitaria de alienación no impide que se presente bajo distintos tipos que es necesario saber identificar y diagnosticar. Y si una es la enfermedad, una será la terapéutica; así, «el tratamiento moral», aplica-

do en instituciones especializadas e idealmente individualizado en cada caso, completará el programa alienista. Como señala Rafael en el capítulo especialmente centrado en los «Dilemas terapéuticos», el tratamiento moral de Pinel tenía sólidas raíces populares personificadas por su fiel colaborador, el cuidador Pussin, que el alienista reformuló en las coordenadas del pensamiento científico-natural, como si ya desde entonces se evidenciase sin querer una de las constantes de la psiquiatría hasta hoy, esto es, que el tratamiento utilizado acaba dependiendo más de la actitud que se tenga hacia la locura y menos de los conocimientos oficiales de cada época.

Tras Pinel, las páginas dedicadas a Esquirol aportan una lectura novedosa en la que Huertas, con argumentación muy convincente, se aparta de autores anteriores y le considera más cercano al paradigma de las enfermedades mentales que al de la alienación como modelo unitario. Inveterado clínico especialmente dotado para la semiología (recordemos su acotación de las alucinaciones) aunque con ciertas dificultades a la hora de sistematizarla, como él mismo reconoció, consideró como «géneros» las formas de alienación que Pinel vio como «especies», lo que le permitió además importar para la psicopatología ideas próximas al método anatómico-clínico de la medicina interna de la Escuela de París. El perfil de Esquirol se completa con su impulso reformador de las instituciones asilares, inspirador de la Ley de Alienados de 1838, pero recomendaríamos al lector, especialmente si se encuentra en período de formación, el estudio cuidadoso del comentario de Huertas (pp. 64-67) a uno de los historiales esquirolianos, pues es un ejemplo de cómo una correcta contextualización –no sólo histórica, pues Rafael detecta incluso actitudes, digamos, contratransferen-

LIBROS

ciales— genera una riqueza informativa en cualquier acto clínico y lo convierte en una acción ética e intelectual de muchísimo más alcance que la aplicación estereotipada de escalas, entrevistas estructuradas y otras simplificaciones de la tecnología psiquiátrica hoy abusonamente en uso.

Como manifestábamos al principio, no está en nuestro ánimo resumir *El siglo de la clínica* pues ya es en sí mismo un muy logrado y difícilmente repetible ejercicio de condensación. Baste ahora decir que la psiquiatría francesa de la primera mitad del siglo XIX (Pinel, Esquirol, Georget) vino a ser, de nuevo en expresión lainiana, «desde el punto de vista de la nosografía y la nosotaxia, un equivalente de la patología *a capite ad calcem*» de la medicina post-renacentista. Continuando la lectura de *El siglo de la clínica* veremos que la o las entidades morbosas aisladas y descritas por Pinel y Esquirol fueron definidas «sincrónicamente», poco más que por la sintomatología que presentaba el enfermo en el momento de su examen. La psiquiatría alemana coetánea se posicionó en torno a una versión romántica de la actitud paracelsista frente a las enfermedades del hombre. Como Huertas estudia detalladamente, en la segunda mitad del XIX, los psiquiatras intentaron constituir entidades morbosas según el modelo de Sydenham. La «especie morbosa» se delimitó entonces teniendo también en consideración el curso temporal de sus síntomas específicos y se describió la sucesión de sus «periodos». La experiencia acumulada durante decenios de observación manicomial permitió dar cumplimiento a ese nuevo objetivo. Comenzó entonces el estudio psiquiátrico de enfermedades con sintomatología neurológica grave, en primer término la parálisis general (otro de los epígrafes más interesantes y desmitificadores de la mono-

grafía que comentamos). Con el degeneracionismo de Morel y la quinta edición del tratado de Kraepelin (1896) pareció haberse puesto un molde científico definitivo a la enfermedad mental, integrado en los hábitos de la medicina interna. Pero dicho modelo tampoco resultó suficientemente sólido y de nuevo resonaron las preguntas cuyos ecos aún no se han apagado hoy: ¿en qué consiste la enfermedad mental?, ¿es una o cabe considerarla subdividida en especies?, ¿cuál es su íntima naturaleza: orgánica, psíquica, social?, ¿qué hay en cada sujeto tras lo aparente, bajo los cuadros sintomáticos que el clínico observa y describe?

A finales del siglo XIX, las respuestas a tales interrogaciones se produjeron en tres direcciones principales. El criterio genetista atribuyó la enfermedad mental a la herencia y a la «degeneración» (Morel y Magnan) o a una presunta «predisposición hereditaria» polivalente (Krafft-Ebing). Otros pusieron su atención en hipotéticas lesiones orgánicas, concebidas como pura alteración encefálica: casi todos los psiquiatras franceses, ingleses y una buena parte de los alemanes (Griesinger, Meynert, Nissl, Alzheimer, Bonhoefer) intentaron hacer una psiquiatría *more* medicina somatológica. No faltaron tampoco quienes consideraron primordial el psiquismo, los mecanismos psicológicos y su relación con el entorno. Ésa fue la orientación rompedora de Sigmund Freud, de apreciable influencia en la psiquiatría bleuleriana, y los enfoques más o menos cercanos de Westphal, Pierre Janet o Jaspers, sin alargar la cita pues estos y otros nombres quedarían ya fuera de los límites de *El siglo de la clínica*.

Esta excelente monografía, auténtica guía de un camino que la reflexión personal de todo psicopatólogo debería ineludiblemente recorrer, se completa con una esmerada y

abundante bibliografía cuidadosamente clasificada como «Fuentes» y «Bibliografía complementaria», una treintena de páginas que podrían ser el cimiento de cualquier programa de formación MIR-PIR, por no hablar sino de los preludios del estudio constante a que ciertas profesiones están abocadas. Dichas referencias bibliográficas ponen bien de manifiesto algo que Huertas explicitaba en el capítulo «Introducción»: que el abordaje «científico» de la mente, y en particular el de la mente anómala, ha estado presente desde las primeras racionalizaciones del mundo y la naturaleza; que el trípode espíritu-cerebro-sociedad ha proporcionado coordenadas a los estudios históricos conocidos sobre los saberes acerca de lo mental; y que la mente ha sido y es objeto de estudio no sólo de la psiquiatría sino también de diversas disciplinas relacionadas con el pensamiento y la cultura.

Todos y cada uno de esos abordajes han estado y están siempre en riesgo de reduccionismos, deformaciones e injertos epistemológicos peligrosos, y las sucesivas «historias de la psiquiatría» no se han limitado a narrar asépticamente el discurrir de las distintas corrientes psiquiátricas sino que con frecuencia han pretendido ser vehículo de legitimación de las mismas, y entiéndase que esto también puede afirmarse de las ramas que de la psicología moderna y del psicoanálisis han ido brotando. Quizá esto último sea el precio inevitable cuando son los propios clínicos quienes escriben «su» historia. Por eso hay un motivo más para dar la bienvenida a este libro de Huertas, construido sobre la objetividad de los métodos del historiador. Para empezar, la acotación temporal (casi sólo el siglo XIX) y geográfica (casi sólo la psiquiatría francesa) permite un enfoque preciso del detalle sin perder la vista panorámica de la época fundante de la

o las psiquiatrías actuales. Hecha tal acotación, después evita sabiamente limitarse a una mera historiografía de las obras escritas por los psiquiatras de entonces e incorpora a su estudio otros tipos de documentos: leyes, reglamentos, prensa, archivos judiciales y otras fuentes de información (filosóficas, literarias, arquitectónicas, etc.) que junto a una oportuna iconografía permiten la contextualización de las reflexiones psicopatológicas historiadadas en el marco de la mentalidad en que se produjeron, aproximándose así al ideal –siempre asintótico, claro está– de totalidad de las fuentes, ideal propio del método histórico, que busca ser justo con todos los datos y reconocer todos los hechos acerca de los que hay un conocimiento disponible, sean o no dignos de elogio, sirvan o no para cualquier interesada rentabilización actual. Sólo ese modo de entender la investigación histórica es el que realmente puede aportar savia nueva a una clase de pensamiento psiquiátrico que se niega a dejarse ahogar entre el hiperfinanciado –y financiero– avance de las neurociencias fármacoaplicables, el ansiógeno *marketing* social de psicofórmulas ultrarápidas para lograr una felicidad hueca y cosmética, o el papel de amiga tonta que ciertos metapsicólogos *soi-disants* atribuyen machaconamente a «la» psiquiatría con el descarado propósito de colocarse por encima del bien y del mal... pero dentro del *business*, por supuesto.

Huertas aboga, y con él coincidimos, por que la historia rigurosa desempeñe un papel fundamental en la revitalización de la psicopatología y de su correspondiente *praxis* clínica, de tal modo que los profesionales asuman la necesidad ineludible de conocer las tradiciones que han ido conformando la complejidad de su ejercicio y de reflexionar sobre ellas, para así comprender mejor las múltiples determi-

LIBROS

naciones (histórica, social, biológica, psicológica) que se ponen en juego al aproximarse al diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, pues no es un juego baladí sino que implica en todo momento una opción ética, «el acto clínico: un ser humano que ha de gestionar el sufrimiento de otro ser humano» (p. 23), opción llevada a cabo en el acendrado marco de lo sanitario, el cual, a estas alturas, sólo muy selectas lecciones puede recibir acerca de «lazos sociales». Esta singular monografía continúa la labor historiadora de Huertas, orientada no sólo a la formación de una cultura psiquiátrica sino a facilitar la producción del conocimiento que es propio a la psiquiatría. Explicando con rigor intelectual los cambios en los modelos psicológicos de «lo normal» y «lo anormal» e ilustrando las sucesivas respuestas de la sociedad ante síntomas, trastornos o enfermedades, Rafael ha vuelto a hacer una valiosa contribución al objetivo con que cierra el libro: «la construcción de una teoría de la práctica que permita pensar, con los pacientes, cómo recuperar la libertad de pensamiento».

Ramón Esteban Arnáiz

ROSA GÓMEZ ESTEBAN y ENRIQUE RIVAS PADILLA (coords.), *La práctica analítica en las instituciones de salud mental. La psicosis y el malestar en la época actual. VIII Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN*, Madrid, AEN, 2005, 166 pp.

Este libro recoge gran parte de los contenidos de las VIII Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN, llevadas a cabo bajo los dos lemas que le sirven de

título. Dividido en nueve capítulos, en el primero, Enrique Rivas, presidente de la Sección, presenta las Jornadas reflexionando acerca de «La situación actual del psicoanálisis y su repercusión en la Sección de Psicoanálisis de la AEN». La Sección es concedora de «un retroceso general en la sociedad actual con relación a las manifestaciones de la cultura, las expresiones creativas y los discursos en torno a los conflictos que hacen sufrir al ser dicente» (p. 11). La involución global del pensamiento sobre la subjetividad, la oferta social de objetos de satisfacción inmediata y el desarrollo de la tecno-ciencia tienen su correspondiente efecto en el ámbito sanitario, donde se privilegia a las terapias de restablecimiento del yo y de aniquilación de los síntomas. Por su parte, los psicoanalistas han estado atrincherados en sus discursos herméticos y cerrados al diálogo con otros profesionales del abordaje de la patología psíquica, e incluso existe una escisión entre sus variados grupos. A su vez, la Sección de Psicoanálisis debe asumir la contradicción de pertenecer a una asociación científica cuando el objeto de su interés es una *praxis* que se sitúa por fuera del discurso de la ciencia. Las VIII Jornadas se plantearon pues desde la tolerancia, la comprensión y el diálogo.

Haciendo someramente historia, la recepción del psicoanálisis en las instituciones públicas se vio marcada inicialmente tanto por las habituales resistencias frente al discurso analítico como por el propio pesimismo de los psicoanalistas ante la posibilidad de atender a los psicóticos o de establecer un *setting* adecuado para éstas y otras patologías. «Los psicoanalistas se armaron de argumentos epistemológicos y prácticos para rehusar su compromiso con la atención a la demanda depositada en los servicios de

salud mental públicos» (p. 13). En la actualidad, las nuevas formas de comprensión activadas por la reforma psiquiátrica dan cabida al psicoanálisis, «ética del bien decir sobre aquello que subyace a cualquier petición subjetiva de limitación del sufrimiento» (p. 14). Para la escucha de cualquiera de ellas, en aquellos casos en que el sujeto lo consienta «será tarea y compromiso ético del analista crear las condiciones para invertir la demanda de curación en deseo de saber sobre la causa» de su malestar (p. 17). La posibilidad del psicoanálisis en la institución se crea mediante la oferta inequívoca de escucha a lo real que subyace en el síntoma, de modo que el sujeto no sea expulsado de su propio inconsciente y pueda depositar en los dispositivos públicos una demanda de «curación» a la que no se estorbe la posibilidad de convertirse en deseo de saber.

Como condiciones de la práctica analítica en la institución, unos factores parecen indispensables y otros sólo accesorios. «Son instrumentos indispensables la transferencia y la interpretación» (p. 18). Como elementos accesorios, todos los demás del *setting*, siendo los más señalados el tiempo y el dinero. Respecto a la gestión del tiempo (duración de las sesiones, frecuencia de las citas, limitación o no de su número), «el analista tendrá que operar de forma creativa y flexible, evitando la ritualización esclerotizante» (p. 19). Rivas relativiza también los tradicionales argumentos contra la cura gratuita: en la asistencia pública el objeto sustitutivo del goce a ceder «no puede ser otro que la palabra misma, el compromiso del sujeto con el trabajo de la cura que se sustenta en la enunciación de su discurso. [...] se podría pensar que si en la cura en régimen privado el sujeto paga por hablar, en la cura analítica en las instituciones el sujeto tendrá que hablar para pagar» (p. 19).

Como final de la Presentación de las VIII Jornadas, el Presidente propuso que la Sección sea un lugar de encuentro, plataforma de tolerancia y de desarrollo de la teoría y de la práctica, respetando discursos y tendencias. También pidió el compromiso de la Sección para transformar los dispositivos públicos en lugares de escucha.

El capítulo II, también de Enrique Rivas, está dedicado al «Diálogo y trato con el sujeto psicótico». El objetivo de la ponencia correspondiente fue desmontar el mito histórico de la psicosis como «diagnóstico maldito», malditismo arraigado en la cultura y el discurso social sobre todo merced a la idea de «crónico», esto es, de sujeto no-reconocido por el Otro social. Apoyándose en las ideas de Gadamer (concepto de «diálogo», arte de comprender la opinión del otro), Badiou (*Ética y Psiquiatría*; «el enemigo del psiquiatra es la idea del loco definitivo, del incurable, proscrito para siempre de la ciudad») y Heidegger (hermenéutica), el autor formula las directrices de la estrategia básica del trato del analista con el sujeto psicótico (trato-pacto que implica reconocerle como sujeto), estableciendo las diferencias con el tratamiento proporcionado por la concepción estrictamente médica de la psiquiatría y también de la posición del analista ante el sujeto neurótico.

Ignacio Anasagasti, en el capítulo III, resalta «El mito del «deterioro» en las psicosis, frente a la apuesta por la reconstrucción del «sujeto»» y estudia breve pero enjundiosamente esos dos temas: el «deterioro», noción que consolidó a partir de Kraepelin, y la «reconstrucción del sujeto», que el autor hace partir de Pinel y se continúa en «las corrientes antipsiquiátricas y comunitarias que intentan restituirle al loco el lugar en el mundo que ha perdido»

(p. 65). Como recuerda Anasagasti, la idea del deterioro como destino inevitable de la evolución «natural» de la psicosis viene siendo cuestionada por la propia psiquiatría desde las observaciones de Bleuler. También el psicoanálisis ha ido superando sus ideas iniciales respecto a la no-transferencia de los psicóticos. Tras extraer las enseñanzas de dos textos fundamentales de Freud, el «Caso Schreber» (1911) y *Construcciones en Psicoanálisis* (1937), el autor ilustra con un caso clínico personal cómo la escucha analítica permite la aparición y manejo de la transferencia psicótica, de modo que la paciente en cuestión consigue iniciar la reconstrucción de dos elementos claves de la estructura: el lugar de la falta en el otro y el objeto «a» (p. 74).

A Ana Castaño se debe el capítulo IV, «Posibilidades y condiciones de la práctica del Psicoanálisis en las instituciones de salud mental». Asume la autora la aparente contradicción del analista trabajando en instituciones sanitarias públicas: éstas deben cumplir objetivos de lo que la sociedad entiende como salud y bienestar, y su misión terapéutica consiste en suprimir el síntoma. «Si hay psicoanálisis en la institución es por el deseo del analista», y Castaño, acertadamente, considera una cuestión ética apostar por la intersección psicoanálisis/salud mental comunitaria (p. 77). Las ideas de Eugenio Triás acerca de la «ontología del límite», bisagra donde los términos no se oponen sino que se conjugan sin perder sus diferencias, sugieren a la autora la posibilidad de que el concepto de «estabilización», que remite a Freud y a Lacan, sirva como tal punto de encuentro, no sin aclarar que no debe ser entendido como desaparición de síntomas o *restitutio ad integrum*. Poniendo en valor el concepto lacaniano de «*sinthome*», se trataría de posibilitar un punto de

detención en la infinita metonimia del delirio, punto distinto del paso al acto y relacionado con la posibilidad de construir una metáfora delirante o con facilitar la «invención» de una suplencia. Refiere la posibilidad de creación de dispositivos de escucha, tal y como ha sido factible en su centro de trabajo de Moratalaz (y nos consta que también en otros lugares: Torrelavega, Vigo, Valladolid, etc.).

Rosa Gómez Esteban, experta en psicoterapia analítica de grupo cuyos trabajos pueden rastrearse en esta revista desde su época fundacional, abre el capítulo V, «Psicoterapia de Grupo Psicoanalítica en la esquizofrenia. Algunas fases del proceso grupal», con una historia del concepto de esquizofrenia que incluye una excelente crítica de las posiciones monocausales reduccionistas, y lo continúa relatando la trayectoria de la terapia analítica de las psicosis esquizofrénicas, desde el escepticismo inicial de Freud, los intentos pioneros de Federn, el relevo tomado por F. Fromm-Reichmann, etc., historia paralela a los abordajes grupales iniciados por Low a principios del siglo XX hasta la práctica de García Badaracco a finales del mismo. Los propone como recurso asistencial eficiente, en estos momentos de aumento de la demanda y falta generalizada de recursos. Por supuesto, exigen del terapeuta una actitud de escucha y respeto tanto de la palabra del paciente como de sus silencios, actitud fundamental en toda terapia de las psicosis. De su experiencia —que se remonta a 1974— en grupos terapéuticos llevados a cabo en dispositivos asistenciales intra y extrahospitalarios, Rosa entresaca el estudio durante cuatro años de la evolución de tres grupos de pacientes esquizofrénicos, lo que le permite identificar cuatro fases en el proceso grupal («Reconocimiento de la enferme-

dad», «Relato del delirio», «Expresión de los afectos» e «Inserción en el tiempo y en la historia»), además de constatar la posibilidad de desarrollo de transferencias «laterales» con miembros del grupo distintos del terapeuta, evitando el alud afectivo sobre éste y facilitando procesos de autonomía, entre otras muestras de atemperación de la angustia.

Un breve pero muy recomendable artículo de Maximino Lozano Suárez constituye el sexto capítulo, «La transferencia en la psicosis». Se centra en la esquizofrenia desde la óptica estructural lacaniana (déficit simbólico por imposibilidad de anudamiento de esta dimensión en el nudo borromeo, de modo que las dimensiones imaginaria y real se interseccionan en el goce del Otro). Comparado con el neurótico, «el intento del paciente esquizofrénico es conseguir alguna identidad que le permita tener algún deseo propio, conseguir una mínima salida de lo ajeno» (p. 125). Tras estudiar las distintas características de la transferencia neurótica y la psicótica, el autor finaliza listando con claridad práctica alguna de las reglas técnicas de la atención psicoanalítica al sujeto esquizofrénico de modo que éste pueda «incorporar elementos significantes que le aporta el psiquiatra-psicoanalista» (p. 128).

De nuevo Enrique Rivas se hace cargo de otra de las secciones de este libro, «Abordaje psicoanalítico de los nuevos síntomas y formas del malestar contemporáneo: el psicoanálisis aplicado a la terapéutica». Afronta la evidente existencia de nuevas formas clínicas de malestar ligadas al discurso social de la época que nos ha tocado vivir, «época del Otro que no existe» en palabras del autor. Esta clínica de la actualidad, en cierto modo transhistórica pero que hoy reviste características especiales, la subdivide Rivas (p. 133) en «Desórdenes pulsionales» (anorexia,

bulimia, toxicomanías), «Dislocación/deslocalización del goce» (fenómenos psicossomáticos transestructurales y algunas formas de psicosis), «Síntomas o clínicas del sujeto-objeto» (acoso sexual y laboral, en el que –como era tradicional en las celotipias– la posición subjetiva puede recorrer la victimación real o no desde la neurosis a la paranoia), y, finalmente, las «Patologías del acto» (trastornos de la personalidad, algunas perversiones sexuales y la clínica de la violencia en sus diversas manifestaciones). La mayoría de ellas ponen de manifiesto una desubjetivización del síntoma que dificulta su abordaje y complica su evolución por la intervención de terceros. La causa está siempre del lado del otro, inhibiéndose el sujeto de su responsabilidad y, muy frecuentemente, de la demanda de tratamiento. En su abordaje terapéutico, apunta Rivas, el analista debe ser *paciente* frente a la demanda vacía o desplazada, *prudente* en sus intervenciones tendentes a situar progresivamente al sujeto frente a la causa inconsciente y su responsabilidad, y *perseverante* «para enlazar paulatinamente la transferencia imaginaria que soporta al fin la transferencia simbólica y real» (p. 138).

En el VIII capítulo, «Escuchando a mujeres: la palabra invisible», hermoso título cuyo profundo sentido explica al relacionarlo con la construcción histórica, cultural y social de la imagen de la mujer, Beatriz Molina recuerda cómo lo evidente «se hace invisible a fuerza de mostrarse», en este caso los patrones sociales del ideal masculino que tradicionalmente han conformado lo que debe ser la mujer. La tendencia humana a naturalizar las construcciones sociales para considerarlas inalterables pasa incluso por biologizar las conductas fabricando estereotipos, siendo uno de los más pesantes y confusos la identificación entre ser madre y ser

mujer, del que se derivarán casi todos los presuntos atributos de lo femenino (sensibilidad, abnegación, conservadurismo, predominio de la afectividad sobre el raciocinio, de lo doméstico sobre lo público). Esa imagen de lo femenino viene siendo usada en el fondo como instrumento de segregación social. Si bien cualquier categorización termina siempre siendo fallida, y, por tanto, puede incluso decirse que «la» mujer no existe, citando a Gómez Valverde la autora coincide en que la mujer «insiste por existir [...]. Y de ahí precisamente arranca la posibilidad de atravesar la imagen de la mujer y empezar a escuchar la palabra de las mujeres, una por una» y no ya desde la generalidad sin nombre propio (p. 143), algo hasta ahora sólo posible para aquellas que han tenido acceso al campo de las producciones sociales pero no para las pertenecientes a los sectores populares. En la segunda parte de este original trabajo de psicoanálisis tan dúctil como imaginativamente aplicado, Beatriz Molina da cuenta de la intervención analítica mediante grupos de diálogo con mujeres del medio rural, actividad que CEPYP-UNO (Centro de Trabajo Psicoanalítico) viene desarrollando desde hace algunos años. Facilitando que la palabra de las participantes emerja en su singularidad de sujetos deseantes se alejan del discurso del sometimiento y de la queja, se formulan a sí mismas preguntas que no se habían hecho nunca, y sin que la coordinadora del grupo proporcione contenidos o significados se accede a una experiencia de algo que antes «no estaba», es decir, se logra «hacer visible lo evidente», interrogándolo entonces, de modo que, en palabras de la autora, «se constata que la imagen es de la mujer pero que la palabra es de las mujeres, una por una» (p. 146).

Finalmente, cerrando esta recopilación de ponencias, el capítulo IX, «La relación

médico-paciente. Las emociones del médico», es una segunda contribución de Rosa Gómez Esteban a las Jornadas y versa sobre la relación médico-paciente (RMP), tema sobre el que realizó su Tesis Doctoral publicada luego como *El médico como persona en la relación médico-paciente* (Madrid, Fundamentos, 2002), libro comentado en su día en esta revista. Para la autora, la RMP es una relación interpersonal dual triangulada con un tercer elemento, la enfermedad, triángulo enmarcado por la institución sanitaria-universitaria que elabora los modelos de conceptualización de la enfermedad y de asistencia a la misma, y estos cuatro elementos se contextualizan en cada momento histórico-socio-cultural, siendo este último el terreno que proporciona las representaciones sociales de la salud y la enfermedad y los contenidos de los roles de médico y enfermo. La RPM, fundamento histórico de la práctica clínica, se ve hoy entorpecida por varios factores que la autora analiza detalladamente. Tras dicha teorización, Gómez Esteban da cuenta de una investigación práctica llevada a cabo entre los médicos de Atención Primaria de un área sanitaria de Madrid, que trató de conocer, describir y analizar las principales ansiedades experimentadas por cada médico en su encuentro con la variada problemática de sus pacientes. Las conclusiones de profundo alcance de la autora merecerían ser atentamente leídas no sólo por los profesionales sino también por los gestores de la sanidad —e incluso por los usuarios—, poniendo en evidencia las condiciones mínimas de dotación en recursos humanos y las necesidades de áreas específicas de formación de los mismos, condiciones irrenunciables en un país europeo del siglo XXI aunque, lamentablemente, estén hoy muy lejos de formar parte de nuestra realidad.

En definitiva, algunos de los miembros más activos de la Sección de Psicoanálisis de la AEN han hecho un generoso esfuerzo de escritura y coordinación, dando como fruto un libro del que todos ahora podremos sacar interesantes enseñanzas teóricas y prácticas. Una lectura minuciosa y una frecuente consulta puede ser la mejor manera de manifestar el merecido reconocimiento de su labor.

Ramón Esteban Arnáiz

Andrés GALERA, *Ciencia a la sombra del Vesubio. Ensayo sobre el conocimiento de la naturaleza*, Madrid, CSIC, 2003, 250 pp.

Este excelente estudio de la ciencia natural napolitana ofrece un panorama del *magma* investigador de la Italia meridional moderna. No hay muchos escritos en castellano que se hayan adentrado por tales caminos histórico-científicos, excepto los artículos, iniciados en 1994, del propio autor.

La primera parte, «El sendero», nos sitúa en la contraposición entre dos mundos: el mágico y confuso del Renacimiento tardío y el signífico y protocientífico, al modo moderno. El mundo de ideas que sigue temporalmente a Paracelso y Cardano sería su punto de arranque, con figuras del sur italiano tan decisivas como Campanella, Bruno o, especialmente, Porta. Galera elige esta frontera para estudiar las ciencias de la vida porque ese pensamiento era el de la vida-naturaleza, y estaba fundido con una especulación muy general. De hecho, con Porta y otros napolitanos menos citados, como F. Colonna, Ferrante Imperato, y Severino, va a intentar reconducirse la indagación hacia la idea baconiana de *historia natural*, de recopilación pausada, de ubicación de todo

tipo de cosas –animadas o no– en museos y jardines botánicos, en la busca de nuevos canales de comunicación gracias a las sociedades científicas.

Éste es el centro de la segunda parte, «Los investigadores» (homenaje a la *Accademia degli Investiganti*, 1663). Toda esa organización estudiosa les permite iniciar el discurso paleontológico (destacadamente a Colonna), anticipándose algo a Stenon, o les impulsa a constituir un herbario importante, prolongando así con vigor la línea iniciada en la segunda mitad del *Cinquecento*, pero reorientada ya la indagación que impulsa Galileo, entre las que se contará luego, con pleno derecho, la partenopea. Los años decisivos para la moderna ciencia a partir del siglo XVII se ven recorridos por los napolitanos de forma bastante acorde con la forma empírica, *ocular*, del inmediato futuro. De hecho, en la revisión que el autor nos ofrece se atisban futuras ideas con la introducción de la noción del cuerpo-máquina –de la mano de Cornelio, y nada menos que en compañía de Borelli y Malpighi– o de las determinantes ideas atomistas, que influyen en una primera etapa del siglo XVIII, aunque el impulso newtoniano languideciese.

Con Galiani entramos en el mundo científico setecentista, que ocupa la tercera parte; y es «El recinto universitario», pues la Ilustración supuso organización, que logró no sin dificultades: hubo una reacción de cierto Nápoles contra los físico-matemáticos, y los ilustrados en el sur italiano se empeñaron en reorganizar la enseñanza, antes y después de la expulsión de los jesuitas. Comprobamos que el caso del *Mezzogiorno* es uno de los más significativos; la Academia de Ciencias, fundada en 1778, aglutinará a estudiosos como Caravelli, Cirillo, Vairo, Cotugno: son figuras llenas de iniciativas, a veces dispersas, pero que se adentran en

LIBROS

territorios polémicos y de ricas consecuencias teóricas en el siglo XIX. El sur mantuvo un impulso propio del que, en cambio, careció a veces el norte italiano.

Galera retorna a los temas naturalistas y muestra que hubo una gran tradición, una continuidad con los temas abordados. El mecanicismo triunfa más en el norte de Italia (con Spallanzani, con preformistas como Redi, Malpighi o Vallisnieri), mientras que, en el sur, las ideas epigenéticas se renuevan en un Della Torre. El autor describe esta proclividad de un modo medido, rico y preciso: desde las clasificaciones botánicas hasta la idea de la cadena de los seres, con todos sus elementos de reflexión: *plantanimales*, análisis micrográficos (por ejemplo, de la sangre), etc. El libro, de hecho, se cierra con Cavolini, naturalista admirado por contemporáneos y sucesores, que sin embargo daba una idea fijista del mundo; pero el espíritu transformista se abre gracias a su esfuerzo y el de otros indagadores de la naturaleza. Comprobamos así que tanto en las ciencias como en las letras de la primera modernidad hubo una singular curiosidad napolitana, una inquietud intelectual que desde luego se hizo especialmente perceptible poco antes y durante las Luces y que continúa en iniciativas sabias del presente.

M. Jalón

Anacleto FERRER, Xavier GARCÍA-RAFFI, Bernardo LERMA, Cándido POLO, *Psiquiatras de celuloide*, Valencia, Filmoteca (Institut Valencià de Cinematografia Ricardo Muñoz Suay), 2006, 302 pp.

A principios de los años ochenta, la propuesta de reforma de la enseñanza del entonces ministro socialista José María

Maravall desató un hondo debate sobre la didáctica de la filosofía. Los autores de este libro, entre otros, participaron en aquellas discusiones, llegando con el tiempo a constituirse en un grupo comprometido con una determinada idea de la filosofía y sus posibilidades pedagógicas. Compromiso que era tarea espinosa, voluntad de enfangarse, embrollo o lío en definitiva, y que acabó dando nombre al colectivo: *Embolíc* (lío, en catalán). Durante una década se dedicaron a la elaboración de diferentes propuestas para la enseñanza de la filosofía en educación secundaria, investigando las posibilidades de distintos lenguajes para la transmisión de una idea «mundana» de la filosofía, capaz de conciliar la teoría con las necesidades del hombre actual. En 1995 publican *Cinema i Filosofia: com ensenyar Filosofia amb l'ajut del cinema*, y desde entonces el grupo amplía sus horizontes, enfrentando la tarea de analizar diversos problemas sociales e individuales con la ayuda del cine como expresión artística, y también sintomática, de la cultura, la historia y la propia sociedad. En 2001 aparece el hermano mayor del presente volumen, *Locuras de cine* (Valencia, Colomar), con la intención de reflejar la imagen social de la locura a través de su historia cinematográfica y desvelando sus más o menos burdos estereotipos.

Anacleto Ferrer es doctor en filosofía, catedrático de bachillerato, profesor de estética en la Universidad de Valencia y un especialista en un loco ilustre, Hölderlin, sobre el que ha publicado diversos trabajos y al que ha traducido al castellano y al catalán. Xavier García-Raffi y Bernardo Lerma son doctores en filosofía y catedráticos de bachillerato, y se encuentran también vinculados a la docencia de la filosofía en la universidad y la enseñanza secundaria.

Cándido Polo es licenciado en filosofía y psiquiatra de los Servicios de Salud Mental de Valencia, y autor, entre otras publicaciones, del libro *Crónica del manicomio. Prensa, locura y sociedad* (A.E.N., 1999).

Si en *Locuras de cine*, los autores centran su análisis en la psicopatología como atractivo cinematográfico, en *Psiquiatras de celuloide* pretenden hacer lo propio con la figura del psiquiatra en sus diferentes versiones, históricas como cinematográficas. Deben, para ello, someterse sin remedio a las mareas temáticas de la gran pantalla, que desplaza en oleadas sus intereses, las más de las veces por moda pero también por las convulsiones políticas e ideológicas del siglo XX. El libro queda así dividido en seis capítulos cuya unidad temática responde a la percepción social de la psiquiatría en diversas coyunturas científicas o históricas, pero sobre todo al estereotipo más o menos prejuicioso que, derivado de aquéllas y pasando por filtros de todo tipo, llega a plasmarse en el fotograma. Al final de cada capítulo, se comenta por extenso el argumento de cinco películas, escogidas por su importancia o su calidad de ejemplo para cada uno de los temas tratados y, como cierre, se añade un apunte sobre las «vidas paralelas» de determinados personajes de ficción, enfermos, actores, directores o psiquiatras, aunque finalmente de lo que se trate no sea tanto de encontrar un alter ego para tal o cual sujeto, sino de un juego de perfiles en que la semejanza de rasgos personales y biográficos produzca ese efecto de paralelismo.

No serán los psiquiatras, empero, los protagonistas absolutos de este libro. La institución manicomial, los aspectos patógenos de la sociedad o la propia patología mental dan pie a un análisis que parte, al decir de los autores, de dos discursos: el de la clínica y el del cine. Así, su lectura nos somete a un

constante balanceo de uno a otro y, en ese juego de perspectivas, este libro se revela como un ejercicio de subterfugio. En ocasiones tomará al cine como excusa para desarrollar ciertos aspectos de la historia de la psiquiatría o de los fundamentos de su práctica, si ha lugar tal distinción. En otras, será la presencia de la figura de un terapeuta, un enfermo o un frenopático el pretexto para comentar una o toda una serie de películas. El primer capítulo, por ejemplo, es un excelente resumen de la evolución de la atención el enfermo mental. Del chamán al alienista, pasando por la catarsis aristotélica, los exorcismos medievales y el mesmerismo, se invocan para su presentación las tragedias griegas clásicas llevadas al cine por Pasolini, los excesos de la ciencia en *El gabinete del Dr. Caligari* o casos célebres como el *Kaspar Hauser* de Herzog o el de Víctor de l'Aveyron, en *L'enfant sauvage* de Truffaut. El segundo capítulo, «Cine de manicomios», comentará aquellas películas en que los internos, el personal o la misma institución tengan cierta relevancia. Se analiza la figura ambigua del psiquiatra, siempre entre el filántropo y el inquisidor por cuanto la tesis focauldiana lo sitúa como bisagra entre dos encierros, y se revisan algunos títulos en que tiene protagonismo el movimiento antipsiquiátrico, o la denuncia de la violencia institucional, más allá del «nido del cuco» de Milos Forman. El tercer capítulo revisa la ingente producción cinematográfica que incluye al diván como actor principal. Aunque tratado casi siempre con ligereza, el psicoanálisis (y la psiquiatría dinámica en general) ocupará un primer plano en el cine hasta los años sesenta. Huston, un breueriano Hitchcock o Woody Allen son sólo los ejemplos más célebres. En «Psiquiatras de uniforme», la guerra y el ejército como ejemplo rotundo del poder adjudican a la figura del psiquiatra muy dife-

LIBROS

rentes funciones. Por un lado, la rehabilitación de los supervivientes. Por otro, en una versión menos amable, una exigente criba de simuladores: la neurosis de guerra no es fácilmente asimilable para el imaginario militar, que la iguala a la cobardía. El quinto capítulo presenta tres versiones del psiquiatra ante el crimen. Como perito, que debe en ocasiones decidir sobre la responsabilidad de un imputado. Como investigador, en una imagen más fantástica que la sociedad asigna a quien sabe de los misterios de la mente y puede, por tanto, ser un inmejorable detective. Y del Dr. Caligari o el Dr. Mabuse a Hannibal Lecter, como asesino, que por la misma razón será aún más inquietante y perverso. El último capítulo repasa la representación cinematográfica de algunos aspectos de la psiquiatría más actual. Durante los años sesenta, la psiquiatría dinámica pierde progresivamente su fuerza, también en el cine, para dejar paso a nuevos actores en escena: psicofármacos y terapias por shock son ahora protagonistas, y tampoco se librarán del ataque del cine de denuncia.

No estamos ante un recorrido por la historia de la psiquiatría a través de su reflejo en el séptimo arte, y tampoco ante una revisión sistemática de un supuesto «cine psiquiátrico». El presente libro pertenece a una colección dedicada al celuloide y, en ese contexto, tiene la singular virtud de ofrecer cine y psiquiatría a partes iguales. Es de esperar que ese movimiento pendular contribuya a su función divulgativa y acerque al público general algunas realidades de la clínica que acaso no podrían llegarle de otra forma que con el poderoso auxilio de los fotogramas.

(Quien desee saber más sobre los trabajos del grupo *Embolic* puede consultar su página web www.grupembolic.com).

Francisco Ferrández

Agustina BESSA-LUÍS, *Contemplación cariñosa de la angustia*, Valladolid, Cuatro, 2004, 208 pp.

Resulta difícil hablar de una autora inclasificable que lleva más de cincuenta años publicando otros tantos libros llenos de vitalidad, siempre sin contemplaciones, afligidos y a la vez alegres, fugaz pero recurrentemente alegres. El lector avisado sabe que el trabajo de Agustina Bessa-Luís es de una enorme envergadura; como novelista ante todo, desde luego, pero también como creadora dramática, como arriesgada autora de biografías y como incisiva ensayista. Además su obra se desenvuelve sin que las fronteras sean muy precisas entre los géneros que frecuenta. ¿Cómo resumir, pues, su tarea como escritora, una tarea que arranca de 1948, con *Mundo cerrado*, y llega sin interrupción hasta hoy, con la trilogía novelesca, concluida en 2003, que se engloba bajo el título *El principio de incertidumbre* y rodada por Manoel de Oliveira? Más aún por cuanto en 2004 recibió el Premio Camoens de las Letras (creado por los gobiernos de Brasil y Portugal, en 1988).

Pues bien este libro nuevo, de ensayos literarios, confesiones y evocaciones puede ser la mejor introducción a ese mundo, del que sólo en castellano hay cuatro muestras, eso sí de gran calidad. Ahora, en una traducción fiel, que al parecer ha gustado sobremanera a la autora, aparece este libro inclasificable y genial, que va desde 1974 hasta 2000 en sus juicios, intuiciones y malicias («escribo, dice, para incomodar al mayor número de personas, con el máximo de inteligencia»). Como en otros libros suyos, destacan aquí las revueltas de su estilo, de su inspiración casi musical, con su desorden temporal, su rara intensidad y sus travesuras.

Con respecto a los autores que ella revisa en una de las partes de este libro, muy a su modo tan torrencial (Camoens y Berdardim Ribeiro, Dostoyevski y Van Gogh, Kafka y Ferreira de Castro), nada hay que decir más, excepto reconocer su perspicacia insólita (como esa palabra, *cariñosa*, que nos inquieta desde el mismo título). Pero el libro tiene una parte tercera, fundamental, dedicada a las angustias del presente y al valor compensador de la palabra arriesgada: pues solemos ser muy habladores ante lo insignificante y muy silenciosos ante lo que nos asusta. Con ello, Agustina trata, como siempre, de incomodar y de desengañarnos, aunque también de mitigar nuestra desazón y nuestros temores.

No es extraño que en *Un perro que sueña*, novela autobiográfica reciente, Bessa-Luís hiciese un elogio final de Robert Walser, como autor de las volteretas, de lo imprevisto, de la impertinencia. Es el envés risueño de su lado trágico o a veces sombrío. Lo condensó la escritora, en un texto recogido hoy en *Contemplación cariñosa de la angustia*. Decía ahí que pasan por el corazón siempre la «voluntad de ganar y la obligación de perder»; ya que todo se gana y todo se pierde al mismo tiempo y en la misma hora.

Esteban J. Calvo

Ángel CAGIGAS (ed.), *Oficina de investigaciones surrealistas. Investigaciones sobre la sexualidad*, Jaén, Del lunar, 2006, 125 pp.

En 1928 un grupo de surrealistas, animados por el espíritu de la llamada «Oficina central de investigaciones psicoanalíticas», llevan a cabo una serie de reu-

niones (hasta doce que se conozcan en un periodo de cuatro años) aceptando la forma de un intercambio libre de preguntas y respuestas en torno a sus experiencias amorosas y sus ideas sobre la sexualidad. Bajo un compromiso irrevocable de sinceridad, sin afán de publicidad, planteando más bien la reunión para un consumo interno del grupo, responden a las preguntas que van surgiendo de un modo directo, descarado a veces, casi cruel en ocasiones, pero también pueril en no pocos momentos así como menos provocador y anticonvencional de lo que en principio cabría esperar, al menos para los desinhibidos usos actuales. La conversación gira alrededor de conductas, costumbres sexuales o estrategias de placer, pero nunca se adentra en motivos personales o en posibles hipótesis causales sobre la elección, las dificultades o los gustos de cada uno. Están presentes los miembros más destacados del movimiento surrealista (Tanguy, Ernst, Aragon, Queneau, Artaud, Naville, Éluard, Unik) así como otros de segunda fila, pero es Breton quien está presente en todas las sesiones, el que parece organizarlas, plantear los temas y avivar las preguntas, no ahorrándose críticas y comentarios más o menos sardónicos sobre las opiniones de los participantes.

Es curioso, aunque tampoco puede resultarnos sorprendente, que la supuesta liberalidad de los personajes se acompañe también de muchos prejuicios, confusiones y desconocimientos que hoy resultan chocantes y de un tono represivo evidente, pero que son coherentes y hasta vanguardistas en referencia al momento histórico en que se formulan. Llama la atención, además, que pese a la presencia de alguna mujer en las sesiones finales, con intervenciones más bien anodinas, constituyen

LIBROS

reuniones de hombres para hablar de sexo en un mundo de hombres, donde el conocimiento de la sexualidad femenina es casi inexistente.

Las cuestiones que se plantean a discusión son de lo más variopinto. Les preocupan problemas muy distintos que van desde el amor a los temas más escatológicos. Un ejemplo puede ser la pregunta sobre el goce de la mujer y la posibilidad de si puede engañarnos mediante simulación. Asunto que, como muestra del tono viril del libro, merece esta respuesta por parte de Queneau: «Aunque la ame no confío en nadie y menos en ese campo». Otro, es el criterio sobre la sodomía con la mujer, que Breton califica «de maravilla». También se indaga sobre si se debe o no preguntar el parecer de la mujer en la relación. Sobre las posturas preferidas o la parte del cuerpo más excitante, sobre la posibilidad del goce simultáneo, los peligros de la masturbación, la edad de la mujer que más se aprecia o el celibato de los sacerdotes. Tampoco son ajenas al interés general la curiosidad sobre cómo y cuándo perdieron cada uno de los presentes la virginidad, sobre si practican o no el amor de pie, si sienten atracción por el sexo depilado de la mujer, qué papel conceden a la vista o el número de veces que pueden copular seguidas.

Algunas cuestiones abordadas se salen de lo común y son de un surrealismo provocador y a veces desternillante. La pregunta, sin ir más lejos, sobre si se ha gozado con súcubos, que merece el siguiente comentario por parte de Breton: «No se trata de mujeres reales; no las conocemos; no las llamamos; vienen y nos excitan». La idea sobre si se debe o no hacer el amor en las iglesias. La ingeniosa respuesta de Marcel Noll a la cues-

tion de qué es amar a una mujer: «Al no estar enamorado ahora no puedo hablar de lo que es amar a una mujer. No me fío de la memoria». Respecto al asunto de las manifestaciones vocales que acompañan al placer, Aragon comenta: «A veces, muy a mi pesar, digo: ¡Dios!». Sobre la oportunidad de tener o no hijos, Breton se expresa así: «No. La triste broma que empezó con mi nacimiento debe terminar con mi muerte». Cuando se habla de la imagen de una mujer embarazada, Tanguy confiesa que «pienso inmediatamente en una cesárea», y si se trata de mantener relaciones sexuales con ella, Unik lo rechaza «por representar la imperfección física, la miseria física». Y llegados al asunto de hacer el amor con una mujer que tuviese la regla, Prévert resuelve categórico que «es un bonito vestido». No se queda más corto Baldespenger al hablar del amor con los animales: «Yo tuve una burra, que todavía vive, con la que mantuve relaciones muy estrechas durante un año».

El lector se enfrenta a un libro inclasificable y curioso como pocos. Su observación puede oscilar entre los personajes, el estudio del movimiento surrealista, el contenido directo de las discusiones o el análisis histórico del discurso. En todos los campos obtendrá sus frutos, pues tan valioso puede ser seguir la presencia de Artaud en las discusiones como insertar la experiencia en el movimiento global del grupo. Tan sugerente el argumento de ciertos participantes como el arcaísmo oculto de algunos confesos vanguardistas.

El editor, prologuista, traductor y anotador de este libro, Ángel Cagigas, concluye su introducción con estas palabras: «Todo lo cual provoca que en ocasiones la lectura nos parezca un tanto extrava-

gante pero que por lo mismo nos permita captar mejor el espíritu de aquellas reuniones tan frescas, tan espontáneas y tan desbordantes».

Fernando Colina

Arnold SCHOENBERG, Thomas MANN, *À propos du Docteur Faustus. Lettres 1930-1951*, Lausana, La Bibliothèque des Arts, 2002, 156 pp. Prefacio de E. Randol Schoenberg; postfacio de Bernhold Schmid; traducción de Hans Hildenbrand.

Tras una publicación tardía de la correspondencia de estas dos grandes figuras del exilio alemán, se traduce de forma rápida a varias lenguas. Su interés radica tanto en las explicaciones que nos proporciona sobre la gestación de la novela de Thomas Mann, como sobre el carácter y la «patología» que sobrevuela la edad adulta de ambos artistas. Dos fases de contacto, dos fases de desencuentros nos encontramos en estas páginas. La primera se refiere al intento del músico de encontrar apoyo a algunas iniciativas. Una de carácter más artístico, la solicitud de apoyo a la genial obra del arquitecto de Viena Adolf Loos. La otra, al intento de publicación por parte de Schoenberg de algunas páginas en contra de la persecución de los judíos por los nazis. En ambos casos Mann se escapa, no dando respaldo a las peticiones del corresponsal.

La segunda etapa corresponde a los años de vecindad en Los Ángeles, con un músico ya anciano y un escritor todavía en buena forma, a pesar de ser ambos coetáneos. Es, sobre todo, la época de redacción de la interesantísima novela *Doktor Faustus*. Escrita a caballo sobre la Segunda

Guerra Mundial, más que su calidad, me interesa el planteamiento que supone sobre la cultura alemana de un escritor decepcionado por la brutalidad de los combates y las persecuciones. Adrian Leverkühn, el músico protagonista, representa toda una meditación sobre la idea de artista, sobre el espíritu alemán y, lo que nos interesa, sobre la relación de la enfermedad con la vida del hombre. En efecto, Adrian sufrirá la sífilis y, en su último estadio, la locura. Parece haberse inspirado en algún pasaje de la vida de Nietzsche, filósofo siempre presente en las páginas del novelista. La belleza de la tan alabada escritura del pensador, así como sus ideas sobre el papel de la vida, con la enfermedad y la muerte, influyen de forma extraordinaria en Thomas Mann.

El novelista pone en manos de su personaje la creación de la música dodecafónica, esa novedad innegable del siglo XX que tanto «asustaba» a sus primeros oyentes, y nos sigue inquietando todavía a muchos. Siendo Schoenberg el padre de esta novedad, reacciona con evidente violencia. Ha prestado a Mann su *Tratado de la armonía* y Adorno, discípulo de su querido Alban Berg, había informado y aconsejado al escritor sobre la inserción en la novela de la nueva forma de hacer música. Sin duda el escritor se ha documentado de forma exhaustiva sobre el oficio del músico, incluso consultando a Bruno Walter y Stravinsky. Sufre, de todos modos, el desprecio de Schoenberg, quien lo tilda de anticuado, de personaje anclado en el fin de siglo, en las dolientes historias de Nietzsche y en las grandilocuentes músicas de Wagner.

Se produce una ruidosa polémica, que pasa a la prensa, y Mann acepta poner una nota aclaratoria en todas las ediciones de la novela, que, en efecto, todos los lectores hemos podido ver. No satisfizo al músico la

así incluida, sigue la polémica que los años solucionan, así como el desvío del enojo hacia el discípulo de Alban Berg. Sin duda, fue muy enérgica la reacción de Schoenberg, quien no supo comprender lo que el mismo Mann señala con frecuencia, ese carácter de espectador, de espía, de parásito que tiene el novelista, que en sus escritos se apoya en lo que observa. Es la grandeza y la lacra del realismo literario, que incluso a algunos familiares de Mann, observados y descritos con deformación, pudo ofender, o al menos asombrar.

La reacción se apoya en dos líneas, que muestran bien la necesidad de supervivencia del ser humano, exacerbada en el artista y en el exiliado. La «patología» del exilio es un tema que aquí aparece con frecuencia, en las enfermedades de ambos, en especial del músico, y en las peleas internas del grupo, animado por Alma Mahler. La primera defensa se refiere a la vida de la fama, la necesaria supervivencia para el artista tras la muerte, en lucha con ella. Tiene miedo Schoenberg de que se le niegue la autoría del nuevo método musical y que se atribuya así al mismo Mann. Rivalidad y celos también figuran en la controversia. Pero la otra línea de divergencia es más interesante, se asusta de que se le atribuyan algunas de las enfermedades del protagonista de la novela, sea la venérea, sea la mental. Sin duda, todo el dolor de la enfermedad se incrementa en las venéreas —como vivimos hoy de nuevo— con la vergüenza del pecado y la desviación. Comenta Mann con gracia, yo tampoco. Hubiera sido interesante, si tras la película de Visconti sobre *Muerte en Venecia*, Mahler hubiera podido quejarse al escritor.

¿Qué hubiera éste respondido? Ojalá hubiese podido ser sincero.

Miedo a la muerte, miedo a la enfermedad, miedo al descrédito. Incluso Mann tiene miedo, lógico en el exilio en el país de las reclamaciones, a ser arruinado por las demandas del músico. En un penoso —aunque rico— entorno del exilio de la Segunda Guerra Mundial se enmarcan estas cartas. Y todo en el diabólico entorno de la guerra. El diablo se ha aparecido a Adrian, como hizo ante Fausto. El pueblo alemán ha caído en sus garras. La maravillosa novela de Klaus Mann ya nos lo contó antes que su padre, de forma mucho más ágil. Introduce la biografía, como hace con otras como *Alexander*. Su padre sigue hablando de biografías de pueblos, aquí el alemán, mientras a la vez Schoenberg y él se embarcan en pesadas composiciones sobre el pueblo bíblico.

El dolor de una pequeña anécdota nos remite a las grandes tragedias del siglo XX europeo. También a las tragedias de los perseguidos, los fugitivos y las víctimas. Y a las pequeñas de algunos escritores que en la riqueza de Sunset Boulevard sufrían los achaques de la vejez y los egoísmos de los creadores. Pero algunas dolorosas quejas nos enternecen. Escribía así —con ironía— el músico, el 25 de febrero de 1948: «Mi situación es poco habitual comparada a la de otros creadores. Para los alemanes, yo soy un judío; para los latinos, soy un alemán; para los comunistas, soy un burgués; y los judíos prefieren a Hindemith y Stravinsky».

José Luis Peset

INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA

(Bibliografía sobre Sigmund Freud con motivo de cumplirse los 150 años de su nacimiento)

Agradecemos la colaboración de *Librería Xoroi. C/ del Berlinés, 20. 08022 Barcelona. Tel.: 934185336 <http://xoroi.com> xoroi@xoroi.com*

BIOGRAFÍAS

- FREUD, Ernst, *Sigmund Freud. Su vida en imágenes y textos*, Barcelona, Paidós, 1980.
- GAY, Peter, *Freud. Una vida de nuestro tiempo*, Barcelona, Paidós, 1989.
- JONES, Ernest, *Vida y obra de Sigmund Freud (3 vols.)*, Buenos Aires, Hormé, 1976. Existe una edición abreviada: TRILLING, L.; MARCUS, S. (eds.): JONES, Ernest, *Vida y obra de Sigmund Freud*, Barcelona, Anagrama, 2003.
- RODRIGUÉ, Emilio, *Sigmund Freud. El Siglo del Psicoanálisis (2 vols.)*, Buenos Aires, Sudamericana, 1996.
- SCHUR, Max, *Sigmund Freud. Enfermedad y muerte en su vida y en su obra (2 vols.)*, Barcelona, Paidós, 1980.

LIBROS SOBRE SU OBRA

- AA.VV., *Freud en la actualidad: Ciclo de conferencias de las Universidades de Frankfurt y Heidelberg*, Barcelona, Barral 1971.
- ASSOUN, Paul-Laurent, *Freud, la filosofía y los filósofos*, Barcelona, Paidós, 1982.
- *Freud y las ciencias sociales*, Barcelona, Del Serbal, 2003.
- *Introducción a la epistemología freudiana*, México, Siglo XXI, 1982.
- *Freud y Wittgenstein*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1992.
- *Introducción a la metapsicología freudiana*, Buenos Aires, Paidós, 1994.
- *Freud y Nietzsche*, México, Fondo de Cultura Económica, 1984.
- BETTELHEIM, Bruno, *Freud y el alma humana*, Barcelona, Crítica, 1983.
- CASTRO, Roberto, *Freud mentor, trágico y extranjero*, México, Siglo XXI, 1999.
- CLANCIER, Pierre-Sylvestre, *Freud*, Barcelona, Gedisa, 1997.
- CLARK, Ronald W., *Freud: El hombre y su causa*, Barcelona, Planeta, 1985.
- COBLENCÉ, Françoise, *Sigmund Freud, vol. 1, 1886-1897, Vida y pensamiento psicoanalítico*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2003.
- DENIS, Paul, *Sigmund Freud, vol. 3, 1905-1920, Vida y pensamiento psicoanalítico*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2003.
- FERNÁNDEZ-VILLAMARZO, Pedro, *Vigencia clínica de Freud*, Salamanca, Amarú, 1995.
- *Actualidad de Sigmund Freud: teórica, clínica, técnica*, Madrid, Ediciones Académicas, 1999.
- FLEM, Lydia, *El hombre Freud*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1992.
- FONTANA, Cristina, *Todo lo que usted nunca quiso saber sobre el psicoanálisis*, Madrid, Síntesis, 2001.
- GOMÀ, Francesc, *Freud y su obra*, Barcelona, Dopesa, 1978.
- *Freud*, Barcelona, PPU, 1994.
- GÓMEZ PIN, Víctor, *El psicoanálisis. Justificación de Freud*, Barcelona, Montesinos, 1988.

- GÓMEZ SÁNCHEZ, Carlos, *Freud, crítico de la ilustración*, Barcelona, Crítica, 1998.
- *Freud y su obra: génesis y constitución de la teoría psicoanalítica*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2002.
- GRUBRICH-SIMITIS, Ilse, *Volver a los textos de Freud: dando voz a documentos mudos*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2003.
- GUTIÉRREZ TERRAZAS, José, *Cómo leer a Freud*, Madrid, Síntesis, 2002.
- JACCARD, Roland, *Freud el conquistador*, Barcelona, Ariel, 1985.
- KAHN, Lawrence, *Sigmund Freud, vol. 2, 1897- 1904, Vida y pensamiento psicoanalítico*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2003.
- LANDMAN, Patrick, *Freud*, Madrid, Istmo, 1999.
- LIBERMAN, Arnoldo, *Sigmund Freud o El judío que regresó de Egipto*, Madrid, Altalena, 1990.
- LUDWIG, Emil, *Freud*, Barcelona, Mateu, 1970.
- MANNONI, Octave, *Freud. El descubrimiento del inconsciente*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1979.
- MARCUSE, Ludwig, *Sigmund Freud. Su visión del hombre*, Madrid, Alianza, 1970.
- MARKUS, George, *Freud: el misterio del alma*, Madrid, Espasa Calpe, 1990.
- MATEO, Fernando, *Freud. Un arqueólogo del alma*, Buenos Aires, Longseller, 2002.
- MENAHÉM, Ruth, *Sigmund Freud, vol. 4, 1920-1939. Vida y pensamiento psicoanalítico*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2003.
- NASIO, Juan David, *El placer de leer a Freud*, Barcelona, Gedisa, 1999.
- PERRON, Roger. *¿Por qué y cómo psicoanalizarse?*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2002.
- POMBO SÁNCHEZ, Manuel, *El pensamiento de Sigmund Freud en el contexto de la filosofía de la Ilustración*, Santiago de Compostela, Universidad de Santiago de Compostela, 2003.
- *Sigmund Freud*, A Coruña, Baia, 2005.
- ROAZEN, Paul, *Cómo trabajaba Freud: comentarios directos de sus pacientes*, Barcelona, Paidós, 1998.
- *Freud, su pensamiento político y social*, Barcelona, MR, 1972.
- *Hermano animal. La historia de Freud y Tausk*, Madrid, Alianza, 1973.
- ROBERT, Marthe, *Freud y la conciencia judía*, Barcelona, Península, 1976.
- SÉDAT, Jacques, *Sigmund Freud. Pensamiento y conceptos*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2003.
- TUBERT, Silvia, *Sigmund Freud*, Madrid, EDAF, 2000.
- WOLLHEIM, Richard, *Freud*, Barcelona, Grijalbo, 1973.
- ZWEIG, Stefan, *La curación por el espíritu (Mesmer, Baker-Eddy, Freud)*, Barcelona, El Acantilado, 2006.

HISTORIA DEL PSICOANÁLISIS

- BLEICHMAR, N.; LEIBERMAN, C., *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica*, México, Paidós, 1997.
- CARLES EGEA, Francisco; MUÑOZ GONZÁLEZ, Isabel; LLOR MORENO, Carmen, *Psicoanálisis en España, 1893-1968*, Madrid, AEN, 2000.
- CARPINTERO, H.; MESTRE, V, *Freud en España. Un capítulo de la historia de las ideas en España*, Valencia, Promolibro, 1983.
- DECKER, Hanna, *S. Freud, Dora y la Viena de 1900*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1999.
- ELLENBERGER, Henry, *El descubrimiento del inconsciente*, Madrid, Gredos, 1976.
- FAGES, Jean-Baptiste, *Historia del psicoanálisis después de Freud*, Barcelona, MR, 1978.
- FINE, Reuben, *Historia del psicoanálisis (2 vols.)*, Buenos Aires, Paidós, 1988.

LIBROS

- FORRESTER, John, *Sigmund Freud: partes de guerra. El psicoanálisis y sus pasiones*, Barcelona, Gedisa, 2001.
- LAW WHITE, Lancelot, *El inconsciente antes de Freud*, México, Joaquín Mortiz, 1967.
- MALCOLM, Janet, *En los archivos de Freud*, Barcelona, Alba, 2005.
- MITCHELL, Stephen A.; BLACK, Margaret J., *Más allá de Freud: una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*, Barcelona, Herder, 2004.
- ROAZEN, Paul, *Freud y sus discípulos*, Madrid, Alianza, 1986.
- ROUDINESCO, Elisabeth, *La Batalla de Cien Años. Historia del Psicoanálisis en Francia* (3 vols.), Madrid, Fundamentos, 1988.
- TUBERT, Silvia, *Malestar en la palabra: el pensamiento crítico de Freud y la Viena de su tiempo*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1999

DICCIONARIOS

- ASSOUN, Paul-Laurent, *El vocabulario de Freud*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2003.
- CHEMAMA, Roland, *Diccionario de psicoanálisis*, Buenos Aires, Amorrortu, 2002.
- EVANS, Dylan, *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*, Buenos Aires, Paidós, 1997.
- FEDIDA, Pierre, *Diccionario de psicoanálisis*, Madrid, Alianza, 1988.
- HANNS, Luiz Alberto, *Diccionario de términos alemanes de Freud*, Buenos Aires, Lohlé-Lumen, 2001.
- HINSHELWOOD, Robert D., *Diccionario del pensamiento kleiniano*, Buenos Aires, Amorrortu, 1992.
- KAUFMAN, Pierre, *Elementos para una enciclopedia del psicoanálisis. El aporte freudiano*, Buenos Aires, Paidós, 1996.
- LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand, *Diccionario de psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1996.
- MOORE, Burness E.; FINE, Bernard D., *Términos y conceptos psicoanalíticos*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1997.
- ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel, *Diccionario de psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1998.
- RYCROFT, Charles, *Diccionario de psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1976.
- VALLS, José Luis, *Diccionario Freudiano*, Madrid, Julián Yébenes, 1995.
- VANNIER, Alain, *Léxico de psicoanálisis*, Madrid, Síntesis, 2001.

LIBROS DE LA A.E.N.

Estudios

1. M. GONZÁLEZ CHÁVEZ (ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, 1980.
2. A. PORTERA, F. BERMEJO (eds.), *Demencias*, 1980.
3. S. MASCARELL (ed.), *Aproximación a la histeria*, 1980.
4. T. SUÁREZ, C. F. ROJERO (eds.), *Paradigma sistémico y terapia familiar*, 1983.
5. V. CORCÉS (ed.), *Aproximación dinámica a las psicosis*, 1983.
6. J. ESPINOSA (ed.), *Cronicidad en psiquiatría*, 1986.
7. J. L. PEDREIRA MASSA (ed.), *Gravedad psíquica en la infancia*, 1986.
8. J. A. FERNÁNDEZ SANABRIA, J. MAURA ABRIL, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ (eds.), *I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N.*, 1986.
9. R. INGLOTT (ed.), *El quehacer en salud mental*, 1989.
10. C. CASTILLA DEL PINO (ed.), *Criterios de objetivación en psicopatología*, 1989.
11. A. BAULEO, J. C. DURO, R. VIGNALE (eds.), *La concepción operativa de grupo*, 1990.
12. R. FERNÁNDEZ, M. A. GARCÍA CARBAJOSA, J. L. PEDREIRA MASSA (eds.), *La contención*, 1990.
13. M. DESVIAT (ed.), *Epistemología y práctica psiquiátrica*, 1990.
14. A. INGALA, R. GÓMEZ, J. FRÈRE, A. GONZÁLEZ, *II y III Jornadas de la Sección de Psicoanálisis, «El malestar en la cultura»*, 1992.
15. P. SANROMÁN VILLALÓN (ed.), *Jornadas sobre salud mental y ley. Malos tratos a menores, malos tratos a mujeres, separaciones y divorcios*, 1993.
16. C. F. ROJERO, T. SUÁREZ (eds.), *Psicosis de la infancia y la adolescencia*, 1993.
17. V. APARICIO BASAURI (ed.), *Evaluación de servicios en salud mental*, 1993.
18. J. MAS HESSE, A. TESORO AMATE (eds.), *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*, 1993.
19. A. FERNÁNDEZ LIRIA, M. HERNÁNDEZ MONSALVE, B. RODRÍGUEZ VEGA (eds.), *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*, 1997.
20. R. GÓMEZ ESTEBAN (ed.), *Grupos terapéuticos y asistencia pública*, 1997.
21. J. LEAL RUBIO (ed.), *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*, 1997.
22. C. POLO, *Crónica del manicomio*, 1999.
23. F. SANTANDER (ed.), *Ética y praxis psiquiátrica*, 2000.
24. F. RIVAS (ed.), *La psicosis en la comunidad*, 2000.
25. E. GONZÁLEZ, J. M. COMELLES (eds.), *Psiquiatría transcultural*, 2000.
26. F. CARLES, I. MUÑOZ, C. LLOR, P. MARSET, *Psicoanálisis en España (1893-1968)*, 2000.
27. T. ANGOSTO, A. RODRÍGUEZ, D. SIMÓN (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría*, 2001.
28. C. GISBERT (ed.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental*, 2003.
29. A. ESPINO, B. OLABARRÍA (eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España*, 2003.
30. M. HERNÁNDEZ MONSALVE, R. HERRERA VALENCIA, *La atención a la salud mental de la población reclusa*, 2003.
31. J. M. ÁLVAREZ, R. ESTEBAN (eds.), *Crimen y locura*, 2005.

LIBROS

32. B. MORENO KÜSTNER, *El registro de casos de esquizofrenia de Granada*, 2005.
33. A. REY GONZÁLEZ, E. JORDÁ MOSCARDÓ, F. DUALDE BELTRÁN y J. M. BERTOLÍN GUILLÉN (eds.), *Tres siglos de psiquiatría en España (1736-1975)*, 2006.
34. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA, *La práctica analítica en las instituciones de Salud Mental*, 2005.
35. J. LEAL RUBIO, A. ESCUDERO NARS (eds.), *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental*, 2006.
36. F. PÉREZ (ed.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*, 2006.
37. R. DíEZ PATRICIO, R. LUQUE LUQUE (eds.), *Psicopatología de los síntomas psicóticos*, 2006.

Historia

1. Jacques FERRAND, *Melancolía erótica*, 1996.
2. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía*, I, 1997.
3. Anselm von FEUERBACH, *Gaspar Hauser*, 1997.
4. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía*, II, 1998.
5. Robert GAUPP, *El caso Wagner*, 1998.
6. Gerolamo CARDANO, *El libro de los sueños*, 1999.
7. Emil KRAEPELIN, *Cien años de Psiquiatría*, 1999.
8. Étienne ESQUIROL, *Sobre las pasiones*. Joseph DAQUIN, *Filosofía de la locura*, 2000.
9. Tomaso GARZONI, *El teatro de los cerebros. El hospital de los locos incurables*, 2000.
10. Juana DE LOS ÁNGELES, *Autobiografía*, 2001.
11. François LEURET, *El tratamiento moral de la locura*, 2001.
12. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía*, III, 2002.
13. Laurent JOUBERT, *Tratado de la risa*, 2002.
14. Samuel-Auguste TISSOT, *El onanismo*, 2003.
15. Daniel Paul SCHREBER, *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, 2003.
16. Raymond QUENEAU, *En los confines de las tinieblas. Los locos literarios*, 2004.
17. Timothy BRIGHT, *Un tratado de la melancolía*, 2004.
18. CICERÓN, *Conversaciones en Túsculo*, 2005.
19. DIDEROT (ed.), *Mente y cuerpo en la Enciclopedia*, 2005.*
20. Marsilio FICINO, *Tres libros sobre la vida*. Luigi CORNARO, *De la vida sobria*, 2006.
21. Patrick DECLERCK, *Los naufragos*, 2006.
22. Giovan Battista DELLA PORTA, *La fisonomía humana*, I, 2007.

Distribuye: LATORRE LITERARIA, Madrid, tel. 91 8719379

* Nuestros socios pueden obtener este libro contra reembolso, y con un 10% de descuento, dirigiendo su pedido telefónico a la distribuidora.

CRITERIOS PARA LA ACEPTACIÓN DE ORIGINALES

1. Los trabajos que se remitan deberán ser inéditos. Se enviará el original a la Redacción de dos formas: en papel DIN A4 y por correo electrónico (revistaaen@dip-valladolid.es).
2. El texto estará compuesto en un programa Word para PC o para Mac. Tecléese el texto con la máxima austeridad: a) no emplear nunca negritas, pues sólo se admiten redondas o cursivas; b) no utilizar letras de distintos tamaños; c) no imitar formatos de edición, como división de palabras al final de línea, dobles columnas, centrados, sangrados distintos al de un punto y aparte; d) no dejar líneas en blanco, excepto una sola para separar cada sección.
3. La primera página debe incluir el título y la autoría, así como un breve resumen de 20 palabras acompañado de tres o cuatro palabras clave para índices: todo ello, en castellano e inglés.
En página final, se incluirá un asterisco seguido de los nombres y apellidos completos, profesión y lugar de trabajo de cada autor, correo electrónico al que dirigir la correspondencia sobre el original.
4. Cuando sea oportuno, el texto se adaptará a los apartados clásicos: introducción (incluyendo los objetivos del artículo), métodos, resultados y discusión final.
5. Las citas se identificarán en el texto mediante el sistema de notas al final de documento, que facilita el programa Word, y se emplearán siempre números arábigos.
6. Para confeccionar la bibliografía, en caso de que apareciesen dos o tres autores, se escribirían separados cada uno de ellos mediante punto y coma. Si hubiese más de tres, sólo se escribiría el primero, seguido de: y otros.
7. En el caso de los libros se especificará la autoría por este orden: apellido del autor, iniciales de su nombre, título (en cursiva), lugar de la edición (en castellano), editorial, año.
En el caso de las revistas, se especificará de este modo: apellido del autor, iniciales de su nombre, título del artículo (entrecomillado), nombre de la revista (en cursiva), año, volumen, número, páginas. Cada una de las especificaciones, en ambos casos, tienen que ir entre comas*.
8. Si hay tablas se señala su posición en el texto, aunque se agrupen al final del documento o en un archivo distinto. Van numeradas consecutivamente. Las abreviaturas han de explicarse a pie de gráfico.
9. El Consejo de Redacción se rige por las siguientes directrices:
 - a) Se acusará recibo de todo artículo remitido a la *Revista*.
 - b) Los manuscritos serán revisados anónimamente por expertos en el tema abordado, quienes informarán sobre la conveniencia de introducir modificaciones en el artículo o sobre la posibilidad de publicarlo sin más.
 - c) Finalmente, la responsabilidad de la decisión de publicar o no un original ya evaluado —así como de determinar su fecha de aparición— corresponde al Consejo de Redacción y, en última instancia, al Director.

* Ejemplos: MORRIS, T. E.; HILER, A., *What is Identity?*, Nueva York, Columbia University, 1999.
COLE, P., y otros, «El delirio», en ARJONA, L. (ed.), *Las crisis*, Sevilla, Disliber, 2006, pp. 213-219.
PATRÁN, C., «Trastornos de identidad», *Nueva Revista de Psiquiatría*, 2004, XI, 23, pp. 194-206.